
Eating Disorders Review

Enero/Febrero 2016

Volumen 27, Número 1

Scott Crow, Editor enJefe

Mejorando la cobertura para trastornos alimentarios: un largo y lento proceso

Cuando la Semana de la Conciencia sobre los Trastornos Alimentarios 2016 se aproxima, un pequeño progreso se ha hecho en el esfuerzo por mejorar la cobertura de seguro para pacientes con TCA (ver también el número de Mayo/Junio 2016 de EDR: "Derribando barreras para el tratamiento de los trastornos alimentarios")

Un punto destacado en 2015, fue el paso del proyecto de ley 145 del Senado por el estado de Missouri, el cual enmienda una ley estatal permanente, agregando una nueva sección relativa al tratamiento para trastornos alimentarios. Mientras que otros estados pueden tener leyes ambiguas sobre la necesidad de tratamiento para desórdenes alimentarios, Missouri es el primer estado en establecer que el tratamiento para trastornos alimentarios, debe ser cubierto por las compañías de seguros, de acuerdo a Kerry Dolan, quien dirige el programa de defensa legal de la Asociación Nacional de Trastornos Alimentarios.

Esta acción siguió a seis años de batalla, para lograr una cobertura más comprensiva para el tratamiento de los trastornos alimentarios por el recientemente retirado Representante de Missouri, Rick Stream. La hija de Stream, Katie murió en 1995 después de una larga batalla contra la bulimia nervosa; sus niveles de potasio fueron tan bajos que su corazón se detuvo. La ciudadana defensora, Annie Seal trabajó en el proyecto de ley por 7 años.

Cuando el Gobernador de Missouri, Jay Nixon firmó el proyecto de ley en agosto del año pasado, el Estado se convirtió en el primero de la nación para establecer parámetros específicos que las compañías de seguros deberían seguir bajo la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible o ACA. La nueva ley de Missouri es la primera en el país que define por completo que el tratamiento debe ser cubierto, de acuerdo a la "Guía Práctica para el tratamiento de Pacientes con Trastornos Alimentarios", adoptada por la Asociación Americana de Psiquiatría, la cual describe el cuidado médico y psicológico. No es un mandato, pero define a la cobertura bajo la actual Ley de Paridad de Salud Mental de Missouri. Una parte importante de la nueva ley es que el peso, no será más usado como el único criterio de aprobación para el tratamiento. Reemplaza al edicto de que las aseguradoras en el Estado cubrían el tratamiento solo cuando una persona alcanzaba 80% de su peso corporal ideal. Este porcentaje ha sido inútil para los pacientes con anorexia y más para aquellos con bulimia nervosa, quienes pueden mantener un peso saludable a pesar de no estar sanos.

Una idea: Un Plan de Referencia Nacional.

Los defensores de mejorar la cobertura médica para los pacientes con trastornos alimentarios, han apoyado la adopción de un plan de referencia nacional que abordaría las desigualdades que actualmente existen, en el acceso al tratamiento para salvar vidas de las personas con un trastorno alimentario.

Bajo la actual ACA, 10 Estados ahora requieren cobertura para anorexia y bulimia nervosa, con las

mismas bases que cualquier otra condición de salud mental. Dieciocho Estados solo requieren cobertura para el tratamiento de trastornos alimentarios con planes de salud individuales, como planes para empleados del estado y planes de salud en grupo. Los estados restantes no tienen requerimientos por ley de una cobertura para los desórdenes alimentarios. La ACA también provee tres pasos positivos: (1) a las personas con condiciones de preexistencias ya no se les puede denegar la cobertura para su atención. Antes de esto, muchas compañías aseguradoras normalmente denegaban cobertura a las personas con trastornos alimentarios, clasificando a su condición como una preexistencia. (2) Los pacientes pueden permanecer en las pólizas de seguro de sus padres hasta que alcancen la edad de 26 años, lo cual es una verdadera ayuda desde que muchos casos afectan a personas en la adolescencia y durante los veinte. (3) Más personas ahora pueden calificar para un Medicaid Expandido (ahora disponible en 28 Estados)

Sarah Hewitt, JD, ha propuesto que las inequidades en la cobertura en los trastornos alimentarios se pueden remediar, a través de la adopción de un plan de referencia nacional. El Departamento de Servicios de Salud y Humanos declinó definir al cuidado de salud mental como un "Beneficio de Salud Esencial" (EHB por sus siglas en inglés), trasladando la carga a los estados de establecer una referencia individual para el cuidado. Sin embargo, este año se les requerirá revisar esta decisión, tomando en cuenta eventos y consecuencias durante 2014 y 2015 (*Law and Inequality* 2013. 31:411) La abogada Hewitt sostiene que los costos en el cuidado de salud son significativamente más altos, cuando las aseguradoras retrasan o niegan cobertura a personas con trastornos alimentarios.

