
Eating Disorders Review

Noviembre/Diciembre 2016

Volumen 27, Número 6

Scott Crow, Editor en Jefe

Una perspectiva desde la práctica: Psicoterapia psicodinámica feminista, Parte I

Por Kathryn J. Zerbe, MD

Recientemente Gloria Steinem, vocera y autora, quien ha ayudado a transformar lo que es comúnmente conocido como "La segunda ola del feminismo", dijo, "Las personas en tiempos difíciles necesitan un testigo".¹ En esta entrevista la Sra. Steinem no estaba elogiando abiertamente la psicoterapia como un camino que un individuo puede tomar para encontrar a un testigo preparado para ayudar a llevar tiempos difíciles y cultivar nuevos caminos para atravesarlos. No obstante, me encuentro con frecuencia compartiendo esta cita en mi práctica. Pacientes y estudiantes, no menos que cada uno de nosotros, que trabajamos en el campo desde hace unos cuantos años, tenemos que recordar las razones y el contexto en el que recomendamos un compromiso intensivo, al mismo tiempo, financiero y laborioso.

Qué ofrece esperanza.

Para aquellos de nosotros, para quienes mucho se revela, que es con frecuencia doloroso y desconcertante, la pregunta acerca de lo que ofrece esperanza, a menudo aparece a medida de que hacemos el trabajo. Algunas veces reflexionando sobre una gastada idea teórica fundamental, la aplicación de una nueva perspectiva o incluso escuchando un ejemplo en la prensa de una celebridad, quien se ha beneficiado de esfuerzos como los nuestros puede ser de ayuda. Por ejemplo, la Sra. Steinem ha sido valiente en varias publicaciones acerca de los beneficios que ha obtenido de la psicoterapia.^{2,3} Después de hacer un poco de lectura sobre ella y de su vida a medida que planeaba una presentación oral, estaba verdaderamente inspirada por la amplitud de su visión y conocimiento. Ahora rutinariamente hago referencia a sus libros autobiográficos para aquellos en mi práctica que experimentan transiciones similares de la edad mediana o posterior. Estos libros tienen mucho que enseñarnos acerca de mantenerse activos e involucrados en la vida, para toda nuestra vida y especialmente, después de sufrir una pérdida significativa y aflicciones personales.

Esta oportunidad también me permitió dar un paso atrás y hacerme algunas preguntas difíciles. Era yo, ¿una psicoanalista que se consideraba a sí misma de estar practicando y escribiendo desde una persuasión feminista contemporánea actualizada o necesitaba una actualización? ¿Podría apretar el "botón de refrescar" y escuchar nuevas voces y repensar algunas antiguas que pudieran revitalizar mi pasión de hacer psicoterapia psicodinámica feminista? Escribir este ensayo para *EDR (Eating Disorders Review)* provee otra oportunidad para reunir algunos de estos fragmentos de aprendizaje y es un ejemplo de por qué recomiendo a los estudiantes en nuestro campo la importancia de poner pluma al papel o de presentar las ideas a sus pares en una conferencia. Algunas veces solo sabemos lo que realmente pensamos cuando lo escribimos y con mucha seguridad descubrimos mucho de lo que no sabemos. Escribir ayuda a informar- y transformar- nuestras prácticas.

Preguntar sobre cultura y sexualidad

La lista de contribuciones feministas al tratamiento de psicodinámica es larga, y cada una tiene

complementaria y algunas veces contradictorias cosas que decir, acerca de las facetas de la terapia. Un hecho que sigue siendo central en el trabajo desde una perspectiva psicodinámica feminista es la importancia del papel que el género y el sexo juegan en la vida, incluso si estos temas no son el centro de las preocupaciones del paciente cuando él/ella entran en un tratamiento por un problema alimentario. El terapeuta utilizando un enfoque de psicodinámica feminista tomará tiempo para preguntar cómo percibe el paciente los roles de género en su sistema de familia y cómo ha influenciado su individual punto de vista. También se pasará tiempo investigando las percepciones acerca de la cultura y de cómo el paciente cree que las normas culturales pueden influenciar el desarrollo de sus luchas particulares con el comer y su imagen personal.

La filosofía de este "espíritu indagador"⁴ no es sugerir ningún tema de base que el individuo debe abrazar, sino más bien crear una atmósfera en la que se puede hablar de suposiciones y conflictos, y quizás en última instancia, cuestionarlos. Por ejemplo, la psicoanalista feminista Gohar Homayounpour⁵ notó que en su práctica en Tehran los temas sexuales y los conflictos con frecuencia son abordados por sus pacientes y se convierten en el foco de la terapia de manera temprana. Ella contrasta esto con los países de occidente, como los Estados Unidos y la Gran Bretaña, donde los problemas con los apegos básicos, disregulación del estado de ánimo, relaciones interpersonales cargadas de emotividad y el desarrollo de un sentido de sí mismo han recibido una gran cantidad de atención de la literatura de la psicodinámica por décadas. La Dra. Homayounpour por lo tanto, explícitamente establece el punto acerca de lo esencial de lo que es para los clínicos de reconocer y de "apropiarse" de las diferencias culturales en el tratamiento y cómo estas variaciones afectan la profundidad psicológica del ser humano y lo que es probable que el clínico escuche en la psicoterapia.

