
Eating Disorders Review

Julio/Agosto 2020

Volumen 32, Número 4

Scott Crow, Editor en Jefe

Los programas de día y el entrenamiento de habilidades para los padres mejoran los resultados de los adolescentes con AN

Los programas ambulatorios alternativos ayudan a la remisión.

Una vez finalizado el tratamiento de estabilización médica en el hospital, los pacientes adolescentes con TCA en mal estado físico o con riesgo de comportamiento suicida pueden seguir siendo tratados en un entorno seguro con atención hospitalaria. Sin embargo, la atención hospitalaria es cara y puede separar a los pacientes de su familia, amigos, escuela y trabajo. Diferentes formas de programas ambulatorios, como la atención de día para TCA o la hospitalización parcial, pueden mitigar estos inconvenientes. Otra opción es la formación de intervención en habilidades para los padres de adolescentes con AN.

Programa de día: Mejora de las habilidades para la vida diaria

Para los adolescentes con trastornos alimentarios, los programas de día ayudan a promover la independencia, apoyan la internalización de las habilidades adquiridas durante la terapia hospitalaria y fomentan el uso de éstas en la vida diaria, según un grupo de investigadores clínicos israelíes. Los investigadores señalan que los programas de día permiten a los adolescentes continuar con el tratamiento ambulatorio mientras siguen cómodamente sus rutinas en la escuela y mantienen también los contactos familiares y sociales.

El servicio de tratamiento de trastornos alimentarios pediátricos del Safra Children's Hospital, Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel, ofrece programas de hospitalización, atención de día y ambulatoria para niños y adolescentes de entre 6 y 18 años con diversos tipos de TCA. Según el Dr. Liron Litmanovich-Cohen y colegas en Sheba Medical Center, el centro actúa como un servicio "integral", en el que los pacientes pueden pasar de un centro a otro, en función de sus condiciones y necesidades actuales (*Front Psychiatry*. 2021; 12: article 648842) El centro de atención diurna israelí está situado en el hospital, cerca del departamento de hospitalización, y funciona 3 días a la semana durante las tardes, para que los alumnos puedan seguir asistiendo a la escuela por las mañanas. Los adolescentes participantes realizan dos comidas diarias supervisadas en el centro, una en el comedor y otra en la cafetería del hospital. Las comidas de la cafetería se incluyen para ayudar a los adolescentes a readaptarse a los entornos de comida normales, como en una cafetería escolar o en un restaurante, por ejemplo.

Los autores llevaron a cabo un estudio de 2013 a 2017 para mujeres hospitalizadas mayores de 15 años que tenían AN, BN o trastornos alimentarios no especificados (TANE). Para considerarse en remisión, los pacientes debían abstenerse de atracones, purgas o restricciones alimentarias durante al menos 8 semanas consecutivas antes de ser evaluados. Los investigadores también evaluaron y calificaron a los

pacientes en cuanto a su funcionamiento social con la familia y/o sus pares. El funcionamiento social se midió evaluando el grado de motivación de los pacientes para renovar viejas amistades o crear otras nuevas, continuar con relaciones significativas y satisfactorias con la familia y los pares, o estar involucrados en una relación romántica.

¿Fue efectivo el programa de día?

Casi la mitad de los adolescentes que completaron el tratamiento en el centro de día posterior a la hospitalización se consideraron en remisión al año de seguimiento, en comparación con menos del 25% de los del grupo sin tratamiento, una diferencia significativa. Se consideró que aproximadamente la mitad de ambos grupos tenía un buen funcionamiento social en el seguimiento de un año. No se registraron diferencias entre los grupos en cuanto a los síntomas del TCA o al índice de masa corporal (IMC, mg/kg²); el 86% de las personas que completaron el programa de día informaron del retorno de la menstruación regular en el seguimiento, en comparación con el 75% de las que no asistieron al programa de día o lo completaron (esto no se consideró una diferencia significativa entre los grupos)

Curiosamente, todos los participantes en el estudio fueron tratados con medicamentos psicotrópicos al ser dados de alta del tratamiento hospitalario, y sus terapeutas aprobaron el uso continuado de la psicoterapia y la farmacoterapia. Más de dos tercios de los pacientes de ambos grupos seguían usando farmacoterapia en el seguimiento; la mayoría de los medicamentos fueron inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs, por sus siglas en inglés) Todos los pacientes que permanecieron en el programa de atención diurna más de 5 meses continuaron con la psicoterapia, en comparación con dos tercios de los que no permanecieron en el programa. La continuación de la psicoterapia podría haber sido especialmente importante para los pacientes en remisión que todavía mostraban una preocupación desadaptativa por la alimentación en el seguimiento. Los autores sugieren que esto fue importante porque tener preocupaciones relacionadas con el TCA y la imagen corporal después de la remisión inicial puede estar asociado con un mayor riesgo de recaída más adelante. Los autores sugieren que las investigaciones futuras se realicen en poblaciones más amplias y durante períodos más largos. Señalaron que la cooperación con los padres también es un tema crítico que debería abordarse en futuros estudios.