El caso de Danielle Moles ilustra lo anterior. Un largo tratamiento en un centro psiquiátrico residencial fue prescrito después de que Moles fue diagnosticada con anorexia nervosa. Su desorden alimentario había progresado, llevando a un daño permanente en su sistema digestivo, un aborto, una fractura por presión en un pie y convulsiones periódicas. Su seguro insistía que su tratamiento no era cubierto por su póliza y sólo aceptó pagar los gastos después de retrasar la decisión por varios años. Para el tiempo que la cobertura comenzó, la condición de Moles había empeorado significativamente. Si la cobertura hubiera iniciado antes, se encontró que su tratamiento habría costado al seguro aproximadamente \$80,000, en lugar de los \$500,000 a \$750, 000 que eventualmente pagó. La paciente estimó que había gastado \$150, 000 de su bolsillo para su atención.

(Michael Ollove, [Parity for Behavioral Health Coverage Delayed by Lack of Federal Rules](#))

Incluyendo todos los trastornos alimentarios reconocidos en DSM-5.

Un paso que podría tomar el Departamento de Salud y Servicios Humanos sería el incluir todos los trastornos alimentarios reconocidos en DSM-5, incluyendo TANE, en la categoría de "enfermedad mental" en EHB. Tal como Hewitt lo indica, el plan de referencia nacional podría finalmente garantizar que quienes sufren de todo tipo de trastornos alimentarios reciban cobertura para la atención a largo plazo y un cuidado comprensivo comprensiva que necesitan para su recuperación.

(Nota: En el Simposio de iaedp de 2106 en Amelia, FL, el abogado de la ciudad de Los ángeles y defensor de los trastornos alimentarios Lisa S. Kantor, Esq. presentará un sesión de entrenamiento previo a la conferencia en "La defensa de los pacientes en el marco jurídico actual y panorama regulatorio". La sesión está programada para Febrero 17 de 9am a 12 del medio día)

Actualización: Calmando los miedos de ganar un peso excesivo después de la recuperación.

Frecuentemente, los pacientes que se están recuperando de un trastorno alimentario predicen que se convertirán en obesos en la próxima década ("Tengo miedo a engordar") Los resultados de un reciente estudio de seguimiento liderado por Helen B. Murray y sus colegas en la Escuela de Harvard y de la

Universidad de Northeastern, Boston, demostró que después de 22 años, muchos de los ex pacientes tenían índices de masa corporal (IMC, kg/m²) en un rango normal. Los resultados fueron presentados en la Conferencia Internacional de Trastornos Alimentarios en 2015 en Boston, MA. Dos grupos de edad fueron analizados: Ola 1 de 1987 a 1991 involucró a 225 pacientes seguidos por 10 años, quienes tenían un diagnóstico de *DSM-IV* para anorexia y bulimia nervosa. Ola 2 involucró a 175 pacientes, quienes fueron seguidos de 2011 a 2013. Los autores también reportaron que los cambios en IMC son más rápidos en los primeros años después de la recuperación y que los cambios a corto plazo, pueden predecir un regreso a la normalidad en el largo plazo en el IMC. Para calmar los miedos de los pacientes con respecto a ganar un peso excesivo después de la recuperación, los autores sugieren ayudar a los pacientes a enfocarse en los resultados a largo plazo. Aprender acerca de los cambios en el peso en un plazo normal y corto los ayudará a tener expectativas razonables sobre su peso.

Youtube: Contratando a las comunidades pro-ana

Un grupo finlandés usó un enfoque de alta tecnología para evaluar a los espectadores de videos pro-y anti-pro ana.

Comunidades online pro-anorexia (pro-ana) han sido fuente de preocupación, porque son fácilmente accesibles y promueven adoptar una enfermedad con una alta morbilidad y mortalidad. Además, son frecuentemente visitados: por ejemplo, en el estudio de Niños en Línea de los Estados Unidos, 10% de los niños de entre 9 y 16 años han visto estos sitios. (Livingstone et al, London: LSE, 2011)

Pero, ¿qué hay de los sitios y videos en línea anti-pro-ana? ¿Son igualmente efectivos? Dr. Atte Oksanen y sus colegas de dos universidades en Finlandia, hicieron equipo con el Instituto Tecnológico Federal Suizo en Zurich, Suiza, para estudiar las reacciones emocionales de los contenidos en línea de pro y anti-pro ana utilizando una técnica llamada análisis del sentimiento (*J Med Internet Res.* 2015. 17:e256)

Las comunidades pro-ana se encuentran en varios sitios o redes sociales, incluyendo *Facebook, Youtube, Twitter, Instagram, Pinterest y Flickr*. *Youtube* es la súper estrella de las redes sociales que alcanza a más de 1 billón de seguidores y 300 horas de video son subidas cada minuto. *Youtube* es también la red social más popular que utiliza videos y comentarios a disposición del público; de este modo, su fácil accesibilidad y popularidad la hacen una significativa fuente de información sobre anorexia. Dr. Oksanen y sus colegas usan una de las características de *Youtube*, la retroalimentación de los espectadores de los videos, ya sea de que "me gusta" o "me disgusta" o de publicar un comentario, en la sección para ello debajo del video. Cada usuario registrado de *Youtube* puede utilizar esta función. Los autores seleccionaron *Youtube* porque los usuarios comúnmente se involucran en discusiones activas expresando, ya sea positivos o negativos sentimientos en sus mensajes, para que, por ejemplo, el contenido anti-pro-anorexia puede impugnar el pro-ana. Los investigadores hicieron tres preguntas de investigación sobre las características de los videos pro-ana y anti-pro- ana y de aquellos que suben los videos a la red: la fuerza de la positiva o negativa retroalimentación emocional y si el tiempo de subir el video, así como la duración del mismo están relacionados con los comentarios.