Aceptación del trauma

El reconocimiento y el tratamiento de una gran variedad de traumas, incluyendo, pero no limitando al abuso físico y sexual, han reconfigurado el campo de la salud mental en las pasadas 4 décadas. La investigación ha mostrado que un número significativo de nuestros pacientes con una alimentación desordenada vienen a nosotros con estas historias y a pesar de que hay muchas nuevas y alentadoras terapias para los síntomas residuales del desarrollo de estos descarrilamientos, la psicoterapia psicodinámica feminista también contribuye con un importante punto de vista para ayudar a los pacientes. Además de reconocer que el abuso ocurrió y ayudar al paciente a darle voz a los desasociados o separados estados de sí mismos que han tenido pocos o ningún lugar seguro para explorar los múltiples significados del abuso a la persona, los clínicos trabajando en el contexto de la psicodinámica feminista estarían en sintonía con el impacto del abuso en las relaciones. Además, el terapeuta será consciente de la tendencia a intentar dominar lo que se "ha hecho" involuntariamente e inconscientemente, convirtiéndose en "un hacedor".⁶

(La Parte 2 continúa en el número de Enero/Febrero 2017; las referencias irán al final de dicha parte)

La Autora



Kathryn J. Zerbe, MD, ha sido miembro del Consejo Editorial de *EDR* por largo tiempo, tiene una práctica privada en Portland, OR. Es catedrática de Psiquiatría en la Universidad de Salud y Ciencia de Oregón, así como Analista de formación y supervisión en el Centro Psicoanalítico de Oregón; y en el Instituto de Psicoanálisis, Los ángeles. La Dra. Zerbe es la autora de numerosos artículos y libros, incluyendo *The Body Betrayed* y *Integrated Treatment of Eating Disorders: Beyond the body betrayed*.

alimentarios tienen una alta carga psiquiátrica.

Adolescentes varones con trastornos alimentarios tienen un alto nivel de comorbilidad psiquiátrica, particularmente depresión y con frecuencia buscan tratamiento mucho más tarde que sus pares femeninos, de acuerdo con el Dr. Samuel Ridout, del Hospital Butler, Providence, RI. El Dr. Ridout registró sus resultados en reunión anual de la American Psychiatric Association, en 2016 en Atlanta. El Dr. Ridout y sus colegas llevaron a cabo una revisión retrospectiva de registros médicos de 127 adolescentes mujeres y 21 varones (edad promedio: 15 años), quienes habían sido hospitalizados por un trastorno alimentario.

Los investigadores encontraron que los adolescentes varones tuvieron una enfermedad pre mórbida por más tiempo que las adolescentes mujeres (348 días contra 172, respectivamente) y que los varones habían perdido más peso que sus contrapartes femeninas antes de ser hospitalizados (34 lb. contra 19 lb., respectivamente) Abuso de sustancias, depresión comorbida y una historia de ideación suicida fueron, más comúnmente encontradas entre los niños que en las niñas. A pesar de que fue un estudio pequeño, los resultados apuntan a la necesidad de una detección temprana y una intervención para todos los individuos con un trastorno alimentario, a pesar del género y también la necesidad de ser vigilantes de los trastornos alimentarios y las comorbilidades en la población joven masculina, de acuerdo con el Dr. Redituó.

Maricarmen Díaz Juárez, nuestra voz en español

Hace más de un año que *EDR* ha ofrecido a los lectores una edición en español de nuestros boletines. Nuestra traductora, Maricarmen Díaz, es abogada y profesora de tiempo completo en una universidad en Ciudad de México, el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, en el departamento de Derecho y Relaciones Internacionales, campus de Estado de México. Maricarmen recibió su título en Derecho, su maestría en Educación Superior, así como hizo estudios doctorales en la Universidad de Salamanca, en España.

Maricarmen dice que le encanta enseñar y ha pasado toda su vida profesional en el mundo de academia. Ella señala que en el Derecho el lenguaje es muy importante, así que es apasionada por el buen español. Su dominio del inglés proviene de su educación en una escuela británica, en México desde su niñez, y también, tiene familia en el área de Chicago en los Estados Unidos. Nos informa también que le gusta el proceso de traducir el EDR y ayudar a que más gente en Latinoamérica aprenda acerca de los trastornos alimentarios.

Padres con un trastorno por atracón (TA) y los efectos emocionales sobre sus hijos

Los puntajes de la conducta inadaptativa fueron más altos cuando ambos padres fueron diagnosticados con un trastorno por atracón.

Poco es conocido acerca de los efectos del trastorno por atracón (BED, por sus siglas en inglés, TA en español) en padres y los efectos emocionales y conductuales sobre sus hijos relacionados al TA. La psicóloga Silvia Cimino e investigadores en las universidades de Roma y de Padua, Italia, recientemente registraron que un diagnóstico de TA, en uno o en ambos padres parece influenciar en el grado de los intercambios inadaptativos de padres e hijos durante la alimentación, un factor que puede impactar en problemas emocionales y conductuales de sus hijos (*Front Psychol.* 2016; 7:850) De acuerdo a los

autores, este es el primer estudio de observación en reclutar familias donde ambos, madre y padre tiene diagnósticos de trastornos por atracón.