Las mediciones del IMC estaban dentro de los rangos normales en el seguimiento, tanto si los adolescentes completaban el tratamiento de día como si no. Por lo tanto, las adolescentes con TCA pueden mantener un IMC de rango normal desde el alta de la atención hospitalaria hasta el seguimiento de un año, incluso si no completan el tratamiento de día. En cualquier caso, completar un programa de día después de la hospitalización puede mejorar el resultado del seguimiento a un año de los antiguos pacientes hospitalizados por un TCA, dicen el Dr. Litmanovich-Cohen y sus colegas.

Entrenamiento de habilidades para padres

Aunque el entrenamiento de habilidades para los cuidadores de pacientes con AN ha sido eficaz para mejorar sus habilidades, el impacto en los pacientes, especialmente en los adolescentes, es todavía desconocido, según la Dra. Julia Philipp y colegas de la Medical University of Vienna (*Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:4656) Las intervenciones de reducción de la angustia de los padres basadas en el modelo desarrollado por Treasure et al. (*Clin Med*. 2020; 9: 630) puede reducir su carga y las emociones y angustias altamente expresadas, así como mejorar sus habilidades como cuidadores. Las intervenciones en línea y los talleres en persona fueron igualmente efectivos.

La Dra. Philipp y sus colegas diseñaron un estudio para evaluar el impacto de una de estas intervenciones, el Supporting Carers of Children and Adolescents with Eating Disorders en Austria, o SUCCEAT. Se trata de un programa de formación en habilidades parentales basado en el modelo cognitivo interpersonal de los factores de mantenimiento del TCA y se imparte en talleres o en línea. En su estudio, los cuidadores de pacientes adolescentes con AN o AN atípica fueron asignados a los talleres SUCCEAT o a intervenciones online. Los pacientes, todos entre 10 y 19 años que tenían AN o AN atípica y sus

cuidadores principales (1 padre por cada niño), fueron elegibles para participar. Se excluyeron del estudio los niños y adolescentes con comorbilidades graves y los cuidadores con morbilidades graves.

El grupo del taller

El objetivo de la intervención SUCCEAT es aliviar la angustia y la carga de los cuidadores, para permitirles ayudar a sus hijos con AN, y lograr cambios a largo plazo para una atmósfera de curación dentro de sus familias a través de la reducción de la emoción altamente expresada (HEE), y la mejora de las habilidades de comunicación.

La intervención proporciona habilidades a los padres para mejorar la comunicación en la familia y aumentar la motivación del niño o adolescente para cambiar. Tanto la versión en línea como el taller de SUCCEAT son intervenciones estructuradas, que implican el trabajo con los cuidadores de un grupo de unos 8 niños y adolescentes en el transcurso de 8 sesiones semanales. Las sesiones de 2 horas se llevaron a cabo una vez a la semana en la Medical University of Vienna, donde los niños y adolescentes también recibieron su tratamiento habitual. Los padres recibieron un manual detallado y un DVD con ejemplos de buenas prácticas para comunicarse mejor con sus hijos. También recibieron folletos informativos semanales.

El programa en línea comenzó con una bienvenida personal para los cuidadores, para que pudieran conocerse entre sí y a los capacitadores del programa. Los padres en el programa del taller también recibieron el DVD y se les dio acceso a la plataforma en línea, donde pudieron encontrar los mismos materiales de intervención que el grupo en línea. Los capacitadores respondían a las preguntas de los cuidadores y les proporcionaban información sobre sus progresos una vez a la semana a través de la plataforma en línea.

Los niños y adolescentes completaron una serie de cuestionarios al inicio y después de la intervención (a los 3 meses, al final de la intervención y a los 12 meses). Los cuestionarios incluían el *Eating Disorder Examination (EDE)*, el *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)*, el *Anorexia Nervosa States of Change Questionnaire (ANSCQ)*, el *Youth Self-Report (YSR)*, y el *Health-related Quality of Life Questionnaire for Children and Adolescents (KINDL)*.

Se observó una mejora en línea y en los talleres

Después de la intervención, los autores encontraron que todas las medidas de resultado, incluyendo el percentil del IMC, la psicopatología del TCA, las dimensiones conductuales del TCA, la motivación para el cambio, los problemas motivacionales y conductuales, y la calidad de vida mejoraron tanto entre los participantes del taller como en línea. De hecho, no hubo diferencias en las variables de resultado entre el taller y los grupos en línea. Los pacientes cuyos padres participaron en el grupo en línea mostraron una mejoría similar a la de los pacientes con padres que participaron en los talleres presenciales. Los efectos positivos no se limitaron a la psicopatología del TCA. La motivación para cambiar, la psicopatología general y la calidad de vida también mejoraron durante el estudio. Los niños y adolescentes reportaron una mayor calidad de vida, mostrada en el bienestar emocional, físico y social, la autoestima y el funcionamiento diario en la escuela. Los autores señalaron que el suyo es el primer estudio de capacitación en habilidades especializadas para padres de niños y adolescentes que mostró una amplia cantidad de beneficios para los padres, incluida la motivación para cambiar, la psicopatología general y la mejora de la calidad de vida.

