
Eating Disorders Review

Enero/Febrero 2019

Volumen 30, Número 1

Scott Crow, Editor en Jefe

Consideraciones en el nivel de atención para trastornos de alimentación graves y extremos.

Jeana J. Cost, MS, LPC, CEDS y Philip S. Mehler, MD, FACP, FAED, CEDS Eating Recovery Center, Denver, Colorado.

Determinar qué nivel de atención necesita un paciente con un trastorno alimentario puede ser uno de los aspectos más desafiantes al referirlo al tratamiento. Entre la resistencia del cliente y la capacidad del cuerpo para fingir la estabilidad, puede ser fácil aceptar la ruta menos intensiva.

La industria de los trastornos alimentarios tiene una necesidad constante de contar con directrices de nivel de atención aún más definitivas, respaldadas por evidencia empírica y aceptadas por la comunidad de trastornos alimentarios. Históricamente, se ha confiado en las pautas publicadas por la American Psychiatric Association (APA, por sus siglas en inglés), pero sigue habiendo cierto grado de integración deficiente de los criterios diagnósticos cambiantes, así como la definición de lo que significa cada nivel de atención. Además, las pautas de APA describen los cinco niveles de atención entre pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados, pero no describen completamente un sexto nivel de atención: el tratamiento médico. La provisión de información adicional para la comunidad de trastornos alimentarios sobre todos los niveles de atención, las pautas de admisión adecuadas y las opciones de tratamiento adecuadas, son crucialmente importantes para optimizar un resultado exitoso para los pacientes que sufren con un trastorno alimentario.

Uso del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales - Quinta edición (DSM-5)

Los avances positivos hacia un diagnóstico adecuado y las derivaciones se realizaron en 2013, cuando se actualizó y publicó el *DSM-5*. Incluía varios criterios clínicamente relevantes. Uno de los cambios más importantes fue agregar el índice de gravedad para evaluar el índice de masa corporal (IMC, kg/m²), que afecta principalmente el diagnóstico de anorexia nerviosa (AN). El índice es el siguiente: **leve** (IMC > o = 17.0), **moderado** (16.0-16.99), **severo** (15.0-15.99) y **extremo** (<15.0). Esto no solo ayuda a los clínicos a diagnosticar la anorexia nerviosa en una persona con más del 85% de peso corporal ideal (marcador anterior), sino que también resalta el hecho preocupante de que también hay varios pacientes con un IMC extremadamente bajo. A menudo pensamos que el tratamiento de los trastornos alimentarios tiene un carácter singularmente conductual, pero la categoría "extrema" debería obligar a las familias y los clínicos a considerar las necesidades de un paciente más allá de eso.

Los trastornos alimentarios graves y extremos pueden causar complicaciones médicas potencialmente mortales, como desequilibrios peligrosos de electrolitos, síndrome de realimentación, deshidratación grave, edema, complicaciones gastrointestinales, síndrome de la arteria mesentérica superior (SMA, por sus siglas en inglés), bradicardia e insuficiencia orgánica, por nombrar algunos. Es importante que se aprecie y se tenga en cuenta que estas complicaciones potenciales son frecuentes, especialmente en los

IMC más bajos y, por lo tanto, la necesidad de intervenir de manera oportuna.

La intervención debe incluir la estabilización médica en una unidad médica altamente sofisticada y especializada, antes de que un paciente comience el tratamiento de un trastorno alimentario tradicional. Muchos expertos defienden que esto debería suceder cuando el IMC es <14.0 , o cuando el peso de ese paciente es $<70\%$ del peso corporal ideal (IBW, por sus siglas en inglés). Por lo tanto, en general, los pacientes con AN o con el trastorno evitativo / restrictivo de la ingesta de alimentación (ARFID, por sus siglas en inglés) que tienen menos del 70% de IBW, primero deben ser tratados en una unidad médica especializada para la estabilización médica de esos pacientes.

En general, si el peso de los pacientes es entre $70-84\%$ de IBW, se atienden mejor en un centro de tratamiento hospitalario o residencial, y si son de 85% a 95% de IBW, un programa de hospitalización parcial (PHP, por sus siglas en inglés) generalmente puede satisfacer. Pero nada es absoluto y, por lo tanto, la frecuencia de los comportamientos de purga y otras consideraciones físicas o psiquiátricas pueden calificar aún más el nivel de atención que puede ser necesario.

