
Eating Disorders Review

Noviembre/Diciembre 2017

Volumen 28, Número 6

Scott Crow, Editor en Jefe

Más sobre ICED 2017.

Un Nuevo vistazo a las muchas facetas del trastorno por atracón.

Con la publicación del *DSM-5*, el trastorno por atracón (TA) finalmente se convirtió en un diagnóstico oficial. Aunque el TA es el trastorno alimentario más común, con una tasa de prevalencia del 2.4%, todavía se está definiendo, como se hizo evidente en varias presentaciones en la reunión de la Conferencia Internacional sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (ICED, por sus siglas en inglés), en Praga. En talleres y en presentaciones de artículos, clínicos de todo el mundo presentaron sus investigaciones y revisiones originales del TA.

Nueva investigación y preguntas sobre los criterios actuales.

James E. Mitchell, MD, Chester Fritz distinguido profesor de la Universidad de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Dakota del Norte (y miembro emérito del Consejo Editorial de *EDR*) preparó el escenario con una presentación de capacitación de cuatro partes sobre el TA durante el Día del Capacitación e Investigación Clínica de ICED. Un área de investigación intrigante incluye nuevos estudios de microbiomas intestinales. Un hallazgo es que las personas que consumen una dieta rica en lípidos y carbohidratos tienen un conjunto claramente diferente de bacterias intestinales en comparación con aquellas que consumen una baja en lípidos y carbohidratos. En cuanto al tratamiento, la TCC está bien establecida para el TA y la mayoría de los pacientes se mejoran sustancialmente y estas mejoras generalmente se mantienen durante el seguimiento de 1 año. La Terapia Cognitivo-Afectiva Integrativa (ICAT, por sus siglas en inglés), la cual ayuda a los pacientes con BN y TA a mejorar sus hábitos alimenticios, los desencadenantes bulímicos difusos, así como a regular mejor los pensamientos y emociones, se encuentra entre los enfoques de tratamiento más novedosos. La TCC es más afectiva que otras terapias, con la posible excepción Psicoterapia Interpersonal, la Terapia Dialéctico Conductual, así como autoayuda supervisada, señaló.

Con todos los avances, quedan muchas preguntas, señaló el Dr. Mitchell. Por ejemplo, ¿son correctos los criterios actuales para el TA? ¿Es el TA una forma distinta de psicopatología o un miembro de un grupo atípico que merece su propio diagnóstico? ¿Qué es una "gran cantidad de comida"? Los pacientes que se han sometido a una cirugía bariátrica no pueden comer grandes cantidades, pero desarrollan una pérdida de control sobre la comida. ¿Es esto una cuestión de pérdida de control o de simplemente comer una gran cantidad de comida?

Seis sesiones de presentaciones de artículos sobre el TA buscaron responder algunas de estas muchas preguntas.

¿Son válidos los indicadores *DSM-5* de los episodios de atracón en adultos obesos?

Hasta ahora, los estudios de validez de los signos de episodios de atracón del *DSM-5* que indican pérdida

de control han producido resultados mixtos y no hay evidencia naturalista sobre si los indicadores son característicos de dichos atracones, en el momento en que ocurren.

La Dra. Andrea Goldschmidt de la Universidad de Brown, Providence, Rhode Island y sus colegas diseñaron un estudio que utiliza una evaluación ecológica momentánea (EMA, por sus siglas en inglés) para examinar si los episodios de ingestión de comida fueron realmente atracones o episodios que no cumplen con los requisitos de los mismos. Los participantes del estudio fueron 50 adultos obesos (edad promedio: 40.3 años, IMC promedio 40.3 mg/kg²) El procedimiento EMA incluyó llevar una computadora portátil durante 2 semanas. Los participantes la usaron de varias maneras: (1) para registrar los síntomas antes y después de los episodios de alimentación; (2) para grabaciones contingentes de señal basadas en 6 avisos semialeatorios que se les enviaron cada día; y (3) para registrar los síntomas cada noche antes de acostarse. Los participantes recibieron \$75 dólares por semana por completar las evaluaciones y un bono de \$50 por responder dentro de los 45 minutos después de recibir las señales aleatorias. La Dra. Goldschmidt informó que los participantes respondieron a más del 90% de las señales aleatorias que recibieron.

Después de que la Dra. Goldschmidt y sus colegas registraran 1689 eventos de alimentación de entre episodios de atracones y aquellos que no lo eran, descubrieron que comer solo o rápidamente, no eran predictores significativos de episodios de atracones. La Dra. Goldschmidt agregó que no está claro si "comer rápidamente" es una característica definitoria del TA. Ella agregó que los resultados de su grupo deben ser replicados en personas con un diagnóstico de TA y que los indicadores de las pruebas EMA también pueden ser útiles para diagnósticos fuera del TA.

¿Es el gusto por los alimentos dulces una señal de los atracones?

Erica L. Goodman informó los resultados de un estudio reciente que ella y sus colegas realizaron en la Universidad de North Dakota, Fargo y la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill. El equipo estaba buscando un posible vínculo entre la preferencia por los alimentos dulces y los atracones. Si pudieran mostrar esta conexión, este subgrupo de pacientes podrían tener un riesgo más alto de lo normal para desarrollar diabetes mellitus, síndrome metabólico, hipertensión, estrés psicológico y niveles alterados de glucosa en sangre, entre otros. A su vez, el grupo tendría un mayor grado de antojos de alimentos y consumiría más calorías en general, así como de aquellas que provienen de las grasas y los carbohidratos. Esto llevaría a mayores cambios postprandiales en los niveles de insulina y glucosa que entre los participantes sin una preferencia por los alimentos dulces y los carbohidratos, así como "quienes les desagrada lo dulce" (SDL, por sus siglas en inglés)

El grupo de estudio de los autores incluyó a 41 personas con TA; 85% eran mujeres; 82.9% eran blancos, 12.2% eran afroamericanos y 4.9% fueron categorizados como "otro". El IMC promedio fue de 34.5 mg/kg². Todos los participantes participaron en el Sweet Taste Test, en el cual probaron 5 concentraciones de sacarosa, indicando su gusto por la concentración, juzgando la intensidad de la solución.

