

---

# **Eating Disorders Review**

## **Marzo/Abril 2019**

### **Volumen 30, Número 2**

#### **Scott Crow, Editor en Jefe**

\*\*\*\*\*

---

## **Midiendo la recuperación**

### ***Un nuevo cuestionario busca definir la recuperación de un trastorno alimentario entre pacientes, familiares y médicos.***

Definir la recuperación de un trastorno alimentario es fundamental para fines de investigación clínica, la Dra. Rachel Bachner-Melman y colegas en el Ruppin Academic Center, Hebrew University of Jerusalem y la University of Haifa argumentó la importancia de las definiciones de resultados aceptadas; sin embargo, para llegar a las definiciones de consenso, se necesitan medidas útiles de recuperación potencial, definiendo los factores.

La Dra. Bachner-Melman y sus colegas describen los resultados de su estudio de 213 voluntarios utilizando un cuestionario multidimensional de 28 elementos, el *Eating Disorders Recovery Endorsement Questionnaire* o EDREQ (por sus siglas en inglés) que cubre las principales características de la recuperación de un trastorno alimentario (*Front Psychol.* 2018; 9: article 2456) El EDREQ es el perfeccionamiento de una lista de verificación de recuperación propuesta por Noordenbos y Sebring en 2006 (*Eat Disord.* 2006; 14:41), el cual fue redefinido después en 2012 por Emanuelli et al. (*Eur Eat Disord Rev.* 2012; 20:363)

La mayoría de los estudios de recuperación han usado un modelo médico que incluye síntomas físicos y de comportamiento; algunos, centrados en pacientes con anorexia nerviosa, han utilizado solo el índice de masa corporal. Sin embargo, el cuestionario de la autora, trató de evaluar la importancia que los participantes consideraron que cada uno de los 56 criterios tienen para la recuperación. Los participantes incluían a 118 pacientes con un diagnóstico de trastorno alimentario de por vida, 58 miembros saludables de familiares con pacientes con un trastorno alimentario y 37 clínicos del campo de desórdenes alimentarios. Todos los participantes también completaron el *ED-15*

(<http://doi.org/10.1002/eat.22430>)

### **Emergieron cuatro áreas.**

El análisis factorial exploratorio se utilizó para examinar la estructura del cuestionario y se identificaron 4 factores principales. El más popular fue Absence of Symptomatic Behavior. Seguido de Acceptance of Self and Body, Social and Emotional Connections y Physical Health. De acuerdo a los autores, los encuestados, por lo tanto, volvieron a confirmar que el modelo médico de la recuperación es ante todo una mejora de los síntomas, mientras que se da menos importancia a la salud física.

Los autores notaron que la versión original del cuestionario EDREQ contenía 56 ítems, pero el uso de los 7 ítems más fuertes en cada factor da una medida de solo 28 ítems. A pesar de esto, la versión de 28 ítems todavía tiene fuertes características psicométricas. La evaluación periódica de la recuperación durante la terapia y el seguimiento con el EDREQ, podrían proporcionar una medida de la recuperación de un trastorno alimentario, para su uso en estudios de investigación, monitoreo de resultados del programa

y seguimiento del progreso de la terapia en pacientes individuales. Los autores señalan que los resultados del estudio estaban limitados por el tamaño pequeño de las muestras y que los grupos clínicos y de pacientes con trastornos alimentarios eran mayoritariamente femeninos y, por lo tanto, se justifican los estudios más grandes que incluyen grupos más diversos.

---

## **Actualización: *Indicios tempranos para trastornos alimentarios posteriores.***

Hasta hace poco, había pocas formas de identificar a los niños en riesgo de desarrollar, en el futuro, trastornos de la conducta alimentaria. Ahora, resultados de un estudio reciente muestran que el índice de masa corporal y los patrones de crecimiento pueden dar a los pediatras, pistas útiles para los niños en riesgo. Un niño con un índice de masa corporal persistentemente bajo puede tener un mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa cuando llegue a la adolescencia. El estudio fue dado a conocer, recientemente, por la Dra. Nadia Micali, profesora y jefa de la División Psiquiátrica para Niños y Adolescentes del Geneva University Hospital y sus colegas en trastornos de la conducta alimentaria de la University of North Carolina. Según los investigadores, el patrón se puede observar desde los 2 años de edad para los niños y de 4, para las niñas. Una de las co-autoras, la Dra. Cynthia Bulik, Profesora distinguida en trastornos alimentarios, en la escuela de Medicina, en la University of North Carolina, hace notar que los clínicos deben estar particularmente alertas cuando un niño cae y permanece fuera de la curva de crecimiento durante la infancia. Además, agregó: "Lo mismo se aplica a los niños que exceden y permanecen por encima de la curva de crecimiento: su riesgo aumenta para otros trastornos de la alimentación, como la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón". Los autores también señalaron que su estudio destaca la necesidad de considerar también los factores de riesgo metabólicos, así como los elementos psicológicos, socioculturales y ambientales en el desarrollo de trastornos alimentarios. La diferencia es que los cambios en el peso corporal en la infancia, comienzan a surgir a una edad muy temprana, mucho antes de las presiones sociales por adelgazar o hacer dieta. Los resultados del estudio a largo plazo de los autores fue publicado en el *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (2018;doi:10.1016/jaac.2018.11.008)