De Octubre 15 al 29, 2014, los autores recuperaron videos de *Youtube*, buscando dos términos, "pro-ana" y "anti-pro-ana". También utilizaron un rastreador web, utilizando la Interfase de Programación de la Aplicación de Datos de *Youtube*, una técnica utilizada para medir la popularidad de los videos durante las campañas políticas. Los comentarios al video fueron evaluados con SentiStrength una herramienta de análisis de los sentimientos automáticos, que usa un algoritmo para estimar el contenido sentimental basado en una lista de aproximadamente 3,000 palabras de sentimiento y categorías gramaticales.

Los videos anti-pro-anorexia fueron más populares entre los espectadores.

Los autores recolectaron una gran cantidad de datos, incluyendo 133 videos pro-ana y 262 anti-pro-ana. Estos 395 videos arrojaron un total de 12,161 comentarios de 7,903 usuarios. Solo el 1% de los espectadores comentaron en los dos tipos de videos. Noventa y dos por ciento de los que suben los videos eran mujeres y el resto se calificó a sí mismos como desconocido o bien "otro" género. Los espectadores provenían de 13 países diferentes; 44% provenían de los Estados Unidos, pero los autores informaron que el país de origen no tenía impacto alguno en los comentarios. Los dos tipos de videos tuvieron más de 6 millones de visitas y un hallazgo positivo fue los videos anti-pro-ana fueron más populares que aquellos pro-ana.

A diferencia de un estudio anterior en *Facebook*, en el cual el grupo pro-ana se encontró que era más activo y mejor organizado que el grupo anti-pro-ana (*Eat Weight Disord.* 2013.18:413), los autores de este estudio encontraron que los videos pro-ana eran más populares entre los espectadores, recibían más "likes" o "me gusta" y eran comentados de manera más positiva. La diferencia entre estos dos estudios puede encontrarse en el tipo de red social que fue revisada. *Youtube* es una plataforma global disponible a todo el público para la distribución del contenido de videos; con *Facebook* una persona establece con frecuencia el grupo y por lo tanto tiene el poder y los medios para gestionar lo que se dice, así como lo que se distribuye dentro de éste y cómo está estructurado. El contenido también está comúnmente disponible sólo para aquellos usuarios que se han unido al "grupo". En contraste, el material de *Youtube* está disponible a todos los usuarios y se puede expandir viralmente a otros usuarios de *Youtube* y de otras redes sociales.

Los resultados claramente muestran que la comunidad pro-ana tiene oponentes en la red, al menos en la comunidad de *Youtube*. Los videos anti-pro-ana fueron más populares, produciendo una retroalimentación más positiva que aquellos que promovían la anorexia. Las limitaciones del estudio incluyeron el uso de una sola comunidad en línea y el hecho de que todos los comentarios analizados se limitaron a los que fueron en inglés. No obstante, los resultados se deben ver como una fuente de apoyo en los esfuerzos contra los sitios pro-ana.

Violencia de pareja entre las mujeres con trastornos alimentarios

Dos condiciones incrementan el riesgo según dos estudios

Los Centros de Control de Enfermedades y Prevención definen a la violencia de pareja, o IPV (por sus siglas en inglés), como daño físico, sexual o psicológico por el actual o ex esposo o pareja. IPV actualmente afecta al 44% de las mujeres norteamericanas. En contraste, los hombres son mucho más propensos a experimentar actos violentos de extraños o conocidos, que por su pareja (World Health Organization. 2002)

Dos estudios recientes han destacado el incremento en el riesgo entre mujeres con trastornos alimentarios durante el periodo perinatal o entre mujeres con un escaso apoyo social.

El escaso apoyo social aumenta el riesgo.

La falta de un apoyo social aumenta el riesgo de IPV, de acuerdo a los resultados de un reciente estudio del Penn State College de Medicina (*Int J Women's Health.* 2015. 7:919) Dana K. Schirk y sus colegas examinaron la frecuencia del riesgo de un desorden alimentario en mujeres adultas expuestas a la violencia de pareja y luego se evaluó el efecto del apoyo social sobre el riesgo de un trastorno alimentario entre estas mujeres.

Las mujeres, quienes estaban entre los 18 a 64 años de edad, completaron una encuesta sobre detección de salud, demografía y la exposición a IPV, medida por el Examen de Humiliation-Afraid-Rape-Kick (HARK). Este cuestionario de 4 preguntas (ver la tabla) identifica con precisión a las mujeres que están experimentando IPV. Para este estudio la encuesta fue modificada para preguntar acerca de dos cuestiones, tanto la exposición de IPV en los últimos 12 meses, así como durante toda la vida.