Consideraciones de un IMC de Normal a Mayor

Más recientemente, se ha reconocido que se pueden producir daños al suponer que aquellos con un IMC "normal" o "más alto" son lo suficientemente estables para acceder a niveles más bajos de atención. Estos pacientes no solo pueden presentar un peso falsamente elevado, sino que también pueden correr el riesgo de complicaciones peligrosas debido a conductas de purga excesivas seguidas de un cese abrupto o una "interrupción de peso" significativa y rápida por pérdida de peso. Por lo tanto, la necesidad de considerar la gravedad de los comportamientos de purga (también descritos en el *DSM-5*) y la gravedad de la pérdida de peso absoluta al elegir un nivel adecuado de atención. Nuevamente, considerar la estabilización médica primero para aquellos que muestran una interrupción grave del peso, así como aquellos que necesitan "desintoxicarse" de manera segura de sustancias graves, laxantes o abuso de diuréticos. Comenzar en el nivel apropiado de atención puede tener un impacto significativo en la salud del paciente, en el éxito de la recuperación y en la satisfacción con el tratamiento.

Lectura sugerida

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition (DSM-5)*.
2. Garber, A. K. (2018). Moving beyond "skinniness": presentation weight is not sufficient to assess malnutrition in patients with restrictive eating disorders across a range of body weights. *Journal of Adolescent Health*, 63(6), 669-670. [vínculo](#)
3. Academy for Eating Disorders (2016). *Critical points for early recognition & medical risk management in the care of individuals with eating disorders (3rd ed.)* Reston, VA: Academy for Eating Disorders. [vínculo](#)
4. American Psychiatric Association (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (3rd ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. [vínculo](#)

Jeana J. Cost, MS, LPC, CEDS

Ha trabajado en el campo de los trastornos alimentarios durante los últimos 15 años. Es una consejera licenciada y especialista certificada en trastornos de la alimentación. Actualmente, se desempeña como Vice President of Patient Engagement en el Eating Recovery Center y es la Directora ejecutiva del Centro ACUTE para trastornos de la alimentación en Denver.

Philip S. Mehler, MD, FACP, FAED, CEDS

Es Presidente, del Eating Recovery Center y Fundador y Director Médico Ejecutivo de ACUTE en Denver Health. También es profesor de medicina Glassman en la Escuela de Medicina de la Universidad de Colorado, Denver. Es autor de 425 publicaciones científicas, incluyendo 3 libros de texto. Uno, *Medical*

Complications of Eating Disorders, publicado por Johns Hopkins University Press, y se encuentra ahora en su tercera edición. Su libro más reciente (con Arnold Andersen, MD), *Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complication*, se publicó en noviembre de 2017.

Desde el escritorio

Trabajando hacia mejores directrices para trastornos alimentarios severos y duradero.

Es bien sabido que la tasa de mortalidad por anorexia nerviosa, la convierte en la más mortal de las enfermedades psiquiátricas. Dos artículos de este mes, destacan la difícil tarea de ajustar el nivel de atención para los trastornos graves. Jeana Cost y Philip Mehler, del Eating Recovery Center en Denver ("Consideraciones del nivel de atención para trastornos alimentarios severos y extremos") destacan que, históricamente, los clínicos han seguido las directrices de la American Psychiatric Association, pero como los mismos autores señalan, éstas no indican un tratamiento médico para estos pacientes. Los autores ofrecen guías útiles, incluyendo consideraciones para pacientes con índices de masa corporal de normal a superior, enfatizando la importancia de la estabilización médica.

En el artículo, "Encontrando una mejor definición para una anorexia nerviosa severa y duradera", Phillipa Hay y Stephen Touyz lamentan la falta de consenso de definiciones claras para una anorexia nerviosa severa y para la recuperación. Ofrecen tres componentes de una anorexia nerviosa severa y duradera. También les gustaría eliminar el término "resistente al tratamiento," el cual sienten culpa al médico y el paciente por el trastorno. En un primer vistazo de la *ICD-11 (International Classification of diseases, por sus siglas en inglés)* en la World Health Assembly, en mayo, podría ofrecer algunas soluciones, según los doctores Hay y Touyz.

