
Eating Disorders Review

September/October 2014

Volume 25, Issue 5

Scott Crow, Editor-in-Chief

Guía práctica de la Salud Oral/Dental post-purgación

Por Jenny H. Conviser, PsyD, CED, Sheehan D. Fisher, PhD, Escuela de Medicina de la Universidad de Northwestern, Chicago, Illinois, y Rana Stino, DDS, Water Tower Dental Care, Chicago, Illinois

Uno de los componentes clave de la bulimia nervosa (BN) son los episodios de atracones, seguidos de conductas compensatorias, como las purgaciones. Además de los componentes de la salud mental de la BN, las conductas purgativas pueden resultar en graves complicaciones médicas y dentales.

El vómito repetitivo puede conducir a serios problemas de salud dental y oral. La erosión dental (perimilolisis), sequedad de boca (xerostomía), la sensibilidad dental, las caries dentales y la enfermedad de las encías (periodontal) son manifestaciones intraorales comunes, que resultan de los efectos deletéreos de contenido gástrico ácido del vómito. El rango de flujo de la saliva, nivel de pH, capacidad de amortiguación, y el contenido de enzima (por ejemplo, pepsina, tripsina) después de la purgación puede dañar los tejidos blandos de la boca y las encías así como el esmalte de los dientes. La erosión del esmalte dental es la complicación intraoral más frecuente de las purgaciones. Aunque la frecuencia y duración de las conductas purgativas influyen en la gravedad de la erosión del esmalte, los efectos pueden ser moderados por el uso de prácticas de higiene oral preventivas.

La detección temprana puede reducir el daño.

La detección temprana de signos de purgación y la aplicación de la higiene oral recomendada pueden ser decisivos en la reducción del daño oral / dental. Varios comportamientos generales de salud bucal preventiva pueden reducir la erosión del esmalte y proteger la salud oral. Estos incluyen enjuagarse la boca todos los días con una solución de fluoruro de sodio al 0,5% o el uso de una pasta de dientes de prescripción con 1.1 fluoruro sódico, usar hilo dental a diario, el cepillado con cerdas suaves del cepillo de dientes, aumento de la ingesta diaria de agua, promover el flujo de saliva a través del consumo de chicle sin azúcar y pastillas de menta, y limitar el contacto entre las superficies de los dientes y reducir la exposición a alimentos ácidos (por ejemplo, que el paciente utilice un popote para beber bebidas ácidas, tales como jugo de frutas o bebidas carbonatadas). Otra sugerencia que puede ayudar a reducir el daño del esmalte es hacer que el paciente se enjuague la boca con agua o una solución alcalina inmediatamente después de la purgación.

En contraste, algunas acciones después de la purgación puede ser perjudiciales para los dientes y la boca. Una práctica sorprendentemente perjudicial es el cepillado de los dientes inmediatamente después de una purgación (por ejemplo, dentro de menos de una hora). Cepillarse los dientes con pasta de dientes y el cepillado solo pueden agravar el efecto dañino de los ácidos estomacales en el esmalte de los dientes y los tejidos blandos de la boca. Educar a los pacientes sobre estas prácticas de salud bucal preventiva es esencial, sin embargo, hay importantes barreras de comunicación entre los profesionales de la salud oral y los pacientes con BN.

La investigación sobre la comunicación dentista-paciente y trastornos de la conducta alimentaria se ha centrado en prácticas de prevención secundaria en los cuidados dentales de la comunidad. La prevención secundaria de trastornos de la conducta alimentaria incluye la identificación de un trastorno, la comunicación directa con el paciente, las recomendaciones para la atención preventiva en el hogar de la salud oral, derivaciones a tratamiento, y manejo de casos. A pesar de la importancia de las prácticas de prevención secundaria, DeBate y sus colegas encontraron que menos de la mitad de los dentistas e higienistas dentales evalúa periódicamente a los pacientes para las manifestaciones orales de los trastornos de la conducta alimentaria y menos de la mitad de los pacientes con sospecha de un trastorno de la conducta alimentaria se les dieron instrucciones de cuidado dental pertinentes por los dentistas e higienistas dentales^{1,2}.

Del mismo modo, el hecho de que los pacientes normalmente no sacan el tema de los trastornos de la conducta alimentaria, es también una barrera importante para la evaluación y el tratamiento. Willumsen y Graugaard encontraron que sólo el 43,8% de los pacientes con BN dan a conocer su trastorno de la conducta alimentaria a su dentista.³ Los pacientes con BN pueden ser reacios a hablar sobre su trastorno de la conducta alimentaria debido a la ambivalencia acerca de la recuperación y los sentimientos de vergüenza. Las barreras a la comunicación iniciada por el paciente pueden así impedir o complicar el diálogo sobre BN y evitar el acceso a la intervención temprana y el tratamiento.

Un estudio de 201 pacientes

En un esfuerzo por entender mejor las prácticas post-purgativas y la comunicación entre profesionales del cuidado de la salud oral- pacientes con BN, realizamos un estudio de 201 mujeres previamente diagnosticadas con BN. El estudio, publicado recientemente en la *Revista de la Asociación Dental Americana*,⁴ mostró que la mayoría de las mujeres (92,4%) tenían al menos uno o más problemas de salud dental que podían atribuirse a la purgación, incluyendo los dientes sensibles, erosión del esmalte, cambios en el color, la forma o la longitud de los dientes, dolor de dientes, lesiones bucales, caries, recesión de las encías y la boca seca. Sin embargo, sólo aproximadamente la mitad de las mujeres buscó información sobre el cuidado oral para reducir el daño a los dientes y la boca.

La mayoría de las mujeres informó de que el "Internet" fue la fuente más útil de información sobre la salud oral. La mayoría tampoco había discutido su trastorno de la conducta alimentaria con su profesional primario de la salud oral, debido a las emociones negativas (por ejemplo, vergüenza, lástima, miedo), y las mujeres que sí tenían una discusión con su proveedor tenían más probabilidades de haber sido ellas quienes iniciaron la conversación. Las mujeres con BN sugirieron que la mejor manera para que sea posible discutir su trastorno de la conducta alimentaria y aprender acerca de las recomendaciones de salud oral sería a través de tener profesionales: (1) obtener más educación y capacitación acerca de los trastornos de la conducta alimentaria; (2) iniciar la conversación con más frecuencia; y (3) abordar el tema de los trastornos de la conducta alimentaria con mayor sensibilidad.

