
Eating Disorders Review

Enero/Febrero 2018

Volumen 29, Número 1

Scott Crow, Editor en Jefe

Encontrar nuevas formas de definir y mejorar la recuperación.

La recuperación de un trastorno alimentario implica más que un retroceso de los síntomas.

La "recuperación" se escucha con frecuencia en el ámbito del tratamiento de los trastornos alimentarios, pero ¿cuál es la mejor manera de definirla? Cuatro sesiones en la Conferencia Internacional sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (ICED) en Praga ofrecieron sugerentes maneras para definir y mejorar la recuperación para los pacientes. Una conclusión de las sesiones fue que todavía no existe un consenso claro sobre lo que constituye la "recuperación" de un trastorno alimentario. Esta falta de acuerdo tiene mucho que ver con las diferentes formas en que los clínicos, los pacientes y las familias ven en la "recuperación".

Adoptar un enfoque centrado en el paciente para la recuperación

Sara Forman, MD, del Hospital Infantil de Boston y del Hospital General de Massachusetts, Boston, dijo a la audiencia que la recuperación ha sido en gran parte definida por marcadores fisiológicos y comportamientos, incluida la recuperación del peso, la reanudación de la menstruación y las puntuaciones en las medidas de sintomatología de los trastornos alimentarios. Además, añadió que la definición actual de "recuperación" ha sido impulsada, en gran medida, por los clínicos.

La Dra. Forman recordó a la audiencia que el Instituto de Medicina define a la atención centrada en el paciente como: "Brindar una atención respetuosa y receptiva a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente y garantizar que los valores del paciente guíen todas sus decisiones clínicas". Describió, además la participación de su grupo con la Colaboración Nacional para el Mejoramiento de la Calidad del Trastorno Alimentario (NEDQIC, por sus siglas en inglés) una colaboración nacional de 18 sitios de programas basados en la medicina para adolescentes que buscan mejorar la atención para jóvenes con trastornos alimentarios mediante el uso de métodos de mejora de calidad.

En un estudio reciente, la Dra. Forman y sus colegas buscaron formas de mejorar y brindar atención de calidad para pacientes más jóvenes con trastornos alimentarios. Los participantes del estudio fueron reclutados de programas médicos para adolescentes en el Boston Children's Hospital, el C.S. Mob Children's Hospital en la Universidad de Michigan y Penn State Hershey Children's Hospital. Los adolescentes y sus padres fueron reclutados de los programas ambulatorios y de hospitalización parcial. Los clínicos reclutados para el estudio provenían, en su mayoría, de colaboraciones previas y de la Society for Adolescent Health and Medicine Eating Disorder Special Interest Group. El grupo final de estudio incluyó a 24 pacientes de 12 a 23 años de edad (edad promedio de 16.7 años) Los pacientes jóvenes tenían diagnósticos en todo el espectro de los trastornos alimentarios (17 con AN, 4 con BN, 1 con BED y 2 con trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria [ARFID, por sus siglas en inglés])

Diferentes definiciones de recuperación.

Los resultados del estudio mostraron que los pacientes y los padres eran mucho más propensos a definir la recuperación como auto-aceptación, vivir sin un enfoque constante en los alimentos y por su calidad de vida en general. Por el contrario, los clínicos frecuentemente juzgaban a la recuperación de un trastorno alimentario, únicamente por los marcadores fisiológicos como el aumento de peso y el índice de masa corporal.

La Dra. Forman hizo hincapié en la importancia de mirar más allá de los marcadores fisiológicos y reconocer a la persona completa al evaluar la recuperación de un trastorno alimentario. La colaboración y la comunicación entre los miembros del equipo clínico, el paciente y los miembros de la familia son cruciales porque los proveedores de atención médica pueden juzgar la "recuperación" de manera diferente a los pacientes y sus familias. El Dr. Forman dijo que el estudio está en curso y los próximos pasos incluirán el lanzamiento del programa piloto de registro prospectivo de Boston y la expansión del registro prospectivo para incluir sitios adicionales de NEDQIC.

Establecer criterios para la recuperación

El psicólogo Jan Alexander de Vos, de la Universidad de Twente- Enschede, Países Bajos, señaló que los investigadores y los pacientes con trastornos alimentarios, tanto actuales como recuperados, han enfatizado que la remisión de los síntomas, por sí sola es un reflejo incompleto de la recuperación. El Dr. de Vos citó un meta-análisis de Vall y Waid que muestra que la remisión de los síntomas se utilizó para definir la recuperación en el 80% de 126 estudios (*Int J Eat Disord.* 2015; 48: 946). Además de una reducción en los síntomas, De Vos señaló que una serie de criterios para la recuperación incluyen la regulación emocional y la autogestión, la autoestima, la auto-aceptación, la presencia de relaciones interpersonales saludables, el auto-empoderamiento y el desarrollo de la identidad. Cuando el Dr. de Vos y sus colaboradores realizaron una minuciosa búsqueda bibliográfica, se destacaron algunas características de los pacientes. Los tres criterios más frecuentemente calificados por los pacientes fueron: bienestar psicológico reflejado por crecimiento personal (18.5%), auto-aceptación (17.6%) y relaciones positivas con otros (13.4%). Un poco más del 50% de todos los criterios de recuperación involucraron bienestar psicológico, mientras que el 20.8% se centró en la remisión de la patología del trastorno alimentario. "Concluimos que la recuperación no se trata solo de la remisión de los síntomas sino también de la presencia de dimensiones de salud positivas", dijo de Vos. él y sus colegas recomiendan que los clínicos incluyan instrumentos que, al menos, midan el bienestar psicológico y la auto-adaptabilidad en la investigación, junto con la supervisión rutinaria de los resultados.