Los del grupo de personas a quienes les gusta lo dulce (SL, por sus siglas en inglés) informaron haber consumido casi 3,000 kcal por día, en comparación con el grupo a quienes no les gusta (SDL), que consumió un promedio de 2,100 kcal por día. Los individuos en el grupo de SL tuvieron un cambio menor en los niveles de insulina, en respuesta a los niveles altos de glucosa en sangre que de aquellos en el grupo SDL. Goodman dijo a la audiencia que esto puede ser una indicación de que los pacientes en el grupo SL tienen una mayor desregulación de la glucosa que aquellos que están en el grupo SDL. Los pacientes que estaban en el grupo SL también tendían a tener menos regulación de la glucosa que aquellos en el grupo SDL. Los pacientes con una combinación de TA y con aquellos que les gusta lo dulce pueden estar en riesgo, incluso mayor, para tal desregulación, señaló. Esto, a su vez, puede colocar a las personas de este fenotipo específico en un mayor riesgo de desarrollar diabetes o síndrome metabólico.

Los resultados de los autores proporcionaron evidencia de que las personas con TA que prefieren alimentos de sabor dulce pueden tener un riesgo elevado de atracones, antojos/ ingesta de alimentos con alto contenido de grasas y carbohidratos, así como desarrollar intolerancia a la glucosa, como se ve por la respuesta limitada en insulina a un alto nivel de glucosa en la sangre y un cambio menor en la regulación de dicha glucosa. Estas personas pueden tener un mayor riesgo de obesidad y condiciones relacionadas como la diabetes y el síndrome metabólico.

¿Cuáles son los mejores tratamientos para TA?

Se han propuesto una gran cantidad de tratamientos para TA, incluida la terapia cognitiva conductual liderada por el terapeuta (TCC), el tratamiento farmacológico con una serie de productos, como los antidepresivos de segunda generación o el dimesilato de lisdexanfetamina (LDX ®), así como el tratamiento conductual de pérdida de peso. La Dra. Christine M. Peat, de la Universidad de North Carolina, Chapel Hill y sus colegas realizaron recientemente una revisión de la literatura para determinar la efectividad de los tratamientos para el TA. Descubrieron que una respuesta definitiva era difícil de alcanzar.

La Dra. Peat señaló que numerosos agentes se usan fuera de lo indicado para tratar el TA, pero actualmente solo uno, LDX, una anfetamina diseñada originalmente para tratar el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH, por sus siglas en inglés) en niños, cuenta con la aprobación de la FDA, (U.S Food Drug Administration) para el tratamiento del TA. Cuando LDX se comparó con un antidepresivo de segunda generación en 11 ensayos diferentes, las diferencias en la eficacia no fueron significativas. Cuando se analizaron variantes de TCC y la pérdida de peso conductual, tampoco hubo una diferencia definitiva.

Los autores concluyeron que el tratamiento de TA incluye una variedad de elecciones efectivas, pero se necesitan más ensayos directos de intervenciones activas. Además, el grupo sugiere que se necesitan modelos de atención escalonada para adaptar mejor las intervenciones a grupos individuales.

¿En qué se diferencia la adicción a los alimentos de TA?

Ariana Chao, PhD, de la Escuela de Enfermería de la Pennsylvania State University, dijo a los miembros de la audiencia que la adicción a la comida es un concepto popular, pero controversial, el cual con frecuencia es descrito con los criterios prestados del *DSM*. La adicción a la comida afecta del 1%-9% de la población en general y del 15% al 57% de los individuos obesos. La adicción a la comida también ocurrió de un 42% a un 57% en los pacientes de TA. Algunos investigadores han sugerido que la alergia a los alimentos y el TA se traten antes de comiencen con los programas de pérdida de peso.

También describió los resultados del estudio The Penn Weight Healthy Eating, Exercise, Lorcaserin, (WHEEL, por sus siglas en inglés) Esta intervención de pérdida de peso de 14 semanas siguió y analizó las tasas de índice de abandono, así como el porcentaje de pérdida de peso entre 178 individuos. De los 178 participantes, el 2% tenían adicción a la comida más TA, el 8% sólo presentaban TA y el 5% únicamente adicción a la comida. Las limitaciones de su estudio, según los autores, fueron que todos los participantes habían buscado tratamiento y todos eran mujeres afroamericanas.

En un programa de dos fases, la Fase 1 incluyó sesiones de modificación del estilo de vida grupal de 90 minutos, una dieta estructurada de 1000 a 1200 kcal/día, autocontrol diario y recomendaciones para el ejercicio físico. La fase 2 incluyó modificaciones del estilo de vida grupales. Además, los pacientes fueron seleccionados aleatoriamente para recibir lorcaserina (Belviq ®), un agonista selectivo del receptor de serotonina 5-HT_{2C}, o placebo.

Al final de las 14 semanas, los autores concluyeron que ni la adicción a la comida, ni el TA sean probablemente un mecanismo para la obesidad. No hubo una deserción a corto plazo y tener un diagnóstico de TA, no fue una contraindicación para unirse a un programa conductual de pérdida de peso.

Además, los pacientes con una adicción a la comida, así como aquellos con un trastorno alimentario, pueden necesitar apoyo adicional durante el tratamiento de pérdida de peso, aconsejó la Dra. Chao.

Los efectos de la recuperación de peso en pacientes con cirugía bariátrica.

Según la Sociedad Norteamericana de Cirugía Metabólica y Bariátrica, el número de cirugías bariátricas realizadas anualmente se acerca rápidamente a 200,000. El treinta por ciento de los pacientes sometidos a una cirugía bariátrica experimentan resultados posquirúrgicos subóptimos, como es perder sólo la mitad de su exceso de peso. Y, entre los pacientes con una pérdida de peso subóptima, el 56% de ellos necesita un segundo procedimiento quirúrgico. Se observaron tasas altas de deserción en el seguimiento.

Dos presentaciones de artículos informaron de estudios que examinaron el papel de la recuperación del peso después de la cirugía bariátrica con un bypass gástrico, de una cirugía de manga gástrica y comorbilidad psiquiátrica, así como la validez de un instrumento para seleccionar a los pacientes para una cirugía bariátrica.