—MS

ACTUALIZACIÓN: Otra posible causa que une a TA con la obesidad

De acuerdo con un informe reciente de Janet Lydecker, PhD, del Department of Psychiatry Yale School of Public Health, New Haven, CT, se asocian- aparentemente- dos polos opuestos, la inseguridad alimentaria o la falta de alimentos, a menudo debido a la pobreza y al trastorno por atracón o TA. Ella y sus colegas informaron sobre sus hallazgos en el *International Journal of Eating Disorders*, publicado en línea el 19 de diciembre de 2018.

El estudio reclutó a 1,251 participantes utilizando Amazon's Mechanical Turk, una plataforma de reclutamiento basada en la web; los participantes informaron su peso y talla y los investigadores calcularon el índice de masa corporal (kg/m^2) para cada uno. Después de esto, los participantes del estudio se dividieron en tres grupos. Más de la mitad (56.8%; $n = 710$) se clasificaron con un peso saludable sin trastorno alimentario; 85 participantes (6.8%) tenían un diagnóstico de TA y 456 pacientes (36.5%) eran obesos, pero no tenían trastornos de la conducta alimentaria.

Los investigadores definieron la seguridad alimentaria en tres categorías (1) si los individuos podían pagar comidas nutritivas regulares, (2) baja inseguridad alimentaria si modificaban la calidad, variedad o deseo de los alimentos para satisfacer el hambre y (3) seguridad alimentaria muy baja si redujeron su ingesta de alimentos o su calidad hasta el punto de tener hambre fisiológica. Se encontró que un tercio (33.7%; $n = 422$) tenía inseguridad alimentaria; el 18.5% ($n = 231$) tenía baja seguridad alimentaria; y

el 15.3% (n = 191) tenía una seguridad alimentaria muy baja. En comparación con las personas que tenían un peso saludable, las personas que se consideraba que tenían una baja seguridad alimentaria tenían 2.5 veces más probabilidades de tener TA. El mismo patrón se asoció con una mayor probabilidad de estar obeso. Otros investigadores, como Tomoko Udo, PhD, de la School of Public Health at SUNY University en Albany, NY, han notado que el modelo de restricción dietética del atracón compulsivo sugiere que cuando una persona se involucra en una restricción dietética, como una forma de controlar las calorías, o debido a la falta de acceso a los alimentos, es probable que desarrolle atracones debido a la privación.

La Dra. Lydecker observó que los clínicos, tradicionalmente, asocian las dietas autoimpuestas, consideradas como saltarse comidas o reducir calorías para perder peso, como una de las causas de los atracones. Sin embargo, agregó, las restricciones impuestas externamente a los alimentos, saltarse las comidas o reducir el consumo porque los alimentos no están disponibles, también están relacionadas con el atracón. "La inseguridad alimentaria podría ser un factor que dificulte que los pacientes mejoren si no pueden abordarlo. Al abordarlo, los médicos y los pacientes con TA pueden colaborar más eficazmente para tratar el atracón", dijo.

La pérdida de control de la alimentación entre adolescentes vinculada a la percepción de la función familiar

Una pobre función familiar estaba relacionada con la obesidad en las adolescentes.

La pérdida de control de la alimentación (LOC, por sus siglas en inglés), esa sensación de que no se puede detener o controlar qué o cuánto se consume, afecta aproximadamente a un tercio de los niños que tienen sobrepeso o son obesos. También se ha relacionado con el desarrollo de un trastorno por atracón parcial o completo, o TA (*J Abnorm Psychol.* 2011. 120: 108; *J Abnorm Psychol.* 2013. 122: 684)

La Dra. Manuela Jaramillo, del Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development en los National Institutes of Health, Bethesda, MD, y sus colaboradores concluyeron recientemente que, entre las niñas con alimentación LOC y altos índices de masa corporal, una mala función familiar desempeña un papel en un mayor consumo de macronutrientes productores de obesidad durante los episodios de atracón (*Nutrients.* 2018. 10:1869) Los investigadores informaron la conexión después de estudiar la relación entre el funcionamiento familiar percibido y la ingesta de energía durante una comida de prueba en el laboratorio, diseñada para modelar un episodio de atracón. El equipo había planteado la hipótesis de que niveles más bajos de adaptabilidad y cohesión conducirían a un mayor consumo total de energía, a un mayor porcentaje de ésta, consumida de las grasas y los carbohidratos, con un menor porcentaje, de las proteínas.