Configurar un plan de prevención de recaídas

En su presentación, "Tasa, momento preciso y predictores de recaídas", Tamara Berends, enfermera practicante del grupo Altrecht Eating Disorders Rintveld en Holanda, describió el programa post-tratamiento que su grupo desarrolló para ayudar a prevenir las recaídas y promover la recuperación para pacientes con TCA (*BMC Psychiatry.* 2016; 16:36). La guía de prevención de recaída tiene tres partes principales. La Parte 1 es un marco teórico para la recaída y la prevención de las mismas, desarrollado sobre la base de la literatura y la experiencia práctica de expertos y pacientes, que lleva a conclusiones y recomendaciones para la práctica clínica. La Parte 2 traduce las recomendaciones en un manual práctico para profesionales. La Parte 3 es un libro de trabajo para los pacientes y los miembros de la red.

Berends señaló que hasta el 57% de los pacientes con AN recaen después del tratamiento, y el mayor riesgo de recaída ocurre dentro de los primeros 18 meses después del alta. Luego describió los resultados de un estudio cohorte de 83 pacientes con AN que recibieron tratamiento hospitalario y ambulatorio. El índice de masa corporal (IMC) promedio del grupo, al comienzo del tratamiento, fue de 16.4 mg/kg². La edad promedio de los participantes en el estudio fue de 17.9 años y la edad promedio de inicio de AN fue de 14 años. El IMC medio al inicio del programa de post-tratamiento fue de 20 mg/kg².

Para calificar para el estudio, todos los participantes habían completado con éxito el tratamiento, habían recuperado el peso y tenían un diagnóstico de AN o TANE. Además, todos habían recibido un programa personalizado de prevención de recaídas. El estudio ofreció un programa de cuidado posterior, que duró un promedio de 18,4 meses.

Berends informó que la tasa de recaída total, 11%, fue relativamente baja. Setenta por ciento, o 58 pacientes, no recayeron después de que finalizó el tratamiento. Diecinueve por ciento (n = 16) de los pacientes tuvieron recaídas parciales, definidas como la reaparición de uno o más síntomas centrales. Una vez que el programa de cuidado posterior se intensificó por hasta 3 meses, todos estos pacientes regresaron al estado de recuperación.

El autor dijo: "Recomendamos que todos los pacientes con AN tengan un plan personalizado de prevención de recaídas al final de su tratamiento, y que se les supervise al menos 18 meses después del alta". [Nota: Materiales para el programa de recaída de los autores, incluido el historial y la explicación, el manual del clínico y el libro de trabajo del paciente pueden descargarse sin costo en: www.relapse-an.com .]

Uso de narrativas de pacientes para ayudar a respaldar la recuperación

La Fundación Australia's Butterfly Foundation fue fundada en 2002, por Claire Middleton para ayudar a mejorar las brechas en la atención de salud pública para personas con trastornos de la alimentación. Middleton tenía mucha experiencia personal con los trastornos alimentarios, incluso tenía dos hijas con AN y episodios personales de bulimia, en momentos tempranos de su vida.

Christine Morgan, CEO de Butterfly Foundation, con sede en Sydney y Melbourne, Australia, y Lesley Cook, de Partners in Practice, desarrollaron una "Guía de la percepción de la recuperación" diseñada para usar narrativas de pacientes para brindar apoyo a los pacientes durante la recuperación. El apoyo para la recuperación no es una decisión opcional posterior, dijo Morgan, sino un componente vital del tratamiento y la prevención. Proporcionar acceso a apoyo profesional y de compañeros durante y después del tratamiento ayuda a los pacientes a mantener los cambios de comportamiento y previene las recaídas.

Morgan subrayó algunos de los desafíos de la recuperación, incluyendo tasas inaceptablemente altas tanto de abandono del tratamiento como de recaída, recurrencia de los síntomas después del tratamiento y el hecho de que muchas personas con un trastorno alimentario, nunca buscan tratamiento. Otro desafío, dijo, es trabajar con la "persona completa", cuando el paciente está gravemente enfermo y no puede ver más allá de su trastorno. Una solución a esto puede ser la adopción internacional de una práctica centrada en la persona y orientada a la recuperación, dijo.

Morgan y Cook desarrollaron una colección anónima de narrativas en línea, utilizando aportes de grupos focales cara a cara y de clínicos y otras personas con experiencia de vida con trastornos alimentarios. La pregunta principal fue: "¿Qué le gustaría que supieran los profesionales de la salud sobre la recuperación?"

Cuando se combinaron las narrativas individuales de los pacientes, surgió un mensaje clave, según Cook y Morgan. El mensaje fue: "*Ayúdame* (a toda la persona en el contexto de mi familia y amigos, mi vida y mis sueños) *a sentir* (ayudarme a lidiar con pensamientos y sentimientos de una manera positiva) con *seguridad* (para sentirte comprendido, menos asustado y más útil en mi viaje a través de la recuperación).

De los 104 adultos que se habían recuperado de una enfermedad grave, el 95% eran mujeres y todas habían recibido múltiples formas de tratamiento: el 77.2% había consultado a un psicólogo, el 49% había recibido tratamiento hospitalario, el 38.6% había visitado un psiquiatra, el 33.3% había visitado un nutriólogo, el 21.2% había visitado un programa diario de trastornos alimentarios, y el 14% había

participado en un programa diario de trastornos alimentarios. Solo el 13% consideró que su tratamiento no fue exitoso.

Según los autores, las narrativas de los pacientes con trastornos alimentarios que se han recuperado pueden ser una herramienta poderosa. Se relaciona directamente con el conocimiento de experiencias de la vida real y también permite que el clínico y el paciente trabajen juntos para diseñar enfoques de tratamiento, utilizando las historias y las voces directas de aquellos que se han recuperado, en recursos de aprendizaje y guías de práctica, dijo Morgan.

— MKS

Desde el escritorio: *Dejando que lo nuevo entre.*

Un amigo de Escocia tiene una tradición sagrada en la víspera de Año Nuevo: abrir la puerta trasera para dejar salir al Año Viejo y después abrir la puerta principal para dejar entrar el Año Nuevo. Cuando todos saltemos al 2018, y comencemos el año 28 de publicación del *EDR*, hay muchas novedades en trastornos alimentarios para dejar entrar.