¿Qué pueden hacer los profesionales dentales?

Los profesionales de la salud dental están en una posición única para preservar y promover la buena salud en los pacientes con antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria. Para ser más eficaz en este papel, se recomiendan las siguientes pautas:

Mejorar el conocimiento y la percepción de los trastornos de la conducta alimentaria. Los profesionales dentales pueden mejorar su conocimiento y percepción sobre los trastornos de la conducta alimentaria al unirse a organizaciones profesionales como la National Eating Disorders Association (NEDA), Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD), la Academy of Eating Disorders (AED), la Binge Eating Disorder Association (BEDA), o la International Association of Eating Disorders Professionals (iaedp). Otras medidas útiles son asistir a conferencias que incluyan presentaciones de trastornos de la conducta alimentaria y la participación en programas de certificación profesional y entrenamiento en

trastornos de la conducta alimentaria y otras oportunidades educativas, cuando estén disponibles. La creación de redes de profesionales en trastornos de la conducta alimentaria también puede ser útil.

Proporcionar información. Los profesionales dentales deben tener información general sobre la evaluación y el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria y proporcionar directrices para el cuidado bucal post-purgación disponibles en material impreso o publicado en línea. Los pacientes pueden estar interesados en recibir material impreso o acceso a las publicaciones de sitios web con información sobre los programas locales de tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria y grupos de apoyo o enlaces informativos, tales como: AED.org, NEDA.org y ANAD.org y bedonline.org.

Remitir a los pacientes para la evaluación adicional. No hay necesidad de que el profesional de la salud dental diagnostique formalmente un trastorno de la conducta alimentaria. No es beneficioso forzar al paciente a "admitir" los detalles de su historial de purgaciones. Las amenazas, sermones, reprimendas, avergonzar y culpar sólo empeoran las cosas. La información precisa puede mejorar el conocimiento del paciente de los efectos de la conducta relacionada a su trastornos de la conducta alimentaria y ayudar a los pacientes a considerar de manera más realista las opciones de tratamiento disponibles para ellos. El paciente puede ser referido a otros profesionales de trastornos de la conducta alimentaria para una evaluación formal adicional si es necesario.

Revisar los cuestionarios sobre el historial de salud de los pacientes. Incluya preguntas acerca de la historia del trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y las prácticas post-purgación en los cuestionarios de historia de la salud que son llenados por los pacientes al momento de sus citas. Invite a los pacientes para discutir cualquier historial sobre algún trastorno de la conducta alimentaria y cualquier inquietud. Usted podría preguntar, "¿Ha tenido algún antecedente de un trastorno de la conducta alimentaria?"; "¿Alguna vez ha participado en purgaciones o vómitos autoinducidos?"; y "¿Tiene alguna pregunta para el personal médico sobre los TCA y su salud oral / dental?" En los materiales impresos o publicidad de web, recuerde a los pacientes que los profesionales de la salud en su oficina entienden que los trastornos de la conducta alimentaria afectan la salud oral y dental y que su personal médico se adhiere a un cuidado compasivo, pensativo y sin culpar para los pacientes que tienen historia o comportamientos de TCA.

Adoptar una política de trato no discriminatorio. Informar a los pacientes que los proveedores de salud están dedicados al tratamiento y preservación de la salud de los pacientes, independientemente de su historia de salud previa.

Proteger la privacidad del paciente. Discuta los asuntos de los trastornos de la conducta alimentaria en un espacio privado, para proteger la privacidad del paciente. Informe al paciente con antelación de las políticas relativas a la divulgación de información sobre los trastornos de la conducta alimentaria a otras personas, incluidos los padres. Por último, asegúrese de pedir permiso al paciente para hacer preguntas o para discutir su historial de un trastorno de la conducta alimentaria. Un ejemplo podría ser: "¿Puedo preguntarte sobre una historia de purgaciones?"

Inicie la comunicación efectiva. Permanezca centrado en las condiciones específicas de salud que usted está observando y tratando. Indique cualquier observación clínica en forma directa, simple y breve. Afirme que se preocupa y está dispuesto a escuchar. Fomente la participación del paciente en las discusiones sobre la forma de proceder. Por ejemplo, usted podría decir, "Hoy estoy viendo algo de erosión ácida adicional y estoy preocupado. En cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria, me gustaría saber cómo han ido las cosas para que podamos trabajar juntos en tener un buen cuidado de su salud". "¿Diría usted que las purgaciones han sido iguales, mejores o peores últimamente?" "¿Está usted recibiendo el tratamiento o apoyo que necesita para su trastorno de la conducta alimentaria?" ". O usted podría decir:" Gracias por compartir algo de la información acerca de su historia del trastorno de la

conducta alimentaria. Sé que esto puede ser difícil de hablar, pero tengo algunas ideas sobre cómo puedo ayudarle. En primer lugar, me gustaría escuchar sus pensamientos o preocupaciones". Cualquier conversación que de inicio aborde el trastorno de la conducta alimentaria en una forma compasiva y constructiva puede servir de base para un debate más abierto y constructivo en el futuro.

Ofrecer atención colaborativa. Tenga información disponible en su oficina / clínica y en su página web de los profesionales de la salud locales (médicos, terapeutas, dietistas y psiquiatras, etc) con experiencia en el tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria a quienes pueda referir y que sean capaces de proporcionar un cuidado compasivo y competente. Ofrezca su disposición a hablar con otros proveedores de la salud para ayudar a mantener una atención óptima.

Anime a la adherencia al tratamiento. El curso de la recuperación de un trastorno de la conducta alimentaria puede ser un proceso largo y difícil, con mucho flujo y reflujo. Las recaídas no significan fracaso. Un tratamiento profesional a largo plazo favorece la recuperación. Fomente el compromiso del paciente al tratamiento y apoyo continuos.