Evaluación Psicosocial Integrada de Stanford para Cirugía Bariátrica (BIPAS, por sus siglas en inglés)

Lianne Salcido, MS, de la Universidad de Stanford, informó sobre la Evaluación Psicosocial Integrada de Stanford para la Cirugía Bariátrica, o BIPAS, un instrumento de detección de 18 puntos, desarrollado por su grupo, para establecer pautas para una definición estándar de la recuperación del peso, después de la cirugía bariátrica. El objetivo era proporcionar una herramienta de detección más efectiva para los pacientes sometidos a una cirugía bariátrica. El grupo esperaba establecer una definición estandarizada de lo que es una recuperación de peso significativa, y proporcionar así un punto de intervención natural. El BIPAS cubre 4 dominios psicosociales asociados con pobres resultados posquirúrgicos de la cirugía gástrica. Salcido dijo que el instrumento fue adaptado de una herramienta de evaluación empíricamente validada y confiable originalmente desarrollada para predecir resultados adversos en pacientes con un trasplante.

Salcido señaló que muchas evaluaciones psicosociales prequirúrgicas y medidas de autoevaluación no pueden predecir adecuadamente qué pacientes corren un mayor riesgo de malos resultados. Parte de esto se debe a una caracterización insuficiente de las variables psicosociales o conductuales, así como a una falta de estandarización para evaluar a los candidatos a cirugía bariátrica.

El BIPAS presenta cuatro dominios: afrontamiento, comprensión de la preparación para la cirugía, psicopatología y el apoyo social. El dominio III contiene preguntas que involucran específicamente la psicopatología de los trastornos alimentarios, incluidos los atracones, las purgas, las comidas nocturnas y las comidas emocionales.

Algo de interés, cuando el equipo de Stanford utilizó regresión lineal múltiple calculada para predecir el resultado del peso a dos años, basado en los puntajes de los dominios del BIPAS I, II, III y IV, encontraron que los dominios III y IV eran predictivos de la recuperación del peso después de la cirugía.

¿Cuál es un límite saludable para la recuperación de peso, después de la cirugía bariátrica?

María Francisca Mauro, MD, y sus compañeros de trabajo del grupo Obesidad y Trastornos Alimentarios en la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil, informaron que existe una clara falta de estandarización o un punto límite saludable para la recuperación de peso después de la cirugía bariátrica. La "recuperación de peso", se definió de manera diferente en 11 de los 13 artículos revisados por el grupo.

La Dra. Mauro señaló que la prevalencia general de recuperación de peso después de la cirugía bariátrica oscila entre 14% y 77%, e importante, la revisión de los investigadores no mostró evidencia clara de una

psicopatología general o alimentaria preoperatoria o un impacto en la recuperación de peso, después de la cirugía. Sin embargo, a diferencia de estudios anteriores, sus hallazgos concordaron con revisiones sistemáticas previas que muestran que la psicopatología alimentaria postoperatoria, incluyendo el TA, la pérdida de control al comer, el abuso de sustancias (especialmente el abuso de alcohol) y el picoteo, pueden tener un impacto en la recuperación del peso después de la cirugía.

La Dra. Mauro dijo que la falta de una definición estandarizada para la recuperación del peso, ha tenido un impacto en cómo se informó el resultado de la cirugía gástrica en la literatura y en el análisis, así como la interpretación de la literatura actual en el campo.

Desde el otro lado del escritorio.

Una novedad y una cariñosa despedida.

Una nueva característica de este mes, "Perspectivas", ofrece algunos elementos de reflexión de una autora, cuyo nombre será familiar para los lectores del *EDR*. Sandra Wartski, cuyo útil artículo, "Advertencia: mirar y lamentar puede ser letal", apareció en el número de Julio- agosto 2017, regresa con un artículo reflexivo sobre pacientes sumidos en un conteo obsesivo de calorías. Ella escribe: "La mayoría necesita orientación sobre una estructura general, los esquemas y los mínimos para comenzar con el reajuste en este confuso proceso de atención consciente a las señales de hambre y saciedad".

La Conferencia Internacional sobre los Trastornos alimentarios siempre trae una gran cantidad de investigaciones y avances en TCA. Varias sesiones sobre el trastorno por atracón, nos llamó la atención y se puede ver en el artículo: "**Una nueva mirada a las muchas facetas del trastorno por atracón**". Los nuevos avances contrarrestan con las nuevas preguntas a medida que se investiga más sobre el TA, el más común de los trastornos alimentarios. Busque también artículos sobre un nuevo servicio web para mujeres con bulimia nerviosa, así como los desafíos para un programa donde los pacientes se autoadmiten para recibir tratamiento como pacientes hospitalizados.

También deseamos un sincero "Feliz Retiro" a nuestros antiguos editores, Leigh y Lindsey Cohen de Gürze Books and Designs, que han dedicado más de 25 años a escribir, hablar, publicar libros y artículos (y boletines informativos) sobre los trastornos alimentarios para profesionales y pacientes con desórdenes alimentarios por igual. Leigh acaba de publicar una maravillosa carta de reminiscencias sobre esta larga carrera que ha beneficiado a muchos con trastornos alimentarios. Y pensar que este viaje de 25 años comenzó con la captura de la mirada de una bella mujer (Lindsey) en una feria de artesanías y quien a su vez se encontraba luchando contra la bulimia nerviosa. La falta de recursos e información sobre todos los trastornos alimentarios en el momento incitó a los Cohen a una nueva carrera en la publicación, la enseñanza y divulgación sobre los trastornos alimentarios. Ver su carta en *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*

(<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10640266.2017.1368868>)

Les deseamos lo mejor y esperamos ver las nuevas pinturas de Leigh; su obra se puede ver en numerosas galerías y en el Parque Balboa, en San Diego.

Actualización: La mejora en la función sexual puede ser un indicador de recuperación de la AN.

Las pacientes jóvenes con AN que han reanudado la menstruación después de la recuperación tienen una mejor salud tanto psicológica como fisiológica que aquellas que no, según una nueva investigación de la

Universidad de Florencia, Italia. El Dr. Giovanni Castellini y sus colegas informaron los resultados de su estudio sobre la función sexual, entre pacientes con anorexia nervosa (AN) en el 30 Congreso Europeo del Colegio de Neuropsicofarmacología en París celebrado en septiembre. Los resultados de la investigación cuestionan la idea habitual de que la recuperación de la AN está basada en la restauración del peso o en los cambios de comportamiento. Además de estos bien conocidos indicadores de una recuperación exitosa, los autores recomiendan que factores tales como la preocupación por la imagen corporal, la función sexual, la mala calidad de vida en general, así como las experiencias subjetivas de los pacientes sean tomados en consideración al momento de medir la recuperación de la AN.