---

## **Desde el escritorio.**

En este número, varios artículos señalan formas de mejorar el acceso de los pacientes a la atención, incluido un nuevo algoritmo que mide la preparación para el cambio, y programas web para alentar a los pacientes a ir más allá del diagnóstico inicial de un trastorno alimentario, para a la aceptación y la participación en el tratamiento.

Otro exitoso Simposio Anual de IAEDP ha concluido y los planes para el próximo ya están en camino, se llevará a cabo del 26 al 29 de marzo del 2020, en el Omni Orlando Resort en Champions Gate, Orlando, Florida. Ya está abierta la convocatoria para las propuestas del 2020.

### **Reconocimientos a miembros destacados de IAEDP**

Cinco miembros fueron seleccionados por sus contribuciones especiales a la organización. Felicidades:

**Miembro del año. - Jessica Baker, PhD, CEDS**

**Espíritu de iaedp. - Martha Womack, PhD**

**Reconocimiento especial. - Joel Jahraus, MD, FAED, CEDS**

**Certificación Honoraria. - Ralph Carson, PhD, RD, LD, CEDRD**

## Reconocimiento a la trayectoria. - Craig Johnson, PhD, FAED, CEDS

Fueron anunciados cuatro ganadores de becas del Simposio:

**Rachel Rose, MA** fue premiada con la beca **Christine Hartline**

**Emily Gaber, MS, NCC, LPC-IT** y **Alicia Jennerjohn, RDN, CD** recibieron la beca **Erin Riederer Foundation**

**Brooke Savage, RN**, recibió la beca **Richard (Dick) Wilson**

Finalmente, el ganador de "La imagen más allá de lo que ves", el Concurso de arte sobre Imagen Corporal fue el **Rogers Behavioral Health- FOCUS, del Programa Residencial para Adultos**, por su obra, "Chicos en vestidos".

—MKS

---

## Los efectos a largo plazo de la anorexia nervosa en la salud ósea

### *Los cambios fueron rastreados después de 5 y 10 años de recuperación.*

La interferencia con el desarrollo óseo y el alcanzar el pico máximo de masa ósea y de resistencia ósea máxima pueden tener efectos dramáticos en el desarrollo de la osteoporosis y el riesgo de fractura en el futuro. El desarrollo de un tratamiento efectivo ha demostrado ser muy difícil y aún sabemos muy poco sobre el curso a largo plazo, de la salud ósea entre quienes alguna vez tuvieron AN. Los resultados de un estudio longitudinal, que siguió a 41 adolescentes con AN, durante 5 y 10 años después de la recuperación, mostraron efectos negativos persistentes en la salud ósea (*J Adolesc Health*. 2019; 64:305)

Un equipo de investigadores australianos dirigido por Jessica Mumford, MBBS siguió a los participantes durante 5 (28 niñas) o 10 años (13 niñas) utilizando absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) del cuerpo total, la columna lumbar y el fémur proximal, y con tomografía computada cuantitativa periférica (pQCT, por sus siglas en inglés) en el radio y la tibia, junto con la bioquímica sérica, las mediciones físicas (altura, peso e índice de masa corporal) y los cuestionarios para pacientes, incluyendo el *Eating Disorder Examination Questionnaire* y un cuestionario personalizado para evaluar los antecedentes menstruales, de fracturas y de ejercicios. La pQCT es una modalidad de escaneo radiográfico que permite el análisis discreto de los compartimentos óseos corticales y trabecular.

La DXA de la composición corporal se realizó utilizando datos prospectivos (obtenidos en el diagnóstico inicial de AN) y a partir de los datos de seguimiento de 5 y 10 años. La edad promedio de referencia fue de 14.6 años, el índice de masa corporal promedio, o IMC ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ) fue de 16.6 y el porcentaje medio de grasa fue de 15.9%. En las citas de seguimiento, el IMC promedio fue de 21.2 ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) y el porcentaje de grasa fue de 30.5%. Al inicio del estudio, el peso corporal total de la cohorte, IMC, el porcentaje de grasa, fue inferior al de los controles. Si bien no hubo una reducción significativa en la densidad de masa ósea (DMO), la DMO en la parte superior de los brazos, el cuello femoral derecho (right femoral neck=RFN) y la columna vertebral se redujeron significativamente en la cohorte.