El grupo de estudio

El grupo de estudio incluyó 108 niñas adolescentes de 12 a 17 años de edad que tenían un alto riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria y un aumento de peso excesivo, así como haber experimentado, al menos, un episodio de alimentación LOC durante el mes anterior. Todos estaban entre un 75 y 97 percentil para el índice de masa corporal (IMC, kg/m²) Luego, el funcionamiento familiar se definió como el nivel percibido de adaptabilidad y cohesión de su familia por parte de la adolescente; esto fue evaluado por los investigadores con la Family Adaptation and Cohesion Scale III, una autoevaluación de 20 ítems que mide los niveles percibidos de adaptabilidad familiar. Un ítem de muestra sería: "A los miembros de la familia les gusta pasar tiempo juntos". Las puntuaciones más altas equivalen a una

mayor adaptabilidad y cohesión.

El método de prueba utilizado incluyó el análisis de la ingesta de energía, el hambre antes de las comidas, los síntomas depresivos y la evaluación subjetiva posterior a las comidas con una alimentación LOC. A las 11 am, se les presentó a los participantes una comida de prueba tipo buffet de 9835 kcal con una amplia variedad de alimentos, y se les recomendó a través de una grabación: "Déjese llevar y coma todo lo que quiera". Los participantes se quedaron solos en la sala hasta que señalaron que habían terminado de comer. Los alimentos de prueba se pesaron y se compararon después de la comida. Se usó un solo elemento para medir el hambre antes de las comidas con una pregunta: "¿Qué tan hambriento te sientes ahora?". La Brunel Mood Scale se usó para medir los síntomas depresivos y se usó una valoración de un solo elemento para medir la evaluación posterior a la comida de una alimentación LOC.

Los autores concluyeron que las adolescentes con diagnósticos de alimentación LOC que percibían a sus familias como relativamente menos adaptables consumían significativamente más carbohidratos y menos proteínas de la comida de prueba, que fue diseñada para modelar un episodio de LOC. También señalaron que los hallazgos del estudio subrayaron la importancia de abordar la función familiar en un entorno clínico y, cuando sea posible, incluir a los miembros de la familia en intervenciones que puedan ayudar a modificar las conductas alimentarias de las adolescentes.

Encontrar una mejor definición para la anorexia nervosa severa y duradera.

Muchas variables de pacientes hacen que la definición sea desafiante.

A medida que la 11^ª edición de la *International Classification of Diseases* (CIE-11, por sus siglas en inglés) está a punto de un pre-lanzamiento esta primavera, los Dres. Phillipa Hay y Stephen Touyz han comentado sobre la falta de definiciones claras para la anorexia nerviosa (AN) grave y duradera. En un editorial en el *Journal of Eating Disorders* (2018; 6:41), los dos expertos, muy conocidos, en trastornos alimentarios, lamentan la falta de consenso o definiciones claras para la recuperación o definiciones de AN grave. (La *CIE-11* se presentará en la World Health Assembly en mayo, para su adopción por los estados miembros y entrará en vigencia oficialmente el 1 de enero de 2022)

Los autores señalan tres componentes de la AN grave y duradera (Tabla 1): una década o más de un índice de masa corporal por encima del rango severo del *DSM-5*; una marcada morbilidad por la inanición crónica y una enfermedad prolongada, años de experimentar síntomas de trastorno alimentario a nivel diagnóstico con intentos de tratamiento fallidos previos y 3 a 10 años de enfermedad; y resistencia al tratamiento. Los criterios que proponen se basan en factores tales como el impacto funcional, clínicamente significativo del trastorno (por ejemplo, mala calidad de vida y síntomas constantes, la duración de la AN por varios años, así como la exposición, al menos, a dos tratamientos basados en la evidencia impartidos por un médico o por un centro de tratamiento apropiado, con una evaluación de diagnóstico y una formulación de caso, el cual incorpora una evaluación de salud sobre el trastorno alimentario de la persona, con una evaluación de la etapa de cambio del paciente.

Ambos autores señalan algunos de los problemas con el término "resistente al tratamiento", ya que son reacios a usarlo en el campo de los trastornos alimentarios porque se considera peyorativo, culpando al médico y al paciente. La resistencia al tratamiento tampoco está bien entendida, según los autores y no existe un consenso real sobre la definición, por ejemplo, ¿cuántos intentos se han realizado para la re-alimentación o cuántas sesiones de tratamiento se consideran suficientes antes de descartarlos?