El Dr. Castellini y sus colegas investigadores estudiaron a 39 pacientes con AN y 40 con BN para ver cómo el funcionamiento sexual regula la recuperación, así como identificar los factores asociados con la restauración de los períodos menstruales y la función sexual saludable. Todos los pacientes fueron sometidos a terapia cognitiva conductual (TCC) individualizada durante un año, siendo reevaluados al final del tratamiento y 2 años más tarde (seguimiento de 3 años) Cuando se completó la TCC, se pensó que el 56.4% (22) de los pacientes con AN y el 57.5% (23) de aquellos con BN, se habían recuperado del trastorno. En la evaluación de seguimiento de 3 años, el 48.7% de los pacientes con AN y el 60% de ellos con BN se consideraron recuperados.

El patrón de recuperación al final de la TCC, difirió entre aquellas con y sin amenorrea. Las pacientes que habían reanudado la menstruación tuvieron mayores reducciones en los puntajes totales de EDE-Q y en la subescala de restricción, así como un aumento en el índice de masa corporal, en la puntuación total en el Female Sexual Functioning Index (FSFI, por sus siglas en inglés) y niveles de triglicéridos al final de la TCC. Estas diferencias se mantuvieron en el seguimiento de 3 años.

El Dr. Castellini aconsejó que la evaluación del funcionamiento sexual de los pacientes podrían ayudar a determinar la necesidad y la dirección del tratamiento en curso para la AN. Cuando los pacientes permanecen amenorreicos después del tratamiento, se puede justificar otro ciclo de psicoterapia, o puede ser necesaria otra evaluación psicoterapéutica, particularmente cuando no hay mejoría después del primer año de psicoterapia.

Cuidados posteriores basados en la red para mujeres con bulimia nervosa.

Los primeros resultados fueron prometedores, pero las deserciones fueron un problema.

La respuesta al tratamiento para la BN es modesta, pero un factor importante es que la recaída es común (*Psychosom Med.* 2011; 73: 270) Para combatir esto, un grupo en Alemania diseñó recientemente, un programa de TCC, el cual es un manual de 9 meses basado en la web para mujeres con BN (*J Med Internet Res* 2017; 19: e321, publicado en línea antes de imprimir) Este es uno de los primeros estudios diseñados para evaluar la eficacia de los programas dirigidos al mantenimiento o a las mejoras obtenidas del tratamiento hospitalario, para la BN.

Las intervenciones basadas en la web tienen varias ventajas sobre las intervenciones cara a cara, según la Dra. Corinna Jacobi y sus colegas. El acceso de los pacientes a Internet reduce las barreras, como el costo, la disponibilidad de los servicios, el tiempo de espera, los desafíos del transporte, así como el estigma de tener un trastorno alimentario. El aumento del anonimato también puede alentar a las personas a buscar ayuda.

La Dra. Jacobi y sus colegas investigadores llevaron a cabo un ensayo aleatorio controlado de 253

mujeres con diagnóstico de BN con el *DSM-IV*. Durante más de 4 años, los pacientes fueron evaluados y reclutados en 13 hospitales de toda Alemania que ofrecen un tratamiento hospitalario para los trastornos alimentarios. Los pacientes eran elegibles para el estudio si tenían al menos 17 años y habían reducido sus atracones y comportamientos compensatorios en al menos un 50%, en comparación con sus niveles al ingreso hospitalario. Luego, los participantes se asignaron al azar al tratamiento con el programa de Internet "IN@" o al tratamiento habitual.

La intervención basada en la web, IN@, incluyó información sobre conductas alimentarias y síntomas bulímicos centrales, así como consejos sobre ejercicio saludable, imagen corporal y autoestima. Además, el programa IN@ incluyó un registro de monitoreo de síntomas bulímicos y un diario personal. Tres psicólogos clínicos especialmente capacitados en terapia conductual para trastornos alimentarios también proporcionaron retroalimentación individualizada por correo electrónico y hasta 9 chats personales mensuales en tiempo real de, aproximadamente de una hora por participante. Las mujeres en el grupo de tratamiento habitual también fueron evaluadas en todos los puntos de seguimiento y tuvieron la opción de participar en cualquier programa de tratamiento ambulatorio ofrecido por cada hospital. Las evaluaciones se realizaron al ingreso, al momento del alta, 9 meses después del ingreso, 9 meses después de la intervención y 9 meses después de esta. Debido a que los estudios de los hospitales estaban dispersos a lo largo de Alemania y los pacientes regresaron a casa en las diferentes partes del país, todas las entrevistas de evaluación fueron realizadas por teléfono por asesores capacitados cegados a las asignaciones de grupos de pacientes.

Los autores informaron que el 15% de las mujeres en el programa de intervención, nunca iniciaron sesión en el sitio de Internet después de haber sido dado de alta. Las 107 mujeres restantes accedieron al menos a la mitad del contenido de la intervención. Cuarenta y siete mujeres (37%) participaron en al menos en un chat en vivo.

Los síntomas y la adherencia al programa al final del estudio.

En general, los resultados fueron numéricamente mejores en el grupo IN@, pero muchas otras comparaciones no fueron estadísticamente significativas. Los episodios de atracones aumentaron significativamente en ambos grupos después del alta del hospital. Sin embargo, en el seguimiento posterior a la intervención, los episodios de atracones fueron un 27% más bajos en el grupo de intervención que en el grupo del tratamiento habitual. En el seguimiento no hubo diferencia entre los dos grupos. En la evaluación posterior a la intervención, aproximadamente 1 de cada 5 pacientes informó la abstinencia de atracones y la falta de conductas compensatorias durante los 2 meses anteriores, pero la diferencia entre los grupos de tratamiento no fue significativa.

En cuanto a la incidencia de vómitos en el punto posterior a la intervención, fue un 46% menor en el grupo de intervención, una diferencia estadísticamente significativa. En el seguimiento, la frecuencia de los episodios de todas las conductas compensatorias fue un 41% menor, pero la diferencia ya no fue significativa. Los autores señalan que, aunque la intervención no afectó significativamente la abstinencia, los resultados pueden tener importantes implicaciones clínicas, a saber, que las tasas de vómitos en el grupo de intervención fueron casi la mitad de las del grupo del tratamiento habitual.