IMC y el peso corporal volvieron a valores saludables en las cohortes de 5 y 10 años; sin embargo, la salud ósea parecía estar deteriorada en comparación con los estándares normales, lo que sugiere que los

adolescentes con AN tienen un impacto en la salud ósea a largo plazo. La prevalencia de fracturas en la cohorte del estudio fue del 36%, similar al rango normal de entre el 30% y el 50% en la población femenina general. Sin embargo, entre los participantes del estudio, un subconjunto reportó de 4-6 fracturas, un número anormalmente alto.

Un hallazgo inesperado, según los autores, fue que el factor de crecimiento insulínico sérico (IGF-1, por sus siglas en inglés) mostró una fuerte correlación con la BMD. La IGF-1 es una hormona circulante que desempeña un papel crítico en el crecimiento de la niñez y se sabe que tiene efectos anabólicos en los adultos, a la vez que es un mediador primario de los efectos de la hormona del crecimiento. Estos son hallazgos importantes y preocupantes.

En la editorial de este mismo número, los Drs. Amy D. Divasta y Catherine M. Gordon of Boston Children's Hospital y Harvard medical School destacan que los resultados de este estudio, recuerdan una vez a los clínicos la importancia de ayudar a los adolescentes con trastornos alimentarios "ponerse en camino hacia la recuperación lo antes posible".

---

## ¿El yoga es benéfico para los pacientes con trastornos alimentarios?

### *Un estudio noruego investiga un área poco estudiada.*

¿Pueden sesiones regulares de yoga ser benéficas a los pacientes con trastornos alimentarios? EL psicólogo Kari Ebbesen Karlsen y colaboradores en la University of Norway, Helgeland Hospital y el Institute of Eating Disorders, ambos en Oslo, Norway, recientemente encontraron que las sesiones de yoga producen un efecto positivo en pacientes con bulimia nervosa (BN) y otros trastornos alimentarios no especificados (TANE) (*Int J Yoga*. 2018; 11:168)

Una pequeña (pero en crecimiento) literatura ha examinado los efectos de yoga y los trastornos de la conducta alimentaria, pero se ha enfocado principalmente en la AN. El Dr. Karlsen y sus colegas reportaron de los efectos del yoga para pacientes con BN o TANE (EDNOS, por sus siglas en inglés ha sido renombrado por el *DSM-5* OSFED, en sus siglas en inglés lo que significa Other Specified Feeding or Eating Disorder)

Para comprobar su teoría, los autores reclutaron participantes a través de anuncios en hospitales, algunos directos a los médicos, a los estudiantes de la University of Oslo y a los miembros de una organización noruega benéfica para pacientes con trastornos alimentarios ([www.iks.no](http://www.iks.no)) Los participantes fueron incluidos si eran mujeres, 18 años de edad o más con un diagnóstico de *DSM-IV* para BN o TANE, y sin una experiencia previa en yoga. Hubo 38 voluntarios.

Al comienzo de la prueba experimental, posterior a la prueba y a los 6 meses de seguimiento, se administró a todos los participantes el *Eating Disorder Examination Interview* (EDE, por sus siglas en inglés) y el *Eating Disorders Inventory-2* (EDI-2) Seis participantes estaban recibiendo psicoterapia durante el estudio y los autores clasificaron a estos pacientes en un grupo control (n=2) y en el grupo de intervención con yoga (n=4)

### **Las sesiones de yoga**

Las mujeres en el grupo de yoga recibieron sesiones de 90 minutos de Hatha yoga dirigidas por un experimentado y dedicado maestro de yoga (Dr. Karlsen) dos veces por semana, por 11 semanas. La clase comenzó con relajación y conciencia del cuerpo, seguido de diferentes ejercicios, como de respiración, meditación de concentración y un período de relajación más largo al final de la sesión.

Durante las clases, los participantes aprenden sobre la filosofía del yoga, específicamente que es una forma de actividad no competitiva y que necesitaban estar conscientes de sus límites físicos y mentales al realizar los ejercicios.