Nuestro artículo principal, **Encontrar nuevas formas de definir y mejorar la recuperación**, basado en presentaciones en la Conferencia Internacional sobre Trastornos Alimentarios en Praga, presenta el trabajo de profesionales de TCA que están agregando nuevos elementos a la definición de "Recuperación". La recuperación de un trastorno alimentario, tradicionalmente, ha significado la disminución y desaparición de síntomas, tales como un índice de masa corporal por debajo de lo normal y los atracones y purgas. Ahora hay razones convincentes para incluir al paciente en un grado mucho mayor en la definición de recuperación.

Se están logrando otros avances emocionantes en la neurobiología que subyace en ciertos trastornos alimentarios. En este número, ¿Cómo puede diferir BED de la obesidad? describe cómo las diferentes regiones del cerebro se ven afectadas en pacientes obesos con y sin un trastorno por atracón o BED, por sus siglas en inglés. Este interés creciente en cómo el cerebro afecta los trastornos de la conducta alimentaria se refleja en el tema del simposio de iaedp 2018, del 21 al 25 de marzo en Orlando, Florida, **"Enfoque en la neurociencia: magia de la mente¡lenguaje del cuerpo"**. Las sesiones previas a la conferencia y la conferencia misma incluyen temas como el tratamiento basado en la neurobiología para la anorexia, la curación del cuerpo y el cerebro atrapados en el ciclo de la bulimia o los atracones, la programación neurolingüística y una mejor función cerebral a través del movimiento, entre otros. Si aún no ha recibido el programa del simposio de iaedp y el formulario de inscripción, puede encontrarlos en línea en www.iaedp.com.

— MS

Actualización: Un nuevo medicamento dirigido al Trastorno por Atracón.

En la actualidad, hay pocos medicamentos disponibles para el tratamiento del trastorno por atracón (BED, por sus siglas en inglés) Uno de estos medicamentos, dimesilato de lisdexanfetamina (Vyvanse®), el cual fue originalmente desarrollado para tratar el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, fue el primer medicamento aprobado por FDA (U S Food and Drug Administration) para tratar de un moderado a severo trastorno por atracón. El anticonvulsivo topiramato (Topamax®) se ha demostrado reducir los episodios por atracón y antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

o ISRSs) también han sido útiles. Durante una sesión de Carteles en la Reunión Anual de la Asociación Americana de Psiquiatría en San Diego, el Dr. B. Navia y sus colegas señalaron que un nuevo medicamento, dasotraline, un inhibidor selectivo de la recaptación de dopamina y noradrenalina, reduce significativamente los días de atracón por semana y fue bien tolerado entre 317 adultos diagnosticados con un moderado a severo trastorno por atracón. Los investigadores llevaron a cabo un estudio fase 2/3 aleatorio, doble ciego-con un grupo multicéntrico controlado con placebo de 12 semanas en el que los participantes recibieron el medicamento en dosis flexibles, una vez al día, las cuales variaban de 4mg a 8mg, o bien un placebo. Aproximadamente, 46.5% de los participantes que recibieron dasotraline detuvieron los atracones por lo menos en 4 semanas consecutivas, comparado con un 20.6% del grupo que recibió un placebo. Cerca del 5% de los participantes reportaron efectos colaterales tales como la disminución del apetito, sequedad en la boca, ansiedad, náuseas, dolor de cabeza, estreñimiento, pero en general el medicamento fue bien tolerado. El medicamento si produjo un mejoramiento estadístico significativo, comparado con el placebo, en la Clinical Global Impression of Severity of Illness Scale y la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified para atracones. El fabricante, Sunovion Pharmaceuticals, recientemente presentó una solicitud para un nuevo medicamento, la dasotraline.

Los desafíos para el tratamiento involuntario para AN

Existen muchas barreras, incluidas las diferentes regulaciones estatales.

¿Cuál es el papel apropiado para el tratamiento involuntario en AN? Actualmente, la AN es la enfermedad psiquiátrica más letal, con una tasa de mortalidad del 6%. Además, la efectividad del tratamiento es mixta: solo la mitad de los pacientes reportaron una recuperación completa, el 30% llega a la recuperación parcial y el 20% siguen gravemente enfermo. A pesar de la gravedad de la enfermedad, los clínicos pueden ser reacios a admitir a un paciente para el tratamiento involuntario. Hay buenas razones para esto, según lo descrito por la Dra. Patricia Westmoreland y sus colegas del Eating Recovery Center, Denver (*J Am Acad Psychiatry Law*. 2017; 45:419)

De acuerdo con los autores, algunos pacientes con AN necesitan tratamiento involuntario y los clínicos tienen la obligación profesional de ayudar a que dicho paciente reciba el tratamiento que salve vidas. Un desafío es que los pacientes con AN pueden ser testigos particularmente creíbles, los cuales pueden representar y defender eficazmente sus conductas alimentarias desordenadas. Muchos tienen cuidado de no insinuar de ninguna manera que desean morir de su enfermedad.

Otro elemento sorprendente sobre el tratamiento involuntario es que es probable que los clínicos se encuentren con la oposición tanto de la familia como del paciente. Los miembros de la familia pueden estar enojados porque su hijo o hija está obligado a soportar la admisión involuntaria y su enojo está dirigido al psiquiatra tratante. Y, si el médico tratante elige los cuidados paliativos, puede esperar "una avalancha de críticas por permitir que un paciente muera de una enfermedad que tiene un fuerte componente volitivo, especialmente si el paciente es relativamente joven", según la Dra. Westmoreland y sus colegas.