¿Qué podría mejorar la adherencia a un programa de TCC basado en la red? Los autores sugieren que los programas futuros se dirijan a adaptar las intervenciones para ayudar a aumentar la adhesión y reducir la deserción debido a que el uso del sitio web y los chats en vivo fueron modestos.

¿Una mejor forma de medir la composición corporal?

***Una mediación de la grasa libre con ecuaciones de BIA
(análisis de bioimpedancia)***

El peso corporal y el índice de masa corporal (IMC, kg/m^2) son dos de las medidas principales que se utilizan para establecer la composición corporal y el grado de bajo peso o sobrepeso. Sin embargo, según un grupo de investigadores italianos, estos estándares de oro no son tan útiles con pacientes severamente desnutridos, como aquellos con anorexia nervosa (AN). La absorciometría de rayos X de energía dual (DXA, por sus siglas en inglés) representa un estándar de oro, pero no siempre está disponible; BIA está más disponible, pero se ve, menos válido. ¿Podrían mejores ecuaciones para calcular los resultados de BIA, ser útiles? (*Nutr Clin.* 2017; <http://dx.doi.org/10.1016/clinu.2017.07.016>, publicado en línea)

Una de esas técnicas usa DXA. El Dr. Maurizio Marra y sus colegas de la Universidad Federico II, Nápoles, Italia, evaluaron varias ecuaciones BIA para determinar con qué precisión podían estimar la composición corporal entre los pacientes con AN. Su grupo de estudio incluyó 82 pacientes con AN con enfermedad del tipo restrictivo (ANr) que asistían a la clínica ambulatoria en la universidad de los autores. Todos se sometieron a escáneres DXA de todo el cuerpo con dos haces de rayos X a diferentes niveles de energía para medir la masa libre de grasa (FFM o masa corporal magra más el contenido mineral óseo) y la masa grasa (FM, por sus siglas en inglés) BIA se realizó y luego se examinaron varios enfoques para analizar los resultados.

Resultados: las mediciones de BIA subestimaron la FFM.

En promedio, todas las ecuaciones de BIA subestimaron significativamente los valores de FFM derivados de DXA. En general, DXA fue más preciso que BIA, que a su vez dio una imagen más precisa de IMC. Los autores subrayan la necesidad de desarrollar métodos específicos de enfermedad para analizar los resultados de BIA como una forma de hacerlos más útiles.

Auto-admisión para el tratamiento de pacientes hospitalizados.

Un pequeño estudio encontró áreas que necesitaban mejora para los pacientes con trastornos alimentarios.

Durante más de una década, los pacientes seleccionados con enfermedades psiquiátricas graves, incluidos los trastornos alimentarios, han sido capaces de auto-admitirse para un tratamiento hospitalario en diversos países europeos (lo cual es marcadamente diferente en la práctica en los Estados Unidos)

Los pacientes elegibles para una auto-admisión típicamente voluntaria de 3 a 7 días, pudiendo abandonar el servicio en cualquier momento. Para ser elegible, los pacientes deben tener constante contacto con la unidad ambulatoria para adultos o la unidad de tratamiento diurno. Otro requisito es que deben haber sido tratados al menos una vez en la sala o pabellón de hospitalización para adultos durante los últimos 3 años y conocer el marco, así como las rutinas y las normas para esa sala o pabellón específico.

El investigador sueco Dr. Mattias Strand y sus colegas querían examinar las experiencias de los pacientes con auto-admisión durante el proceso de comenzar un nuevo programa de este tipo, en un servicio de trastornos alimentarios en el Centro de Estocolmo para Trastornos Alimentario (*BMC Psychiatry.* 2017; 17:343) Los investigadores suecos entrevistaron a 16 pacientes en un programa de auto admisión después de 6 meses, para conocer sus experiencias y obtener sugerencias para mejorar dicho programa.

Un poco de espacio para mejorar.

La mayoría de los pacientes estaban, generalmente, satisfechos con su experiencia, pero también tenían sugerencias de mejora. Uno de los temas principales fue mantener el equilibrio entre los efectos positivos del sentido de autonomía del paciente y las dificultades para manejar la libertad, así como la

responsabilidad que implica la auto-admisión. Algunos pacientes no siempre confiaban en que podrían usar esa mayor responsabilidad de una manera constructiva. Un ejemplo de esto fueron los problemas que surgieron durante el proceso de reservar una cama en el centro para pacientes hospitalizados. Aunque el paciente es responsable de verificar la disponibilidad de una cama y volver a llamar para asegurarse el estado de la misma antes de la admisión, esto fue estresante y resultó desalentador para algunos. El establecimiento de una lista de espera separada para las camas de auto-admisión (generalmente dos por unidad) fue la solución. Otros pacientes encontraron que la rotación del personal era inquietante. Debido a que su estancia en el hospital, generalmente, fue breve, no siempre trabajaron con los mismos miembros del personal y no tenían una sola persona de contacto regular. Algunos sintieron que no había suficiente énfasis en los objetivos a largo plazo. Un paciente lo resumió bien al decir: "Esto de decidir mucho por ti mismo, tal vez debes ser un poco cuidadoso al respecto, porque si decides por ti mismo, muy frecuentemente será la enfermedad la que hable".

Algunos cambios fueron hechos

Los autores implementaron varios cambios, como otorgar información más completa sobre la razón de ser de la auto-admisión y responsabilidad del paciente. También proporcionaron un único miembro del personal de contacto para cada paciente autoadmitido. Algo adicional muy importante fue una completa discusión de una desventaja del programa: el breve tiempo de admisión hace que sea poco probable que un paciente pueda alcanzar objetivos de tratamiento a largo plazo durante una sola estancia. En cambio, los autores enfatizan que las auto-admisiones deben verse como oportunidades de refuerzo o breves respiros. Finalmente, de acuerdo a los autores, los pacientes con un trastorno alimentario pueden ser aún más reacios a buscar ayuda que otros pacientes, lo cual debe abordarse en el diseño de los futuros programas de auto admisión.

Este es un enfoque intrigante. Para aquellos con un trastorno alimentario, uno se pregunta si será muy eficaz para interrumpir los síntomas de atracones, purgas o restricciones, o si en última instancia, será una dosis demasiado pequeña como para ser útil.

Algunos sorprendentes hallazgos genéticos para individuos con anorexia nervosa.

Un descubrimiento fue una base genética para un mayor logro educativo.