Discusión y Conclusiones

La falta de comunicación sobre los trastornos de la conducta alimentaria parece generalizada dentro de la comunidad profesional de la salud dental. Se necesitan estudios adicionales para comprender mejor si existen limitaciones de comunicación similares en la comunidad general de cuidadores de la salud. Las recomendaciones propuestas aquí pueden ser útiles tanto para los profesionales de la salud oral y otros profesionales de la salud que se encuentran con mujeres u hombres con BN o conductas de purgación.

Las visitas al dentista proporcionan una valiosa oportunidad para detectar signos de historia de un trastorno de la conducta alimentaria y apoyar los esfuerzos de recuperación del paciente. El profesional de atención dental está en una posición central para proporcionar información precisa acerca de los riesgos de salud asociados con los trastornos de la conducta alimentaria y fomentar la intervención temprana y / o el tratamiento continuo. Los profesionales sanitarios, que son capaces de iniciar la comunicación reflexiva con sus pacientes sobre los trastornos de la conducta alimentaria, tienen la oportunidad de mejorar los resultados del tratamiento, mantener una buena salud y apoyar la recuperación del trastorno de la conducta alimentaria.

Referencias Bibliográficas

1. DeBate RD, Plichta SB, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Integración de la atención de la salud oral y los servicios de salud mental: la preparación y la capacidad de los higienistas dentales 'para la prevención secundaria de los trastornos de la conducta alimentaria. *J Behav Health Services Research*, 2006; 33: 113.
2. DeBate RD, Vogel E, Tedesco LA, Neff JA. Las diferencias de sexo entre los dentistas con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria y las prácticas de prevención secundaria. *JADA* 2006; 137: 773.
3. Willumsen T, Graugaard PK. Miedo dental, regularidad de la asistencia dental y la evaluación subjetiva de la erosión dental en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. *Eur J Oral Sci* 2005; 113: 297
4. Conviser, JH, Fisher SD, Mitchell KB. Comportamiento de cuidado oral después de la purga en una muestra de mujeres con bulimia nervosa. *JADA* 2014; 145 (4): 352-354.

Sobre los autores

Dr. Conviser es Profesor Asistente del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Medicina Feinberg de la Universidad Northwestern, Chicago, IL. Sheehan D. Fisher, PhD, es profesor en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, Facultad de Medicina Feinberg. Rana Stino, DDS, es una dentista general en la Water Tower Dental Care, Chicago.

¿Cómo manejan los entrenadores a los atletas con Conductas Alimentarias de Riesgo?

Desafíos de las actitudes individuales de los entrenadores y la falta de acceso al apoyo.

Los atletas de élite, especialmente los que participan en deportes que ponen énfasis en la delgadez, se encuentran en riesgo mayor de desarrollar alimentación desordenada o conductas alimentarias de riesgo. Los resultados de un estudio mostraron que casi el 20% de las mujeres súper atletas y el 8% de los hombres súper atletas estaban en mayor riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Clin J Sport Med 2004; 14:25). La combinación de una reducción de la ingesta de energía y eventos de alta intensidad, es una receta para trastornos menstruales, disminución de la densidad mineral ósea, fracturas por estrés y otras lesiones.

CR Plateau y un equipo de investigadores de la Universidad de Loughborough, en Loughborough, Reino Unido, recientemente entrevistaron a 11 entrenadores experimentados de pista y campo (10 hombres y 1 mujer) para aprender cómo interactúan con los atletas en los que sospechan que podrían estar desarrollando un trastorno de la conducta alimentaria (Scand J Med Sci Sports 2014; doi: 10.1111 / sms.12286).

Los entrenadores informaron tener una serie de problemas; por ejemplo, estaban preocupados por exacerbar un problema de alimentación entre los atletas vulnerables y se quejaron de la falta de recursos y apoyo suficientes. Todos los entrenadores se habían encontrado con conductas alimentarias de riesgo o trastornos de la conducta alimentaria clínicos entre mujeres atletas durante sus carreras como entrenadores; 1 había visto problemas entre los atletas masculinos y 6 estaban actualmente trabajando con un atleta con conductas alimentarias de riesgo.

Las entrevistas semiestructuradas de los autores con los entrenadores revelaron que los entrenadores en general tomaron una de tres enfoques principales para hacer frente a las conductas alimentarias de riesgo: de apoyo, de evitación o de confrontación.

Entrenadores que brindaron apoyo

Los entrenadores que utilizaron un enfoque de apoyo tenían una estrategia proactiva, y con frecuencia formaron una "alianza de trabajo" con el atleta. Estos entrenadores sentían que podían motivar al atleta a buscar tratamiento, a moderar la actividad demasiado intensa, y a encontrar un apoyo adicional para el atleta cuando fuera necesario. Los entrenadores que brindaron apoyo tuvieron un papel activo en la búsqueda de ayuda profesional para el atleta, usualmente primero vía internet, después de otros entrenadores, y, finalmente, encontrando psicólogos clínicos con experiencia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Los entrenadores que brindaron apoyo a menudo alteraban el programa regular del atleta para moderar el ejercicio y reducir el tiempo de entrenamiento con la intención de proteger la salud del atleta con los cambios en el programa de entrenamiento determinados por la pérdida de peso. También buscaron ayuda profesional para el estudiante.

Evitativos

Un segundo grupo de entrenadores "carecía de un enfoque claro para tratar con problemas de alimentación entre sus atletas." Algunos se negaron rotundamente a tratar de forma proactiva con atletas con un trastorno potencial de la conducta alimentaria -se adoptó la forma de explicar el comportamiento de distancia o expresar una falta de conocimiento acerca de los trastornos de la alimentación, que dijeron estaba fuera de su "nivel de conocimientos." La negación fue predominante- estos entrenadores prefirieron considerar otras causas de pérdida de peso que la alimentación

desordenada. Por ejemplo, la pérdida de peso con frecuencia fue atribuida al estilo de vida del atleta o a sus hábitos de entrenamiento; un entrenador incluso atribuyó la pérdida de peso extrema de un atleta a la "mala gestión del tiempo." Varios de estos entrenadores describieron la falta de recursos accesibles o el conocimiento de dónde un atleta podría buscar ayuda. Estos entrenadores también estaban ansiosos de hacer o decir cualquier cosa que pudiera disparar el trastorno o empeorarlo.