## Resultados

Al inicio del estudio, no hubo diferencias entre el grupo de intervención de yoga y los grupos de control. Los autores habían pronosticado una alta tasa de abandonos y al final del ensayo, este fue del 30% y aumentó al 37% a los 6 meses de seguimiento. El grupo de intervención mostró significativas reducciones en el *EDE global score*, el *EDE restraint subscale* y en la preocupación por comer, comparado a los grupos control. Estas diferencias se incrementaron a los 6 meses de seguimiento. No hubo, sin embargo, diferencias entre los dos grupos en el *EDI-2 score*.

## ¿Por qué el yoga puede tener efectos positivos para pacientes con trastornos alimentarios?

El efecto positivo del yoga puede ser debido a su efecto en la experiencia del paciente con su cuerpo, que puede ser especialmente efectivo para contrarrestar la insatisfacción corporal y el desarrollo subsiguiente de un trastorno alimentario. Es notable que los efectos positivos persistieron a los 6 meses de seguimiento. Los autores sugieren un estudio de los efectos comparativos del yoga y la psicoterapia, así como el estudio de los efectos aditivos. Este último enfoque parece ser el camino más probable, quizás en relación con el yoga, pero también una variedad de diferentes estrategias de tratamiento. (También ver "Preguntas y respuestas" en este mismo número)

---

## Porcentaje total de grasa corporal y el regreso de la menstruación en la anorexia nervosa

### *Una prueba simple fue útil para definir el regreso equilibrado de la menstruación.*

El regreso de la menstruación se ve comúnmente como un signo de mejora en la salud para personas con AN. Un equipo de clínicos de Israel, recientemente reportaron los resultados de un estudio que analiza, si el uso del porcentaje total de grasa (% TBF, por sus siglas en inglés), estimado con un análisis de bioimpedancia (BIA, por sus siglas en inglés), podría predecir con precisión el retorno de la menstruación. El estudio incluyó a 62 adolescentes mujeres hospitalizadas con anorexia nervosa (*J Adolesc Health*. 2019; 64:454) El Dr. Itay Tokatly Latzer y sus colegas encontraron la prueba como una forma segura y precisa para evaluar el regreso balanceado de los ciclos menstruales.

Todas las jóvenes adolescentes hospitalizadas en el centro médico de los autores de 2012-2017 fueron evaluadas por este estudio prospectivo longitudinal. Las participantes del estudio fueron analizadas con datos antropométricos, mediciones de grasa corporal utilizando BIA, pruebas hormonales, así como estudios médicos de rutina y ginecológicos. Sesenta y dos mujeres presentaron amenorrea secundaria y 29 continuaron con amenorrea, mientras que a 42 les regresó la menstruación durante la hospitalización.

### Características vistas al momento del alta

Algunas características surgieron al momento del alta. Por ejemplo, las mujeres que regresaron a una menstruación regular recuperaron significativamente más peso y tuvieron índices de masa corporal más altos, puntajes de desviación estándar del IMC, y %TBF que las mujeres que continuaron con amenorrea. De estos tres métodos, %TBF medido con BIA tuvo la relación más fuerte con el regreso de la menstruación y 21.2% representaron el mejor nivel de corte.

---

## Echando otro vistazo a la farmacoterapia para la

# **anorexia nervosa**

## ***Un estudio de múltiples sitios mostro resultados prometedores.***

La rehabilitación nutricional y la psicoterapia son los pilares del tratamiento de la anorexia nervosa (AN). En contraste, se considera que los medicamentos tienen poco valor en la anorexia nerviosa, ya sea para el tratamiento agudo o para prevenir la recaída. Se han probado una gran cantidad de medicamentos y la mayoría ha mostrado pocos beneficios.

Investigaciones recientes han examinado la eficacia de los antipsicóticos atípicos, en particular la olanzapina, para la anorexia nerviosa, y esta literatura es variada. Algunos estudios han sugerido que estos agentes son beneficiosos para el aumento de peso o efectivos contra las variables psicológicas, como la obsesividad, mientras que otros no lo hacen. En un gran estudio reciente, Attia y colegas (Attia, et al., *American Journal of Psychiatry*: doi: 10.1176/appi.ajp.2018.18101125) arrojó más luz sobre este tema.

### **Un ensayo controlado de 16 semanas con olanzapina**

En este estudio de múltiples sitios, 152 individuos con anorexia nervosa recibieron olanzapina o un placebo por 16 semanas. Los resultados mostraron una mayor ganancia de peso con la olanzapina, lo que equivale a aproximadamente 1 libra por mes, más de restauración de peso en el grupo de olanzapina. No hubo evidencia de cambios en otras variables psicológicas relevantes. En particular, mejoras en la obsesividad (ver otros estudios de tratamiento) no fueron observados. La alteración metabólica a menudo informada con antipsicóticos atípicos no se observó en esta muestra.