Cuando se evaluaron las tasas de remisión a los 12 meses de seguimiento, los autores encontraron que el porcentaje de pacientes con remisiones completas y parciales fue ligeramente mayor en el grupo de taller presencial en comparación con el grupo en línea. Aproximadamente el 72% de los participantes del grupo del taller tuvieron remisión total o parcial a los 12 meses, mientras que el grupo en línea tuvo un 87% de remisión total o parcial a los 12 meses; la diferencia no fue significativa.

Los autores concluyeron que los pacientes adolescentes con AN podrían beneficiarse de la intervención para sus cuidadores, además del tratamiento habitual, especialmente a largo plazo. Sus resultados "respaldan fuertemente la importancia de involucrar a la familia en el tratamiento de los adolescentes con AN ofreciendo la capacitación SUCCEAT", según los autores. También señalaron que, particularmente en este momento de restricciones COVID, un programa en línea como SUCCEAT que integra el apoyo en línea para los cuidadores de pacientes con AN puede ser un complemento efectivo para el tratamiento como de costumbre.

Desde el otro lado del escritorio

A medida que la epidemia mundial de COVID-19 continúa, Internet ha demostrado ser una gran ayuda para muchos pacientes, incluidos los que padecen trastornos alimentarios. El número de programas en línea destinados a mejorar el acceso a la atención médica se está ampliando rápidamente y están ayudando a los médicos y a los pacientes a superar la pandemia y otras barreras. En este número, incluimos un estudio de la Dra. Julia Philipp y sus colegas en Viena. Los investigadores austriacos examinaron dos grupos de padres que recibieron formación en habilidades de cuidado en talleres presenciales o en línea. No hubo diferencias en los resultados entre los grupos del taller y los grupos en línea.

El número de herramientas en línea también está aumentando. Dos herramientas de evaluación de la intervención cognitiva en línea para padres de pacientes con AN, CogTrack[®] y SUCCEAT, miden la atención, el razonamiento, el procesamiento de la información y la memoria de trabajo y episódica. El objetivo de la intervención SUCCEAT es aliviar la angustia y la carga de los cuidadores, permitiéndoles apoyar a sus hijos con AN ayudándoles a mejorar las habilidades de comunicación y lograr cambios a largo plazo para una atmósfera de curación dentro de sus familias.

El Internet ofrece formas cada vez más útiles para permitir que los pacientes y los clínicos de trastornos alimentarios superen las barreras de la distancia, la geografía y la pandemia para la atención médica.

—MS

Actualización: Otro efecto de la pandemia: mayores tasas de hospitalización de personas con TCA

La University of Michigan informó recientemente de que los adolescentes con trastornos alimentarios tenían el doble de probabilidades de ser hospitalizados que los adolescentes sin un TCA. Por ejemplo, en los primeros 12 meses del brote de COVID-19, el sistema de salud de la University of Michigan notificó 125 hospitalizaciones relacionadas con trastornos alimentarios de jóvenes con un TCA de 10 a 23 años. En comparación, 56 adolescentes sin un TCA fueron hospitalizados en el mismo tiempo. Las tasas más altas de admisiones se produjeron entre 9 y 12 meses después del inicio de la pandemia, y las tasas seguían aumentando cuando el estudio terminó en marzo de este año.

La autora Dra. Alana Otto, especialista en medicina adolescente de la University of Michigan C.S. Mott Children's Hospital, señaló que la mayor tasa de admisiones enfatiza "cuán profundamente la pandemia ha afectado a los jóvenes", debido al cierre de escuelas, la cancelación de actividades extracurriculares y, lo que es más importante, los efectos del aislamiento social. Y añadió: "Para los adolescentes con trastornos alimentarios y los que están en riesgo de padecerlos, estas interrupciones significativas pueden haber empeorado o desencadenado los síntomas."

Es posible que el estudio de Michigan represente sólo una parte de los jóvenes con TCA afectados por la pandemia, ya que sólo se incluyó en el estudio a jóvenes con enfermedades graves por trastornos alimentarios. La Dra. Otto subrayó la importancia de los acontecimientos estresantes, que pueden conducir al desarrollo de los síntomas en una persona joven que ya corre el riesgo de sufrir un TCA y añadió que la ausencia de rutina, las interrupciones de las actividades diarias y la sensación de pérdida de control son factores importantes que contribuyen a ello. Y añadió: "Cuando todo está fuera de control, lo único que sienten que pueden controlar es su alimentación".

Desnutrición y riesgo de enfermedad grave por COVID 19

Otra buena razón para que los pacientes con TCA consideren la vacunación.