Confrontativos

El tercer grupo involucró entrenadores que utilizaron abordajes confrontativos, marcados por el conflicto entrenador-atleta sobre la necesidad de buscar tratamiento y también para reducir la intensidad del entrenamiento. Estos entrenadores a menudo usaron "tácticas de miedo" e impusieron nuevas condiciones estrictas para la ganancia de peso o entrenamiento. Un entrenador tenía límites de grasa corporal impuestos para las mujeres atletas, y estableció paralelismos entre las conductas alimentarias de riesgo y un pobre rendimiento deportivo. Algunos entrenadores tenían un estilo autoritario, por ejemplo; el establecimiento de objetivos de peso estrictos y reglas impulsadas por la opinión en lugar de por el conocimiento médico empírico.

Cuando el atleta no cumplió con los deseos del entrenador, surgieron los principales conflictos. Al igual que en el caso de los entrenadores evitativos, este grupo expresó preocupación por su falta de conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria, y no sabían cuando un atleta debería dejar de entrenar para proteger su salud. Y a menudo, cuando el entrenador detenía el entrenamiento del atleta, el atleta continuaba un sobre-entrenamiento por su cuenta.

Los desafíos que enfrentaron todos los entrenadores

Los entrenadores típicamente sintieron que la ruta usual para referir pacientes al médico de primer contacto no siempre era adecuada "los médicos generales usualmente tienen poco conocimiento o entendimiento acerca de las necesidades especiales de los atletas. Los entrenadores de clubes de atletas "sub-élite" comentaron que tenían problemas para localizar y acceder a un tipo específico de apoyo para atletas, a diferencia de los atletas de élite, que algunas veces tenían muchas más opciones de apoyo.

Otro importante desafío consistía en ayudar al atleta a darse cuenta que él o ella tenían un patrón de alimentación desordenada. Esto fue particularmente difícil en el caso de atletas adultos, donde la participación y apoyo de los padres estaba ausente o era mínima en el mejor de los casos. A casi todos los entrenadores les pareció muy difícil confrontar a los atletas, hombres o mujeres, para insistirles en buscar ayuda para un problema de alimentación.

A pesar de todos los desafíos, los autores observaron que los entrenadores tienen en realidad una ventaja debido a su relación con los atletas. Esta relación estrecha y frecuente puede permitir a un entrenador el identificar un trastorno potencial de la conducta alimentaria y por lo tanto, intervenir. Los autores destacaron que una mejor formación y conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria es la clave para ayudar a los entrenadores a que se sienten capaces de intervenir cuando sospechan que un atleta tiene un patrón de alimentación desordenada o conductas alimentarias de riesgo.

TCC supera la Psicoterapia Psicoanalítica para BN en un estudio de 2 años.

Los pacientes en el grupo de TCC dejaron más pronto de tener atracones y purgaciones.

En un estudio realizado en Copenhague, 20 sesiones de una nueva forma mejorada de la terapia cognitivo-conductual (TCC) realizada más de 5 meses se encontró que era más eficaz que 2 años de la

psicoterapia psicoanalítica entre pacientes con bulimia nervosa (BN) (Am J Psychiatry 2014; 171 : 109).

Stig Poulsen, PhD, y un equipo de investigadores compararon las dos formas de tratamiento entre los 70 pacientes con BN. Los pacientes recibieron o bien 5 meses de la TCC o 2 años de psicoterapia psicoanalítica semanal. Treinta y cuatro pacientes fueron seleccionados al azar para recibir la psicoterapia psicoanalítica y 36 para el grupo de TCC.

La psicoterapia psicoanalítica involucró sesiones semanales de 50 minutos por más de 2 años. El abordaje psicoanalítico estaba basado en la suposición de que los síntomas bulímicos "tienen su origen en la necesidad de protegerse de sentimientos y deseos internos", y en los problemas que regulan esos sentimientos internos. El tratamiento incluyó tres fases: la primera fase se centra en el establecimiento de la alianza terapéutica y el tratamiento de los síntomas bulímicos; a continuación, una fase de trabajo, donde se añadió el enfoque en la relación de transferencia, y, por último, una fase de terminación.

La versión "mejorada" de la TCC original incluye elementos básicos de la TCC para la BN, pero con un énfasis en el compromiso, y hace hincapié en la modificación de su preocupación por la forma y el peso, y en el desarrollo de habilidades para hacer frente a los contratiempos. La TCC mejorada tiene formas más enfocadas y más amplias; en este estudio, la forma puso énfasis en la psicopatología del trastorno de la conducta alimentaria. El tratamiento se dió en 20 sesiones de 50 minutos. Para las primeras 4 semanas, había sesiones dos veces por semana, luego semanalmente durante 10 semanas, y luego cada 2 semanas durante las últimas 6 semanas.

Los autores evaluaron el resultado con la entrevista de Examen de Trastornos Alimentarios (EDE) administrada sin importar el tipo de tratamiento, al inicio del tratamiento, después de 5 meses, y después de 2 años.

Aunque ambos tratamientos condujeron a una mejoría de los síntomas, después de 5 meses de terapia (al término de la TCC), el 42% de los pacientes en el grupo de TCC y el 6% de los pacientes del grupo de psicoterapia psicoanalítica habían interrumpido los atracones y las purgaciones. En el seguimiento de 2 años (término de la psicoterapia psicoanalítica), el 44% del grupo de TCC y el 15% del grupo de psicoterapia psicoanalítica se habían detenido los atracones y las purgaciones.

En un editorial en la misma edición (Am J Psychiatry 2014; 17:13), los Dres. Steven D. Hollon de la Universidad de Vanderbilt y G. Terrence Wilson de la Universidad de Rutgers señalaron que el estudio se realizó en una clínica de orientación psicoanalítica, y los factores de lealtad habrían trabajado contra el efecto observado. Los relacionistas sugieren los beneficios de la TCC se debieron a varias características. En primer lugar, la TCC se dirigió directamente a la sobreevaluación de la figura corporal y el peso, la restricción extrema en la dieta, y la sensibilidad a los eventos adversos y los estados de ánimo. A continuación, el enfoque individualizado mejoró el compromiso por brindar un entendimiento comprensible y creíble de por qué su problema de alimentación se "perpetúa a sí mismo." Fue individualizado para igualar las necesidades del individuo. En tercer lugar, comprometió incluso al paciente más ambivalente, proporcionando un entendimiento comprensible y creíble de por qué el problema de alimentación era autoperpetuante y lo que había que hacer para superar esto. Por último, se utiliza el auto-monitoreo en tiempo real y un componente formal de la prevención de recaídas.

