
Eating Disorders Review

Mayo/Junio 2020

Volumen 31, Número 3

Scott Crow, Editor en Jefe

Más del COVID-19

A mediados de mayo, el número de casos de coronavirus en todo el mundo fue de 4.887.486, con 319.943 muertes. Mejores noticias: hasta la fecha, casi 2 millones de personas se han recuperado.

Todos los aspectos de la vida han sido impactados por COVID-19. Esto incluye proporcionar tratamiento para aquellos que tienen trastornos alimentarios. El modelo actual predice impactos continuos o recurrentes de esta pandemia en los próximos dos años (por ejemplo, véase Kissler et al, *Science*. 10.1126/science.abb5793 (2020) Por esta razón, tiene sentido aprender de la forma en que la pandemia ha impactado a algunas de las regiones afectadas más tempranamente, a fin de planificar la evolución de los enfoques de tratamiento.

Tal vez el primer informe provenga de un documento preliminar de Davis y sus colegas sobre la experiencia en Singapur (*J Adolesc Health*.

<https://doi.org/10.1016/j.jadolhealth.2020.03.037>) Este documento describe la experiencia de un servicio que proporciona atención para trastornos alimentarios, tanto hospitalaria como ambulatoria, a los menores de 16 años.

Las adaptaciones han incluido la dotación de personal "modular" a proveedores dedicados a los pacientes hospitalizados, en lugar de atravesar los niveles de atención; la readaptación del personal a nuevas funciones y un mayor uso de la telesalud. Se han observado altos niveles de estrés para los miembros del personal, incluso entre aquellos que no cuidan directamente a las personas con COVID 19.

Singapur se vio afectado por la pandemia antes que muchas otras partes del mundo, por lo que este informe ofrece una mirada útil hacia adelante.

Los TCA pueden empeorar o recaer durante una cuarentena

Riccardo Dalle Grave, MD, director del Department of Eating and Weight Disorders en Villa Garda Hospital en Italia, recientemente señaló que las personas con trastornos de la alimentación están en alto riesgo de recaída o la gravedad de sus trastornos puede empeorar debido a la infección, los efectos de la cuarentena y la escasez de tratamientos psicológicos y psiquiátricos adecuados. Su país de origen, Italia, ha tenido una tasa de mortalidad particularmente alta: hasta ahora, 31.763 muertes y 224.760 casos de coronavirus.

Según el Dr. Dalle Grave, los temores de los pacientes a la infección tienden a aumentar los esfuerzos para no perder el control mediante el uso de restricciones dietéticas u otras medidas extremas de control de peso o recurriendo a episodios de atracón. Algunos elementos específicos de una cuarentena, como la separación de otros y la restricción del movimiento, pueden contribuir al mantenimiento de la psicopatología del trastorno alimentario. Por ejemplo, la posibilidad limitada de caminar y hacer ejercicio

normalmente puede aumentar el temor del paciente a aumentar de peso, lo que puede acentuar la restricción dietética. Un mayor acceso de lo normal al abastecimiento de alimentos, puede desencadenar episodios de atracones.

Con algunas adaptaciones, la tecnología en línea puede mantener la entrega de tratamiento psicológico ambulatorio, dice el Dr. Dalla Grave. Señaló que en los próximos días el grupo de entrenamiento de la terapia cognitiva conductual mejorada (CBT-E) (ver artículo en otra parte de este número) está programado para dar a conocer sugerencias específicas para la entrega del tratamiento en línea y para ayudar a los pacientes con trastornos alimentarios a hacer frente a la ansiedad asociada con los temores a la infección y los efectos de estar en cuarentena.

Efectos adversos en la población con TCA

En un editorial en el *Journal of Eating Disorders* (2020.8:19), Drs. Stephen Touyz, Hubert Lacey y Phillipa Hay plantearon preguntas sobre el impacto adverso que COVID-19 puede tener en la población con trastornos alimentarios. Por ejemplo, a corto plazo, ¿deberían las personas que están desnutridas y que tienen una función cardiovascular comprometida ser admitidas para recibir atención hospitalaria? Y, ¿disminuirá el número de admisiones durante la pandemia? O, debido a los temores de transmisión en la comunidad, ¿habría una mayor sensación de seguridad con la admisión a un programa de trastornos alimentarios, aumentando los ingresos y una mayor demanda en estas instalaciones? Y qué hay de los programas de hospital de día para los pacientes con TCA durante la pandemia? Aunque los programas de grupo dirigidos a través de videoconferencia son eficaces, la adaptación de éstos a medio día y día completo aún no se ha investigado. Según los autores, se necesitan urgentemente formas en línea y alternativas para brindar atención, desde una breve TCC guiada hasta una atención más completa.

El Dr. Touyz y sus colegas también señalan a las personas con bulimia nervosa y trastorno por atracón, que ahora están en casa las 24 horas del día, los siete días de la semana, sin escapar de la comida, y sólo formas limitadas de salir de casa para comprar alimentos. El consumo excesivo de alimentos en la casa cuando la reposición es problemática, puede provocar más conflictos familiares, excitación emocional, depresión y ansiedad e incluso el riesgo de un mayor daño autoinfligido.

"Tanto las consecuencias a largo como a corto plazo de tener un trastorno alimentario y COVID-19 simultáneamente son aún desconocidas y con el tiempo se harán más evidentes", escriben los autores. La situación exige el rápido desarrollo de un registro de comentarios, protocolos, historiales de casos, revisiones pertinentes de la literatura, así como documentos empíricos sobre el tema.

Telesalud y cobertura del seguro

Por último, otra cuestión, planteada por Lauren Muhlheim, PsyD, CEDS, es la cuestión de la cobertura de seguro de salud para los servicios de telesalud. Aunque muchos estados y empresas han anunciado la cobertura de telesalud para los servicios de salud conductual, la pregunta general sigue sin respuesta.