Sabemos que hay un componente genético importante para la anorexia nerviosa, pero un estudio reciente apunta en algunas direcciones sorprendentes. Este gran estudio de Laramie Duncan, PhD y sus colegas (*Am J Psychiatry*. 2017; 174: 850) no solo sugiere que la AN puede ser, en parte hereditaria, sino también que factores metabólicos, relacionados con el peso y factores inflamatorios pueden ser algunos de los componentes heredados.

Una exploración de todo el genoma para el enlace entre genes y AN.

En total, 3.495 participantes con AN y 10.982 controles participaron en este estudio notablemente extenso. Se llevó a cabo un examen de asociación de todo el genoma para buscar en todo éste, los enlaces entre AN y los marcadores genéticos. Al menos surgieron tres principales hallazgos. En primer lugar, al confirmar los resultados de estudios previos, se demostró que la AN es parcialmente heredado y los genes representan alrededor del 20% de posibilidades de desarrollar el trastorno. En segundo lugar, había una fuerte asociación entre la AN y el área de un cromosoma cercano a los genes para la diabetes mellitus y algunas enfermedades autoinmunes. En tercer lugar, las personas con AN tenían índices de masa corporal más bajo, niveles más bajos de insulina y glucosa, así como niveles más altos del colesterol lípido de alta densidad que aquellos que no presentaban el trastorno. Finalmente, las personas

con AN tuvieron un mayor logro educativo. Este es un hallazgo interesante porque en el pasado se suponía que estos logros estaban principalmente relacionados con el entorno familiar. Este estudio sugiere que los logros más altos pueden, de hecho, tener una base genética.

Estos hallazgos, si se replican, ampliarán en gran medida nuestra comprensión del fenómeno de la AN, para incluir los componentes metabólicos y conductuales del trastorno.

Un agente promisorio para pacientes con desórdenes alimentarios con severos problemas conductuales.

Un estudio piloto usó un agente diseñado originalmente para pacientes con epilepsia.

Estudios de medicamentos, tales como el SSRI-por sus siglas en inglés-para personas con trastornos alimentarios se han enfocado en los desórdenes alimentarios, pero muchas de ellas tienen problemas comórbidos, tanto afectivos como conductuales, los cuales son graves y dominantes. Un ensayo reciente ha ofrecido una esperanza para este subgrupo de pacientes con trastornos alimentarios.

Algunos pacientes con bulimia nervosa (BN) y del tipo compulsivo/purgativo de AN (AN-BP, por sus siglas en inglés) pueden tener muchos episodios de pérdida de control al comer y comportamientos compensatorios, tales como el vómito auto-inducido, con una morbilidad médica grave. Otros comportamientos comórbidos pueden incluir el abuso de sustancias, comportamientos impulsivos como el robo en tiendas y la autolesión.

La Dra. Mary Ellen Trunko y sus colegas de la Universidad de California, San Diego, informaron recientemente los resultados de su estudio piloto que evaluó el uso del medicamento estabilizador del estado de ánimo lamotrigina (Lamactal ®) en un grupo de pacientes con AN-BP y BN con un rango de comportamientos desregulados que no respondieron a los antidepresivos (*BPD and Emotion Regulation*. 2017; 4:21) El pequeño grupo de estudio incluía 9 mujeres con AN o BN- espectro de trastornos alimentarios (14 comenzaron el ensayo, pero 5 no completaron dos meses, por varias razones) Todas las mujeres estaban participando en una terapia dialéctica conductual (TDC) en ambientes hospitalarios parciales o ambulatorios intensivos. Su tratamiento incluyó 10 horas al día, seis días a la semana. A medida que las mujeres mejoraron, pudieron pasar a 6 horas de tratamiento por día, hasta que finalmente fueron 4 horas por día. Todas las participantes recibieron una valoración de rutina de lamotrigina hasta que se alcanzó una dosis objetivo de 100 a 300 mg por día.

Su programa de TDC incluía sesiones individuales semanales, grupos de entrenamiento de habilidades dos veces por semana utilizando el *DBT Skills Manual* (Linehan M. *DBT Skills Manual*, second ed. Guilford Press, New York, 2008), sesiones grupales y entrenamiento de habilidades por contacto telefónico o mensajes de texto fuera del horario del programa. Las mujeres también se sometieron a evaluaciones emocionales y de comportamiento, así como fueron estudiadas con una serie de cuestionarios, incluido el Cuestionario de Examen de los Trastornos Alimentarios (EDEQ, por sus siglas en inglés) Todos los terapeutas de TDC se reunieron en equipo una vez a la semana.

Se notó una mejoría en los síntomas.

Las 9 mujeres que completaron el estudio, reportaron reducciones en las emociones desreguladas y problemas con el control de los impulsos. En general, las calificaciones de BEST y ZAN BPD mejoraron y se dijo que la lamotrigina fue bien tolerada. Una de las mujeres suspendió el medicamento debido a una posible erupción, un efecto secundario raro, pero potencialmente muy serio de la lamotrigina.

Los autores abogaron por una investigación rigurosa a gran escala del medicamento, con o sin TDC u otras terapias. Esto diferiría de la mayoría de los ensayos clínicos en trastornos alimentarios en cuanto a que se utilizarían un conjunto de criterios inclusivos en lugar de exclusivos, lo que daría como resultado un grupo altamente comórbido (del tipo que con frecuencia vemos en la atención clínica habitual)

Televisión y alimentación disfuncional en los adolescentes.

Una diferencia relacionada con el género surgió en un estudio en el sur de Italia.

La adolescencia puede ser un momento maravilloso de crecimiento físico y exposición a nuevas ideas y experiencias, pero también puede traer aspectos sociales de la vida cotidiana que afectan negativamente la imagen corporal. Los factores medioambientales, como las burlas de los compañeros y los miembros de la familia, así como la exposición a ideales de delgadez inalcanzables son buenos ejemplos.