El Uso de Redes de Pares para Descubrir Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los amigos, más que los padres, tienen más oportunidades para reconocer las conductas

alimentarias de riesgo.

Un programa novedoso entre estudiantes de octavo y noveno grado enlista potentes lazos sociales y redes de pares para alentar a las niñas a "cuidar" a sus amigas más cercanas y así reportar sus preocupaciones acerca de las conductas alimentarias de riesgo de sus amistades. (*Eating Disorders* 2014; Aug 4:1-13.)(Epub antes de impresión).

Los Drs. Lisa K. Damour, Tori S. Cordiano y Eileen P. Anderson-Fye, de la Universidad Case Western, Shaker Heights, OH, diseñaron un método para niñas de escuelas de nivel secundaria y preparatoria de cómo informar a los adultos si están preocupadas por un amigo que podría tener un trastorno de la conducta alimentaria. Este es el primer estudio diseñado para evaluar si las niñas de secundaria y preparatoria son capaces de reportar los primeros signos de un trastorno de la conducta alimentaria en sus compañeros, y en sí mismos también. Los investigadores notaron que los períodos del almuerzo escolar son un terreno fértil para hacer conexiones sociales, y las escuelas americanas generalmente permiten a los adolescentes almorzar sin la supervisión cercana de un adulto. De hecho, las adolescentes pudieran comer más fuera de su casa con amigas, que con su familia. Por estas razones, los compañeros son muy adecuadas para observar los patrones de alimentación de sus amigos y así "saber cuando las conductas alimentarias pueden ser preocupantes."

El programa de intervención

Los autores diseñaron una sola lección enseñada durante un período de 48 minutos en una escuela privada exclusivamente para niñas. La población del estudio incluyó a 50 estudiantes de octavo grado (edad media: 13 años) y 66 estudiantes de noveno grado (edad media: 14 años) en una escuela de niñas en los suburbios de Cleveland. Mediante una presentación en PowerPoint titulada "Trastornos de la Conducta Alimentaria: Lo que debes saber y lo que debes hacer", el presentador del programa proporcionó definiciones básicas de la anorexia nervosa (AN) y la bulimia nervosa (BN) y destacó las bajas tasas de recuperación y altas tasas de mortalidad de ambos trastornos, así como las complicaciones físicas. Se discutieron los factores causales y una vez que un trastorno de la conducta alimentaria comienza, "la persona con el trastorno de la conducta alimentaria ya no piensa racionalmente y tiende a no buscar ayuda."

La intervención temprana se destacó, al igual que el hecho de que los amigos suelen saber sobre el trastorno mucho antes que los adultos. El programa evitó específicamente discutir cualquier técnica de pérdida de peso o del cuerpo o la propia imagen o cualquier mensaje negativo sobre la comida en general. Se hizo hincapié en el bienestar y en ayudar a un amigo.

A los estudiantes se les ofrecieron ejemplos de cómo acercarse a una amiga con sus preocupaciones, mientras que al mismo tiempo asegurarse de que un adulto responsable fuera informado más o menos al mismo tiempo. Como alternativa, a los estudiantes también se les ofrecieron sugerencias sobre cómo comunicarse de manera anónima.

Medición de los cambios de actitud

El Dr. Damour y sus colegas utilizaron tres cuestionarios para seguir el progreso de las niñas: al inicio del estudio (tiempo 1), inmediatamente después de la intervención (tiempo 2) y a los 3 meses de seguimiento (tiempo 3). Los cuestionarios evaluaban la probabilidad de que las niñas compartieran su preocupación sobre una compañera, compartiera sus preocupaciones con un adulto en la escuela, y compartiera información acerca de su propio trastorno de la conducta alimentaria con un adulto en la escuela o en casa.

La probabilidad de compartir sus preocupaciones por voluntad propia cambiaron con la intervención, y esta fue mayor entre los estudiantes de octavo grado que en las estudiantes de noveno grado. Sin embargo, el deseo de las niñas de discutir las preocupaciones sobre su propio trastorno de la conducta

alimentaria aumentó al principio, pero volvieron a los niveles iniciales a los 3 meses de seguimiento. Esto reforzó la teoría de los investigadores sobre la importancia de las aportaciones de los compañeros.

Los pacientes con Trastorno por Atracón (TpA) o BN (Bulimia Nervosa) tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2

El metabolismo alterado de la glucosa coloca a estos pacientes en mayor riesgo.

Los estudios de pacientes con diabetes y trastornos de la conducta alimentaria típicamente han examinado mujeres jóvenes con diabetes tipo 1 (DM), y se ha encontrado una clara relación entre la diabetes tipo 1 y la alimentación desordenada. Sin embargo, un grupo de Finlandia ha añadido recientemente la creciente evidencia sobre la relación entre la DM tipo 2 y atracones clínicamente significativos (Int J Eating Disord 2014; julio 25. doi: 10.1002 / eat.22334 [Epub ahead of print]). Además, los autores sugieren que el metabolismo alterado de la glucosa puede contribuir a la aparición y mantenimiento del trastorno por atracón (TpA) y la bulimia nervosa (BN).

La DM tipo 2 implica la hiperglucemia, lo que conduce a una amplia gama de complicaciones, incluyendo neuropatía periférica (pérdida de la sensibilidad del nervio o dolor), neuropatía que afecta a los ojos (que puede conducir a la pérdida de visión), e insuficiencia renal. El TpA puede aumentar el riesgo de DM tipo 2, así como otros componentes del síndrome metabólico, por encima y más allá de la obesidad, tal vez debido al aumento del estrés oxidativo e inflamatorio.