Según el sitio web, *Medicare.gov*, Los servicios de telesalud de Medicare incluyen visitas al consultorio, psicoterapia, consultas y ciertos otros servicios médicos o de salud proporcionados por un proveedor elegible que utilizan un sistema interactivo de telecomunicaciones bidireccional (como audio y video en tiempo real). A partir de 2020, los Planes Medicare Advantage pueden ofrecer más beneficios de telesalud que el Medicare original. Estos beneficios pueden estar disponibles en una variedad de lugares, y los pacientes pueden usarlos en casa en lugar de ir a un centro de atención médica.

Medicare hizo estos cambios en la telesalud en 2019:

- Los servicios de telesalud de Medicare están disponibles en los centros de diálisis renal y en el hogar.

- Los pacientes pueden obtener servicios de telesalud de Medicare para un diagnóstico, una evaluación o un tratamiento más rápido de los síntomas de un derrame cerebral agudo, sin importar dónde vivan.
- Si un paciente está siendo tratado por un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, puede recibir servicios de telesalud de Medicare desde su casa.
- Medicare también cubre las revisiones virtuales y las visitas electrónicas.

—Scott Crow, MD, Editor Médico

ACTUALIZACIÓN: Un beneficio de Medicare para aquellos con TCA

Hasta hace muy poco, Medicare no cubría los programas y servicios que utilizaban contactos telefónicos remotos solo en audio. Ahora los Centros para Medicaid y Medicare han ampliado la cobertura de Medicare para garantizar que los servicios telefónicos, solo de audio, estén cubiertos durante la crisis COVID-19. Esto ayudará a muchos pacientes con trastornos alimentarios que no tienen acceso a videoconferencias o que no pueden usar la tecnología existente. La decisión fue aplaudida por la Eating Disorders Coalition for Research, Policy & Action (EDC), una organización federal en defensa de los trastornos alimentarios con sede en Washington, DC. La EDC, en colaboración con otras 86 organizaciones, ha enviado cartas a Alex Azar, actualmente el Secretary of Health and Human Services, y a Seema Verma, Administrator for Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), abogando por la cobertura de Medicare de los servicios de telesalud en audio. El requisito de videoconferencia se eximió a través de la Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security (CARES) Act. Las regulaciones anteriores restringieron el acceso a los servicios de telesalud a tecnologías con capacidad de videoconferencia.

Desde el escritorio

Cuando se cancela una conferencia anual

COVID-19 nos ha presentado serios desafíos a todos. A veces, estos graves desafíos médicos pueden conducir a mejores maneras de prestar atención médica, arrojando una nueva luz sobre problemas antiguos que se han pasado por alto o que nunca fueron mejorados.

Muchas felicidades para iaedp, para nuestra editora y para la Directora Ejecutiva Bonnie Harken y sus asociados, que superaron un enorme desafío al enfrentarse a la cancelación de la Conferencia Anual 2020 de la IAEDP en Orlando debido al coronavirus. La conferencia fue cancelada unas pocas semanas antes de que se llevara a cabo. Un año de extensa planificación, programación de oradores y cursos básicos, y las inscripciones parecían haberse perdido. Hubiera sido fácil simplemente cancelar la conferencia y reprogramarla para 2021. En cambio, Bonnie y sus compañeros de trabajo utilizaron la más moderna tecnología para hacernos llegar la conferencia, los oradores e incluso los exhibidores a través de presentaciones virtuales.

Al visitar "El Simposio Virtual 2020", la conferencia está a solo unas pocas teclas de distancia y quienes tomen los cursos básicos para obtener créditos pueden hacerlo desde la comodidad de su hogar y su teclado (para los inscritos en la conferencia, véase

<https://gateway.on24.com/wcc/gateway/eliteIAEDP/2266259> y para obtener más información, visite el sitio web de la asociación, www.iaedp.com) Esto permite a los miembros y solicitantes de registro tomar sus cursos en línea, escuchar y ver a los oradores y asistir a la conferencia a su conveniencia en su lugar preferido. Busque los aspectos destacados de la conferencia virtual en la edición de julio-agosto.

Niños y adolescentes tratados por trastornos alimentarios: ¿Cuántos buscan tratamiento cuando son adultos?

Una variedad de factores entra en juego en la decisión.

Después del tratamiento, la mayoría de los niños y adolescentes tratados por trastornos alimentarios tienen una mejoría clínicamente significativa de sus síntomas y muchos no encuentran la necesidad de buscar más atención con el tiempo. Sin embargo, como adultos, algunos otros pacientes siguen teniendo síntomas como bajo peso, atracones y purgas, así como episodios de depresión. Un equipo de investigadores en el Maudsley National Health Service, London, encontró que una proporción considerable de pacientes jóvenes siguen teniendo síntomas pero no buscan tratamiento, a pesar de necesitar más atención como adultos. Debido a la falta de investigación sobre este tema, la Dra. Jessica McClelland y sus compañeros de trabajo diseñaron un estudio para seguir a los jóvenes tratados en su centro de trastornos alimentarios que luego fueron dados de alta de su hospital. Uno de los objetivos era descubrir las características de los jóvenes que no buscaban más tratamiento (*BrPsych Open.* 2020; 6, e37)

El equipo de investigación utilizó una revisión de los registros de uso del servicio para los niños y adolescentes tratados en el Maudsley Centre for Children and Adolescents de 2009 a 2014. Los detalles del tratamiento del paciente incluían el tipo de entorno de tratamiento, como el tratamiento ambulatorio, hospitalario o diurno, la duración del tratamiento y la asistencia. Se registró el índice de masa corporal en la primera evaluación y en el momento del alta del tratamiento. Los participantes completaron una serie de cuestionarios, incluyendo el *Eating Disorder Examination Questionnaire*, el *Mood and Feelings Questionnaire*, el Child-rated version of the *Screen for Child Anxiety Disorders (SCARED)*, y el *Obsessive-Compulsive Inventory (OCI)*, entre otros.