Este es un importante estudio, con muchas fortalezas. Para un estudio de AN, la muestra fue muy grande. Además, fue estudio en múltiples centros de facilidades ambulatorias. Muchos estudios de medicamentos para trastornos de la alimentación son tan breves que no reflejan el uso clínico común (por ejemplo, un ensayo de 8 semanas es común en la literatura sobre la bulimia nervosa) Un estudio de 16 semanas, en este caso, es mucho más realista.

Uno hubiera esperado ver cambios cognitivos con el tratamiento con olanzapina. Ciertamente, parece plausible que el papel principal de los medicamentos en el tratamiento de la anorexia nerviosa, pueda influir indirectamente en la recuperación del peso al actuar directamente en las variables cognitivas relacionadas, como la obsesividad, la rigidez cognitiva y la ansiedad, etc., sin embargo, no se ha visto evidencia de esto aquí. Sin embargo, los resultados de este estudio deben revitalizar el interés en la farmacoterapia para las personas con AN.

---

## **Dos programas basados en la red tienen por objetivo ayudar a mejorar la asistencia y a los cuidadores**

### ***Los primeros resultados están mezclados, pero esperanzadores.***

La Red ha brindado información y educación a los hogares y oficinas alrededor del mundo. Dos nuevos programas basados en la red, en Alemania y el Reino Unido, han buscado mejorar el seguimiento de los pacientes para brindar información y apoyo a los cuidadores y pacientes con anorexia nerviosa (AN)

### **El programa MotivATE**

En el Reino Unido, hasta un tercio de los referidos para tratamiento psicológico no van más allá del

diagnóstico inicial (*Psychiatr Bull.* 2018; 33:26) Para estudiar más a fondo, un equipo de investigación de la Bournemouth University y el NHS Foundation Trust, Poole, Reino Unido, diseñó un programa totalmente automatizado basado en la web, MotivATE, para aumentar la aceptación del tratamiento.

Los autores notan muchas razones por las cuales una persona puede no seguir una referencia inicial para el tratamiento, incluida la ambivalencia sobre el cambio, la negación de la enfermedad, la percepción de la pérdida de control sobre la vida y las opciones, lo que lleva a un enfoque pasivo del tratamiento y la recuperación, así como experiencias negativas anteriores en ámbitos médicos, entre otros. MotivATE fue diseñado para abordar algunas de estas barreras de los pacientes mediante el uso de información, herramientas de motivación, actividades interactivas e historias de vida de otras personas con trastornos alimentarios.

## **El diseño**

La investigación se realizó utilizando un estudio controlado aleatorio de dos brazos con consentimiento único de Zelen. (Un diseño de consentimiento aleatorio de Zelen involucra a participantes aleatorios del estudio antes del consentimiento y luego solo se recopila el consentimiento de aquellos en condición activa) Todas las referencias de adultos a la Kimmeridge Court Eating Disorders service I Dorset UK, de octubre 24, 2016 a octubre 23, 2017 se identificaron para su posible inclusión en el estudio. Un total de 313 participantes tomaron parte en el estudio; 156 (49.8%) fueron asignados al azar para el tratamiento como de costumbre y 157 (50.2%) se asignaron aleatoriamente para recibir la oferta adicional para acceder al programa MotivATE.

Los resultados fueron mixtos. En general, la aceptación de las evaluaciones fue baja y los que fueron asignados al azar a MotivATE no tenían más probabilidades de dar el siguiente paso, pasando a la evaluación. Sin embargo, aquellos que realmente se tomaron el tiempo para registrarse en línea con MotivATE son aproximadamente 9 veces más propensos a seguir adelante. Una posible interpretación es que tales intervenciones podrían ser útiles cuando se usan, pero como se emplean actualmente, no es muy probable que las personas las utilicen.

## **Una intervención diseñada para ayudar a los cuidadores.**

Los cuidadores de personas con AN a menudo pueden ser fundamentales para la recuperación, aunque a menudo reportan altos niveles de angustia, culpa y conocimientos insuficientes para ayudar a sus seres queridos. Actualmente, un grupo está reclutando cuidadores para un programa basado en la red, dirigido a aquellos que cuidan a personas con AN (*Internet Interventions.* 2019; 16:76)

La Dra. Lucy Spencer y sus colegas en el Kings's College, London, y el London School of Economics, el Maudsley Foundation y la University of Dresden, Dresden, Germany, así como el Institut fur Biometrie und Klinische Forschung, Munster, Germany, han diseñado un ensayo controlado aleatorio de varios países, dos o tres países, que comparan tres programas basados en la web. Los programas son: (1) We Can (con soporte de mensajes clínicos), (2) guía terapéutica We Can-Ind (con soporte moderado de chat para cuidadores) y (3) guiado por pares We Can-Forum (foro de soporte en línea únicamente). Los investigadores siguen reclutando participantes.