Los autores sugieren que se necesitan criterios rigurosos para enviar pacientes con AN a un tratamiento involuntario. Estos pueden incluir arritmias cardíacas, hipoglucemia grave, anomalías químicas sanguíneas graves, síntomas psiquiátricos agudos o síntomas médicos amenazadores, pensamientos suicidas, un índice de masa corporal inferior de 13 mg/kg², así como una respuesta deficiente a intervenciones previas y lo más importante, peligro para sí mismo (*Curr Opin Psychiatry*. 2008;21:495) Sin embargo, los autores también señalan que no existen criterios para decidir no internar obligatoriamente a un paciente con un trastorno grave que ponga en peligro su vida. Además, no existe

una lista concreta de criterios para admitir dichos pacientes. Por ejemplo, en su propio estado de Colorado, para que el tratamiento comience a pesar de las objeciones de un paciente, un individuo no solo debe estar mentalmente enfermo e incompetente para participar en una elección racional que involucra la atención psiquiátrica, sino que también debe probarse que se necesita tratamiento para evitar daños a otras personas o a sí mismo, así como para prevenir el deterioro de la salud mental. Y, la mayoría de las jurisdicciones requieren que no haya alternativas de tratamiento menos intrusivas. En Colorado, la alimentación involuntaria con sonda ha sido designada como un procedimiento especial y requiere una audiencia judicial por separado.

De acuerdo con los resultados de un estudio de dos grupos de pacientes con AN atendidos voluntaria o involuntariamente, casi la mitad de los tratados involuntariamente (y que previamente no respaldaron la necesidad de ingreso) acordaron en retrospectiva y después de solo dos semanas de tratamiento, que tenían el tratamiento necesario (*Am J Psychiatry*. 2008; 164: 108) Tales hallazgos deberían proporcionar cierto aliento y tranquilidad a los clínicos que consideran el tratamiento involuntario para las personas con AN.

La adversidad en la primera infancia y el desarrollo de los trastornos alimentarios.

La anorexia nervosa fue la excepción.

Las vías de la adversidad en la infancia, como la ruptura de la familia o el encarcelamiento de alguno de esos miembros y el desarrollo, más tarde de un trastorno alimentario todavía se están debatiendo. Los resultados de un estudio reciente de Dinamarca muestran que la adversidad durante la infancia no aumenta de igual manera el riesgo de todos los trastornos de la conducta alimentaria (*Int J Eat Disord*. 2017; 50: 1404)

Janne Tidselbak Larsen y sus colegas reportaron que el riesgo de desarrollar anorexia nervosa (AN) después de las adversidades infantiles era menor cuando había antecedentes de criminalidad parental, así como cualquier adversidad parental y disminuyó en un 54% cuando un niño fue colocado en un hogar de crianza temporal. Por el contrario, cualquier adversidad, incluida la interrupción familiar y la enfermedad psiquiátrica en uno o ambos padres, se asoció significativamente con un mayor riesgo de desarrollar bulimia nervosa (BN) El mayor riesgo de desarrollo de BN se asoció con la enfermedad psiquiátrica de los padres. A medida que aumentaba la cantidad de adversidad, también aumentaba el riesgo de BN. La criminalidad parental severa se relacionó, significativamente, con la disminución del riesgo de BN.

Se utilizó una base de datos a gran escala para un estudio de cohorte.

El estudio de cohortes basado en la población, incluyó a todas las mujeres nacidas en Dinamarca, de padres nacidos ahí mismo, entre el 1 de enero de 1989 y el 31 de diciembre de 2007, excluyendo a todos los niños que murieron o abandonaron el país, antes de los 6 años. El Registro Central de Personas es un número único de identificación personal asignado a todos los ciudadanos daneses y se utiliza en todos los registros nacionales. La población de estudio final de los autores incluyó 495, 244 mujeres danesas.

Los autores seleccionaron nueve diferentes tipos de adversidades infantiles a las que un niño había estado expuesto, al menos una vez durante sus primeros 6 años de vida. Estas categorías fueron: enfermedades somáticas de los padres (enfermedad grave y crónica), inestabilidad residencial (mudarse más de una vez entre pueblos o ciudades danesas), enfermedad psiquiátrica de los padres, severa delincuencia parental, discapacidad de los padres, muerte de algún familiar (perder al menos a uno de los padres o uno o medio hermano), trastorno de abuso de sustancias de los padres, así como la

colocación en un hogar adoptivo o institución con o sin el consentimiento de los padres. Si bien los investigadores habían planeado, originalmente, incluir el abuso infantil, descubrieron que tenían muy pocos datos para incorporarlo y al mismo tiempo cumplir con la legislación danesa para la protección de datos personales.

En términos generales, algunos tipos de adversidades disminuyeron el riesgo de AN, mientras que la exposición a la adversidad aumentó el riesgo de BN y TANE. Los autores señalaron que una limitación fue que las experiencias adversas estudiadas ocurrieron antes de los 5 años. Este factor ayuda a aclarar la interpretación de la causa, pero no nos dice sobre el impacto de la adversidad en la infancia posterior.

Los autores creen que este es el estudio más grande hasta el momento para explorar una asociación entre varios tipos de adversidades de la infancia y los trastornos alimentarios.

¿La imagen corporal alterada es un componente de BED?

En un pequeño estudio piloto que utilizó una técnica de exposición-TCC, la imagen corporal mejoró entre las mujeres con sobrepeso con BED.

Si bien la alteración de la imagen corporal no es un criterio oficial para el diagnóstico del trastorno por atracón (BED), parece ser una parte relevante natural del trastorno. Para explorar una posible conexión entre la imagen corporal y BED, un estudio piloto combinó la terapia de imagen corporal basada en la exposición con TCC, que se enfoca directamente en las alteraciones de la imagen (*J Eat Disord.* 2017; 5:43). Los autores creen que es el primer ensayo aleatorio controlado que examina los efectos de la terapia de imagen corporal sobre los componentes cognitivos-afectivos, conductuales y perceptuales entre mujeres con sobrepeso diagnosticadas con BED.

Según lo informado por el Dr. Merle Lewer de Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Alemania, y colegas en otras 3 universidades alemanas, 34 mujeres con sobrepeso con diagnóstico de BED fueron aleatorizadas a una terapia de imagen corporal manualizada (15) o a un grupo control en lista de espera (19). Justo antes y al final del estudio, todos los participantes completaron 3 cuestionarios de auto-evaluación: el *Eating Disorder Inventory-2* (subescalas de Drive for Thinness, Bulimia, Body Dissatisfaction) el *Body Checking Questionnaire* y el *Rosenberg Self Esteem Scale*.