Un total de 322 antiguos pacientes fueron elegidos para el estudio. Dos tercios de los sujetos no habían tenido contacto con los servicios de salud mental. Alrededor del 20% de los jóvenes vistos en el Maudsley Centre tenía un tratamiento hospitalario; 7% fueron referidos al tratamiento de trastornos alimentarios por adultos o referidos a otros centros de tratamiento tras el alta. Un poco más del 68% de los pacientes originales no recibieron más tratamiento de salud mental como adultos jóvenes, según los autores. Aunque el 13% recibió un tratamiento breve para trastornos alimentarios en su juventud, el 10% recibió un tratamiento más intensivo para su trastorno alimentario.

¿Qué factores llevaron a los antiguos pacientes a buscar tratamiento durante la edad adulta?

Varios factores anteriores incitaron a los antiguos pacientes a buscar tratamiento en la edad adulta. Entre ellos estaban: mayor edad, mayor duración del trastorno alimentario y menor IMC al presentarse para el tratamiento. Los adultos jóvenes que estaban en la categoría de "usuarios más altos de servicios" eran más propensos a tener diagnósticos de anorexia nervosa, eran mayores cuando se evaluaron por primera vez como adolescentes y tenían pesos más bajos en el momento de la admisión y en el momento del alta, junto con puntuaciones más altas en SCARED (ansiedad). Los adultos jóvenes en la categoría de "bajo uso" para el tratamiento de adultos incluyeron aquellos con diagnósticos de bulimia nervosa o trastornos alimentarios no especificados de otra manera.

La Dra. McClelland y sus colegas investigadores sugieren que los resultados ponen de relieve la necesidad de mejorar la transición para los adolescentes mayores y para aquellos con trastornos alimentarios más

graves que se presentan en los programas de trastornos alimentarios infantil. Además, los autores señalaron que la identificación de ciertas características exhibidas durante el tratamiento en la infancia y la edad adulta joven, como el aumento de la ansiedad, podría identificarse mejor y podría indicar la necesidad de un tratamiento más especializado.

Una breve intervención para los trastornos alimentarios tempranos

Tomar medidas con un paciente joven que no cumple con los criterios de diagnóstico, pero está en riesgo de padecer un trastorno alimentario.

La intervención temprana en los presuntos trastornos alimentarios puede ser una clave para ayudar a identificar y tratar a los adolescentes antes de que se establezcan sus supuestos trastornos alimentarios. Las pruebas demuestran que los "trastornos alimentarios subsindrómicos", o los que no cumplen actualmente los criterios de diagnóstico del DSM-5, son sin embargo perjudiciales. La aparición de estos trastornos podría ofrecer una excelente oportunidad para tomar medidas preventivas. (*Early Interv Psychiatry*. 2007; 1:27)

La Dra. Wendy Spettigue y sus colegas en la University of Ottawa, Canada, recientemente reportó una serie de casos en los que 5 sesiones de terapia basada en la familia (FBT) inspiradas en la terapia ("DREAMS") se recibieron durante 6 semanas (*Front Psychiatry*. 2020; 11:article 105). Anteriormente, los investigadores habían comentado la falta general de estudios que evaluaban los trastornos alimentarios tempranos, y habían diseñado un programa para abordar los primeros signos de éstos, como la restricción de alimentos, atracones y purgas.

La FBT para el tratamiento de la AN en adolescentes es un tratamiento ambulatorio con tres fases. El primero se centra en capacitar a los padres para que tomen el control de la nutrición del adolescente, mientras que los hermanos añaden apoyo. La siguiente fase incluye dar gradualmente control sobre su alimentación y su actividad física al adolescente. La tercera fase permite al terapeuta asegurarse de que se ha reanudado la vida familiar normal e identificar los problemas de desarrollo y los mecanismos de afrontamiento del paciente adolescente.

Cada sesión tenía un enfoque particular, como la nutrición y los síntomas del trastorno alimentario, estado de ánimo, relaciones y ansiedad. Los 7 pacientes y sus familias no fueron especialmente seleccionados, pero fueron las primeras 7 personas con síntomas de TCA moderados que normalmente habrían sido rechazadas para el tratamiento de trastornos alimentarios debido a niveles moderados de síntomas. Por lo general, se les remitió a sus médicos de familia con sus síntomas no graves que habían estado presentes cuando el adolescente tenía entre 13 y 18 años. En cambio, se les proporcionó la intervención DREAMS y sus registros fueron revisados retrospectivamente.

Resultados

Siete de los 8 pacientes que se refirieron por primera vez al programa DREAMS completaron las 5 sesiones de terapia; se encontró que 1 paciente tenía un trastorno alimentario más grave y fue referido para tratamiento (y por lo tanto excluido de la serie de casos) La edad promedio fue de 15 años y el grupo de estudio incluía 6 mujeres y 1 hombre.

Tres de los pacientes presentaban síntomas de restricción, atracones y purgas; dos presentaban síntomas de restricción y atracones, y uno sólo restringía la ingesta de alimentos. En la primera sesión, cuando se preguntó a los adolescentes sobre el principal problema que los había llevado al tratamiento, 5 de los 7

informaron que un trastorno alimentario era su principal problema. Todos expresaron su deseo de recuperarse. Seis de los 7 pacientes fueron acompañados por sus padres para todas las sesiones.