La Dra. Barbara Barcaccia y los investigadores de la Universidad de Sapienza, Roma y el Boston College exploraron la posible influencia de las modelos retratadas en televisión sobre adolescentes. Los autores trataron de examinar la imagen corporal, la incomodidad con el cuerpo, un comportamiento desordenado de la alimentación, la depresión y la ansiedad en un grupo de adolescentes y adultos jóvenes (*Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2017; doi: 10.1590/1516-4446-2016-2200, publicado en línea antes de la impresión) Los investigadores italianos estudiaron a 301 adolescentes de entre 14 y 19 años que fueron reclutados en 13 escuelas secundarias en el sur de Italia. Los adolescentes completaron una serie de cuestionarios, entre ellos The Body Uneasiness Test (BUT, por sus siglas en inglés) y el Eating Disorders Inventory-2. El BUT contiene 71 preguntas sobre la fobia al peso, las preocupaciones sobre la imagen corporal, así como preocupaciones sobre las partes y funciones corporales específicas (*Eat Weight Disord*. 2006; 11:1) Las declaraciones incluyen: "Evito los espejos" y "Comparo mi apariencia con los demás".

Las respuestas difieren según el género.

Una tendencia que surgió del estudio fueron las respuestas basadas en el género, a la exposición a los medios, destacando las diferencias en la susceptibilidad a las percepciones erróneas del cuerpo entre hombres y mujeres. Tal como se informó en estudios previos, la sensibilidad a la delgadez se vio más impactada por la exposición a los medios en las mujeres que en los hombres. Quizás la sensibilidad a las imágenes de los medios, ayuda a explicar las diferencias en la prevalencia de los trastornos alimentarios por género. Los autores notaron que las mujeres ven más programas de televisión centrados en la imagen y el entretenimiento que los hombres (*Eat Behav*. 2103.14:441) También señalaron que la teoría de la objetivación establece que en la cultura occidental las mujeres son objetivadas específicamente y sus cuerpos se usan para medir su propio valor. Esto lleva a una tendencia subconsciente de que las mujeres comparen su imagen corporal con otras personas, en mayor medida que los hombres (*Psychol Women Q*. 1997. 21:173)

Otro hallazgo interesante en este estudio fue el grado en que los amigos de los hombres deseaban parecerse físicamente a los personajes de televisión; este fue el único hallazgo estadísticamente significativo, para los hombres en el estudio. Los autores consideraron diversas causas posibles para esta tendencia. Mientras que los hombres y las mujeres son sensibles a la influencia de sus amigos, en la cultura italiana, según los autores, los niños y los hombres interactúan socialmente en mayor medida que en otras partes del mundo.

Los resultados también mostraron que las mujeres eran más susceptibles a los comportamientos de trastornos alimentarios, a las percepciones distorsionadas de sus cuerpos y al desarrollo de depresión

después de la exposición a los medios de comunicación. En contraste, los hombres eran más susceptibles a la percepción distorsionada de sus cuerpos, al estado y rasgo de ansiedad, así como a la depresión, a través de comparaciones indirectas con los medios de comunicación a través de sus amigos.

Preguntas y respuestas: Noches sin dormir y purgas.

P. Tengo una paciente de 21 años que continuamente se queja de la falta de sueño. Ella fue diagnosticada con el tipo compulsivo/purgativo de AN (ANbp, por sus siglas en inglés), hace aproximadamente 3 años. Ella piensa que su falta de sueño podría empeorar lo compulsivo/purgativo. ¿Las alteraciones en el sueño empeora las purgas? (LB, Palo Alto, CA)

R. Esto es ciertamente posible. La interrupción del sueño es común entre las personas con trastornos alimentarios. La evidencia de una interrupción en el sueño en los trastornos alimentarios es clara, aunque la mayoría de los trabajos se han centrado en el síndrome de alimentación nocturna (Allison et al, *Curr Psychiatry Rep.* 2016; 18:92) La interrupción del sueño parece ser común entre los pacientes con trastornos alimentarios. En un estudio de 549 mujeres universitarias, el 30 % de las personas con AN, BN o TA tenían problemas significativos con el insomnio, en comparación con el 5% de los estudiantes, en general.

Según un informe del Hospital Kohnodai en Chiba, Japón, los pacientes con el tipo compulsivo/purgativo de AN (ANbp) tienen la peor calidad de sueño en general y un sueño más perturbado que los pacientes con anorexia nervosa restrictiva (ANr, por sus siglas en inglés) Este es el primer estudio que se enfoca en el papel que juegan los comportamientos purgativos con los trastornos alimentarios en la calidad del sueño. El Dr. Tokusei Tanahashi, especialista en medicina psicosomática y sus colegas examinaron cómo la purga se relaciona con la calidad subjetiva del sueño, los patrones del sueño, así como el efecto del comportamiento alimentario desordenado en la calidad del sueño en general entre las mujeres con ambos subtipos de AN (*Biopsychosocial Medicine.* 2017; 11:22) El Dr. Tokusei Tanahashi y su grupo también reportaron que en su estudio anterior de mujeres ambulatorias con ANr y ANbp, encontraron que estas pacientes tenían una prevalencia, relativamente alta, de alteraciones del sueño (15.8% y 70.8%, respectivamente)

En su estudio actual, cuando los autores compararon los grupos de pacientes, utilizando la versión japonesa del Global Pittsburgh Sleep Quality Index (PQI, por sus siglas en inglés), la puntuación promedio de los pacientes con el tipo compulsivo/purgativo de AN (ANbp) fue significativamente mayor que la del grupo restrictivo. La latencia del sueño, la eficiencia habitual del mismo, así como la disfunción diurna de los pacientes con ANbp fueron significativamente mayores que en los pacientes con ANr. El ritmo circadiano también se alteró más entre el grupo compulsivo/purgativo.

¿Cómo puede afectar la purga al sueño? Los autores especulan que cualquier paciente con vómitos frecuentes tiende a comer en exceso en la noche, debido a la alta tasa del síndrome de alimentación nocturna entre las personas con trastornos alimentarios. Este factor podría a su vez retrasar el inicio del sueño. Esto puede tomar la forma de un largo retraso antes de quedarse dormido, a veces en las horas de la tarde. Los atracones/vómitos antes de acostarse pueden causar alteraciones electrolíticas repentinas y variaciones en la glucosa sanguínea, lo que da como resultado una peor calidad del sueño. Los pacientes pueden quedarse despiertos hasta tarde y aún despertarse temprano para realizar su rutina diaria. Otro posible resultado sería dormir demasiado tiempo debido a la interferencia relacionada con la enfermedad en su vida social, lo que lleva a una peor función de día o diurna.

Es importante destacar que el sueño puede normalizarse con la restauración del peso. El Ghoch y sus colegas (*Eur ED Review,* 2016; 24:425) examinaron los patrones de sueño de 50 personas con AN y 25 controles usando monitores de sueño portátiles. Las personas con AN tuvieron menos horas de sueño y

Preguntas y respuestas: Problemas endocrinos entre los hombres con AN.