Una técnica de fotografía se utiliza para distorsionar la imagen

Una vez que se completaron los cuestionarios, los investigadores aplicaron la técnica de distorsión digital de fotos (*Appetite.* 2007; 49: 467). En primer lugar, se tomó una foto digital con vista frontal de cada participante, parado frente a una pared blanca mientras vestía un traje rosa ajustado estandarizado. Luego, las fotos se suministraron al sistema de distorsión digital y se mostraron a cada participante en una computadora portátil. Al presionar dos teclas de flecha en la computadora, los participantes pueden ajustar su foto para parecer más delgada o más grande. Podrían corregir o cambiar la foto como quisieran en respuesta a tres preguntas: "¿cómo te ves realmente?" "¿Cómo sientes que te ves?" y "¿Cómo te gustaría verte?"

Diez sesiones semanales de TCC-imágenes corporales seguidas.

La terapia de imágenes del cuerpo -TCC se realizó en un centro ambulatorio en la Ruhr Universität Bochum. Durante 10 sesiones semanales, cada una de aproximadamente 90 minutos, las mujeres del grupo de intervención aprendieron sobre los componentes perceptivos, cognitivo-afectivos y conductuales que componen una imagen corporal alterada. El tratamiento fue individualizado para cada participante, y

cada uno de ellos también tuvo dos sesiones individualizadas especiales. Así mismo, se usaron espejos y la retroalimentación mediante videograbaciones, con énfasis en ayudar a cada participante a desarrollar una imagen realista de su cuerpo, usando tareas para enfocarse en áreas positivas del cuerpo y desviar la atención de las negativas. Se introdujeron ejercicios adicionales de exposición, como visitar una alberca pública. Las tareas destinadas a mejorar las actividades potencialmente gratificantes relacionadas con el cuerpo incluyeron bailar, visitar una sauna, o usando un nuevo producto de cuidado personal como loción corporal. La última sesión estuvo dirigida a la prevención de recaídas.

Se observó mejoría después de 10 sesiones

Al final de las 10 sesiones, hubo una mejoría general en las alteraciones de la imagen corporal entre el grupo de intervención. Este estudio se suma al trabajo previo que respalda la técnica de intervención de exposición-TCC en mujeres con peso bajo y peso normal con problemas de alimentación y de imagen corporal, y muestra que también fue efectivo en mujeres con sobrepeso con BED. Dos limitaciones significativas fueron el tamaño pequeño de la muestra y la falta de un análisis de seguimiento. Algunas de las mujeres del grupo de control habían estado en lista de espera para una terapia individual por un largo tiempo y ya habían comenzado su propia terapia para cuando se convirtieron en participantes del estudio. Además, solo se incluyeron mujeres participantes para mantener la homogeneidad del grupo. Los autores también informaron que la alimentación restringida no se vio afectada por la intervención. Este estudio destaca que la alteración de la imagen corporal es un objetivo potencial para el tratamiento de BED.

Ejercicio compulsivo y su conexión con el trastorno por purga.

Un estudio examina cómo aquellos que usan el ejercicio guiado para perder peso pueden caer en el espectro de un trastorno alimentario.

La categoría del *DSM-5* para el "trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos específico (OSFED, por sus siglas en inglés)", incluye comportamientos alimentarios desordenados que aún se están definiendo. Uno de éstos, el trastorno por purga (PD, por sus siglas en inglés) es común y causa altos niveles de deterioro y angustia.

Janet Lydecker, Morgan Shea y Carlos M Grilo informaron recientemente que las personas que practican ejercicio compulsivo para controlar su peso, muestra características similares a las personas con un comportamiento de purga tradicional (abuso de laxantes o vómitos) para controlar su peso (*Int J Eat Disord.* 2017; doi:10.1002/eat.2281)

Para investigar el uso del ejercicio compulsivo y el control del peso, el trío de investigadores reclutó a 2,026 participantes utilizando *Mechanical Turk*, una herramienta en línea. Los participantes auto-reportaron su peso y estatura actuales, los cuales se usaron para calcular el índice de masa corporal. Los participantes, también completaron una serie de cuestionarios, incluida una versión abreviada del *Eating Disorder Examination*, el *Godin Leisure Time Exercise Questionnaire*, el cual registra la frecuencia de la actividad física en todos los niveles de intensidad durante una típica semana y el *Patient Health Questionnaire-2*, que evalúa el estado de ánimo reciente. Los participantes también fueron categorizados en varios grupos, aquellos con ejercicio compensatorio compulsivo (297), los que usaban regularmente vómitos/laxantes (59), individuos con una AN ampliamente definida (20) y aquellos sin conductas desordenadas (1,658)

Se identificaron niveles más altos de depresión entre tres grupos

Los autores reportaron que las personas que habitualmente usaban ejercicios compensatorios, vómitos compensatorios regulares o uso de laxantes y aquellos con diagnósticos de AN, tenían un mayor grado de psicopatología con respecto a la alimentación desordenada y actividad física, que aquellos sin un trastorno alimentario. Sin embargo, los grupos no difirieron significativamente entre sí en la mayoría de los dominios. Aquellos que usaron vómitos compensatorios/laxantes, así como aquellos con AN tuvieron niveles más altos de depresión que aquellos con un ejercicio regular compulsivo.

El estudio de los autores proporciona nueva información sobre el ejercicio compulsivo como una forma de PD (trastorno por purga) en la psicopatología de las personas que usan otras conductas compensatorias, pero que no comen en exceso. En general, hubo poco o ninguna evidencia de que el grupo de ejercicio compulsivo esté menos gravemente enfermo que los grupos tradicionales de PD y AN. Esto "hace que [el ejercicio compulsivo] sea una característica conductual importante de los TA para evaluar tanto epidemiológicamente como en estudios clínicos con pacientes individuales", señalaron los autores.

La terapia basada en la familia para adolescentes con AN grave.

La percepción del adolescente sobre el funcionamiento familiar fue clave para el éxito del tratamiento.