En cada una de las tres condiciones, realizadas durante las 12 semanas, los cuidadores tendrán acceso a 8 módulos en línea, dándose a conocer uno nuevo, una semana después de la finalización del anterior. Los cuidadores también tendrán acceso a un foro en línea moderado, donde podrán comunicarse con otros participantes durante y después de la intervención.

El estudio reclutará a 303 miembros de la familia y amigos, quienes cuidan de adultos o adolescentes mayores de 16 años de edad con AN. Un miembro de la familia será elegido para participar. Cuando sea posible, las personas con AN atendidas por estos cuidadores, también serán reclutadas en el estudio para evaluar si la participación en We Can está asociada con cambios en los síntomas del trastorno alimentario

o con la experiencia de recibir atención. Los participantes completarán una serie de cuestionarios de auto-evaluación antes de que comience la intervención, luego a las 4 semanas, 3, 6 y 12 meses después de la asignación aleatoria. Las variables de primarias de resultado se incluyen los síntomas de ansiedad y depresión del cuidador; las variables secundarias se medirán tanto en los cuidadores, como en los pacientes e incluyen los síntomas del trastorno alimentario y los síntomas del consumo de alcohol y drogas, así como la calidad de vida y el comportamiento del cuidador.

Estos estudios demuestran algunas de las diversas formas en que la tecnología podría ayudar a respaldar el tratamiento de los trastornos de la alimentación.

---

## Comparando el atracón objetivo y subjetivo

### ***Una combinación de estos dos tipos de atracón lleva a índices de masa corporal más altos.***

Los episodios de atracones objetivos (OBE, por sus siglas en inglés) están entre los criterios diagnósticos centrales para la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón y también pueden ocurrir en personas con anorexia nerviosa (AN) (Casualmente, la abreviatura OBE se acuñó en el EDE para significar "episodio bulímico objetivo) La quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* define episodios OBE como una sensación de pérdida de control sobre la alimentación en un marco de tiempo específico, durante el cual la cantidad de alimentos consumidos es definitivamente mayor que la que la mayoría de las personas comería en circunstancias similares. La cantidad definitivamente grande de alimentos no solo está sujeta a un juicio clínico, sino que también excluye la otra forma de atracón, el atracón subjetivo (SBE, por sus siglas en inglés) SBE también está estrechamente relacionada con un OBE que es una experiencia común entre muchas personas con trastornos alimentarios y en la población general.

La Dra. Natalie Li y sus colegas de la Western Sydney University, Penrith, New South Wales y Macquarie University, también en Sydney, recientemente compararon los perfiles sociodemográficos y la carga de OBE contra el SBE en una encuesta poblacional de 3028 hombres y mujeres adultos (*BMJ Open* 2019;9e024227; doi:10.1136/bmjopen-2018-024227) Los investigadores australianos intentaron determinar si existen diferencias en los perfiles sociodemográficos, como la edad, el sexo, el nivel educativo y los niveles de angustia sobre los trastornos por atracones, la sobrevaluación y la calidad de vida relacionada con la salud entre los tres grupos de estudio. Los grupos incluían a personas con OBE recurrentes solamente, a personas con sólo SBE y aquellos con una combinación entre estos dos tipos de atracones. Los autores también plantearon la hipótesis de que, si bien no habría diferencias en el resultado con ninguno de los tipos de atracones, aquellas personas que tenían formas de SBE y OBE combinadas tendrían resultados más pobres que aquellas con cualquiera de los dos tipos de atracones.

Los autores señalan que, la World Health Organization, ahora reconoce el potencial significado clínico de la SBE y ha eliminado el requisito esencial para que un atracón sea grande en el *Internacional Classification Diseases (ICD)* para el TA. En los criterios propuestos del ICD-11, un episodio de atracón compulsivo se considera "un período de tiempo distinto durante el cual, el individuo experimenta una pérdida subjetiva de control sobre la manera de comer, la que notablemente es más o de forma diferente a la habitual, sintiéndose incapaz de dejar de comer o limitar la cantidad de comida consumida ". El estudio usa datos recolectados en el 2016 en la Health Omnibus Survey, la cual involucra entrevistas cara a cara realizadas anualmente en South Australia.

### **Los resultados del estudio**

La Dra. Li y sus colegas encontraron similitudes significativas entre los grupos de OBE y SBE en todas las medidas, lo que respaldó una investigación previa que indica que la SBE está asociada con consecuencias



similares para la salud y psicopatología relacionada con la alimentación, tal como reconoció el DSM-5 del OBE.