P. He leído mucho sobre los problemas endocrinos entre las mujeres con AN, pero no mucho sobre la disfunción hormonal entre los hombres con AN. ¿Qué tan comunes son estos efectos entre los pacientes masculinos? (GV, Los Altos, CA)

R. Un artículo del Dr. Aren Skolnick del Centro Médico Judío de Long Island, New Hyde Park, NY y otros endocrinólogos de la Escuela de Medicina Carl Icahn, St Luke's Hospital, NY, NY, agrega algunas perspectivas útiles en este mismo tema. Los autores informaron sobre cuatro casos de hombres jóvenes con una disfunción hormonal (*AACE Clin Case Rep.* 2016; 2: e351) debida a una AN subyacente; estos casos presentan la variedad de problemas que se pueden ver en los hombres severamente enfermos con AN.

El primero de ellos, era un hombre de 24 años con AN hospitalizado por bradicardia y un curso hospitalario que desarrolló pruebas hepáticas anormales, pancreatitis, neumomediastino y síndrome de realimentación. Durante el año pasado, su peso había bajado de 220 lb a 79 lb cuando tomó el producto Hydroxycut[®], redujo drásticamente su ingesta de alimentos y adoptó un riguroso programa de ejercicios, que incluía correr 10 millas por día. En el examen, se encontró que tenía bradicardia y presión arterial baja. Su IMC fue 12. Los estudios endocrinos mostraron un nivel de TSH de 1.28 μ UI/ml (rango normal: 0.34 a 5.60) y nivel libre de T4 de 0.7 ng/dL (normal: 0.6 a 1.1) y T3 libre de 1.1 pg/ml (normal: 2.5 a 3.9), así como una lectura T3 de 31 ng/dL (normal: 8 a 178) La ecocardiografía bidimensional mostró una fracción de eyección de sólo el 19%, lo que indicaba una disfunción cardíaca significativa. Tuvo un curso hospitalario complicado que duró 7 meses y fue referido a un centro de rehabilitación.

El segundo paciente tenía 20 años con un IMC de 12.9. Primero buscó ayuda por una disfunción eréctil y comenzó una terapia de reemplazo con testosterona. El empeoramiento de la fatiga y el estreñimiento fueron las quejas más recientes. Cuando fue visto nuevamente, parecía severamente caquéctico con sarcopenia. él estaba despierto, pero no podía hablar. Como el primer paciente, tenía bradicardia. Su análisis de laboratorio mostró un nivel de glucosa en sangre capilar de 50 mg/dL y pruebas anormales de la función hepática. La repetición del nivel de glucosa en la yema del dedo fue de 15 mg/Dl y su nivel de TSH fue de 2.6 μ UI/ ml (normal: 0.34 a 5.60) Su nivel de T4 fue de 0.8 ng/dL (normal: 0.6 a 1.1) y el nivel total de T3 fue de 20 ng/dL (normal: 87 a 178)

El tercer paciente, un hombre de 23 años, se presentó después de perder 35 lb durante los dos meses previos. Su pulso y presión arterial eran bajos y su IMC era de 13. Tenía hipoglucemia (50 mg/dL), bradicardia e hipotermia. Los estudios de laboratorio endocrino mostraron una TSH de 0.82 IU /ml (normal: 0.34 a 5.60), nivel bajo de testosterona de 198 ng /dL (normal: 249 a 836) y niveles extremadamente bajos de la hormona folículo estimulante y niveles de tiroides.

El último paciente fue un varón de 20 años que había perdido 130 lb en los últimos 6 meses. Su IMC era 18. Sus pruebas de laboratorio mostraron hipocalemia grave, 2 mmol/L (normal: 3.1 a 5.1) hipocloremia y aumento de bicarbonato. Desarrolló bradicardia (pulso 39 a 49 latidos/minuto) hipotermia e hipotensión. Su estudio endocrino mostró TSH a 2.0 μ IU /ml (normal: 0.8-1.8), hemoglobina A1c 5,5%, entre los hallazgos.

Los cuatro jóvenes tenían desnutrición calórico-proteica, hipotermia, hipotensión y bradicardia, descubriéndose que tenían múltiples endocrinopatías. Tres de estos hombres jóvenes no tenían diagnósticos previos de AN u otro trastorno alimentario, por lo que AN no se consideró desde el principio. Tres de los cuatro también tienen algunos signos de niveles elevados de cortisol, hipotiroidismo e hipogonadismo.

Estos cuatro casos destacan que varias alteraciones endocrinas pueden ocurrir en hombres con AN. Que tres de los cuatro no habían sido diagnosticados previamente con AN, a pesar de tener síntomas bastantes severos, subraya los desafíos con la detección de casos en AN.

—SC

TAMBIÉN EN ESTE NÚMERO.

- **Desde el otro lado del escritorio: una novedad y una cariñosa despedida.**
- **Actualización: la mejora en la función sexual puede ser un indicador de recuperación de la AN.**
- **Perspectivas: enseñando “nuevas matemáticas” para los trastornos alimentarios.**
- **Cuidados posteriores basados en la red para mujeres con bulimia nervosa.**
- **¿Una mejor forma de medir la composición corporal?**
- **Algunos sorprendentes hallazgos genéticos para individuos con anorexia nervosa.**
- **La auto-admisión para el tratamiento de pacientes hospitalizadas.**
- **Un agente promisorio para pacientes con desórdenes alimentarios con severos problemas conductuales.**
- **Televisión y alimentación disfuncional en los adolescentes.**
- **Preguntas y respuestas: noches sin dormir y purgas.**

EN EL PRÓXIMO NÚMERO.

- **Recuperación: mejorando las posibilidades.**

Los enfoques centrados en los pacientes tales como el National Eating Disorder Quality Improvement Collaborative (NEDIC, por sus siglas en inglés) están ayudando a definir mejor a la “recuperación” para un trastorno alimentario. La recuperación del peso es sólo un primer paso en la recuperación en general.

ADEMÁS

- **Enfoques feministas para la anorexia nervosa.**
- **El mejoramiento temprano de los trastornos alimentarios en la atención primaria.**
- **El reconocimiento de la anorexia nervosa en pacientes geriátricos.**

Y mucho más...

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