Después de que las preguntas seleccionadas fueron completadas, se invitó a las mujeres a dejar su información de contacto por si deseaban participar más adelante. Para proteger a las participantes, se establecieron medidas de seguridad y de confidencialidad, proporcionando a las mujeres información de referencia para los servicios de salud en general, violencia doméstica, salud mental, abuso de sustancias y trastornos alimentarios. El apoyo social individual fue medido por el MOS Social Support Survey, el cual contiene 19 preguntas acerca del apoyo emocional informal, apoyo concreto e interacción social. El riesgo de un TCA fue estimado por la Evaluación de Trastornos Alimentarios para el Cuidado Primario, un cuestionario de 5 preguntas.

Cuando los investigadores examinaron el riesgo de un trastorno alimentario entre 302 mujeres con IPV de toda la vida, 14% se encontraban en un alto riesgo, 42% en un riesgo moderado y 44% en riesgo menor. Entre las mujeres expuestas al abuso, el bajo apoyo social fue significativamente asociado con el incremento del riesgo de un trastorno alimentario, sugiriendo con ello que el apoyo social puede ayudar a proteger a las mujeres lidiando con IPV contra el desarrollo de un desorden alimentario, si la mujer aprovecha este apoyo.

IPV durante el periodo perinatal.

Madres con trastornos alimentarios y sus hijos pueden ser especialmente vulnerables a los efectos negativos de IPV, de acuerdo al Dr. Radha Kothari y un equipo en el Reino Unido (*Int J Eat Disord.* 2015.48:727) En los recientes estudios por equipo de mujeres participando en el Estudio Avon Longitudinal de Padres e Hijos, tres grupos fueron evaluados: mujeres con historias de toda la vida de trastornos alimentarios (n=174), aquellas sin preocupaciones sobre el embarazo, la forma y el peso y/o comportamientos de purga (n=189) y mujeres sin una historia de trastornos alimentarios (n=8723)

Al igual que la hipótesis, mujeres con una historia de toda la vida con un trastorno alimentario tenían más probabilidades de experimentar un abuso IVP durante el periodo perinatal (pero no en el periodo posnatal) y más propensas de reportar IPV emocional. Índices de IVP fueron altos: violencia física afecta desde un 9.6% al 14.0% de las mujeres, mientras que la incidencia de la violencia emocional fue aún más alto, por encima del 28%.

El HARK Cuestionario

- 1.- ¿Has sido humillada o abusada emocionalmente por tu pareja o ex pareja?
- 2.- ¿Has tenido miedo de tu pareja o ex pareja?
- 3.- ¿Has sido violada o forzada para tener cualquier tipo de actividad sexual por tu pareja o ex pareja?
- 4.- ¿Has sido pateada, golpeada o abofeteada o cualquier daño físico por tu pareja o ex pareja?

Respuestas personalizadas a la ingesta de alimentos.

Un patrón complejo y diferente surge de un amplio estudio.

Todos sabemos que los patrones dietéticos varían ampliamente de persona a persona. Ahora

parece que la respuesta fisiológica del cuerpo a la ingesta de alimentos (incluso exactamente a la misma ingestión de comida) varía ampliamente de una persona a otra.

En un amplio estudio en Israel, el Dr. David Zeevi y sus colegas, recientemente examinaron las respuestas personalizadas a la ingesta de alimentos (*Cell*. 2015.163:1079) La cohorte principal incluyó a 800 participantes, quienes consumieron alrededor de 47, 000 comidas estandarizadas a lo largo del estudio. Durante la observación en el curso de la semana, cada paciente tenía un constante monitoreo de glucosa (un método tecnológico para la medición de los niveles de glucosa en sangre durante las actividades diarias) Adicionalmente, los investigadores administraron una amplia variedad de cuestionarios, midieron el índice de masa corporal, la hemoglobina glucosilada y los niveles de lípidos, monitoreando también, la comida y actividad diaria. Así midieron de manera individual, el microbioma intestinal de los participantes.

Amplias variaciones se notaron en los niveles postprandiales de glucosa en la sangre.

Los investigadores demostraron que a pesar de la ingesta de comida estandarizada, hubo una amplia variación en los cambios de los niveles de glucosa en sangre después de cada comida. Utilizando las medidas de los perfiles que se completaron, un modelo de algoritmo estadístico fue desarrollado para predecir la respuesta de la glucosa a una comida determinada. La capacidad de este algoritmo para predecir los niveles de glucosa en la sangre fue probado con una sub muestra de 100 participantes adicionales y el modelo de predicción funcionó bien. Este mismo modelo, fue utilizado para desarrollar prescripciones alimenticias personalizadas en un intento por minimizar los cambios de glucosa en sangre en una muestra pequeña, a ciegas y aleatoria. La intervención personalizada redujo los cambios de glucosa en sangre y también modificó la microbioma intestinal.

En cuanto a proveer un método de intervención clínica para personas con trastornos alimentarios u obesidad, utilizando este enfoque para realizar recomendaciones dietéticas, es todavía un camino largo. Por otro lado, los resultados claramente muestran la compleja, así como la naturaleza individual de la respuesta a la ingesta de alimentos.