Al final del programa, los 7 pacientes informaron que tenían mejoras significativas en sus trastornos alimentarios y describían su alimentación como "completamente normal". Seis de los 7 tuvieron mejoría en el estado de ánimo y 2 declararon que su depresión estaba resuelta. Mientras que 3 pacientes describieron mejoras en su ansiedad, otros 4 señalaron que el grado de ésta no había disminuido.

¿Qué contribuyó al éxito de las sesiones DREAMS?

Las familias consideraron que algunos factores clave condujeron al éxito del programa. Uno de los factores fue que los padres proporcionaron elogios y apoyo constantes, tomaron el control de las comidas familiares e hicieron de la nutrición una característica obligatoria de las mismas. Por ejemplo, en un caso una adolescente hacía videos para mostrar a sus padres que había comido cuando éstos no podían estar en casa durante las comidas. Otro ejemplo es el uso de algunas estrategias de afrontamiento que se habían sugerido durante las sesiones. Algunos enfoques no tan útiles identificados por los adolescentes es que sentían como si los padres los estuvieran "aleccionando" en lugar de apoyarlos, y además los percibían como excesivamente controladores, e insistiendo en decirle al adolescente qué hacer.

Algunas limitaciones del estudio incluyeron el pequeño número de participantes, la falta de un grupo de comparación y el posible sesgo. Los autores sugirieron que un estudio más amplio, con un diseño de control aleatorio, podría examinar la eficacia del enfoque mientras que también estudiar la eficacia de la intervención como una herramienta de capacitación para los consejeros comunitarios que carecen de experiencia en el tratamiento de trastornos alimentarios en los adolescentes.

(Nota: Este es un informe interesante y útil. A medida que crece el conocimiento de los trastornos alimentarios, la probabilidad de que los proveedores de atención médica identifiquen a las personas con síntomas de TCA y los remitan de manera temprana, intervenciones como ésta, si estuvieran respaldadas por más investigaciones, podrían ser un enfoque breve y útil.)

Resultados perinatales entre las mujeres japonesas con trastornos alimentarios

El bajo peso y el fumar tuvieron efectos negativos.

Los trastornos alimentarios han sido cada vez más reconocidos como un problema de relevancia en Japón. El advenimiento de Internet y los efectos de la occidentalización, los medios de comunicación populares y los cambios culturales han traído un aumento de los trastornos alimentarios a una nación donde la conformidad siempre ha sido muy apreciada. En los últimos años, los trastornos alimentarios han ido en aumento en Japón. Una encuesta del gobierno en 2002 encontró que el 2 por ciento de las estudiantes de preparatoria en Japón eran anoréxicas. Los médicos dicen que los casos de bulimia son aún más comunes (*Japan Times*, 2020)

La Dra. Kyoko Kasahara y sus compañeros de trabajo de la Shiga University of Medical Science recientemente reportaron el primer estudio de trastornos de la alimentación perinatal de Japón. En el primer informe de este tipo, estos investigadores evaluaron los resultados perinatales de 13 embarazos únicos de 11 mujeres con antecedentes de AN y 240 controles sanos que tuvieron partos únicos sin antecedentes de trastornos alimentarios o cualquier otra condición que pudiera estar relacionada con el nacimiento prematuro o con bebés pequeños para la edad gestacional (SGA) (*Tohoku J Exp Med.* 2020; 250:191)

Perfiles de pacientes en un pequeño estudio

La Dra. Kasahara y sus colegas identificaron 17 embarazos entre 14 mujeres con AN, compilados a partir de 20 años de registros hospitalarios. Se excluyeron del estudio dos mujeres con partos de gemelos y una con diabetes mellitus tipo 1 que dieron a luz a dos niños únicos, lo que dejó 13 embarazos entre 11 mujeres del último grupo de estudio.

Sólo 2 de las 13 mujeres tenían períodos menstruales regulares y pesos normales antes de quedar embarazadas. Nueve de las mujeres quedaron embarazadas mientras sus IMC eran menores de 18. En el grupo de estudio, 3 mujeres con peso inferior al normal concibieron después de tratamientos de fertilidad y 1 se sometió a una fertilización in vitro. Siete mujeres tenían síntomas de anorexia antes de quedar embarazadas. Nueve casos empeoraron durante el embarazo y todas, menos una de ellas tuvo síntomas de anorexia durante el embarazo. Cinco parecían tener AN del tipo atracón-purga AN y se pensaba que 7 tenían AN del tipo restrictiva.

Efectos perinatales entre las fumadoras

Siete de las mujeres eran fumadoras, y 3 habían dejado de fumar una vez que quedaron embarazadas. Las 4 mujeres que continuaron fumando durante el embarazo presentaron síntomas de anorexia antes del embarazo, deterioro de los síntomas durante el mismo y comportamientos de purga. Tres de ellas se embarazaron con un peso inferior al normal y dieron a luz a bebés pequeños para la edad gestacional (SGA) mientras que ellas mismas seguían teniendo un peso inferior al normal. Una fumadora quedó embarazada cuando tenía un "peso normal" y dio a luz a un bebé con un peso al nacer de 1.5 SD de la media. Ella había ganado una cantidad considerable de peso durante el embarazo, probablemente debido a los atracones. Los autores concluyeron que fumar durante el embarazo estaba involucrado con comportamientos alimentarios extremadamente perturbados, y no siempre estaba relacionado con un IMC bajo y menor aumento de peso.

Los efectos de la anorexia nervosa

El estudio mostró que la AN materna estaba relacionada con un mayor riesgo de parto prematuro y restricción simétrica del crecimiento. Fumar durante el embarazo era más común entre el grupo de casos que entre los controles y podría haber tenido "un efecto aditivo en los resultados perinatales adversos que resultaron de un trastorno alimentario grave", según los autores. Entre las no fumadoras, las del grupo de casos mostraron menores IMC antes del embarazo y menores aumentos de peso durante la gestación, pero sus bebés no eran más pequeños de lo normal. Entre los fumadores embarazadas, una mujer pasó de AN a BN, y tuvo un aumento excesivo de peso. Dio a luz a un bebé grande para la fecha del parto, mientras que otras mujeres del estudio se presentaron con pesos corporales extremadamente bajos y dieron a luz a bebés SGA.