El estudio incluyó a 204 familias divididas en 4 grupos: Grupo 1, TA en ambos, padre y madre (n=102); Grupo 2, TA, solamente en la madre (n=103); Grupo 3, TA sólo en el padre (n=100); y el Grupo 0, un grupo de control saludable (n=102) Cada grupo estaba equilibrado con respecto a la edad y sexo de los niños y el 91% de estos provenían de familias intactas. Los grupos fueron evaluados en dos momentos, 18 y 36 meses de edad.

El Dr. Cimino y sus colegas usaron la *Scale for the assessment of Feeding Interactions* (SVIA, por sus siglas en inglés), una adaptación italiana del *Feeding Scale* (Chatoor et. al., 1997) normalmente usada para niños entre 1 a 3 años de edad. También administraron el *Child Behavior Check-list*, un cuestionario completado por los padres y cuidadores que evalúa las habilidades del niño y sus características específicas conductuales/emocionales. Resultados de un cuestionario de 100-items son después usados para determinar los síndromes de cuatro subescalas: Reactividad emocional, Ansioso/Deprimido, Quejas somáticas y Retraído.

Mayor inadaptación se produjo cuando ambos padres tenían TA.

En general, el Grupo 1, el cual incluía a ambos padres con TA, tuvieron resultados significativamente más altos, que aquellos de todas las otras categorías. Los altos resultados en el Grupo 1 se mantuvieron significativamente más altos que aquellos en los otros grupos en la segunda evaluación. De acuerdo a los autores, esto sugiere que el momento de la alimentación puede ser difícil para ambos padres con TA y para sus hijos. Esto está caracterizado por "interacciones desentonadas, falta de sensibilidad parental y en general, un clima emocional negativo", de acuerdo con los autores.

Mientras que estudios previos de madres con trastornos alimentarios y sus hijos han demostrado problemáticas similares durante la alimentación (Stein et al., 2013), este estudio agrega los específicos efectos del TA sobre los padres y destaca las características de los intercambios padre-hijo, enfatizando el hecho de que sin un tratamiento, el riesgo de dificultades relacionales no disminuye espontáneamente a lo largo del tiempo.

Estos resultados enfatizan el impacto familiar de TA y los beneficios potencialmente amplios de un tratamiento eficaz.

Examinando el cerebro para explicar la falta de inhibición conductual en BN

Dos estudios agregan datos de adultos y adolescentes.

Hay una nueva evidencia de una desinhibición del comportamiento en la bulimia nervosa (BN), pero no es claro si esto es específico de un comportamiento alimentario o si es más generalizado. En el Hospital Universitario, Heidelberg, Alemania, la Dra. Mandy Skunde y sus colegas han usado imágenes por resonancia magnética funcional (fMRI, por sus siglas en inglés) para buscar las posibles ligas neuronales subyacentes entre un deterioro general y una inhibición del comportamiento específico de la comida en mujeres adultas con BN. Sus hallazgos iniciales sugieren que una reducida activación frontoestriatal cerebral puede causar una desinhibición del comer, pero también puede generalizarse (*J Psychiatry Neurosci.* 2016; 41:E69)

Un control inhibitorio en los trastornos alimentarios de tipo bulímicos ha sido analizado en numerosos estudios y no es limitado al atracón. Con frecuencia incluye otros comportamientos impulsivos, tales

como el abuso excesivo del alcohol y sustancias. El grupo final de estudio incluyó a 28 mujeres adultas (edad promedio: 28 años) que cumplieron con los criterios diagnósticos de *DSM-5* por BN y 29 controles saludables (edad promedio: 27 años)

No se observó mayor acción en el sistema límbico.

Contrario a la hipótesis original, los autores no encontraron significativas diferencias cerebrales durante las pruebas de inhibición del comportamiento en general y en los estímulos específicos de alimentos en el grupo con BN en comparación con los controles. No hubo, tampoco, mayor inactivación en el sistema límbico durante la exposición a estímulos específicos de los alimentos. Sin embargo, diferencias significativas en las redes frontoestriales se notaron en un subgrupo de pacientes con síntomas más severos (3 o más episodios por atracón por semana)

Las implicaciones clínicas en los hallazgos del equipo, de acuerdo con la Dra. Skunde, es que una mejor comprensión en los mecanismos neurales subyacentes en los problemas de inhibición conductual entre los pacientes con BN puede ayudar a dirigir al tratamiento al cerebro, como una neuromodulación con estimulación magnética transcraneana (*Eur Eat Disord Rev.* 2013; 21:436; *Neuroimage Clin.* 2015; 8:611)

Descubrimientos cerebrales en jóvenes pacientes con BN

En un segundo estudio, el primero en usar fMRI para investigar las redes de atención cerebrales en pacientes con BN, un equipo en las universidades de Aachen, Aachen, Alemania, HWTH, Maastricht, Holanda y JARA-BRAIN, Mainz, Alemania, demostró una activación alterada en regiones del cerebro involucradas con la atención en adolescentes y adultos jóvenes, pacientes con BN (*PLOS One*, September 8, 2016; doi:10.1371/journal.pone.0161329)

Los autores usaron una versión modificada de la Attention Network Task para investigar substratos neurales para alerta, reorientación y atención ejecutiva en correlación a la activación cerebral en esas áreas con síntomas de un trastorno de déficit de atención hiperactivo y trastornos alimentarios. Algunos de estos síntomas incluyen alteraciones en la actividad de las regiones parieto-occipital, regiones de corteza cingulada anterior y posterior, así como la red neuronal por defecto.