Lectura de testimonios como parte de la terapia: ¿útil o no?

El momento fue la clave en un estudio australiano.

El uso de testimonios de personas luchando por recuperarse de un trastorno alimentario como parte de la terapia tiene ambos: admiradores y detractores. ¿Compartir información, incluyendo los aspectos negativos de los trastornos, ayuda o daña los esfuerzos de las personas para recuperarse? En un estudio reciente, 75% de los pacientes con anorexia nervosa (AN) mencionaron sentirse desesperanzados y sentir que una vida sin AN era imposible (*Commun Monogr*. 1992. 59:330-338) En otro estudio, los pacientes con bulimia nervosa (BN) fueron más propensos a buscar tratamiento después de recibir mensajes enfatizando tanto las consecuencias en la salud y la efectividad del tratamiento (*J Behav Med*. 2000. 23:37)

El efecto positivo fue mejor durante la recuperación.

El momento correcto marca toda la diferencia en el uso de testimonios como parte de la terapia para trastornos alimentarios, de acuerdo a dos psicólogos en la Universidad de

Los investigadores condujeron su estudio utilizando un cuestionario anónimo en línea. Los participantes fueron reclutados a través de un anuncio en la página web de una organización de TCA con sede en Sydney. Las 24 mujeres estaban entre los 16 y los 47 años de edad; 11 sólo tenían AN, 5 sólo BN y 8 tenían múltiples TCA diagnósticos. A las participantes les fueron hechas una serie de preguntas acerca del efecto de leer testimonios sobre trastornos alimentarios, incluyendo la influencia que éstos tenían sobre el propio curso del trastorno.

Los autores encontraron que a medida que las personas se describían como más motivadas a recuperarse y moverse hacia la recuperación, desplazando su atención lejos de los aspectos de la comida o el peso del testimonio y ellos emularon más de cerca el viaje de recuperación del protagonista. Esto contrasta con los individuos expuestos a los testimonios antes o durante la enfermedad, quienes experimentaron consecuencias negativas, las cuales incluyeron emular y desencadenar los comportamientos desordenados.

Los resultados de este estudio cualitativo enfatizaron que leer los testimonios puede ser perjudicial antes de entrar en la recuperación, pero útiles a medida que ésta progresa.

Entrenamiento online para profesionales de los trastornos alimentarios.

El 100% de los participantes sintieron que este entrenamiento valió la pena.

El sistema médico australiano plantea desafíos para las personas que buscan tratamiento para los trastornos alimentarios y también para los profesionales. Primeramente, mucho del tratamiento para trastornos alimentarios es proporcionado por médicos de medicina general, en clínicas y hospitales comunitarios. Además, desde que mucho del cuidado sólo está disponible en las zonas urbanas, muchos pacientes viven lejos de un cuidado especializado. Otro elemento en el cuidado para personas con trastornos alimentarios es el tratar con la falta de empatía y estereotipo de la imagen de los pacientes y sus familias. Tal estigma supone una seria barrera para los pacientes que buscan y reciben un tratamiento efectivo.

La Dra. Rachel S. Brownlow y sus colegas en la Universidad de Sydney y el Centro Universitario para Eating and Dieting Disorders (CEDD) recientemente tuvieron una idea: ¿Por qué no utilizar internet para proporcionar entrenamiento para los profesionales de la salud que tratan a personas con trastornos alimentarios (*J Eat Disord.* 2015. 3:37? Después de todo, existe la creciente evidencia de que la educación médica basada en internet funciona bien en otras áreas (*J Contin Edu Health Prof.* 2004.24:20; *Int J Eat Disord.* 2013. 46:508; *JAMA.* 2005. 294:1043) y han sido bien aceptados por los profesionales.

Encontrando a los profesionales para el estudio.

Los autores reclutaron participantes online, a través de sitios web y servidores de listas de distribución. Profesionales de la salud de Australia y otros países, incluyendo Indonesia y los Estados Unidos, otorgando un consentimiento informado para participar en el estudio y les fue dado un completo entrenamiento en línea por 6 meses. Durante el periodo de 6 meses de Julio de 2012 a Octubre 2013, 187 profesionales de la salud completaron el programa de entrenamiento online.

El programa online estaba compuesto de 5 módulos: entendiendo los trastornos alimentarios, diagnóstico, preparando a los pacientes para el tratamiento, el tratamiento en sí mismo y el manejo de síntomas. Cada módulo de 3.5 horas utilizó textos basados en la psicoeducación, juego de roles, ejercicios y exámenes interactivos, así como videos de pacientes con trastornos alimentarios y sus familias. Cada uno de los módulos también contenía un programa básico y una sesión de práctica.

Todos los participantes tenían que completar un cuestionario previo al entrenamiento y una evaluación posterior a éste, una vez que completaron los módulos. También se les preguntó una serie de 10 preguntas que exploraron su capacidad para evaluar y tratar personas con trastornos alimentarios; las preguntas también examinaron las actitudes de los profesionales y creencias sobre las personas con desórdenes alimentarios. El principal rango de edad de los participantes fue de 31 a 40 años de edad y la mayoría (91.4%) fueron mujeres.