Anu Raevuori, MD, PhD, y un equipo del Instituto Hjelt, de la Universidad de Helsinki, en Helsinki, Finlandia, estudió todos los 2,342 pacientes que fueron tratados en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Helsinki University Central Hospital en un período de 15 años. Cuatro controles fueron seleccionados de un registro de la población, y fueron agrupados por edad, sexo y lugar de residencia. En el grupo de los trastornos de la conducta alimentaria, 1,260 personas fueron diagnosticadas con BN, 911 con AN, y 171 con TpA.

Los registros nacionales de seguros revelaron qué pacientes desarrollaron diabetes. El riesgo de diabetes tipo 2 fue alto entre los individuos tratados ya fuera para TpA o para BN. Al final del estudio, un tercio de los que tenían TpA tenían DM tipo 2; la tasa de DM tipo 2, tanto antes como después del tratamiento fue muy alta. Sin embargo, entre los pacientes con BN, el riesgo de DM tipo 2 fue mayor antes del tratamiento, y luego cayó después. Al final del estudio, la prevalencia de por vida de la diabetes tipo 2 fue de 0.8% entre los pacientes con AN, 4.4% para aquellos con BN, pero 33.9% para aquellos con TpA. Las tasas fueron significativamente mayores en hombres que en mujeres.

De acuerdo a los autores, sus resultados apoyan el hecho de que el metabolismo alterado de la glucosa juega un papel en el inicio y mantenimiento del TpA y de la BN. Ellos recomiendan que los clínicos que tratan a pacientes con TpA y BN consideren el alto riesgo que tienen sus pacientes DM tipo 2 y alteración del metabolismo de la glucosa, que pueden afectar a una gran proporción de estos pacientes. Las alteraciones en la respuesta de la glucosa pueden ser el mecanismo subyacente detrás de la alta prevalencia e incidencia de la DM tipo 2 entre los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Los autores sugieren futuros estudios para explorar la relación entre los atracones y el metabolismo alterado de la glucosa en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, y en sus familiares.

Eventos estresantes y Trastorno por Atracón (TpA)

El estrés relacionado a los miembros de la familia y el duelo reciente eran fuerzas potentes entre los pacientes con Trastorno por Atracón. (Psychol Med 2005; 35:907)

Los estudios que examinan los posibles factores de riesgo para Trastorno por Atracón han demostrado que los problemas psiquiátricos potenciales, la obesidad infantil, y comentarios críticos sobre la figura, el peso y la alimentación, puede aumentar significativamente el riesgo de desarrollar un Trastorno por Atracón.

Unos investigadores en Italia recientemente examinaron la relación entre los eventos estresantes de la vida y el desarrollo de un Trastorno por Atracón. La Dra. Daniela Degortes y sus colegas en la Universidad de Padua estaban especialmente interesados en esta relación ya que las alteraciones en la regulación del apetito debido al estrés pueden aumentar las preocupaciones relacionadas con el cuerpo e influir en la capacidad para hacer frente a esas dificultades.

La Dra. Degortes y sus colaboradores entrevistaron a 107 pacientes con Trastorno por Atracón que fueron remitidos en forma consecutiva a la unidad ambulatoria de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Padua y 107 pacientes con bulimia nervosa (BN); la duración de la enfermedad fue similar en los dos grupos. Todos los participantes en el estudio completaron el módulo de trastornos de la conducta alimentaria de la SCID, además de la Hopkins Symptom Checklist y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Durante la entrevista, a los pacientes se les preguntó sobre 27 eventos estresantes de la vida, incluyendo la pérdida, separaciones, problemas legales, el duelo, abortos involuntarios, y cambios en el hogar y el trabajo, entre otros.

Los pacientes con Trastorno por Atracón reportaron más eventos estresantes.

El número total promedio de los acontecimientos estresantes no difirió entre los los pacientes con TpA y BN, aunque hubo una tendencia hacia más experiencias traumáticas en el grupo de TpA. No hubo diferencias entre los pacientes obesos y no obesos con TpA en el número de eventos estresantes anterior al inicio de su trastorno de la conducta alimentaria. Los pacientes obesos con Trastorno por Atracón reportaron una mayor tasa de abuso sexual de por vida (28% vs 8%, respectivamente) y una tendencia hacia una mayor tasa de abuso en la infancia (24% frente a 8%, respectivamente).

Los resultados del estudio resaltaron la asociación entre el número de eventos estresantes y la gravedad de la psicopatología, especialmente los síntomas psiquiátricos. Los autores sugieren que un nuevo estudio sobre el impacto de los acontecimientos estresantes en el desarrollo del Trastorno por Atracón no sólo es importante para la comprensión de la etiología del Trastorno por Atracón sino también para guiar el desarrollo de tratamientos.

¿Cuáles son las Mejores Prácticas de Asesoría Nutricional para los pacientes con AN?

En un estudio Delphi, no se alcanzó ningún consenso sobre los pesos objetivo y la terapia basada en la familia.

Quizás sorprendentemente, la formación en trastornos de la conducta alimentaria no es parte del plan de estudios de la mayoría de los programas de dietética. Debido a esto, los dietistas registrados (RDs) que se especializan en el tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria suelen llevar el tratamiento basado en sus experiencias personales y no en la información basada en la evidencia. Incluso la Academia Americana de Nutrición y Dietética ha declarado que la formación avanzada necesaria para

trabajar con pacientes con trastornos de la conducta alimentaria debe provenir de una combinación de auto-estudio, la educación continua y la supervisión de otro especialista experimentado en trastornos de la conducta alimentaria.

Un estudio Delphi

Anne M. Mittnacht, MPH, RD, y Cynthia M. Bulik, PhD, de la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, diseñaron un estudio con metodología Delphi para determinar si se se podría alcanzar un consenso acerca de las mejores prácticas de asesoramiento nutricional para el tratamiento de pacientes con AN (Int J Eating Disord 2014; impreso antes de su publicación). Con el método Delphi, las discusiones son anónimas y basadas en el internet, lo que facilita a los profesionales a participar y expresar libremente sus opiniones sin ser presionados a estar de acuerdo con otros miembros de un grupo, como en un panel de discusión cara a cara. El método Delphi ha sido utilizado en muchos contextos para llegar a un consenso sobre los temas o problemas o definiciones dentro de sus campos. Los participantes típicamente completan una serie de cuestionarios iterativos, con el objetivo de llegar a un consenso.