Está claro que una variedad de problemas médicos pone a las personas infectadas con el virus COVID-19 en riesgo de una enfermedad más grave. Hallazgos recientes muestran que la desnutrición aumenta el riesgo de COVID-19 grave, y esto puede tener una gran relevancia para aquellos con trastornos alimentarios actuales o anteriores. (*Nature Open Access* 22 July 2021)

Este estudio analizó a unas 103,000 personas (8604 niños / adolescentes y 94,495 adultos) hospitalizadas por COVID-19. Se utilizó una gran base de datos de diagnóstico para ver si los participantes habían recibido un diagnóstico de desnutrición durante los 5 años anteriores. Para los niños diagnosticados con desnutrición, hubo un riesgo elevado de COVID-19 grave, y la relación fue mucho más fuerte entre los adultos. La causa de la desnutrición no se registró en la base de datos. Esta es una limitación, pero es extremadamente probable que una variedad de causas también estuvieran presentes, y parece probable que al menos algunos adultos y niños puedan haber tenido un TCA.

Ciertamente, esto plantea la posibilidad de que las personas con un TCA tengan un riesgo más alto de lo normal de padecer una enfermedad COVID grave. Además, señala la importancia de abogar vigorosamente para que las personas con TCA se vacunen completamente contra COVID 19.

TERIA y AN: identificando similitudes y diferencias

Un pequeño estudio pretende definir mejor el TERIA y la AN.

Los pacientes con un trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (ARFID, por siglas en inglés y TERIA en español) comparten un componente principal con los que padecen una anorexia nervosa de tipo restrictivo. Sin embargo, más allá de esto, los dos trastornos alimentarios tienen características muy diferentes. Los pacientes con TERIA tienen un apetito más pobre de lo normal, sensibilidades sensoriales y miedo a las consecuencias adversas. Los patrones alimentarios también difieren notablemente entre las personas con AN y las que padecen TERIA. No está claro si las personas con ARFID corren el riesgo de sufrir complicaciones médicas similares a las observadas en la AN. Y, a diferencia de la AN, la preocupación por la imagen corporal desempeña un papel muy secundario en TERIA.

Un equipo liderado por la Dra. Anna Aulinas de Massachusetts General Hospital, Boston, recientemente ha realizado un pequeño estudio transversal exploratorio para comparar las complicaciones médicas entre las mujeres de bajo peso con TERIA (n=20) con las complicaciones observadas en las mujeres con AN (n=42) y los controles sanos sin antecedentes de un trastorno alimentario (n=49) (*Int J Eat Disord*).

2021; 53:631) Se disponen de pocos datos sobre las comorbilidades en TERIA y los autores señalan que los estudios anteriores no han incluido controles sanos, y sí a pacientes con TERIA con una amplia variedad de pesos, lo que podría tender a confundir la evaluación de las complicaciones médicas observadas con el bajo peso. Los autores plantearon la hipótesis de que las mujeres con TERIA, al igual que las que padecen AN, pueden tener incluso más comorbilidades médicas y cambios endocrinos específicos de lo esperado, en comparación con los controles sanos. La mayoría de los participantes estaban recibiendo terapia ambulatoria para el ARFID o AN. Los autores analizaron el historial médico de cada participante y otros factores, como la edad, la raza, datos gastrointestinales, antecedentes familiares de trastornos alimentarios y psiquiátricos. Tras una noche de ayuno, se realizó una historia médica completa, junto con una exploración física, y se extrajo sangre para determinar los niveles de leptina, IGF-1, y el perfil tiroideo, así como el cortisol. También se calculó el índice de masa corporal (IMC; kg/m^2).

¿Qué factores difieren entre TERIA y la AN?

Los pacientes con TERIA eran más jóvenes y tenían un inicio más temprano en la alimentación restrictiva (promedio: 8.7 años) que los pacientes con AN (promedio: 13.9 años) En comparación con los controles sanos, los que padecían TERIA o AN tenían con más frecuencia antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, antecedentes personales de depresión y ansiedad, así como el uso de antidepresivos y ansiolíticos. Los antecedentes personales de trastorno obsesivo-compulsivo eran más frecuentes en los pacientes con AN que en los controles sanos o en los pacientes con TERIA. El uso de antihistamínicos fue mayor entre los que padecían TERIA que entre los que tenían AN.

También se observaron varias diferencias en los resultados de laboratorio. Los niveles de leptina eran más bajos en los pacientes con TERIA y AN que en los controles sanos. Las puntuaciones promedio de IGF-1z fueron más bajas en las mujeres con TERIA que entre los controles sanos, pero la diferencia no fue significativa entre las mujeres con AN. Las mujeres con diagnóstico de TERIA tenían niveles totales de T3 más altos y una relación total de T4 a T3 más baja que las mujeres con AN y los controles sanos. Estas diferencias hormonales siguieron siendo significativas incluso después de ajustar la edad. Los de los grupos TERIA y AN presentaban más síntomas gastrointestinales, quizá como resultado de la desnutrición. La presión arterial baja sólo se reportó entre los pacientes con AN. Este grupo también tenía una mayor prevalencia de bradicardia y frecuencias cardíacas más bajas que los que padecían TERIA. Los autores suponen que esto refleja la pérdida de peso aguda que se produce en la AN. Los pacientes de los grupos AN y TERIA presentaban mayores alergias a alimentos y medicamentos que los controles sanos. Los datos de los autores sugieren que los mecanismos inmunológicos pueden estar involucrados en el desarrollo y mantenimiento de ARFID, y que la presencia de atopia en ARFID puede apuntar a trastornos inmunomediados no diagnosticados como la esofagitis eosinofílica.