Los 187 participantes completaron el programa entero y todos los cuestionarios previos y posteriores al programa. Los Psicólogos representaron el 34.6% de los participantes del estudio; 22.7% fueron enfermeras; 19.5% nutriólogos y 9.2% trabajadores sociales. Más de la mitad estaban empleados en los centros de salud mental comunitarios (40.2%) y 62.3% ejercían en una zona metropolitana. Los restantes 36.8% trabajaban en un centro de cuidado de la salud rural o regional. Cerca de la mitad de los participantes reportaron que no tenían las habilidades necesarias para tratar a los pacientes con desórdenes alimentarios. Otro 34% dijo que no existían suficientes recursos disponibles para tratar adecuadamente a sus clientes. Sólo un 27% indicó que no les gustó tratar a personas con trastornos alimentarios, porque el tratamiento consumía mucho tiempo.

El entrenamiento cambió las ideas falsas e incrementó la confianza.

En general, el programa online de entrenamiento funcionó muy bien, de acuerdo a los autores. Conocimiento y niveles de habilidad mejoraron y al completar el programa online de entrenamiento, los participantes también redujeron significativamente menos las creencias estigmatizadoras acerca de los trastornos alimentarios y se sintieron más confiados en tratar a los pacientes con desórdenes alimentarios. Esto aplicó para todos los subtipos de trastornos alimentarios. En general, el programa obtuvo una positiva auto evaluación, el 96.2% de los que respondieron indicaron que su práctica clínica mejoró como resultado de haber terminado el programa de aprendizaje online. Los resultados mostraron que el 98.4% de los que respondieron sintieron que el programa online cumplió con sus expectativas; 99.5% indicaron que el programa fue relevante o altamente relevante para su práctica; y un 95.8% señalaron que el programa cumplió sus necesidades. Todos dijeron que recomendarían el programa de aprendizaje online a otros profesionales de la salud.

Otra medida de la personalidad en los trastornos alimentarios.

Resultados del Modelo de Cinco Factores pueden mejorar el tratamiento y sus efectos.

Perfeccionismo, impulsividad, neuroticismo y búsqueda de sensaciones, se piensan que todos ellos son, elementos subyacentes en los trastornos alimentarios. Un grupo en el Instituto Karolinska, Estocolmo, Suecia, reporta que identificar y enfocarse en los rasgos de personalidad de los pacientes pueden mejorar el tratamiento, sus resultados y a abordar los problemas subyacentes en él.

La Dra. Johanna Levallius y sus colegas usaron el Modelo de Cinco Factores (FFM en sus siglas en inglés) para evaluar los rasgos de la personalidad entre 208 pacientes no anoréxicos y 94 mujeres control emparejadas por edad (*J Eat Disord.* 2015. 3:3) El FFM delimita cinco rasgos generales- extraversión, neuroticismo, amabilidad o agradabilidad, meticulosidad y apertura a la experiencia- que abarcan la mayoría de las diferencias de personalidad entre los individuos. Relativamente, pocos estudios han examinado las dimensiones FFM en los pacientes con trastornos alimentarios- de acuerdo a los autores- además los resultados de éstos han mostrado, por lo general, alto neuroticismo, baja extraversión, baja amabilidad o agradabilidad y baja meticulosidad.

Las 208 pacientes mujeres en el estudio eran pacientes ambulatorias que habían sido tratadas por bulimia nerviosa o algún trastorno alimentario no especificado (TANE) entre 2010 y 2013, en el Centro de Estocolmo para Trastornos Alimentarios. Las participantes han tenido una puntuación promedio que corresponde a un percentil 95 en la Examinación de Desórdenes Alimentarios. Las 94 mujeres control eran estudiantes universitarias de varios cursos o empleadas de diversas compañías de Estocolmo. Tanto las pacientes, como las mujeres control completaron una serie de diversos exámenes, incluyendo la Evaluación de Deterioro Clínico y la Entrevista Estructurada de Trastornos Alimentarios.

El perfil del paciente: menos alegría, calidez o amor.

Por lo general, las pacientes con trastornos alimentarios difieren significativamente de las mujeres control en que ellas tienen una más alta vulnerabilidad a la afectividad negativa generalizada y menos alegría, calidez y amor. Las pacientes que también reportaron una tendencia a dudar de sí mismo, a pasar desapercibidas y a carecer de confianza en los demás. También tienden a evitar las reuniones sociales y parecen ser menos abiertas a nuevas áreas, emociones, ideas o actividades. Reportaron una tendencia a postergación y tienen impulsividad.