El Dr. Jochen Seitz y sus colegas concluyeron que una neurotransmisión alterada en la red sensoriomotora frontostriatal puede contribuir a una disfunción conductual en los pacientes con BN, a través del aumento de la atención/preocupación por los pensamientos del trastorno alimentario, así como la posibilidad de comportamientos distraídos/impulsivos.

Ayudando a los hombres a recuperarse de un trastorno alimentario

Una desafortunada tendencia: los hombres tardan más en buscar tratamiento.

En uno de los pocos estudios que examina cómo los hombres se recuperan de un trastorno alimentario, los Drs. Gunn Pettersen, Karin Wallin y Tabita Björk recientemente entrevistaron a un grupo pequeño de hombres noruegos de 19 a 52 años, quienes se han recuperado de anorexia nervosa (n=10), bulimia nervosa (n=4) o TANE (n=1) (***BMJ Open.* 2016; 6:e010760**)

Los investigadores se preguntaron si los hombres con trastornos alimentarios pueden tener diferentes índices de recuperación que las pacientes mujeres, tal vez debido a diferentes factores, tal como el sentimiento de vergüenza por tener una "enfermedad de mujeres" o la falta de instalaciones de

tratamiento. Una mayoría de los pocos- y por lo general pequeños- estudios que examinaron hombre que se han recuperado de un trastorno alimentario se han enfocado en factores como barreras para buscar ayuda y el retraso en la búsqueda de tratamiento debido a la vergüenza y a la incapacidad para reconocer los signos de un TCA.

Los participantes en el actual estudio fueron anteriores pacientes, quienes completaron su tratamiento y se recuperaron de un trastorno alimentario diagnosticado con el DSM-IV. Diecisiete varones fueron identificados y 15 dieron su consentimiento para el estudio.

Cuatro posibles factores ligados a la recuperación.

Los autores sugieren que hubo cuatro factores principales relacionados a la recuperación en los hombres: (1) una necesidad de cambio, (2) hacer un compromiso para poner el TCA detrás de ellos, (3) hacer cambios intrapersonales y (4) buscar una nueva vida sin un TCA.

A muchos de los hombres les tomó un tiempo largo para entender y admitir que tenían un TCA y algunos describieron tener una lucha prolongada y muy privada con su desorden. Para estos hombres, admitir que tenían un TCA incluye admitir que la comida, el peso, y la apariencia corporal controlan o dominan todas las partes de su vida. Algunos habían renunciado a sus trabajos y otros abandonaron la universidad debido a los efectos de vivir con su trastorno alimentario. Antes de buscar ayuda, los hombres reconocieron su vida con un TCA como sin sentido o caótica. Algunos habían contactado a profesionales de la salud y muchos reportaron haber sido empujados por un familiar cercano o un amigo para buscar ayuda.

Una comprensión de que necesitaban ayuda.

Algunos comenzaron su proceso de recuperación con hospitalización, haciendo dieta o una severa pérdida de peso y evitar la comida, llevando a la hospitalización, mientras que otros contactaron a sus médicos del servicio primario por ayuda. No importa cómo obtuvieron ayuda, la motivación primaria fue la misma: darse cuenta de que no podrían manejar la situación por sí mismos.

Muchos de los hombres reconocieron la importancia de estabilizar sus patrones de alimentación, buscar una mejor nutrición y alcanzar pesos más saludables durante las tempranas fases de la recuperación. Muchos de ellos encontraron muy útil la estructura de un tratamiento hospitalario. Otro aspecto común en el proceso de recuperación fue encontrar un nuevo equilibrio, así como identificar nuevas estrategias para afrontar y dejar atrás el TCA. A pesar de los graves efectos, la mayoría de los hombres reportaron que su trastorno alimentario ha actuado como un mecanismo de adaptación por muchos años, mientras que otros lo describieron como "su mejor amigo". Por lo tanto, un reto para los terapeutas fue ayudar a los hombres a dejar ir las "ventajas" que su TCA parecía representar.

¿Recuperación similar a la de las mujeres o diferente?

Los autores se dieron cuenta que sus hallazgos coinciden con muchos de los temas importantes identificados entre las mujeres recuperándose de un TCA, lo que podría indicar una naturaleza universal del cambio y la recuperación de un trastorno alimentario. Gran parte de las diferencias entre el curso de los trastornos alimentarios (y la búsqueda de tratamiento) en los varones puede relacionarse con diferencias en la búsqueda de casos, el estigma percibido y la disponibilidad de servicios de tratamiento para los varones, en lugar de diferencias de género innatas.

Alimentación restrictiva entre los hombres.

Un segundo estudio destaca las barreras para el diagnóstico rápido de los trastornos alimentarios en los hombres. Esta revisión retrospectiva de los varones con trastornos alimentarios reveló que ciertos resultados del estudio de laboratorio y signos vitales habían sugerido un diagnóstico temprano (*J Adolesc Health. 2016; 59:397*) y en algunos casos había sido ignorado.