Tabla 1. Criterios propuestos para AN severa y duradera

1. Un estado persistente de restricción dietética, peso insuficiente y sobrevaluación del peso/forma con deterioro funcional.
2. Una historia de más de 3 años de AN.
3. La exposición de al menos dos tratamientos basados en la evidencia administrado de manera apropiada, con una evaluación de diagnóstico y una formulación de caso que incorpora una evaluación sobre la salud y el estado de cambio del trastorno alimentario en la persona.

Los vínculos entre el trastorno por atracón y el suicidio.

Nueva información en un área, en gran parte, inexplorada

El trastorno por atracón (TA) sigue siendo el trastorno alimentario más común en los Estados Unidos, con una prevalencia de por vida del 3.5% para las mujeres y del 2.0% para los hombres. A pesar de esto, gran parte de su curso y correlación con otros factores, siguen siendo relativamente desconocidos, por ejemplo, en comparación con otros trastornos alimentarios como la anorexia nervosa y la bulimia nervosa. Un estudio de colaboración encontró que tanto los comportamientos por atracón, como el índice de masa corporal (IMC) están relacionados de manera independiente con las ideas suicidas y los intentos de suicidio entre adultos en Estados Unidos. (*BMC Psychiatry*. 2018; 18: 196)

La Dra. Kristal Lyn Brown, de la Virginia Commonwealth University School of Medicine, Richmond y sus colegas de la University of Michigan School of Public Health, Ann Arbor, informaron que el impulso para su estudio fue que la relación entre TA y el suicidio no se había examinado, aún en un estudio poblacional de adultos en los Estados Unidos. Además, a diferencia de otros trastornos de la conducta alimentaria, los pacientes con TA no usan conductas compensatorias o reparadoras, como el ejercicio excesivo o el abuso de laxantes, por lo que tienen un mayor riesgo de aumentar de peso y volverse obesos. Los autores examinaron tres hipótesis: 1) el TA está vinculado a una probabilidad elevada de suicidio; 2) El IMC está asociado con la probabilidad de suicidio de una manera no lineal y 3) la relación entre el TA y el suicidio se ve exacerbada por el IMC y cualquier diferencia por género.

Un tercio de los adultos fueron afectados

Los resultados del estudio se basaron en las Collaborative Psychiatric Epidemiologic Surveys de 2001-2003, un conjunto de tres encuestas domésticas transversales representativas a nivel nacional. (Los datos utilizados para el análisis están disponibles en [vínculo](#)) Los datos se limitaron a personas con datos completos sobre el IMC, el TA, el suicidio y la muestra inicial incluyó a 14,497 individuos. Si bien el IMC no explicó sustancialmente la asociación entre los atracones y el comportamiento suicida, hubo evidencia de que la tendencia suicida fue exacerbada por un IMC alto.

Un tercio de los adultos con TA tenían antecedentes de suicidio, en comparación con el 19% de los que no tenían dicho trastorno alimentario. El IMC se asoció con el suicidio de una manera curvilínea y esta relación se vio agravada por el atracón/TA.

Descubrir que el atracón/TA se asocia con el suicidio se hace eco de la literatura más amplia sobre los trastornos alimentarios y las comorbilidades psiquiátricas asociadas: casi un tercio de las mujeres con TA reportan antecedentes de ideas suicidas y el 15% informó haber intentado suicidarse (*Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: 714). Varios estudios han demostrado una relación entre los atracones y los trastornos del estado de ánimo, la búsqueda de novedades y la impulsividad, todos los cuales se ha relacionado con conductas suicidas. Los investigadores encontraron que la relación entre el IMC y los

pensamientos suicidas no difería según el género, a diferencia de los informes anteriores. En cuanto a la depresión, hubo una relación inversa entre el IMC y los intentos de suicidio entre los hombres, independientemente de la historia de depresión y una relación curvilínea entre las mujeres, con una mayor incidencia de intentos entre las personas con IMC bajo, en comparación con las mujeres de peso normal sin antecedentes de depresión.

La Dra. Brown y sus colegas esperan que sus hallazgos conduzcan a una integración cuidadosa de la atención psiquiátrica, en los programas de pérdida de peso para adultos con un historial de una conducta de comer compulsivamente.