Muchos informes han demostrado que fumar en sí tiene efectos perjudiciales en el crecimiento fetal (*PLoS One*. 2017; 12, e0170946; *Pediatr Perinat Epidemiol*. 2017; 31:144) Los autores observaron que fumar durante el embarazo puede ser un indicador de comportamiento alimentario anormal co-ocurrente y ambos factores podrían afectar negativamente los resultados perinatales. Si bien es fácil aconsejar a las madres que dejen de fumar, las intervenciones para dejar de hacerlo sin tener en cuenta los problemas que involucran comportamientos alimentarios pueden fallar fácilmente, dicen los autores. En cambio, sugieren que el tratamiento psiquiátrico exitoso y la eliminación de los síntomas de anorexia antes del embarazo podrían mejorar los resultados perinatales y disminuir el riesgo de mala salud en los lactantes. Además, escribieron que se debe aconsejar a las mujeres con antecedentes de AN, especialmente cuando la futura madre tiene bajo peso, que eviten los tratamientos de fertilidad hasta que se hayan recuperado de su TCA.

Terapia Cognitiva-Conductual Mejorada

Un enfoque altamente individualizado que se introdujo por primera vez en la década de 1970

La Terapia Cognitiva Conductual Mejorada (TCC-E) es un tratamiento transdiagnóstico que es una revisión del enfoque original. Fue utilizado por primera vez en la década de 1970 para tratar a adultos con bulimia dentro de un entorno ambulatorio.

La TCC-E no suele utilizarse en combinación con otros tratamientos psicológicos y está diseñada para ser administrada por un solo terapeuta. Los objetivos principales del terapeuta TCC-E son mantener al paciente involucrado, así como una relación terapéutica efectiva. Por lo tanto, una fuerte alianza terapéutica, colaboración y participación activa del paciente, así como la comprensión de la relación entre las emociones y los comportamientos de trastornos alimentarios de un paciente son esenciales para un buen resultado del tratamiento.

¿Qué es lo que mantiene al trastorno de la alimentación?

Un componente importante de TCC-E es identificar los procesos que mantienen el trastorno alimentario. Por ejemplo, la gran mayoría de los pacientes con un trastorno alimentario tienden a ser extremadamente aprensivos sobre su peso y la imagen corporal, además de la noción de "estar en control". Para estas personas, los juicios negativos y las autoevaluaciones críticas se convierten en una rutina cuando se busca un ideal corporal "perfecto" y "nunca lo suficientemente bueno". Si estos esquemas de imágenes corporales negativas se repiten con frecuencia, pueden convertirse en automáticos, manteniendo el trastorno alimentario y conducir a mayores síntomas y conductas de los mismos.Â Â Â

En el caso de las personas que no tienen un peso significativamente inferior al normal, la TCC-E generalmente implica una cita de evaluación inicial, seguida de veinte sesiones de tratamiento de 50 minutos de duración celebradas a lo largo de 20 semanas. Con las personas con bajo peso, el tratamiento debe ser más largo, a menudo implicando alrededor de 40 sesiones durante 40 semanas.

La TCC-E es un enfoque de tratamiento altamente individualizado en cuatro etapas, diseñado para adaptarse a las dificultades de la persona y para ser modificado a la luz de su progreso (*Table 1*) En la primera etapa, la atención se centra en lograr una comprensión mutua del problema de alimentación de la persona y en ayudarlo a modificar y estabilizar su patrón de comidas. También hay énfasis en la educación personalizada y abordar las preocupaciones sobre el peso. Generalmente, las sesiones iniciales se llevan a cabo dos veces por semana. En la breve segunda etapa, se examinan sistemáticamente los progresos realizados y se hacen planes para el cuerpo principal del tratamiento en la tercera etapa. La tercera etapa consiste en sesiones semanales enfocadas en los procesos que mantienen el problema alimentario de la persona. Por lo general, esto implica abordar las preocupaciones sobre la forma y la alimentación, mejorar la capacidad para hacer frente a los acontecimientos cotidianos y los estados de ánimo, así como abordar la restricción dietética extrema.

Hacia el final de la Etapa Tres y en la Cuarta, el énfasis cambia hacia el futuro. Se centra en hacer frente a los contratiempos y mantener los cambios que se han obtenido.

Por lo general, se celebra una sesión de revisión algunos meses después de que el tratamiento haya terminado. Esto brinda la oportunidad de examinar los progresos realizados y abordar los problemas que siguen existiendo o han surgido.

TCC-E es adecuada para una amplia gama de trastornos alimentarios y se basa en una teoría transdiagnóstica de mecanismos que persisten en los dichos desórdenes. Según esta teoría, una evaluación disfuncional de la autoestima, basada en la forma y el peso, es fundamental para todos los trastornos alimentarios y, como resultado, la versión enfocada de la TCC-E implica intervenciones para

modificar la sobrevaloración de la forma y el peso de un paciente. El enfoque de este tratamiento puede ajustarse cuando hay mecanismos adicionales que obstruyen el cambio, como la baja autoestima, el perfeccionismo clínico y los problemas interpersonales (la versión "amplia" de la TCC-E).