Un área que los investigadores evaluaron fueron los perfiles demográficos de los grupos de estudio. Los participantes de los grupos SBE y OBE eran similares en edad, pero los del grupo que no padecían atracones tenían un promedio de 7 y 10 años más que los de los grupos OBE y SBE, un hallazgo que difería de los estudios anteriores. ¿Se debió esto a un tamaño de muestra más pequeño en estudios anteriores o al hecho de que el atracón puede afectar desproporcionadamente a las personas más jóvenes? No hubo efecto marcado por género. Además, no hubo diferencias significativas por el nivel educativo alcanzado o la calidad de vida.

En cuanto al índice de masa corporal, (IMC), no se mostraron diferencias significativas entre los grupos de OBE y SBE, lo cual fue sorprendente porque los comportamientos en los dos grupos diferían según la cantidad de alimentos consumidos. Como se esperaba, se encontró que los participantes en el grupo combinado tenían IMC significativamente más alto que los participantes que solo informaron una forma de atracón. Las personas que reportaron ambos tipos de atracones, en general, tuvieron los resultados más pobres en medidas relacionadas con la salud, como el IMC, la calidad de vida y la sobrevaluación. Los autores ponderaron sobre si los que informaron OBE y SBE (2,5% de los participantes del estudio) participaron en atracones más frecuentes, un factor que justifica un estudio adicional.

Un último hallazgo de la nota: las diferencias de género en atracones no se observaron en esta muestra comunitaria. Esto sostiene que la disparidad típica de género en quienes reciben tratamiento para el trastorno por atracón refleja, en gran medida, los factores que afectan la búsqueda de casos y de atención, en lugar de la verdadera variación en la prevalencia.

---

## **Adecuación de pacientes a la atención más adecuada y rentable**

### ***Se ha diseñado un algoritmo para evaluar la disposición al cambio.***

El tratamiento del trastorno alimentario ocurre en una variedad de ambientes y determinar el nivel apropiado de atención es una decisión clínica clave. Las pautas de tratamiento y (en algunos entornos de salud) las decisiones del asegurador juegan un papel en la toma de esta determinación. Un enfoque de algoritmo alternativo, The Short Treatment Allocation Tool for Eating Disorders (STATED), fue recientemente probado en un estudio a 179 profesionales del cuidado de la salud (*J Eat Disord.* 2018; 6:45)

El algoritmo STATED utiliza tres dimensiones del paciente, la estabilidad médica, la gravedad de los síntomas/la interferencia en la vida, así como la disposición/compromiso al tratamiento, para asignar el nivel de atención a los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. La *estabilidad médica*, definida como el riesgo inmediato del paciente, es la única información necesaria para determinar si un paciente debe ser hospitalizado, mientras que la *gravedad de los síntomas* se utiliza para determinar si un paciente necesita un mayor grado de atención, como día, residencial o tratamiento hospitalario o tratamiento ambulatorio con apoyo hospitalario. La *disposición al cambio* se utiliza para determinar opciones de tratamiento más altas o más bajas y el enfoque del tratamiento. De hecho, la inclusión de la disposición al cambio como un componente principal del algoritmo STATED, se agregó después de 20 años de investigación que mostraron la importancia de ésta para el cambio y el papel que desempeña en la predicción de la mejora de los síntomas.

La Dra. Josie Geller y sus colegas del Programa de Trastornos Alimentarios, del Hospital St. Paul y la Universidad de Columbia Británica, Vancouver, señalaron que la concordancia entre las decisiones clínicas tomadas y los resultados del STATED era generalmente alta, especialmente para la estabilidad médica. La mayor discordancia se produjo entre la toma de decisiones clínicas y el STATED, en cuanto a la disposición para el cambio. Cuando se utilizó un sistema de codificación estricto, se detectaron altos niveles de inconsistencia en la disposición al cambio; esto afectó al 58% de los pacientes y al 66% de las familias. Las posibles explicaciones incluyen una falta de comprensión de las implicaciones de la baja disposición al cambio y la ausencia de medidas de disponibilidad validadas, como la falta de alternativas al tratamiento orientado a la acción, por ejemplo, la calidad de vida de las personas que están muy enfermas.