TA y la adicción a la comida.

Casi todos los participantes en un estudio, tenían al menos una adicción leve a la comida.

No está claro cómo se relacionan el trastorno por atracón (TA) y el más reciente concepto de adicción a la comida. El TA es muy comúnmente evaluado por profesionales de la alimentación desordenada; adicción a la comida, algo menos frecuente. Una nueva herramienta, la *Yale Food Addiction Scale*, ha sido desarrollada para evaluar la adicción a la comida (Gearhardt y colegas, 2011). Esta escala mide cualidades adictivas de la conducta alimentaria. Recientemente, fue revisado para convertirse en la *YFAS 2.0*, ajustándose a los cambios en los criterios de diagnóstico del *DSM 5*. Carter y sus colegas (*Appetite*. 2019; 133:362) recientemente describieron los resultados de la medición de la adicción a la comida utilizando *YFAS 2.0*, en un grupo de personas con TA (n = 71) y controles (n = 79) En este estudio, los participantes completaron la *YFAS 2.0*, así como una entrevista *Eating Disorders Examination* (EDE, por sus siglas en inglés) para establecer un diagnóstico de trastorno alimentario.

Curiosamente, casi todos los participantes con TA en este estudio (en general, el 92%) obtuvieron una puntuación positiva de al menos una adicción a la comida leve, mientras que muy pocos de los controles, que no tenían un trastorno alimentario, admitieron los síntomas de adicción a la comida (solo el 6%). Entre las personas con TA y al menos puntuaciones moderadas de adicción a la comida, se observaron puntuaciones más altas en las subescalas EDE (excepto en la Restraint Subscale) y también se observaron indicaciones de mayores niveles de depresión y ansiedad.

Estos interesantes hallazgos, resaltan la frecuencia con la que la adicción a la comida puede estar presente en los individuos en entornos de trastornos alimentarios. Esto debería estimular un mayor interés en el uso de tales exámenes para aumentar la conciencia sobre la adicción a la comida, y a medida que aprendemos más sobre ésta, se puede influir en los enfoques de tratamiento.

Un comer desordenado en las mujeres de mediana edad y mayores

Una gran muestra noruega destaca un problema de salud comunitario a veces pasado por alto.

La alimentación desordenada, que surge de la insatisfacción corporal, la preocupación por el peso y los patrones disfuncionales de alimentación, en general se han descrito como problemas de los pacientes más jóvenes. Sin embargo, el hecho de que la alimentación desordenada puede ocurrir a cualquier edad, desde la infancia hasta los años avanzados, se ha visto reforzado en un estudio transversal de más de 90,000 mujeres noruegas de mediana edad (*PLoS ONE* [oi.org/10.1371/journal.pone.0211056](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211056))

Cuando la Dra. Marie Sigstad Lande y sus colegas de la Arctic University of Norway, Tromsø, analizaron la alimentación desordenada entre 90,592 mujeres de 46 y 76 años (edad promedio: 55 años) que habían completado cuestionarios del estudio Norwegian Women and Cancer 2002 a 2005, encontraron que la prevalencia de trastornos alimentarios era del 0.28% y esto era más alto entre las mujeres mayores de 66 años. La alimentación desordenada estaba fuertemente asociada con una historia de depresión, de desempleo y soltería. En este estudio, la depresión fue la más fuerte correlación con la alimentación desordenada: las mujeres con una alimentación desordenada, tenían tres veces más probabilidades de ser diagnosticadas con depresión. Las mujeres con trastornos alimentarios también tenían más probabilidades de reportar un bajo consumo de energía y menos probabilidades de ser moderadamente activas físicamente. Al igual que en estudios anteriores, la Dra. Lande y sus colegas encontraron que el grupo de más edad- mujeres de 66 a 76 años- tenían la prevalencia más alta de una alimentación desordenada.

Este estudio a gran escala confirma los hallazgos de estudios anteriores más pequeños que muestran que la alimentación desordenada puede surgir en la mediana edad y en la edad avanzada. Los autores sienten que su estudio "subraya un problema de salud comunitaria poco comunicada que necesita atención en términos de tratamiento y prevención específicos para la edad".

Un nuevo instrumento de prueba incluye medidas de preparación para el paciente y la familia.