La terapia basada en la familia (FBT, por sus siglas en inglés), el enfoque de elección para los adolescentes con anorexia nervosa (AN) que son tratados como pacientes ambulatorios, utiliza a la familia como agente clave durante la terapia.

En un estudio reciente de la Red de Hospitales para Niños de Sydney, Australia y la Universidad de Sydney, la visión de la familia del paciente adolescente y su función fue clave para el éxito de la FBT (*J Eat Disord.* 2017; 5:55) El Dr. Andrew Wallis y sus colegas exploraron la relación entre el funcionamiento familiar, el apego adolescente-padre y la remisión, así como los cambios a lo largo del tiempo, para un grupo de adolescentes con AN grave tratados con FBT.

Los autores señalaron que, aunque la FBT funciona para la mayoría, no funciona para todos. La duración de la enfermedad, las hospitalizaciones previas y la edad avanzada no pueden modificarse una vez que comienza el tratamiento. En contraste, si el funcionamiento familiar pudiera modificarse durante el tratamiento, esto podría mejorar la respuesta (*Eur Eat Disorders Rev.* 2016;24:43) Algunos elementos positivos, en la función familiar se han relacionado con el resultado de los estudios previos de FBT, particularmente las relaciones positivas entre padres y adolescentes, el calor de los padres y la cohesión familiar, por ejemplo (*J Fam Ther.* 2005; 2:104; *J Ment Health.* 2005; 14:575) Una mejor organización familiar y un control temprano en el tratamiento con frecuencia predice un buen resultado del tratamiento. Por el contrario, un estilo de comunicación negativo, incluidos los comentarios críticos, tiene un efecto opuesto.

Los 57 adolescentes fueron un subgrupo de un ensayo aleatorio controlado, previamente informado por los autores que investigaron el papel de la restauración del peso hospitalario antes del ingreso a la FBT para pacientes ambulatorios (*Psychol Med.* 2015;45:415) Quienes participaron en el estudio original cumplieron con los criterios del *DSM-IV* para AN con menos de 3 años de duración y fueron medicamente inestables cuando ingresaron. Los sujetos elegibles se dividieron luego, en dos grupos de tratamiento, ya sea para la estabilización médica o para la restauración del peso mínimo antes de pasar a la FBT para pacientes ambulatorios.

Un proceso de tres etapas ayuda a los padres a asumir la responsabilidad.

El estudio utilizó el tipo de 3 etapas de la FBT, en la que los padres, inicialmente, se responsabilizan por el aumento de peso de sus hijos, volviendo a los patrones de alimentación normales, para revertir la inanición causada por la AN. A medida que el tratamiento avanza a su segunda y tercera fase, la responsabilidad de comer se le devuelve, lenta, pero seguramente al adolescente, ayudándolo a progresar independientemente con la comida y la vida normal de la adolescencia. El equipo de terapia incluyó tres psicólogos y un trabajador social.

Se evaluaron a los adolescentes al inicio, en la sesión número 20 de FBT, así como 12 meses después de dicha sesión. El resultado de la remisión se definió como el porcentaje del peso corporal esperado (% EBW) utilizando Centros para el Control de Enfermedades, tablas de crecimiento de prevención y las puntuaciones globales de EDE. La función familiar y el apego adolescente-padre se evaluaron con *Family Assessment Device* y con el *Inventory of Parent and Peer Attachment*. El *Family Assessment Device* es una medida de autoevaluación que incluye 60 ítems divididos en 7 sub escalas (resolución de problemas, comunicación, roles, y una escala general que mide la función familiar) Tal como su nombre lo implica, el *Inventory of Parent and Peer Attachment* es un cuestionario de 45 ítems que busca sondear las expectativas cognitivas afectivas asociadas con la calidad, en lugar de las categorías o las relaciones de apego entre el joven y su madre o su padre.

La importancia de la percepción del adolescente sobre la función familiar

Los adolescentes que reportaron el más pobre funcionamiento general de la familia tenían más características psiquiátricas comórbidas y eran más propensos a tener AN tipo compulsivo/purgativo. En contraste, un mejor funcionamiento familiar reportado por los adolescentes se asoció con una mayor autoestima de los adolescentes y un mayor apego de los adolescentes a ambos padres.

Se informaron pocos o ningún cambio en la calidad de la relación entre padres y adolescentes durante el tratamiento o en el seguimiento. Ningún elemento del funcionamiento familiar reportado por la madre al comienzo del tratamiento se relacionó con un mejor resultado de la FBT; sin embargo, niveles más altos de control de comportamiento reportado por el padre (por ejemplo, establecimiento de reglas y comportamientos esperados) al comienzo del tratamiento se relacionaron positivamente con la remisión a largo plazo.

El Dr. Wallis y sus colegas subrayaron la importancia del funcionamiento familiar para las personas que reciben FBT, ya que la percepción del adolescente sobre el funcionamiento familiar, al comienzo del tratamiento, sí predijo la remisión. Los adolescentes que percibían una mejor comunicación familiar y la capacidad de resolver problemas tenían más probabilidades de responder a la FBT.

Estigmatización y discriminación es un fenómeno de todos los días para los pacientes obesos.

Un problema que también se puede encontrar en centros de salud.

Con frecuencia, los pacientes obesos confrontan múltiples formas de discriminación en la vida diaria, de acuerdo con los resultados recientes de un estudio de L. Pearl, Thomas A. Wadden y de sus colegas del Centro para el Peso y los Trastornos Alimentarios en la Universidad de Pensilvania, Filadelfia (*Clin Obes. 2017; doi:10.1111/cob.12235*) Los autores evaluaron las diferentes razones dadas para la discriminación experimentada por una muestra racialmente diversa de personas que, buscaban un tratamiento para la obesidad. De los 122 individuos en el estudio, el 66% eran negros y el promedio del IMC fue 38.5 ± 6.2 kg/m².