En el estudio participaron veintiún RDs, todos los cuales tenían al menos 5 años de experiencia en el asesoramiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Durante un período de 10 semanas los RDs completaron 3 cuestionarios iterativos sobre asesoramiento nutricional para pacientes con AN. Los cuestionarios subsecuentes fueron desarrollados basados en el análisis de las respuestas a los primeros cuestionarios; luego se le pidió a los panelistas que priorizaran su nivel de concordancia con estos ítems.

La primera ronda de cuestionarios incluyó 12 preguntas abiertas acerca de las prácticas de asesoramiento nutricional para pacientes con AN. Las preguntas típicas preguntaron sobre el abordaje de los pesos objetivo con los pacientes y los planes de alimentación preferidos. En la segunda ronda los investigadores analizaron el contenido de las 252 respuestas al primer cuestionario. Emergieron quince categorías que se incluyeron en un segundo cuestionario. Se pidió a los RDs clasificar cada uno de los 15 temas utilizando una escala Likert de 5 puntos, desde "muy en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo." En la ronda 3, las respuestas fueron analizadas y llevadas a un tercer cuestionario. Debajo de cada ítem las RDs podían ver sus respuestas anteriores y un gráfico de barras que representaba el porcentaje de panelistas que seleccionó cada categoría de clasificación.

Se alcanzó un consenso en la mayoría de los puntos

La mayoría de los RDs (95,2%) eran mujeres, habían estado trabajando como RDs un promedio de 21 años, y se habían especializado en trastornos de la conducta alimentaria durante un promedio de 14 años. Los panelistas lograron consenso en 47, o un poco más de un tercio, de los 133 ítems que se incluyeron en el segundo y tercer cuestionarios. Las RDs acordaron por unanimidad que un buen plan de establecimiento de objetivos para el paciente era determinar lo que necesita un paciente para estar médicamente estabilizado. Otras áreas de consenso incluyeron el uso de técnicas de asesoramiento centradas en el paciente para desarrollar los objetivos del paciente y que cuando un paciente busca el tratamiento por primera vez, los objetivos deben ser modestos, tales como: (1) hacer que los pacientes sean conscientes de los signos de desnutrición que mejorarán con la recuperación del peso y (2) ajuste de planes de alimentación, abordando la imagen corporal y otros trastornos psicológicos. También hubo consenso unánime en que las técnicas de tratamiento deben basarse en los estudios basados en la evidencia.

Los panelistas tuvieron opiniones contrarias sobre la aplicación de la terapia basada en la familia. Aunque el panel acordó que los RDs deben estar debidamente capacitados en las técnicas psicoterapéuticas antes de aplicarlas, surgieron opiniones contradictorias acerca de lo que este entrenamiento debe suponer. En particular, hubo desacuerdo sobre el establecimiento de los pesos objetivos para adultos. Para los niños y adolescentes, sin embargo, sí hubo consenso sobre el establecimiento de metas de peso utilizando las

tablas de crecimiento.

Los autores señalan que se necesitan más estudios sobre cómo asesorar a los pacientes con AN acerca de la nutrición. Una mejor evidencia podría llevar a una mejor atención a estos pacientes. El panel también sugirió que otro punto beneficioso sería la aplicación de un entrenamiento estandarizado y una capacitación de educación continua para RDs.

Un vistazo a la Angustia de Pareja con adultos con anorexia nervosa

La menor angustia se produjo cuando ambos compañeros fueron capaces de enfrentar las consecuencias negativas de la AN.

Las parejas románticas pueden ser la principal conexión personal para adultos con anorexia nervosa (AN). Recientemente, un pequeño estudio examinó las asociaciones entre la percepción de las consecuencias negativas de la AN, la angustia del cuidador, el afecto negativo, y el grado de satisfacción con la relación (Int J Eating Disord 2014; Agosto 4. doi: 10.1002 / eat.22338). Los investigadores también querían investigar cómo las parejas promueven el cambio.

Un equipo de investigadores de la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, y el Instituto Karolinska, Estocolmo, Suecia, reclutó adultos con AN y sus parejas para un estudio de terapia individual para la AN, además de una intervención basada en parejas. Dieciséis parejas cumplían los criterios del estudio: (1) Estar en una relación de compromiso durante al menos 1 año; y (2) El paciente tenía un índice de masa corporal (IMC) superior a 16 kg / m². Los pacientes con un IMC más bajo fueron derivados a niveles superiores de atención antes de ser considerados para el estudio. La edad media fue de 31,2 años (pacientes) y 34,25 años (parejas).

Las conductas de las parejas fueron evaluadas a través de un sistema de codificación observacional desarrollado especialmente para el estudio, que utilizó un video de 10 minutos, durante el cual la pareja compartió sus pensamientos y sentimientos sobre un área problemática en su relación que estaba relacionado con la AN de su pareja.

Trabajando juntos contra la AN produjo la menor cantidad de estrés

El estrés del cuidador fue menor cuando los intentos de la pareja por conseguir que el paciente se moviera hacia el cambio, estaban "en sincronía" con el nivel de las consecuencias negativas percibidas de la enfermedad (lo que podría reflejar la motivación para cambiar) por parte del paciente. En contraste, cuando el paciente percibía pocos efectos negativos de la enfermedad, la motivación al cambio era menos útil. Las parejas con mayores niveles de aceptación de la realidad de la AN y la validación del trastorno experimentaron menos efecto negativo.

Los autores sugieren que los estudios que se lleven a cabo en el futuro, examinen cómo el comportamiento de la pareja impacta los resultados del tratamiento de la AN.

Necesario: Más Programas de Entrenamiento Residencial para los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Una encuesta nacional revela oportunidades de capacitación sorprendentemente limitadas.