En un estudio, los motivos y la cantidad de ejercicio fueron comparados entre pacientes y controles sanos.

El complejo recorrido de trastornos de la conducta alimentaria, marcado por la negativa a aceptar el tratamiento, la finalización prematura del mismo y la recaída, puede llevar a costos significativos de la atención médica. También hay poco consenso sobre los factores específicos en pacientes médicamente estables, que pueden indicar un tratamiento específico. Por ejemplo, ¿se debe tratar al paciente como paciente ambulatorio, en un tratamiento diurno o en un cuidado residencial?

La Short Treatment Allocation Tool for Eating Disorders (STATED, por sus siglas en inglés) es una nueva herramienta basada en la evidencia, la cual se desarrolló para ayudar a los pacientes con trastornos alimentarios a obtener la atención más apropiada y asequible (Geller et al., 2016) Josie Geller, MD, St. Paul's Hospital, Vancouver, Columbia Británica y sus colegas (*J Eat Disord.* 2018; 6:45), quienes desarrollaron el algoritmo STATED, usan tres factores del paciente para asignarle la atención específica: (1) estabilidad médica, (2) gravedad de los síntomas/interferencia en la vida y (3) disposición/compromiso para asignar a las personas a un nivel específico de atención. El instrumento STATED es similar a las directrices de la American Psychiatric Association, excepto que éste incluye una opción de tratamiento que se enfoca en la calidad de vida.

Encontrando participantes para el estudio

Los autores trataron de determinar qué tanto la asignación actual de pacientes a un nivel de atención, se alinea con las recomendaciones de STATED. Para encontrar participantes, cartas que describen el estudio de los autores se enviaron por correo electrónico a las listserv de trastornos alimentarios. Los profesionales de la salud que se auto-identificaron como proveedores de atención para jóvenes y/o adultos con trastornos de la conducta alimentaria, fueron elegibles para participar.

La mayoría de los profesionales de la salud que participaron en el estudio fueron psicólogos (n = 47), seguidos por médicos (n = 40), nutricionistas y dietistas registrados (n = 27) y terapeutas (n = 23). El treinta y siete por ciento de los participantes informó haber trabajado en centros con programas de

tratamiento intensivo, incluidos los programas para pacientes hospitalizados o residenciales. Más del 30% se relacionaban con centros de tratamiento ambulatorio que trabajan con un equipo o red más grande de trastornos alimentarios; otros trabajaban en una práctica afiliada a una institución académica.

Las correlaciones se encontraron en muchas áreas

La mayoría de las prácticas estaban de acuerdo o en alineación con las recomendaciones de STATED. Se consideró que los pacientes con una mala estabilidad médica eran más adecuados para el tratamiento de estabilización médica hospitalaria que para otras formas de atención menos intensivas; aquellas personas con síntomas más graves se consideraron más adecuadas para la atención en programas de día, para la hospitalización o para opciones de tratamiento residencial, así como aquellos enfocados en la calidad de vida. Los pacientes con índices de disposición más altos se consideraron más adecuados para las opciones de tratamiento centradas en la recuperación.

A pesar de las correlaciones en muchas áreas, los autores informaron altos niveles de inconsistencia, particularmente en la dimensión de disposición (58% para adultos y 6% para familias) Las posibles explicaciones para esto, incluyeron una falta de comprensión de las implicaciones de la baja disposición, la ausencia de medidas válidas y la falta de investigación sobre la disposición familiar. Otra posibilidad era la falta de alternativas de programas orientados a la acción, como la atención centrada en la calidad de vida de las personas muy enfermas, cuyos niveles de disposición eran muy bajos.

Mejorando la preparación para la atención

Un primer paso, según la Dra. Geller y sus colegas, sería ayudar a crear conciencia sobre la importancia de la disposición entre los pacientes y las familias. Entre los clínicos, mejorar el análisis de la disposición, mediante la capacitación de los colaboradores, ya que al mejorar ésta, implicaría brindar capacitación a los evaluadores, quienes podrían utilizar un estilo de entrevista colaborativa/motivacional para evaluar con precisión la disposición del paciente y la familia. Además, sería útil asegurarse de que esté disponible un menú de opciones de tratamiento, con pautas de programa claras para cada nivel de atención.