TCC-E contra el tratamiento habitual: un ensayo

Martie de Jong y sus compañeros de trabajo en los Países Bajos evaluaron si la versión enfocada de la TCC-E para pacientes con un trastorno alimentario y con IMC superior a 17,5 era un enfoque más eficaz que el tratamiento habitual (TAU) (*Int J Eat Disord.* 2020. 53:447) Los autores diseñaron un ensayo controlado multicéntrico para probar si la TCC-E podría utilizarse para proporcionar un tratamiento menos intensivo y más corto que el TAU. Los 143 participantes adultos fueron reclutados en tres departamentos de tratamiento especializados. Tenían al menos 18 años de edad con un IMC >17,5 y <40 (para evitar posibles complicaciones médicas).

Resultados

La TCC-E fue más eficaz que la TAU después de las primeras 6 semanas de tratamiento para mejorar los síntomas de TCA. Después de 80 semanas, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos en disminución en la psicopatología del TCA o en los síntomas de ansiedad o depresión, pero la TCC-E condujo a una mejora en la autoestima. Además, la tasa de recuperación a las 20 semanas (utilizando una medida compuesta de recuperación) fue significativamente mejor (57.7%) entre los tratados con el enfoque TCC-E que entre los que reciben TAU (36%) Por último, la cantidad de tiempo de tratamiento fue menor para la TCC-E que para TAU.

Los autores observan que estos resultados apoyan la adopción más amplia de enfoques como el TCC-E.

Tabla 1. Un modelo de tratamiento TCC-E

Etapa Uno: Empezando bien. Planificación del tratamiento y construcción de una alianza terapéutica.

Etapa Dos: Evaluación del paciente, evaluación del tratamiento y progreso.

Etapa tres: Evaluaciones continuas de las preocupaciones de la imagen corporal, patrones y comportamientos alimentarios desordenados, planificación de comidas, regulación de emociones y eventos.

Etapa 4: Terminando bien. Planificación y prevención de recaídas, continuación de la atención.

La suspensión abrupta de la lisdexanfetamina en adultos con TA

El patrón típico de suspensión de la anfetamina no se observó en tres estudios.

Lisdexanfetamina dimesilato (Vyvanase®) fue aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) para el tratamiento de TA de moderado a severo en adultos. Los efectos secundarios comunes del tratamiento con anfetaminas incluyen sequedad de boca e insomnio, pero pueden producirse efectos secundarios más graves. Algunos de los efectos secundarios reportados por los pacientes de TA incluyen: disminución del apetito, aumento de la frecuencia cardíaca y estreñimiento, así como la sensación de nerviosismo o ansiedad. La dosis inicial típica recomendada para los adultos es de 30 mg una vez al día; luego la dosis se aumenta a 50 mg a 70 mg una vez al día. Debido a que es un estimulante, la lisdexanfetamina tiene el potencial para el abuso, la dependencia y al dejar de consumirla, los síntomas de abstinencia.

¿Qué sucede con una suspensión abrupta?

El consumo de anfetaminas provoca un pico inicial de epinefrina y norepinefrina, seguido de una disminución en la producción de estas hormonas naturales con el tiempo. Como resultado, el cuerpo desarrolla una dependencia física de las anfetaminas para causar este pico en el desarrollo de hormonas que se producen naturalmente para hacer que el individuo se sienta bien o sienta placer.

Físicamente, el cuerpo puede sufrir una serie de síntomas de abstinencia cuando se suspende abruptamente la anfetamina, incluyendo un aumento del hambre y la fatiga extrema. Las personas que dependen de las anfetaminas tienden a darse un atracón de drogas, sintiéndose drogado seguidos de un ciclo de "crash and burn" (expresión Americana que se puede traducir al español como una manera de colapsar por agotamiento), el cual incluye fatiga extrema y largos períodos de sueño. Psicológicamente, el individuo se vuelve de mal genio, tiene antojos de drogas, ansiedad, ideas de suicidio, alucinaciones y otros síntomas. ¿Los que están siendo tratados con lisdexanfetamina, seguidos por el cese repentino de la droga, encajarían en este patrón? Un equipo de investigación examinó los datos de varios estudios a gran escala para encontrar la respuesta.

La Dra. Brigitte Robertson dirigió un estudio multinacional sobre los efectos de la suspensión abrupta de la lisdexanfetamina en hombres y mujeres de 18 a 55 años con TA. (*Prim Care Companion CNS Disord.* 2020; 22:19m02540).

Tres estudios separados registraron a los adultos con BED. Dos fueron estudios de tratamiento de 12 semanas y el tercero de 26 semanas con una fase de abstinencia aleatorizada, en el que algunos continuaron tomando lisdexanfetamina y otros tomaron un placebo. En cada estudio se utilizó una escala estandarizada después de suspender la medicación. Los estudios de eficacia a corto plazo incluyeron 372 participantes que recibieron un placebo y 373 a los que se les dio lisdexamfetamina. El estudio de mantenimiento de la eficacia incluyó 134 participantes de placebo y 136 participantes de lisdexamfetamina.

Resultados: No es un patrón de abstinencia típico

Por lo general, la abstinencia de anfetamina suele estar asociada a diversos síntomas físicos, como dolor de cabeza, estreñimiento o diarrea, latidos cardíacos irregulares, ojos rojos y con picazón, dolor muscular o articular, así como una serie de efectos secundarios emocionales y funcionales, como el aumento del apetito y la disminución de la motivación.

Sin embargo, en los estudios de la Dra. Robertson y sus colegas, la media y la mediana de las puntuaciones del Amphetamine Cessation Symptom Assessment (ACSA) fueron bastante bajas, y bastante similares con el fármaco activo y en el grupo de placebo el día de la última dosis y durante los 7 días posteriores a la última dosis del fármaco en estudio.

Los autores interpretaron sus resultados en el sentido de que la interrupción abrupta de la lisdexanfetamina, incluso después de hasta 38 semanas de tratamiento, no estaba vinculada a síntomas de abstinencia de anfetamina clínicamente pertinentes durante un período de evaluación de una semana posterior al tratamiento.