Los hombres fueron tratados primero, en un programa ambulatorio para trastornos alimentarios. Los hombres fueron de 11 a 25 años de edad, tenían un porcentaje medio de índice de masa corporal medio de (IMC) de 88.8% y muchos tenían una antecedente de tener sobrepeso u obesidad. La mitad tenían un antecedente de un desorden psiquiátrico; 42% tenían un antecedente de sobrepeso u obesidad; y un 12% tenían una historia familiar de un trastorno alimentario. Revisando los signos vitales y los resultados de las pruebas de laboratorio de las pacientes revelaron que la anomalía más destacada fue la bradicardia (un pulso menor de 60 latidos por minuto, o bpm) La frecuencia cardiaca media fue de 58.7 bpm, y el cambio de la frecuencia cardiaca ortostática fue de 22bpm; 51.5% de los hombres cumplieron con los criterios de admisión hospitalaria de la Sociedad para Salud y Medicina Adolescente. Cerca de un tercio eran anémicos.

Falta de opciones de tratamiento para los hombres.

En una editorial adjunta, Mark A. Goldstein, MD de la Escuela de Medicina de Harvard y sus colegas notaron que un signo vital estándar, una frecuencia de pulso más baja de lo normal, puede ser una "bandera roja" para los hombres, evidenciando la necesidad de una evaluación adicional (***J Adolesc Health. 2016; 59:371***) En su editorial, el Dr. Goldstein y sus colegas también señalaron otro gran problema: falta de opciones de tratamiento. Si bien el 100% de los programas residenciales en los Estados Unidos aceptan mujeres, solo un 20% aceptan hombres y un pequeño subgrupo de programas ofrecen un tratamiento solo para hombres (***Int J Eat Disord. 2006; 49:434; Eat Disord. 2012; 20:444***)

Los editorialistas también plantean otro punto para reflexionar: muchos de los programas preventivos exitosos se han desarrollado para mujeres y se enfocan en considerar la presión para ser delgada, insatisfacción corporal y la idea cultural de delgadez, lo cual no puede ser tan sobresalientes para los hombres. En su lugar, enfoques más útiles para hombres se deben enfocar en la insatisfacción corporal, tamaño, forma y masculinidad.

Realimentación de adolescentes hospitalizados con trastornos alimentarios restrictivos

Los niveles calóricos superiores a los actuales recomendados fueron seguros.

Corregir la desnutrición en los adolescentes con anorexia nervosa es de especial urgencia a un crecimiento deteriorado, a la pérdida de la menstruación y a los efectos negativos sobre la salud ósea. Un grupo de investigadores liderados por la nutrióloga Elizabeth K. Parker, en el Hospital Westmead, Sydney, Australia, reportaron que una realimentación alta en calorías es segura para los adolescentes hospitalizados con trastornos alimentarios restrictivos (***J Nutr Rehab. 2016; article ID 5168978***, published online before print)

Algunos han recomendado un promedio conservador semanal de aumento de peso de 0.5 a 1kg (por ejemplo, siguiendo los lineamientos generales de NICE) Más recientemente otros sugirieron aumentos de peso más rápidos, tales como 1 a 2 kg por semana. La razón para una tasa limitada en el aumento de peso es, por supuesto, evitar el síndrome de realimentación, el cual puede causar cambios en los líquidos y en los electrolitos. Bajos niveles de fosfato sérico, en particular, pueden llevar a complicaciones como una insuficiencia cardiaca o la muerte. Sin embargo, de acuerdo a los autores, la recomendación de una realimentación lenta también puede producir una no intencional consecuencia, el "síndrome de subalimentación", entre pacientes con AN. Por lo tanto, los lineamientos estándares para "comenzar lento y seguir lento" puede poner a los ya malnutridos pacientes en un riesgo de un deterioro clínico más adelante, así como más largas estancias hospitalarias.

Un estudio retrospectivo de 3 años.

Para estudiar los beneficios de las altas tasas iniciales de realimentación, los autores llevaron a cabo una revisión retrospectiva de tres años de 247 pacientes consecutivos con TCA restrictivo admitidos en una unidad de adolescentes de trastornos alimentarios entre Enero 2011 y Diciembre 2013.

Pacientes con bradicardia fueron monitoreados en la sala de cardiología con constantes mediciones de telemetría por las primeras 24 a 48 horas o hasta que su ritmo cardíaco en reposo fuera de más de 50 lpm. Algunos pacientes admitidos con bradicardia recibieron constante alimentación nasogástrica (NG, por sus siglas en inglés) con una fórmula de 1 kcal/mL en 100 ml por hora, para proveer 2400 kcal por día mientras se restringe la ingesta oral a sorbos de agua durante 24 a 48 horas. La justificación para una continua alimentación NG fue proveer a pacientes médicamente inestables con un constante, controlado suministro de carbohidratos para las primeras 24 a 48 horas.

La suplementación con fosfato se inició de manera temprana.