La Dra. Levallius y su equipo sugieren que los resultados de su estudio proporcionan nueva información en la relación entre los trastornos alimentarios y el modelo de rasgos de la personalidad más comúnmente utilizado hoy en día. La personalidad explica del 9% al 25% de la varianza en la psicopatología en general y en la de los trastornos alimentarios. Las pacientes difieren marcadamente de las mujeres control en términos de personalidad y en ciertas facetas de ésta, especialmente en la confianza, en el esfuerzo hacia los logros, así como ciertos aspectos del neuroticismo pueden ser importantes para una mejor comprensión de los trastornos alimentarios. Sugieren que futuras investigaciones se apunten a la relación entre los rasgos de la personalidad y los desórdenes alimentarios.

Restricción y el cerebro en la Anorexia Nervosa.

La corteza frontal provee interesantes pistas en un estudio reciente.

Sigue siendo desconcertante por qué la alimentación restrictiva es tan firme entre las pacientes con anorexia nervosa (AN) y una mejor comprensión de por qué esto sucede, puede ser crucial para desarrollar un tratamiento más efectivo. En un reciente estudio (*Nature Neuroscience.* 2015. 18:1571), dos grupos, personas con anorexia nervosa y controles saludables, completaron una tarea de selección de comida, en la cual reportaron sus preferencias entre una variedad de comida, tanto altas como bajas en grasa y calorías. También clasificaron las comidas por su deseabilidad y por ser éstas, saludables. Utilizando

una imagen de resonancia magnética (IRM), los patrones de activación del cerebro durante la selección de comida fueron estudiados. Al siguiente día, los participantes consumieron una comida real de prueba en un almuerzo buffet.

Pacientes con anorexia nervosa prefieren comidas bajas en grasa.

No es sorprendente que, personas con AN, fueron menos propensas a elegir comidas altas en grasa. Resulta interesante, la frecuencia al elegir comidas altas en grasa estuvo relacionada con la ingesta durante el almuerzo buffet. Grandes cantidades de comida, altas en grasa, fueron elegidas cuando la ingesta fue mayor durante el almuerzo de prueba. El escaneo de la (IRM) mostró que la estriado dorsal se activó cuando las comidas fueron seleccionadas, también lo fue una parte de la corteza frontal (el córtex prefrontal ventromedial o VMPFC por sus siglas en inglés) La activación de la estriado dorsal fue mayor en las personas con AN, pero no hubo diferencia en la activación VMPFC entre las pacientes con AN y las control. Una medida de la fuerte conexión entre esas dos regiones demuestra que hay una mayor conectividad en las personas con AN cuando estaban eligiendo comidas bajas en grasa, en oposición a las de alto contenido de ésta. Además, mayores diferencias en la conectividad entre las elecciones de bajo y alto contenido de grasa seleccionadas predijeron menores cantidades de ingesta alimenticia durante la comida de prueba.

Estos resultados pueden ayudar a una mejor comprensión de la base neural de los cambios en los mecanismos que puedan explicar la alimentación restrictiva en AN.

El sentido del olfato y su papel en un anormal comportamiento alimenticio.

El olfato y la grelina pueden moderar la alimentación emocional.

Puede parecer un proyecto relativamente sencillo de investigación: analizar el efecto de la capacidad olfativa sobre un anormal comportamiento alimenticio. Sin embargo, después de exhaustiva revisión de la literatura, el Dr. Mohammed A. Islam, del Hospital de Bellvitge-IDIBELL, Barcelona y sus colegas de otras instituciones en España y del Reino Unido encontraron que las respuestas no eran tan claras (*Front Psychol.* 2015. Doi:10.3389/psyg.2015.01431)

La capacidad olfativa ha sido ampliamente estudiada en un gran número de desórdenes psiquiátricos, incluyendo esquizofrenia, depresión y demencia. Los investigadores han aprendido que el sistema de recompensa del cerebro está activamente involucrado en el comportamiento alimenticio y reacciona al estímulo del olfato. Las pocas investigaciones que han estudiado una conexión entre la capacidad olfativa y los trastornos alimentarios han alcanzado conclusiones contradictorias, tal vez por la falta de un tamaño en la muestra y de disposición de procedimientos de evaluación.

El Dr. Islam y sus colegas identificaron 1352 estudios de olfato y los desórdenes alimentarios después de una búsqueda en todas las bases de datos electrónicas, incluyendo Medline, PubMed y PsycINFO. Mucho de la búsqueda se centró en pacientes con anorexia nervosa (AN). Después de que se cumplieron todos los criterios de estudio, sólo 14 estudios se mantuvieron en la evaluación.

Los resultados de estudios individuales varían tan ampliamente que los autores no pueden

llegar a firmes conclusiones. Por ejemplo, varios estudios sugieren que los pacientes con AN tienen un pobre sentido del olfato; sin embargo, un estudio reciente (descrito más adelante en este artículo) alcanzó una conclusión diferente. Un análisis de 5 estudios de pacientes con BN, los autores no encontraron diferencias entre éstas y la población en general.

Un segundo estudio del gusto y la función olfativa.

Un segundo estudio reciente de la misma institución encabezado por uno de los co-autores del análisis, evaluó la disfunción en el olfato y el gusto entre mujeres con AN y otras obesas (*Endocrine*. 2015 July [publicación electrónica antes de impresión] El objetivo era explorar las interacciones entre las capacidades olfato/gusto, hormonas gástricas, comportamiento alimenticio e IMC. El estudio incluyó 239 mujeres, con 64 pacientes con AN y 80 controles sanos emparejados por edad, 59 mujeres obesas y 36 con un peso saludable controles emparejados por edad.