La mayoría de los participantes del estudio reportaron haber experimentado por lo menos una forma repetitiva de discriminación y un 30% experimentó dos o más formas. Discriminación por raza y peso fueron los tipos más comunes de una repetida y diaria discriminación. Más del 80% de aquellos que fueron confrontados con una discriminación por peso reportaron al menos, alguna otra forma de discriminación, usualmente debido a la raza (60%) Los autores piden más investigaciones para ayudar a entender cómo todas las formas de discriminación contribuyen a los problemas de salud relacionados con la obesidad.

Estigma y obesidad.

“En el campo de la salud pública, el estigma es un enemigo conocido”, la Dra. Rebecca M. Puhl and Chelsea A. Heuer, MPH escribieron en un reciente artículo (*Am J Public Health*. 2010; 100: 109) Los autores, del Centro Rudd de Política Alimentaria y Obesidad, de la Universidad de Yale, New Haven, CT, encontraron que el estigma y la discriminación hacia el obeso han sido generalizados y extendidos en Norteamérica. Después de completar una exhaustiva búsqueda en la literatura, los autores concluyeron que el estigma por peso, con frecuencia utilizado en un intento de reducir la obesidad o mejorar la salud, es en realidad, contraproducente. En cambio, del método tradicional de avergonzar y culpar a un individuo por su peso, argumenta que el énfasis debe estar en abordar el estigma del peso como un tema de justicia social y una prioridad en las intervenciones de salud pública.

De acuerdo con los autores, una ironía es que en los centros de salud también pueden ser una fuente significativa del estigma por el peso (*Obesity* [Silver Spring] 2009; 17:941), el cual puede perjudicar las oportunidades para un cuidado médico efectivo. Algunos de los estereotipos y actitudes negativas hacia los pacientes obesos por los proveedores de los servicios de salud y especialistas en acondicionamiento físico, incluyen puntos de vista como que el paciente obeso es flojo, sin autodisciplina, así como deshonesto, no inteligente y que no cumplieron su tratamiento.

Vigilancia relacionada con la raza hacia la obesidad.

Investigadores de la Universidad de Massachusetts, recientemente analizaron el impacto de la vigilancia relacionada con la raza en el riesgo de obesidad. La vigilancia relacionada con la raza describe el concepto de “preparación para y anticipación para la discriminación”. Este es un concepto de considerable relevancia, ya que experimentar una discriminación aumenta el riesgo de problemas médicos (por ejemplo, los autores citaron el hallazgo de la elevación de la presión sanguínea entre aquellos que experimentaban una discriminación relacionada a la raza en el estudio CARDIA)

En un grupo de 12,214 personas de raza negra, quienes respondieron al módulo Reacciones a la raza en el Behavioral Risk Factor Surveillance Survey (*Obesity Science & Pract.* 2017; doi: 10.1002/osp4.42), obesidad, el Dr. R.L. Powell y sus colegas encontraron que el 17%, de quienes respondieron la encuesta reportaron que pensaban en su raza más de una vez al día. Frecuentemente, el pensar en la raza fue un factor de riesgo para obesidad entre las personas de raza negra participantes en el estudio. La prevalencia de obesidad fue más alta entre las mujeres (41%) y entre los hombres negros (32%), aunque un mayor porcentaje de hombres (32%) que de mujeres (13%) reportaron pensar en la raza diariamente.

Los autores notaron que los resultados de su estudio sugieren muy altos niveles de vigilancia relacionada con la raza, tanto de discriminación explícita como “pequeñas agresiones” implícitas (tales como no verbales, verbales inconscientes o insultos con la mirada) contribuyen específicamente a las tasas altas de obesidad entre los negros norteamericanos.

Reseña de un libro.

El manual clínico de trastornos alimentarios complejos y

atípicos.

(Leslie Anderson, Stuart B. Murray y Walter H. Kaye, Editores, Oxford University Press, Nueva York, NY, 2018)

"Atípico" es el nuevo "típico" en los trastornos alimentarios. Los pacientes atípicos pueden constituir fácilmente la mayoría en la práctica. El *Clinical Handbook of Complex and Atypical Eating Disorders*, editado por Leslie Anderson y Walter Kaye de la Universidad de California-San Diego y Stuart B. Murray de la Universidad de California -San Francisco, es la guía más nueva, más completa y mejor para estos pacientes del "mundo real".

Como comentan los editores, "Incluso con el DSM-5, el 30-50% de todas las presentaciones de trastornos alimentarios en la práctica clínica permanecen en la categoría indiferenciada, de trastorno alimentario o de la ingesta de alimentos específicos (OSFED, por sus siglas en inglés)". Dentro de este grupo, de los trastornos alimentarios (ED, por sus siglas en inglés) la psicopatología está "evolucionando rápidamente" y muestra que está comenzando a surgir una "gama increíblemente diversa de presentaciones de enfermedades para las cuales no se han realizado ensayos controlados de tratamiento". Además, estos desafíos de diagnósticos se combinan con comorbilidad y falta de diversidad de pacientes inscritos en ensayos clínicos. Por ejemplo, "los clínicos más experimentados en trastornos alimentarios saben que un adolescente con anorexia nerviosa de inicio reciente es mejor tratado con un tratamiento basado en la familia (FBT, por sus siglas en inglés), pero es poco conocido acerca del tratamiento de un adolescente con anorexia nervosa quien es también transgénero y suicida".

En un brillante primer capítulo, Jenna L. Schleien, Gina Dimitropoulos, Katharine L. Loeb y Daniel Le Grange analizan aún más la "interrogante" de aplicar el tratamiento basado en evidencia a estas condiciones. Ensayos de control aleatorizado, el estándar de oro para los estudios de intervención, generalmente tienen criterios de inclusión con un enfoque estrecho y criterios de exclusión que mantienen fuera a aquellos con ciertas comorbilidades psiquiátricas (entre el 20% y el 95% de los pacientes con trastornos alimentarios tienen trastornos psiquiátricos comórbidos), al mismo tiempo que aquellos con tratamiento previo con la forma de terapia que se prueba. Esta falta de evidencia de tratamientos efectivos es especialmente desafortunada porque, como señalan los autores, "la investigación sugiere que los casos de trastornos alimentarios atípicos no son diferentes a los casos típicos en cuanto a la gravedad de la patología, el grado de deterioro psicosocial secundario y los resultados".