Antes de comenzar una rehabilitación nutricional, a todos los pacientes se les suministró 1 g de un suplemento de fosfato y un multivitamínico diario, después un mínimo de 500mg de fosfato dos veces al día durante la primera semana de la admisión y la suplementación fue detenida si los niveles de fosfato se volvían anormalmente elevados. Pruebas de sangre, particularmente para medir los niveles de fosfato sérico, se hicieron antes de comenzar la alimentación nasogástrica (NG), seis horas después de haber iniciado ésta y después diariamente por la primera semana.

Una vez hospitalizados, todos los pacientes recibieron algún tipo de soporte nutricional dentro de las primeras 24 horas, incluyendo solo una dieta oral (7.4%); continuando con una alimentación por tubo NG (54.3%); o una combinación de dieta oral y una alimentación nocturna cíclica de NG. Un poco más de la mitad de los pacientes tuvieron bradicardia y se inició con una dieta oral con una alimentación NG durante la noche. De los 7 pacientes quienes desarrollaron un edema periférico, solo uno de ellos también desarrolló una leve hipomagnesemia; los 6 restantes tuvieron electrolitos normales.

Una vez que los pacientes fueron médicamente estables, fueron atendidos en una sala médica de adolescentes y su alimentación NG se redujo a una alimentación cíclica durante la noche de 100 mL por hora de una fórmula de 1 kcal/mL durante 10 horas. Además de la alimentación NG, se proporcionó un plan de comidas de 1800 kcal durante el día y las comidas fueron supervisadas por el personal de enfermería. Los pacientes que no terminaron con el plan prescrito de comida se les dio un suplemento nutricional sustituto de la comida. Esto dio como resultado una ingesta media calórica al momento de la admisión de 2612 kcal, la cual subió a 3775 kcal por semana. El promedio de peso ganado fue de 2.1 kg. por semana.

Un monitoreo adecuado y suplementos dietéticos ayudan a evitar el síndrome de realimentación.

En general, los resultados sugieren que con un adecuado monitoreo del paciente y los suplementos apropiados, una rápida recuperación de peso se puede alcanzar sin provocar el síndrome de realimentación. Entre los 52 pacientes, quienes tuvieron una alimentación NG nocturna, solo el 3.8% recibieron medicamento para aliviar la ansiedad del tubo de alimentación. Cerca de 12% experimentó hemorragias nasales y 29% de ellos reportaron irritación nasal. Un pequeño grupo de pacientes, 3.8% fueron dados de alta antes de completar su tratamiento de hospitalización.

Los autores concluyeron que un protocolo más rápido de realimentación con suplementación de fosfato pueden ser seguros de usar para adolescentes con trastornos alimentarios restrictivos sin producir el síndrome de realimentación. Parker y sus colegas también sugieren que la suplementación profiláctica de fosfato y el monitoreo cuidadosos de los electrolitos se destaquen más en los lineamientos para prevenir el síndrome de realimentación, en lugar de restringir la ingesta calórica en esta población de pacientes de por sí, ya desnutridos.

(Nota: Claramente, sería importante replicar este tipo de trabajo antes de cambiar los lineamientos, pero éste añade a nuestro conocimiento sobre las tasas de realimentación cuando se acompaña con una suplementación profiláctica de fosfato en los adolescentes. También ver este artículo, "Suplementación profiláctica de fosfato para pacientes hospitalizados con anorexia nervosa", en Noviembre/Diciembre 2016 de este número)

Reseña del libro: El manejo de la anorexia nervosa severa y duradera: una guía para el clínico.

(Stephen Touyz, Daniel LeGrange, Hubert Lacey y Philipa Hay, Eds. Routledge Taylor & Francis, New York, NY, 2016)

La anorexia nervosa (AN) severa y duradera es probablemente el gran reto que actualmente enfrentan los clínicos de los trastornos alimentarios. Un nuevo volumen editado por los Drs. Touyz, LeGrange, Lacey y Hay provee un nuevo valioso recurso para aproximarse al tratamiento de personas con una severa y duradera AN.

Este libro está organizado conceptualmente alrededor de una prueba que se llevó a cabo en Australia recientemente publicado (*Psychol Med.* 2013; 43:2501), el cual reportó una comparación entre la terapia cognitiva conductual (TCC) contra el uso el Manejo Clínico de Apoyo por Especialistas (SSCM, por siglas en inglés) para pacientes con AN. El estudio matriculó individuos con AN con un promedio de duración de la enfermedad de 17.7 años. El mejoramiento se vio en ambos grupos, el cual subraya tanto el potencial de recuperación de una AN de largo plazo, como la necesidad de un libro de esta naturaleza.

El libro discute estrategias específicas para clínicos que se encuentran con estos pacientes, tales como el uso de TCC, el de SSCM y el de medicamentos. También hay una cobertura de temas, relativamente únicos y pertinentes para este grupo. Ejemplos incluyen el papel de la hospitalización, de un tratamiento involuntario, así cómo y cuándo alguien podría contemplar los cuidados paliativos. Finalmente, una gran pregunta al tratar a estas personas es cuáles son las causas para que los síntomas de la AN persistan y sean resistentes a la intervención, ambos aspectos también son cubiertos.

éste es un volumen relativamente corto, altamente legible y valioso que guiará a los clínicos de los trastornos alimentarios que trabajan con personas con una severa y duradera AN. Los clínicos trabajando con este grupo de pacientes en ocasiones se sienten desalentados e inseguros acerca de cómo proceder; este libro empatiza el hecho de que hay maneras para avanzar.