Esto es tranquilizador para los médicos al prescribir una receta. Sin embargo, es importante señalar que la práctica general de prescripción de cualquier psicotrópico (incluidos, se supone, los estimulantes), implicaría la disminución gradual de la cesación, si la situación clínica lo permite.

Alimentación desordenada relacionada con el despliegue militar

Cuando un padre es desplegado para el servicio militar, el estrés puede conducir a la obesidad y la alimentación desordenada en los adolescentes.

Actualmente, más de 1.3 millones de hombres y mujeres estadounidenses sirven en el ejército y 1.1 millones de otros son miembros de la National Guard and Reserve. El despliegue militar puede ser muy estresante para todos los miembros de la familia, especialmente para los que permanecen en el hogar, debido a la incertidumbre y la preocupación por la seguridad de los padres desplegados, junto con el aumento de las responsabilidades y el cambio de funciones en el hogar.

El estrés en los miembros de la familia cuando un padre es desplegado para una acción militar también se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar patrones de alimentación desordenados, de acuerdo con los resultados de un estudio reciente del Dr. M.K. Higgins Neyland y sus colegas en la Uniformed Services University of the Health Sciences y del National Institutes of Health, ambos en Bethesda, MD, e investigadores de varias otras agencias (*Int J Eat Disord.* 2020; 53:201).

Observando que los adolescentes dependientes de las fuerzas armadas pueden correr un alto riesgo de desarrollar trastornos alimentarios y obesidad, los autores evaluaron a 126 adolescentes antes de que ingresaran en cualquiera de los dos ensayos de prevención de la obesidad y los atracones. Los participantes tenían entre 12 y 18 años (edad promedio: 14 años); 59.9% eran niñas, 44.4% eran blancos no hispanos y la puntuación media de IMC-z fue $1.91 \pm .39$. Los autores utilizaron el *Eating Disorder Examination* para evaluar la alimentación desordenada entre los adolescentes. Los padres/tutores/cuidadores de los participantes en el estudio proporcionaron un historial de despliegues que abarcaba toda la vida del participante y el número total de éstos se calculó sumando el número total de ellos de todos los cuidadores.

La angustia de los padres se midió con una subescala de 12 ítems de la *Parenting Stress Index, Short Form* (Abidin, 1990) Esta encuesta utiliza una escala de 1 a 5 para medir el nivel percibido de angustia en su papel como cuidador. Las puntuaciones más altas indican una mayor tensión percibida y las puntuaciones pueden oscilar entre 12 y 60 puntos.

Efecto del número de despliegues

Ochenta y siete (69%) de los 121 adolescentes tuvieron padres que fueron desplegados durante su vida; estas familias habían experimentado un promedio de 3 despliegues. Las participantes femeninas tenían más probabilidades que los masculinos de haber tenido un padre desplegado al menos una vez. No hubo otras diferencias significativas entre los grupos de despliegue por edad, raza/etnia, IMC-z, o episodios de pérdida de control en la alimentación durante los últimos 3 meses, síntomas de ansiedad, angustia paterna o variables de *EDE*. Ciento veintiséis adolescentes participaron en los dos ensayos. Veintiún participantes participaron en un estudio piloto y 105 fueron incluidos en el ensayo de eficacia. Dos participantes cumplieron con los criterios para el trastorno por atracón.

El hallazgo clave fue que el número de despliegues y la alta angustia de los padres. Para los padres con niveles bajos o moderados de angustia, hubo una relación negativa entre el número de despliegues y las preocupaciones por el peso y la forma. Por el contrario, en el caso de las personas con un alto grado de angustia paterna, el número de despliegues se asoció con una mayor preocupación por la forma y el peso entre los adolescentes dependientes. Para aquellos con altos niveles de angustia paterna, hubo una asociación positiva entre el número de despliegues y una alimentación desordenada en general.

Los autores señalaron un mecanismo que podría explicar las relaciones entre la exposición al despliegue, la angustia de los padres y los trastornos alimentarios entre los jóvenes: la capacidad de un adolescente para hacer frente a la angustia de sus padres.

En un estudio, Martyn-Nemeth y otros (2009) encontraron que el 25% de los adolescentes reportaron el uso de alimentos para hacer frente a los problemas con sus padres. Por lo tanto, según los autores, una combinación de la frecuencia de despliegue y la angustia de los padres puede exacerbar una alimentación desordenada entre los jóvenes que se presentan para recibir tratamiento en los programas de prevención de trastornos alimentarios y obesidad en adultos.

Alimentación restrictiva entre los adolescentes obesos y con sobrepeso

Una alimentación desordenada se puede pasar fácilmente por alto en este grupo.

"Algunos pacientes con trastornos alimentarios restrictivos [no diagnosticados] se esconden a simple vista", escriben Ellen S. Rome, MD, MPH y Radhika Rastogi (*Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 202087:165) Los autores subrayan que los pacientes con sobrepeso u obesidad tienen las mismas probabilidades de presentar un patrón de trastorno de la conducta alimentaria que sus pares de peso normal, pero los trastornos alimentarios restrictivos tienden a pasarse por alto en los pacientes con sobrepeso u obesidad.Â

Los adolescentes con sobrepeso tienen menos probabilidades de haber recibido tratamiento hospitalario, aunque sus síntomas sean similares a los de los adolescentes con anorexia nervosa, por ejemplo. Además, la duración de la enfermedad antes de que el adolescente busque ayuda puede ser significativamente mayor entre los pacientes con IMC premórbido más alto.