Los autores proponen una serie de posibles soluciones al "problema" de trastorno alimentario atípico / complejo. El primero es tener criterios de diagnóstico menos estrictos, por ejemplo, modificaciones del *DSM-5* de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). La segunda estrategia es establecer nuevos grupos de diagnóstico, por ejemplo, trastorno por atracón (BED, por sus siglas en inglés) y trastorno evitativo/restrictivo de ingesta de alimentos (ARFID, por sus siglas en inglés) en el *DSM-5*. El tercer enfoque es tener categorías amplias; por ejemplo, similar a AN, similar a BN, similar a BED y TANE. Una cuarta estrategia es enfocarse en las categorías de características clínicas dominantes; por ejemplo, "trastorno purgativo" contra "trastorno alimentario restrictivo". Una quinta estrategia implica el uso sofisticado de métodos estadísticos; por ejemplo, un análisis de conglomerados, análisis de perfil latente, análisis taxométrico y análisis Q de las opiniones de los clínicos. El sexto enfoque sería usar evaluaciones dimensionales, que resuena con el enfoque del Research Domain Criteria (RDoC) del National Institute of Mental Health. La séptima estrategia analiza las ventajas y los inconvenientes del enfoque transdiagnóstico.

El libro está dividido en tres partes. En la primera parte, se examinan las comorbilidades psiquiátricas. Hay capítulos separados sobre ansiedad, trastorno de estrés postraumático, uso de

sustancias, tendencias suicidas, conductas auto-lesivas, trastorno límite de la personalidad y trastorno corporal dismórfico, así como trastorno del espectro autista. Cada capítulo incluye presentación clínica, prevalencia, enfoques de tratamiento y otros recursos. En la segunda parte, se examinan las presentaciones de síntomas atípicos. Estos incluyen trastorno purgativo, diabetes, trastorno de la rumiación o mericismo y dismorfia muscular, así como también fobia específica al vómito. Otros capítulos se centran en pacientes con AN que tienen antecedentes de sobrepeso u obesidad y pacientes con ARFID. La tercera parte del libro analiza poblaciones atípicas. Los autores señalan una historia de abandono de estos grupos en ensayos controlados de tratamiento. Además, los ensayos aleatorios controlados generalmente se realizan en "muestras de la mayoría, como mujeres blancas de clase media". Las poblaciones específicas, examinadas en esta sección incluyen personas lesbianas-gay-transgénero, homosexuales o personas que siempre están cuestionando su sexualidad (LGBTQ), hombres, pacientes pediátricos, minorías étnicas, aquellos con trastornos alimentarios al inicio de la edad media y trastornos alimenticios en los atletas.

El *Oxford English Dictionary* define un manual como un libro "que proporciona información de los hechos sobre un tema en particular, orientación en algún arte u ocupación o información para turistas". Pocos turistas visitan el país de los trastornos alimentarios, pero para muchos clínicos que desean mejorar sus habilidades ocupacionales y mejorar su arte, no hay mejor recurso actual. Como dice el gran profesor Ivan Eisler en el prefacio del libro *Forward*, "Ve a leer el libro".

— Russell D. Marx, MD

Preguntas y respuestas: Clasificando lo que es y lo que no es AN..

P. Uno de mis pacientes con AN ha desarrollado otros síntomas desconcertantes, incluyendo lo que ella describe como sus "articulaciones saliendo de lugar", seguidas de un dolor intenso. Ella se ha dislocado una cadera y varios dedos, y ha tenido varias cirugías para aliviar los problemas gastrointestinales. ¿Me pueden ayudar? (GV, Des Moines, IA)

R. Lo que está describiendo sugiere un caso del síndrome Ehlers-Danlos (EDS), que presenta hipermovilidad articular, piel flácida y elástica, así como fragilidad generalizada del tejido conectivo. Michelle Lee, MD, y Mattias Strand MD recientemente publicaron un informe muy pertinente de un caso de anorexia nerviosa (AN) comórbida y EDS en una mujer de 23 años del sudeste asiático (*Int J Eat Disord.* 2017; Diciembre, versión en línea publicado antes de la impresión).

Describen a una paciente con un historial de AN de 12 años de tipo restrictivo, que había sido tratada por su trastorno durante los últimos 8 años, más recientemente en un hospital especializado. Le había ido bien, mejoró su IMC a 19.7 y había ingresado a un intenso programa de tratamiento diario. Los autores notaron que la mujer tenía una fobia sobre el aumento de peso y una fuerte aversión a los alimentos que contenían grasa. Ella también estuvo afectada por una serie de dolencias gastrointestinales, incluyendo una serie de alergias a los alimentos, dolor difuso, hinchazón y náuseas. Tenía estos síntomas intermitentes durante los últimos 10 años.

Para evaluar EDS, la paciente se sometió al Beighton Hypermobility Test, una escala de calificación diagnóstica que mide la hipermovilidad articular; su puntaje fue 6 (puntajes de 5 y más de 9 se consideran potencialmente patológicos) Los clínicos generalmente piensan en laxitud articular y problemas oftalmológicos en EDS, pero pueden ocurrir una gran variedad de síntomas (y de hecho existen numerosos subtipos reconocidos de EDS). De particular relevancia, los síntomas gastrointestinales son comunes.

La superposición de síntomas en AN y EDS hace que la identificación correcta de EDS sea un desafío. El tipo más común de EDS, que es un trastorno genético que afecta la producción de colágeno, se estima que perjudica a 1 de cada 5,000 a 20, 000 personas en todo el mundo y el tipo clásico está aún más lejos, afectando a 1 en 20,000 a 40,000 personas en todo el mundo. Actualmente no hay cura.

Los Drs. Lee y Strand recomiendan que cada vez que se encuentre con un paciente con AN y este grado de hipermovilidad, el Beighton Hypermobility Test puede ser una herramienta de evaluación útil, y un buen lugar para comenzar, seguido de una remisión a un reumatólogo.

— SC

Reimpreso para: ***Eating disorders Review***

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com