Se recomienda un tratamiento intenso

Los autores señalaron que, dado que las comorbilidades médicas y los factores endocrinos se superponen en las personas con TERIA o AN, los pacientes con TERIA de bajo peso deben ser tratados con la misma intensidad que los que tienen AN. Parece que hay más similitudes que diferencias en los problemas médicos de las personas con TERIA o AN. Los resultados de este estudio sugieren la importancia de la detección temprana de casos de TERIA, al igual que de AN.

Medición de la función cognitiva en adultos con AN

En dos áreas, los pacientes obtuvieron mejores puntuaciones que los voluntarios sanos.

A pesar de su grave enfermedad, los pacientes adultos con anorexia nervosa de larga duración no

pierden automáticamente aspectos básicos de la función cognitiva. De hecho, según un equipo de investigadores alemanes y daneses, estos pacientes pueden tener una mayor concentración y capacidad de razonamiento preciso a pesar de su enfermedad.

La Dra. Maria Seidel del Karolinska Institute, Stockholm, y otros informan de que es posible comparar la función cognitiva entre pacientes con AN y voluntarios sanos con el uso de un nuevo sistema de evaluación cognitiva en línea, CogTrack™. Esta herramienta en línea mide la atención, el razonamiento, el procesamiento de la información y la memoria de trabajo y episódica (*Nutrients*. 2021; 13:859) Entre enero de 2016 y diciembre de 2017, la Dra. Seidel y su equipo estudiaron a 26 pacientes adultos con AN (24 mujeres; edad promedio: 29) y 36 voluntarios sanos (30 mujeres; edad promedio: 25) que participaron en el estudio Danish Prospective Longitudinal all-comer inclusion in Eating Disorders, o el estudio PROLED. El estudio PROLED es un estudio de seguimiento clínico naturalista de 10 años de duración. Todos los pacientes fueron reclutados a través de referencias del Psychiatric Center en Ballerup, Denmark. Los voluntarios sanos, de peso normal o con índice de masa corporal o IMC >18.5 o < 25.0 mg/kg², fueron reclutados a través de anuncios públicos.

El grupo de pacientes se encontraba en distintas fases de recuperación de peso y eran pacientes hospitalizados o estaban inscritos en un tratamiento intensivo de día 4 días a la semana. Un nutricionista planificó sus comidas, con el objetivo de ganar 1 kg/semana. Dieciséis pacientes recibían medicación psicotrópica, incluyendo antidepresivos y/o agentes antipsicóticos. Diecinueve fueron diagnosticados con uno o más trastornos comórbidos, en su mayoría neurosis, psicosis relacionadas con el estrés y trastornos somatomorfos, trastornos del estado de ánimo y trastornos de la personalidad. Ninguno recibía psicoterapia de manera regular, aunque algunos mantenían diálogos de apoyo poco frecuentes y no regulares con psicólogos.

Ambos grupos fueron evaluados con una serie de cuestionarios, incluyendo el *Eating Disorder Examination* (EDE), el *Major Depressive Inventory* (MDI), el *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q), y el *Global Assessment of Functioning* (GAF-F) El sistema CogTrack, como ya se ha mencionado, es un conjunto de pruebas cognitivas basadas en Internet que examinan los principales aspectos de la cognición, como la atención, el procesamiento de la información, el razonamiento y la memoria de trabajo y episódica. Las 11 tareas del sistema tardan unos 20 minutos en completarse. Las pruebas evalúan funciones cognitivas como el recuerdo inmediato de palabras, el tiempo de reacción simple y la memoria de trabajo espacial. Todos los participantes realizaron la prueba utilizando un laptop de estudio en un ambiente tranquilo. Como parte del entrenamiento, todos los participantes en el estudio tuvieron dos oportunidades de realizar las pruebas CogTrack antes de que se les administrara la prueba de referencia.

Sorpresas para los autores

Los resultados fueron sorprendentes: aquellos con AN se desempeñaron mejor que los voluntarios sanos en el Attentional Intensity Index, que refleja la intensidad de concentración del participante, y en el Grammatical Accuracy test, que refleja la capacidad de razonar con precisión si una afirmación es verdadera o no. Tras evaluar a los participantes en diferentes momentos del estudio, los autores no encontraron cambios significativos en el rendimiento a lo largo del estudio.