La desnutrición afecta a todos los sistemas

La malnutrición que resulta de los trastornos alimentarios restrictivos afecta a todos los sistemas del cuerpo y puede ocurrir incluso si el paciente es obeso o si tiene sobrepeso. Un individuo que usa alimentación restrictiva puede tener trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, hematológicos, musculoesqueléticos, hormonales, menopáusicos y en el caso de los niños, trastornos relacionados con la testosterona, como resultado de dicha alimentación restrictiva.Â

Los pacientes anteriormente obesos con alimentación restrictiva tienen un curso de recuperación de la menstruación diferente al de sus pares de peso saludable, según los pocos estudios que han examinado la alimentación restrictiva entre los adolescentes obesos y con sobrepeso. Como mostró un estudio, los pacientes amenorreicos con antecedentes de obesidad o sobrepeso reanudaron la menstruación con un peso más alto, pero con cantidades similares de recuperación de peso absoluto que otros pacientes. La probabilidad de la reanudación de la menstruación disminuye con mayor supresión de peso y aumenta con mayor subida de peso en ambos grupos. Esto sugiere que los objetivos de peso asociados con la reanudación de la menstruación pueden necesitar ser más altos para pacientes con pesos previamente más elevados.

Algunos pasos útiles a seguir

A pesar del alto riesgo entre esta población, sólo un estudio ha comparado los resultados entre adolescentes y adultos jóvenes con trastornos alimentarios por estado de peso premórbido. Pocos estudios han esbozado los objetivos del tratamiento y el curso de la recuperación de estos pacientes, según los autores.Â Â Sugieren varios pasos a seguir para estos pacientes.

1. Fomentar formas saludables de pérdida de peso, pero establecer requisitos mínimos para proteínas, grasas, carbohidratos, calcio y vitamina D. Los pacientes obesos o con sobrepeso que se están embarcando en una dieta cetogénica o una "dieta de alimentación limpia" deben consultar

tanto a un médico de atención primaria como a un dietista registrado con experiencia en el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios. Esto ayudará a evitar desequilibrios electrolíticos y complicaciones médicas [potencialmente ayudar a evitar el desarrollo de los desórdenes alimentarios como otra complicación].

2. Monitorear para detectar signos de restricción de energía calórica. Algunos signos incluyen bradicardia, hipotensión ortostática y amenorrea.
3. Esté atento a las estrategias de pérdida de peso no saludables en pacientes con sobrepeso o bajo peso también. Según los autores, es tan importante observar al paciente cuyo peso cambia de 220 a 180 libras como aquel cuyo peso cambia de 120 a 80 lb.

Preguntas y respuestas

Un paciente que asume riesgos extremos

P. Espero me puedan ayudar. Uno de nuestros pacientes, a mitad de los 20, parece estar en un camino de comportamientos cada vez más riesgosos, desde la alimentación restrictiva hasta la anorexia nervosa, la depresión, la ansiedad, la autolesión y ahora pensamientos suicidas. ¿Tienen alguna sugerencia sobre cómo podemos interceptar y/o detener esta peligrosa tendencia? (J.R., Greensboro, NC)

R. Su preocupación está bien justificada. Los pacientes con trastornos alimentarios se enfrentan a importantes complicaciones médicas, algunas de las cuales son irreversibles y potencialmente peligrosas para su vida (*J Adolesc Health*. 2003; 33:418) Es bien sabido que la AN está asociada con la tasa de mortalidad más alta entre todos los trastornos mentales (*Arch Gen Psychiatry*. 2011, 68: 724) Tal vez el síntoma más peligroso, por supuesto, es el intento de suicidio. Un artículo reciente de Daniel Stein y sus colegas (*Front Psychiatry*. 2020, 11:89) investiga específicamente la toma de riesgos extremos entre 4 pacientes femeninas muy diferentes. Una era una adolescente con diabetes tipo 1, otra estaba a mediados de los 20, otra a finales de los 30, y otra era una paciente embarazada de 23 años con AN. Los autores señalan que muchos factores están involucrados con el riesgo de intento de suicidio en pacientes con AN, incluyendo alteraciones en la imagen corporal y la insatisfacción corporal. Otro comportamiento autodestructivo es la autolesión no suicida, que se asocia con un mayor riesgo de suicidio, según los autores. Hasta dos tercios de las personas con trastornos alimentarios pueden incurrir en autolesiones no suicidas.

Los 4 pacientes tenían presentaciones muy diferentes, pero tenían varias cosas en común. En primer lugar, todas fueron diagnosticadas con AN con la patología de atracón- purga. Luego, 3 de las 4 mujeres mostraron evidencia de más de un comportamiento de purga: vómitos autoinducidos y abuso de laxantes, lo que sugiere una considerable impulsividad relacionada con la purga. Tercero, varios comportamientos tenían signos de conductas impulsivas no relacionadas con un TCA. La mayoría de las mujeres tenían otras comorbilidades y múltiples vulnerabilidades.

Los autores sugieren que el hallazgo más importante que las mujeres tenían en común era que las múltiples motivaciones concurrentes no relacionadas con el TCA y el manejo emocional defectuoso podrían haber sido la base de las conductas de peligro extremo que las mujeres exhibían. En todos los casos, las mujeres parecían ser indiferentes al daño potencial que su comportamiento de riesgo extremo causaba. Esa indiferencia podría estar relacionada con la deficiente capacidad emocional, de mentalización y de teoría de la mente de los pacientes, así como con su falta de atracción por la vida; no teniendo objetivos inmediatos ni a largo plazo.

¿Qué enfoque de tratamiento tiene sentido? Un ajuste lógico sería la terapia dialéctica conductual. Desarrollado por Marcia Linchan para pacientes con trastorno límite de la personalidad, es muy útil para

el tratamiento de múltiples problemas de coocurrencia, como en el caso descrito aquí. Y, hay evidencia de que DBT es benéfica para los síntomas de TCA.

—SC

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

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com