A pesar del hecho de que los trastornos de la conducta alimentaria tienen la tasa de mortalidad de pacientes más alto de todos los trastornos psiquiátricos, un estudio de los programas de formación de residentes señaló una grave falta de programas de capacitación en los EE.UU. (*Int J Eat Disord* Jul 22. Doi: 10.1002/eat.22335)

De acuerdo con los resultados de una encuesta nacional realizada por investigadores de Hershey Medical Center, Hershey, PA, hay una sorprendente falta de experiencia de los trastornos de la conducta alimentaria entre los psiquiatras generales, y la investigación con los residentes de psiquiatría sugiere que tienen una formación insuficiente y falta de información de cómo reconocer y tratar los trastornos de la conducta alimentaria (*Eat Discord* 2006; 14: 323). Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria no diagnosticados pueden ponerse en contacto con sus médicos de atención primaria en primer lugar, y puede existir un lapso de tiempo de 5 años entre la primer visita del paciente y el diagnóstico de un trastorno de la conducta alimentaria.

Fauzia Mahr, MD, y sus colegas del Centro Médico Hershey enviaron encuestas electrónicas a 1.248 coordinadores de formación en cinco disciplinas principales; coordinadores de 637 de estos programas (72,3%) respondieron al cuestionario electrónico. Entre las especialidades médicas que ofrecen las rotaciones, sólo 3 programas de medicina interna ofrecían una rotación programada y 13 ofrecían una rotación electiva. Sólo 11 programas pediátricos ofrecían una rotación programada, mientras que otros 10 ofrecían una rotación electiva. En psiquiatría general, 12 programas ofrecían una rotación programada en trastornos de la conducta alimentaria y 24 ofrecían un programa electivo. Doce de los programas de psiquiatría de niños y adolescentes tenían rotaciones, y 13 ofrecían una rotación electiva. Sólo 4 de los programas de formación de residencia de medicina familiar ofrecían rotaciones, y 21 ofrecían rotaciones electivas.

La "dosis" de entrenamiento, cuando se ofreció capacitación en absoluto, era pequeña; en algunos casos la rotación involucró sólo unas pocas horas de entrenamiento cada semana. Cuatro programas de medicina interna ofrecieron rotaciones más cortas que un mes, y 8 programas tenían rotaciones con un mes de duración. En general, los programas de residencia de mayor tamaño ofrecen mayores oportunidades para el entrenamiento en trastornos de la conducta alimentaria.

Algunas sugerencias para la mejora

Por lo tanto, parece que la falta de entrenamiento es la norma y no la excepción. La Dra. Mahr y su equipo de estudio sugieren estrategias innovadoras, como los cursos masivos abiertos en línea, encuentros con pacientes simulados, plan de estudios basado en la internet, y las experiencias de aprendizaje colaborativo entre las disciplinas, y los recursos, como el sitio web de la Academia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, así como breves seminarios de capacitación.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS: Resultados a Largo Plazo para Pacientes con Anorexia Nervosa

P. ¿Con frecuencia leemos acerca del mal pronóstico de los pacientes con anorexia nervosa (AN). ¿Hay alguna noticia esperanzadora? (*JK, Gallup, NM*)

A. En un informe reciente de Inglaterra (*Int J Eat Disord* 2014; 47: 507), la tasa de mortalidad estandarizada (SMR) para la anorexia nervosa (AN) en personas de 15 a 24 años fue de 11,5; en

contraste, la tasa para la bulimia nervosa (BN) fue de 4,1, y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANES) fue de 1,4. En concreto, la tasa bruta de mortalidad de AN fue de 14%.

En uno de los pocos estudios que han evaluado los resultados relacionados con la salud a largo plazo de pacientes con AN en la población general, ninguna de los 55 mujeres finlandesas con AN de acuerdo a criterios del DSM IV, ha muerto y el 88% recuperaron su peso. Este estudio fue reportado esta primavera, en la Conferencia Internacional de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Nueva York. Las mujeres con un historial de vida de AN tenían por lo menos la misma probabilidad de tener un título universitario (38% vs 29%) que la población general y de ser empleadas.

Los investigadores concluyeron que el pronóstico a largo plazo de los pacientes con AN que viven en la comunidad fue favorable en varios aspectos: la recuperación exitosa del peso era muy común y la dependencia económica en la sociedad era rara. Sin embargo la Dra. Linda Mustelin y sus colegas de la Universidad de Helsinki informaron que la AN tomó un cobro físico y psicológico en las mujeres: aquellas que se recuperaron de AN tenían una menor probabilidad de tener hijos y de vivir en pareja. Las mujeres también tenían niveles más altos de los normal de aflicciones psicológicas, Â en particular los que habían estado en tratamiento menos de 10 años. Los investigadores encontraron que las mujeres con AN mostraron mayores trastornos psicológicos continuos, en comparación con las mujeres de la población en general: 33% vs 18%, respectivamente, medido por el Cuestionario General de Salud

— SC

También en esta edición

- Actualización: una tendencia al alza en la edad de pacientes de primera vez
- ¿Cómo manejan los entrenadores a los atletas con Conductas Alimentarias de Riesgo?
- TCC supera la Psicoterapia Psicoanalítica para BN en un estudio de 2 años.
- El uso de redes de pares para descubrir Conductas Alimentarias de Riesgo
- Los pacientes con TpA (Trastorno por Atracón) o BN tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2
- Eventos estresantes y Trastorno por Atracón (TpA)
- ¿Cuales son las Mejores Prácticas de Asesoría Nutricional para los pacientes con AN?
- Un vistazo a la angustia de la pareja de un adulto con Anorexia Nervosa
- Necesario: Más programas de entrenamiento residencial para trastornos de la conducta alimentaria.
- Preguntas y respuestas: Resultados a largo plazo para pacientes con Anorexia Nervosa.

Próximamente

- Actualización de la Realimentación de Adolescentes con Anorexia Nervosa
- Nueva investigación sobre la Terapia Psicodinámica para Trastornos de la Conducta Alimentaria

PLUS

- Los Trastornos de la Conducta Alimentaria entre los miembros de las fuerzas armadas activas
- Un nuevo índice para medir la imagen corporal y la percepción del peso
- El uso de la absorciometría con rayos x para predecir la recuperación menstrual en la Anorexia Nervosa

- Ingesta Restrictiva-Evitativa
- Y mucho más...

Reprinted from: *Eating Disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com