Los investigadores también se sorprendieron de que el rendimiento de los pacientes con AN no estuviera correlacionado con el índice de masa corporal (IMC) ni con la duración de su enfermedad. Los autores no pudieron detectar déficits en los aspectos evaluados entre los grupos del estudio, especialmente entre los pacientes con AN crónica y grave. ¿Por qué fue esto? El equipo llegó a la conclusión de que podría estar relacionado con el aumento del perfeccionismo y el exceso de rendimiento que se observa generalmente en la población con AN. La puntuación del Grammatical Reasoning Accuracy refleja la capacidad de razonar sobre afirmaciones referidas a imágenes diferentes. Suele considerarse una habilidad relacionada

con la resolución de problemas, la concentración y la capacidad de la memoria de trabajo. Los autores especularon que esta capacidad podría reflejar un aumento de los procesos cognitivos destinados a la resolución de problemas, lo que podría estar relacionado con el aumento de la que suele darse en los pacientes con AN y con un elevado control cognitivo o un mayor coeficiente intelectual, lo que también podría explicar mejor su rendimiento a pesar de su enfermedad.

Hubo algunas limitaciones en el estudio. El tamaño de la muestra fue pequeño y solo aquellos con AN e IMC de 14 o más fueron elegibles para el estudio. El rendimiento cognitivo en individuos con IMC <14, sigue sin estar claro. En general, los autores señalaron que sus resultados sugieren los beneficios potenciales de las intervenciones conductuales en las primeras fases del tratamiento de la AN. Parece que no hay pruebas de que estos pacientes necesiten una rehabilitación nutricional para restablecer la función cognitiva (según la medición de estas tareas, al menos), y que, en sus palabras, "las evaluaciones cognitivas computarizadas han demostrado ser una herramienta bien recibida para investigar la cognición en los pacientes con AN".

Riesgos del ayuno intermitente

Las principales preocupaciones se centraron en las personas con TCA.

Han surgido muchos, muchos métodos diseñados para producir la pérdida de peso, y uno de los más recientes es el ayuno intermitente, o IF (por sus siglas en inglés) El significado exacto de este término parece variar, pero básicamente implica largos periodos de tiempo a lo largo del día sin comer y periodos limitados durante los cuales se puede comer. Existen algunas pruebas preliminares de que los factores de riesgo cardiovascular, como el control glucémico y las medidas inflamatorias, pueden mejorar con la FI. Cuccolo y sus colegas realizaron recientemente un estudio que examina los posibles riesgos de trastornos alimentarios asociados con el FI (*Eat Disord.* 2021. June 30; 1; publicado antes de la impresión).

Los autores señalan que el ayuno en sí mismo es tanto un factor de riesgo como un síntoma de un trastorno alimentario, por lo que hay muchas razones para preocuparse por dichos riesgos. Sesenta y cuatro personas que respaldaron IF completaron una encuesta en línea que les preguntó sobre su participación en un ayuno intermitente. Los participantes también completaron el *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) Los resultados se compararon con los de las muestras comunitarias publicadas.

Las puntuaciones EDE-Q fueron más altas

Hubo varios hallazgos importantes. En primer lugar, los puntajes de EDE-Q fueron más altos que los de las normas comunitarias. En segundo lugar, alrededor de 1 de cada 3 personas que completaron el cuestionario tenían puntuaciones por encima de los puntos clínicos de corte habitualmente utilizados. En tercer lugar, la mayoría de los síntomas típicos del TCA se declararon con más frecuencia en la muestra del FI que en las muestras de la norma comunitaria de comparación.

These findings clearly reinforce concerns about IF, although the authors correctly note that the cross-sectional design leaves the timing of the relationship unclear. Estos resultados refuerzan claramente la preocupación por la FI, aunque los autores señalan correctamente que el diseño transversal no deja claro la secuencia de la relación. Puede ser que la FI provoque los síntomas de un trastorno alimentario, pero por supuesto, también puede ser que los que ya lo padecen también se dediquen al FI.

El estudio de los elementos de la personalidad: Una

búsqueda de mejores resultados

Las altas tasas de fracaso del tratamiento estimulan la búsqueda.

La personalidad ha sido ampliamente estudiada en aquellos con AN y BN, pero la relación entre la personalidad y los dos trastornos alimentarios aún no está clara, según un grupo de investigadores italianos liderados por la Dra. Laura Muzi en la Sapienza University de Roma. Ella y sus colegas utilizaron una medida de rasgos de personalidad, calificada por la investigación como una forma de correlacionar el resultado del tratamiento en aquellos con AN y BN (*Eat Weight Disord-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2021 26:1195)

Primeras preguntas

¿Podrían los factores del trastorno de la personalidad evaluados a través de un enfoque empírico predecir el deterioro general de los síntomas del TCA a nivel grupal? ¿Podría predecirse la relevancia clínica del cambio sintomático del TCA a nivel individual al ser dado de alta de un programa de tratamiento residencial de orientación psicodinámica? Para responder mejor a estas preguntas, la Dra. Muzi y sus colegas diseñaron un estudio en el que utilizaron un informe clínico con base empírica y un procedimiento Q-sort, el *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP, por sus siglas en inglés) Cabe destacar que el SWAP-200 evalúa la personalidad haciendo que un clínico califique a un paciente basándose en 200 descripciones de rasgos de personalidad. No se incluyeron las autoevaluaciones de los participantes sobre los rasgos de personalidad.