El Dr. F. Fernández-Aranda y sus compañeros de trabajo utilizaron el Inventario 2 de Trastornos Alimentarios, el Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R por sus siglas en inglés) y el cuestionario holandés para Trastornos Alimentarios, así como el análisis de muestras de péptidos (grelina, péptidos YY y colecistoquinina) obtenidas del tracto gastrointestinal de cada paciente. El sentido del olfato fue evaluado utilizando "Sniffin Sticks", el cual mide el umbral, la distinción e identificación de olores.

Las personas obesas y aquellas con AN tienen claramente, diferentes perfiles olfativos y niveles de circulantes de grelina, que los controles. Los investigadores encontraron que el olfato fue claramente deteriorado en las participantes obesas, pero se incrementó en aquellas con AN. La capacidad del gusto no varió entre los grupos de estudio. Los niveles de grelina decrecieron significativamente en las personas obesas y está relacionada al deterioro del olfato. Estos resultados pueden ayudar a clarificar esta confusa literatura, al proveer datos utilizando una bien validada metodología con un adecuado tamaño de muestra.

Preguntas y Respuestas: Musicoterapia para pacientes con anorexia nervosa.

P.- Una de mis pacientes con anorexia nervosa, quien experimenta una gran ansiedad antes y después de las comidas, me ha preguntado acerca de la musicoterapia. ¿Es este tipo de terapia útil? (*T.Z., Birmingham, AL*)

R.- Ansiedad y malestar físico son típicamente altos, especialmente en la etapa inicial del tratamiento de AN. La musicoterapia puede proveer distracción de los pensamientos y sentimientos negativos, así como disminuir el estrés.

Los resultados de un estudio piloto reciente destacan los aspectos potencialmente útiles de esta terapia. Los doctores Jennifer Bibb, David Castle y Richard Newton diseñaron un programa para evaluar la efectividad de la musicoterapia en comparación con los soportes estándares post-comidas en la unidad de hospitalización en Victoria, Australia (*J Eat Disord*. 2015.3:50)

Los participantes eran 18 pacientes hospitalizadas con una severa AN, quienes atendían a un programa de dos sesiones de grupo, de una hora de musicoterapia celebrada después del almuerzo cada semana. Durante cada sesión, las participantes eran alentadas a cantar y a escuchar canciones, así como hablar y compartir la música con los demás. Algunas pacientes

escribieron canciones juntas. La terapeuta musical registrada, quien dirigía la sesión, tomó un enfoque incondicional positivo en lugar de uno instruccional o directivo. Los miembros del grupo fueron alentados a escucharse y a discutir las letras de las canciones, hablando de sus propios gustos musicales. Durante los tres días restantes del trabajo semanal, los pacientes recibieron una terapia de soporte estandarizada estructurada post-comida que involucraba 1 hora de sesión en grupo. Durante estas sesiones, los pacientes fueron alentadas a discutir sus sentimientos, a enfocarse en conseguir sus metas de tratamiento y a participar en actividades grupales de juego y arte. Los autores utilizaron las Unidades Subjetivas de la Escala de Estrés (SUDS por sus siglas en inglés), antes y después de cada condición para medir la respuesta de los participantes a la intervención y las sesiones de control.

Los resultados demuestran que las puntuaciones SUDS fueron más bajas siguiendo a la musicoterapia, que al soporte post-comidas (5.6 contra 7.1) Tres advertencias: primero, el estudio no fue aleatorio. Segundo, mayor trabajo es necesario para confirmar estos hallazgos preliminares. Tercero, muchos pueden considerar que las comidas en el tratamiento de AN proveen nutrición, pero también una terapia de exposición. Por último, aquello que distrae o desvía la atención puede disminuir el estrés, pero también puede diluir el valor de la exposición. Esta última preocupación debe equilibrarse con la posibilidad de que aquellas modalidades terapéuticas, como la musicoterapia, podrían proporcionar suficiente alivio a la angustia, permitiendo así que algunos pacientes se mantengan en el tratamiento, cuando de otra manera no lo harían.

—SC

También en esta edición

Enero/Febrero 2016
Volumen 27, Número 1

- Mejorando la cobertura para trastornos alimentarios: un largo y lento proceso.
- Violencia de pareja entre las mujeres con trastornos alimentarios.
- *YOUTUBE*: contratando a las comunidades pro-ana.
- Respuestas personalizadas a la ingesta de alimento.
- Lectura de testimonios como parte de la terapia: ¿útil o no?
- Entrenamiento online para profesionales de los trastornos alimentarios.
- Otra medida de la personalidad en los trastornos alimentarios.
- Restricción y el cerebro en la anorexia nervosa.
- El sentido del olfato y su papel en un anormal comportamiento alimenticio.
- Preguntas y respuestas: Musicoterapia para pacientes con anorexia nerviosa.

Reimpreso para: *Eating disorders Review*