—SC

Un programa de prevención de recaídas para pacientes de anorexia nervosa.

El objetivo: adelantarse a la recaída.

La recaída es común después del tratamiento por AN y nuevos métodos para prevenirla son necesarios. Un grupo en Holanda ha desarrollado un nuevo programa diseñado para prevenir la recaída de AN, el Guideline Relapse Prevention Anorexia Nervosa (GRP, por las siglas en inglés) (*BMC Psychiatry.* 2016; 16:316)

Tamara Berends y sus colegas en el Altrecht Eating Disorders Rintveld, en Holanda, diseñaron un estudio cohorte de seguimiento de 83 pacientes tratados exitosamente por AN. El grupo de estudio incluyó

pacientes hospitalizados y ambulatorios de 12 años de edad y mayores que coincidían con el criterio de *DSM-IV* para el diagnóstico de AN o de un trastorno alimentario no especificado (TANE), los cuales han sido "clínicamente referidos como AN".

El tratamiento en el sitio de estudio se dirigía a tres grandes áreas: (1) hábitos alimenticios, peso corporal e imagen corporal; (2) aspectos psicológicos del funcionamiento, tales como auto-estima, perfeccionismo y trauma; y (3) funcionamiento social. Todos los pacientes que comenzaron con el programa de prevención de recaídas, habían completado "previamente- el tratamiento ambulatorio. Los pacientes fueron elegibles para el programa de prevención de recaídas solamente cuando habían alcanzado la remisión. Una total recaída se definía por un índice de masa corporal (IMC, kg/m²) menos de 18.5 para los adultos y DE IMC<-1 para pacientes más jóvenes.

Contenido y objetivos del programa.

El objetivo principal del programa GRP era mejorar la cooperación entre el profesional, el paciente y sus familiares para obtener un mejor entendimiento del proceso de recaída de cada paciente, incluyendo disparadores y señales de alerta tempranas. Las partes cooperantes después formulaban acciones que podían tomar ante una nueva e inminente recaída. Esta información después es resumida en el "Plan Preventivo de Recaídas" para que así se pueda tomar la acción apropiada cuando los signos de alerta tempranos apuntan a una recaída.

Una vez que el plan de prevención es desarrollado, el programa de cuidado posterior comienza y continúa por lo menos por 18 meses. En una serie de visitas de cuidado posterior, el paciente, el terapeuta y la familia monitorean y discuten el estado del paciente. La Dra. Berends y sus colegas describieron dos escenarios comunes. En el primero, el paciente está estable y por lo tanto, el foco de las visitas es el mantenimiento de la estabilidad, promoviendo una buena salud física, así como un óptimo funcionamiento personal y social. Reales o posibles eventos de vida estresantes en el futuro cercano son discutidos y anticipados. En el segundo escenario, el paciente tiene una o más señales de alerta tempranas de una inminente recaída. Cuando esto pasa, el principal foco de las visitas de cuidado posterior es obtener una comprensión completa de los disparadores reales de la recaída y cómo tratar con éstos para promover la recuperación.

La frecuencia de las visitas depende de la condición del paciente y por su necesidad de tratamiento y cuidado. Los pacientes estables generalmente acuden al centro para una visita de 4 a 6 meses después de la recuperación inicial. Si el paciente es menos estable, las visitas son programadas cada dos meses. Trabajando juntos, paciente y terapeuta pueden decidir si un periodo más largo de cuidado posterior es necesario cuando el paciente es vulnerable a la recaída. El seguimiento dura 5 años.

Cómo se ve una visita de cuidado posterior

A la típica visita de 45 minutos asisten el paciente y su familia. En cada visita, se realiza un pesaje y se evalúa la condición física general del paciente. Dos temas fundamentales están siempre en la agenda: el funcionamiento psicosocial y social, incluyendo discusiones sobre la escuela, los amigos, los deportes y estados de ánimo en general; así como la presencia de síntomas de AN, tales como cogniciones anoréxicas, el regreso a los hábitos irregulares de alimentación o al ejercicio excesivo. Al final de cada visita, una nueva cita es hecha para programar la siguiente.

Qué tan efectivo fue el programa de cuidado posterior.

Una completa recaída ocurrió en un 11% de los participantes y una parcial en un 19%. De aquellos que si recayeron, una quinta parte se recuperaron nuevamente durante el seguimiento. Los pacientes fueron más vulnerables a recaer entre los meses 4 a 16. Según lo previsto por el programa, el contacto en caso de recaída a menudo ocurrió dentro de una semana.

Estos resultados argumentan el uso de un plan de prevención de recaídas al final del tratamiento, junto

con un monitoreo de intervalos. Tomar este paso puede ser una forma de contribuir significativamente a reducir las tasas de recaída de los pacientes con AN.

Preguntas y Respuestas: El misterio del temblor de párpados.

Q. Una de mis pacientes con trastorno por atracón (TA, BED, por sus siglas en inglés) se ha estado quejando por un problema que yo no había visto antes. Ella lo describe como un “espasmo” del párpado inferior. Hemos descartado fatiga o exceso de alcohol o cafeína. Ella ha estado tomando topiramato por un poco más de un año para tratar sus atracones. ¿Alguna posible conexión?