El grupo de estudio de los investigadores incluyó a pacientes ingresados consecutivamente en un centro de tratamiento residencial psicodinámico especializado en trastornos alimentarios en Bolonia (Italia) entre diciembre de 2017 y noviembre de 2019. Todos los participantes tenían al menos 18 años y tenían un diagnóstico del *DSM-5* de AN o BN, establecido en la ingesta utilizando el *Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID-5-CV, por sus siglas en inglés) Veintiséis de los 142 pacientes se negaron a participar en el estudio. En la muestra final del estudio, 84 pacientes tenían AN, subtipo restrictivo (AN-R), con un IMC promedio de 15.16. Catorce cumplieron con los criterios para el subtipo de purga de AN y tuvieron un IMC promedio de 16.82. El resto de los pacientes, todos con BN, tenían un IMC base promedio de 22.85.

La mayoría de los pacientes informaron un promedio semanal de 14 restricciones dietéticas, 6 comportamientos compensatorios y 4 episodios de atracones. La mayoría, el 66.6%, tenía un trastorno de personalidad premórbido, según el SCID-5-CV. Diecinueve tenían trastorno límite de la personalidad, 17 tenían trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y 10 tenían trastorno de personalidad evitativa. Veintidós pacientes también tenían un diagnóstico concurrente de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad o trastorno obsesivo-compulsivo.

Un programa de tratamiento residencial

Una vez en el estudio, los pacientes participaron en un programa residencial multidisciplinario y no hospitalario a tiempo completo y fueron tratados durante un promedio de 5 meses y medio. Un equipo multidisciplinario se reunía semanalmente para discutir los casos individuales, y los pacientes podían elegir una supervisión de 24 horas para ayudarles a interrumpir las conductas repetitivas y dominantes del TCA. Cada paciente en el estudio también tuvo psicoterapia individual una o dos veces por semana, basada en factores sociales, psicológicos y nutricionales. Otras actividades fueron la rehabilitación y el asesoramiento nutricional, el apoyo en las comidas, la intervención centrada en la experiencia afectiva y emocional, la formación en habilidades, la terapia recreativa y artística, y las clases de cocina social. Los investigadores individuales administraron una serie de cuestionarios de referencia, incluyendo el *Clinical Diagnostic Interview* (CDI), el *SWAP-200*, el *Outcome Questionnaire-45.2* (OQ-45.2), y el *Eating Disorder*

¿Qué mostró el estudio?

Las puntuaciones del *SWAP-200* mostraron asociaciones positivas entre un mayor deterioro sintomático del TCA en el momento del alta y los rasgos de personalidad paranoide, esquizoide y evitativa. Las puntuaciones más altas de funcionamiento saludable de la personalidad se relacionaron con puntuaciones más bajas de síntomas del TCA.

Un aspecto interesante de este trabajo es que el tratamiento duró un tiempo relativamente largo (un promedio de 5.5 meses) Además, los rasgos de personalidad fueron evaluados por los clínicos en lugar de por la autoevaluación del paciente. Uno puede imaginar que esto podría tener algunas limitaciones, pero tal vez también algunas ventajas.

Los autores tuvieron varias sugerencias de temas para estudios futuros. Por ejemplo, consideraron que los estudios de personalidad deberían medir la relación entre variables como la dieta restrictiva y la autocrítica y las características del trastorno de la personalidad con mayor profundidad. Como han demostrado estudios anteriores, un mayor número de conductas compensatorias inapropiadas por semana afecta negativamente a la probabilidad de un cambio sintomático clínicamente significativo o fiable.

También se ha demostrado que una edad más temprana de inicio del TCA predice síntomas más graves y una mayor duración de la enfermedad (*Eat Weight Disord.* 2017; 22:491).

AN resistente al tratamiento

Las personas con AN del tipo atracón-purga tenían mayor riesgo de resistencia a ser tratadas.

Todavía hay una brecha de conocimiento real cuando se trata de pacientes con anorexia nervosa que no mejoran después de varios intentos de tratamiento. ¿Son de alguna manera diferentes de otros pacientes hospitalizados con AN? Si es así, ¿se pueden detectar signos de estas diferencias en el ingreso inicial?