Preguntas y respuestas

P. Tenemos un problema inusual y esperamos que nos puedan ayudar. Una de nuestras pacientes, una mujer al final de sus 20 años, recientemente tuvo una cirugía bariátrica exitosa, pero poco después comenzó a hacerse daño y mostró pensamientos suicidas. Antes de su cirugía, ella era obesa y tenía antecedentes de trastorno por atracón (TA). Por supuesto, después de su cirugía, ya no era posible atracarse. (S.W., Charlottesville, NC)

A. Informes recientes han documentado un aumento en las conductas de autolesión después del bypass gástrico, que afecta a aproximadamente el 20% de las personas que se someten a esta cirugía (*Curr Opin Psychiatry*. 2016; 29: 340). La American Society for Metabolism and Bariatric Surgery estima que 228,000 personas se sometieron a una cirugía de bypass gástrico, en 2018.

La Dra. Louise Taekker y sus colegas de la University of Copenhagen informaron un caso muy similar al suyo (*J Eat Disord*. 2018; 6:24) Su caso involucró a un paciente de 24 años que participó en un proyecto de investigación, el estudio GO Bypass (*Cont Clin Trials Communications*. 2018; 10: 121), cuyo objetivo era identificar los factores que contribuyen a las variaciones en la pérdida de peso después de la cirugía gástrica. Los participantes del estudio GO fueron seguidos durante aproximadamente 2 años y se les vio en 5 puntos de tiempo después de la cirugía. En el momento de la cirugía, la mujer pesaba 101 kg (220 lb) y tenía un índice de masa corporal (IMC, kg/m²) de 37. Dieciocho meses después, había perdido 27 kg (59.5 lb) y tenía un IMC de 31.

Dieciocho meses después de la cirugía, durante una de las visitas de seguimiento, la paciente admitió

que había comenzado a cortarse en ambos antebrazos. Reveló que su relación de 7 años había terminado, por lo que la ruptura la llevó a una recaída en la depresión, seguida de dos intentos de suicidio. Un importante hallazgo en la evaluación psicosocial pre-quirúrgica fue el historial severo de AN y TA restrictivos de la mujer. La paciente tenía un alto grado de insatisfacción corporal, que la había molestado desde la infancia.

La paciente fue muy franca acerca de cómo su comportamiento de autolesión funcionó como un sustituto de los atracones, que ahora eran imposibles después del bypass gástrico. Si bien algunos han defendido que la transferencia de adicción, la adicción cruzada o la sustitución de síntomas pueden ser la causa subyacente de tal sustitución, los autores lo discuten porque "no hay evidencia de una justificación teórica de que problemas psicológicos no resueltos causen un comportamiento compulsivo tras otro". En su lugar, en este caso, los autores prefieren describir el comportamiento de su paciente desde una perspectiva de afrontamiento.

En su caso, la transferencia del atracón a las autolesiones podría deberse al trastorno alimentario de la paciente, que fue impulsado por un efecto negativo; en los últimos años, fue menos activo debido a su relación estable con su pareja. Cuando se rompió dicha relación, reaparecieron las dificultades de la mujer con la regulación emocional. Ahora, la paciente sustituyó rápidamente la forma autodestructiva de lidiar con sus emociones, sustituyendo con la autolesión, su atracón anterior.

Por lo tanto, también podría considerar la posibilidad de que su paciente haya sustituido la autolesión por atracones, en los que la dificultad para regular las emociones juega un papel central.

Los autores señalan que su caso es un claro ejemplo de la insuficiencia de simplemente medir la pérdida de peso y la ausencia de complicaciones físicas como criterios para una cirugía exitosa de bypass gástrico. Se requiere una evaluación psicosocial clínica previa a la cirugía con un seguimiento prolongado para pacientes vulnerables.

—SC

En el próximo número

Aspectos destacados del simposio de iaedp 2019 en Palm Desert: "Infundir pasión en el tratamiento y la recuperación".

Más

- **Vivir en la intersección entre los trastornos alimentarios y el embarazo**
- **Función alterada en TA y bulimia nerviosa: un estudio de fMRI en estado de reposo**
- **Síntomas y predisposición del trastorno alimentario en pacientes LGBT**
- **¿Se puede medir la recuperación de un trastorno alimentario con un cuestionario?**
- **Efectos del tratamiento sobre el ejercicio compulsivo en los trastornos alimentarios**

Y mucho más...

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com