A. Sí, puede existir una conexión. El topiramato es generalmente usado como un agente antiepiléptico, pero también ha sido estudiado para una variedad de otros desórdenes, incluyendo neuralgia del trigémino, trastornos del estado de ánimo, obesidad y también para pacientes con TA.

Me viene a la mente, el caso reciente de una mujer de 47 años con TA con un persistente espasmo del párpado, o mioquimia (contracciones del músculo orbicular de los ojos) Reportado en un número reciente de *Case Reports in Psychiatry* (2016; doi:10.1155/2016/7901085), igual que su paciente, la paciente mujer estaba tomando topiramato y lo había hecho por los últimos 16 meses. Mioquimia del párpado es una contracción leve del párpado y por lo general sólo afecta a uno de ellos, más frecuentemente al inferior. Los pacientes les pueden decir a los amigos o a la familia que su párpado está “brincando salvajemente”, pero como la condición es difícil de ver, su queja es algunas veces descartada. Tal como el Dr. Mohammadrasoul Khalkhali de la Universidad de Ciencias Médicas de Guilan, Rasht, Iran, reportó que la mujer estaba tomando 50mg de topiramato al momento de acostarse. El examen físico fue normal y ninguna anomalía se encontró en los estudios de resonancia magnética; las pruebas de laboratorio fueron todas normales. Ella tenía un antecedente de hipertensión, la cual fue controlada con 25mg/al día. Su visión no fue afectada por el espasmo y se le aconsejó a continuar con sus medicamentos, trabajar menos horas y descansar más.

Un mes después de su visita, el espasmo había empeorado y los movimientos se habían subido al párpado superior y eventualmente a la ceja. A pesar que los resultados de las pruebas físicas fueron aún más normales, el paciente estaba angustiado porque ella pensó que los otros podían ver el espasmo. En este momento se le aconsejó suspender el uso de topiramato y una vez que la medicación paró el espasmo desapareció en dos semanas. Sin embargo, cuando la topiramato se detuvo, su apetito se incrementó y con ello el aumento de peso se reinició. Después de dos meses ella comenzó a usar topiramato nuevamente. Dos semanas después su mioquimia de párpado regresó.

Un sin número de condiciones han estado implicadas en mioquimia, incluidos cambios genéticos, enfermedad autoinmune, la exposición a la radiación, efectos tóxicos e hipoxia. Debido a las conexiones temporales entre suspensión del topiramato y el regreso de los síntomas, así como el hecho de que el topiramato actúa en los canales de calcio y potasio relacionados con la mioquimia, la conexión parece clara.

—SC

Un nuevo año y un nuevo formato para EDR

En el próximo número.

Un nuevo año y un nuevo formato para EDR

Comenzando con el primero número de 2017- empezando nuestro año número 28- EDR tendrá una totalmente nueva apariencia y creemos que te va a gustar. Al inicio de este año comenzamos a pensar las maneras para hacer esta publicación más accesible y una forma de hacerlo era rediseñando el sitio web de EDR. Una de nuestras principales consideraciones era hacer nuestro newsletter disponible para poderse leer en un teléfono móvil y otros dispositivos. El anterior EDR sólo era accesible por computadora.

El nuevo sitio web también ofrece ligas a nuestra editorial, la International Association of Eating Disorders Professionals (iaedp), lo que significa que puedes obtener créditos de educación continua a través de colaborar con iaedp, una liga te guiará hasta los programas de educación continua. Otra característica incluye una sección especial para programas de tratamiento seleccionados y listas de organizaciones de trastornos alimentarios, así como material de antecedentes sobre éstos. Hay muchos más cambios, incluyendo un blog y ligas a las redes sociales.

Lo que no cambiará, es nuestro compromiso para traerte información actual a cerca de los diagnósticos y tratamiento para los trastornos alimentarios. Podrás ser capaz de leer todo el número, como antes, o seleccionar algunos artículos. Nuestros archivos, con destacados autores y todas las características a lo largo de los años, también serán de fácil acceso.

Psicoterapia psicodinámica feminista: una perspectiva desde la práctica, Parte 2 Por Kathryn J. Zerbe, MD

Occidentales y no-occidentales estudiantes y psicoterapeutas actualmente están incrementando y transformando las formas en las que la psicoterapia psicodinámica feminista se practica. En esta última entrega de una serie de dos partes, la Dra. Zerbe explora más sobre las dinámicas que pueden mejorar los esfuerzos de los psicoterapeutas. Un ejemplo incluye qué hacer cuando aquellos que quieren ser de apoyo o de entendimiento son vistos por el paciente como causantes de dolor, rápidamente apareciendo como "objetos malos" para el paciente.

Y

- **Dolor y trastornos alimentarios entre bailarines.**
- **Un fármaco para Alzheimer puede reducir el ansia del atracón**
- **Diferencias neurales en la auto percepción durante la enfermedad y después de la recuperación en pacientes con AN.**
- **La aplicación de la gestión de casos para pacientes ambulatorios con trastornos alimentarios graves y duraderos.**
- **ARFID y adultos quisquillosos con la comida (persona selectiva con la comida)**

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com