### **Mejorando la disposición al cambio**

Los autores argumentan que muchos pacientes y familias necesitan ayuda para comprender que el tratamiento orientado a la acción no es útil cuando el paciente y su familia no se ven a sí mismos como teniendo un problema (definido como baja preparación). Un posible paso para ayudar a los médicos a mejorar la evaluación de la disposición al cambio del paciente es capacitar a los evaluadores para que utilicen un estilo de entrevista colaborativa/motivacional. Otro paso útil sería proporcionar pautas claras del programa con características para cada nivel de atención. Finalmente, los investigadores canadienses sugieren que tales pautas podrían facilitar la comunicación entre pacientes, clínicos y cuidadores.

---

## **Preguntas y respuestas**

### **Yoga: ¿útil en el tratamiento de los trastornos alimentarios?**

**P.** He leído muchos artículos sobre los beneficios del ejercicio moderado y supervisado para pacientes con trastornos de la alimentación. Uno de mis pacientes, que tiene un historial de bulimia nerviosa, ha preguntado acerca de unirse a una clase de yoga local, la cual se reúne una vez por semana. No he visto mucho en la literatura sobre este tema. ¿Me pueden ayudar? (SLW, Houston)

**R.** Es cierto que poco se ha escrito sobre el yoga y sus efectos en el tratamiento de pacientes con trastornos de la alimentación. En un estudio publicado recientemente (*Complement Ther Med.* 2019; 42:145), T. Ostermann y sus colegas reportaron buenos resultados en el informe de su caso de una paciente de 38 años con anorexia nerviosa y varios diagnósticos psicósomáticos en su historial médico. La paciente informó que el yoga "recuperó el contacto con el alma" que había perdido y, como resultado de las clases de yoga, encontró acceso a su cuerpo y necesidades, ayudándola también a lidiar con sus experiencias traumáticas. Ella también tuvo cambios en su actitud con respecto a su estómago durante el tratamiento para su anorexia. Los autores consideran que el informe confirma el efecto positivo que puede tener el yoga en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. También sugieren que es importante tener en cuenta la influencia de las comorbilidades individuales del paciente, que suele ocurrir con trastornos alimentarios.

Un estudio anterior exploró los efectos de las sesiones de yoga en un centro residencial con 16 camas para desórdenes alimentarios (*Eat Disord.* 2017; 25:37). En este estudio realizado por C.R. Packanowski, de la University of Delaware et al., 20 de las 38 personas que participaron en el estudio recibieron 1 hora de yoga antes de la cena durante 5 días. Las clases de yoga terapéuticas se impartieron durante 1 hora durante el período de intervención de 5 días, inmediatamente antes de la cena, por maestros de yoga capacitados con una sensibilidad por los trastornos alimentarios. El entrenamiento para esta secuencia sucedió en 3 niveles: instrucción individual en grupo, una versión grabada de posturas seleccionadas para una referencia y una secuencia escrita. Cada clase comenzó estando de pie, para encontrar a los clientes

en un estado de ansiedad elevado, para ir reduciéndolo con las posturas sucesivas. Las posturas variaron, por ejemplo, dependiendo del tamaño de la clase y los problemas emocionales que surgieran durante la misma.

El Dr. Packanowski y sus colegas reportaron que los clientes residenciales con trastornos alimentarios mostraron, significativamente, afectos negativos bajos antes de la cena cuando tomaron una clase de yoga diseñada para enfocarse en los síntomas del trastorno alimentario comparado con el grupo que recibía la atención usual (n=18). Los hallazgos fueron particularmente notables, según los autores, ya que los clientes solo participaron en 5 clases de yoga de una hora. Un mayor estado de ánimo negativo está relacionado con síntomas de trastornos alimentarios más deficientes en las comidas, como lo demuestra Ranzenhofer et al. (*Appetite*. 2013; 68:30) y Steinglass et al. (*Appetite*. 2010; 55:244)

Estos resultados sugieren que su paciente podría beneficiarse de la participación en una clase de yoga, aunque "yoga" en estos informes puede no ser representativo de todas las clases de éste. Más investigación nos brindará, indudablemente, más información en esta prometedora adición al tratamiento de los trastornos alimentarios. (También ver "Es el yoga benéfico para los pacientes con trastornos alimentarios" en este mismo número)

---

## En el próximo número

- Lo más destacado de la Conferencia internacional sobre trastornos alimentarios en la ciudad de Nueva York, del 16 al 19 de marzo, 2019.

### Además

- Atracón en adultos con diabetes Tipo 1.
- Alimentación desordenada, violencia de pareja y trastorno de estrés postraumático en mujeres veteranas.
- Patrones de regulación de emociones relacionados con el género.
- La autocompasión, la insatisfacción corporal y la alimentación desordenada.
- ¿Es el feminismo un factor de motivación en la recuperación?

Y mucho más...

---

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

---

**IAEDP**

[www.EatingDisordersReview.com](http://www.EatingDisordersReview.com)