Las Dras. Sarah Smith y D. Blake Woodside exploraron tales preguntas analizando datos de pacientes hospitalizados en el Toronto General Hospital, un gran hospital de enseñanza en Toronto, Canada (*Front Psychiatry.* 2021; article 542206) Los autores utilizaron datos de 75 pacientes ingresados en la unidad de trastornos alimentarios en el Toronto General entre 2000 y 2015. Los 75 cumplieron con los criterios diagnósticos para la AN, según el *DSM-IV-TR* al ingreso, y quienes aceptaron participar en la investigación.

Treinta y siete pacientes tuvieron múltiples admisiones incompletas, mientras que otros 38 completaron sus primeras admisiones, se mantuvieron bien y pudieron ser contactados para un seguimiento un año después de la admisión. Se consideró que estos últimos pacientes tenían un buen resultado si se mantenían bien y mantenían un IMC de 18,5 o más sin atracones o purgas durante los 3 meses anteriores al estudio. Otros pacientes fueron considerados resistentes al tratamiento cuando tuvieron dos o más ingresos incompletos o ninguno durante el periodo de estudio. Así, los autores señalaron que los dos grupos representaban los mejores y peores resultados del tratamiento observados durante el estudio.

Los autores también señalaron que estudios anteriores han demostrado que los pacientes que no completan el tratamiento para trastornos alimentarios en hospitalización tienen sistemáticamente estancias más cortas y son dados de alta del hospital con pesos corporales más bajos que los pacientes que completan el tratamiento. Los pacientes que abandonan el tratamiento con un peso corporal más

bajo son más propensos a presentar síntomas tras el alta y a tener síntomas depresivos graves que requieren un reingreso en la atención especializada para TCA. Agregaron que no se sabe casi nada sobre los pacientes que tienen múltiples ingresos hospitalarios incompletos.

Similitudes y diferencias

Las doctoras Smith y Woodside informaron que los pacientes resistentes al tratamiento eran más propensos a tener una AN de tipo atracón-purga y puntuaciones de depresión más altas que los que obtuvieron buenos resultados. Un mayor porcentaje de pacientes en el grupo resistente al tratamiento que en el grupo de buenos resultados (35% frente al 11%, respectivamente), estaban desempleados. Por lo demás, los miembros del grupo resistente al tratamiento no se diferenciaron de los que obtuvieron buenos resultados, en términos de género, ocupación, edad o IMC al ingreso.

Estos resultados se hacen eco de una opinión común y largamente sostenida en el campo de que el subtipo de atracón/purga de la AN puede marcar una mayor gravedad de la enfermedad. Una nota: el estudio utilizó una definición relevante de resistencia al tratamiento, pero no la única posible. Por ejemplo, uno se encuentra con pacientes que completan el tratamiento, pero no permanecen en remisión. Sería interesante conocer las características de ese grupo. En cualquier caso, este trabajo puede ayudar a identificar dónde se encuentran los recursos de tratamiento, así como dónde podrían centrarse los futuros esfuerzos de desarrollo de estos.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS: Espasmos musculares ligados a antidepresivos

subtitle

P. Una de mis pacientes con bulimia nervosa ha tenido períodos problemáticos de distonía durante algún tiempo. Entre los medicamentos que ha estado tomando está el bupropión. ¿Podría ser ésta la causa principal? (A.J., Cleveland)

R. El bupropión es un antidepresivo dopaminérgico y no adrenérgico disponible bajo nombres comerciales como Wellbutrin® o Zyban®. Se utiliza para tratar los trastornos depresivos mayores, los efectos secundarios sexuales de los inhibidores de la recaptación selectiva y como ayuda para dejar de fumar. También se ha demostrado que el bupropión disminuye los síntomas de la bulimia, pero, lo que es más importante, conlleva un mayor riesgo de convulsiones entre las personas con BN (presumiblemente relacionadas con las alteraciones electrolíticas de la purga) y, por lo tanto, generalmente no se usa para pacientes con BN.

Para su paciente, el bupropión está posiblemente relacionado con los síntomas musculares. Recientemente un equipo de médicos iraníes describió el caso de un paciente similar al suyo (*J Family Med Prim Care*. 2021; 10:1034) La paciente de los médicos iraníes era una mujer de 34 años durante 3 días, esta paciente tenía contracciones musculares dolorosas con BN que desarrolló distonía después de 8 meses de tratamiento con bupropión. Al principio recibió bupropión de liberación lenta en una dosis inicial de 75 mg; estaba siendo tratada por sentimientos de tristeza e impaciencia (normalmente por las mañanas), y su dosis se aumentó gradualmente hasta 450 mg/día. Después de aproximaciones en las piernas y los muslos, junto con dolor respiratorio y abdominal. Ella informó que sentía que se estaba "asfixiando". Después de una visita al departamento de emergencias, recibió 10 g de diazepam por vía intramuscular. Entonces, los síntomas se resolvieron poco después de recibir 2 mg del anticolinérgico biperiden por vía intravenosa. Se le aconsejó que dejara de tomar bupropión, y el seguimiento durante varios meses no mostró más casos de distonía. Por supuesto, a menos que la purga hubiera cesado, habría sido prudente haber cambiado a otro antidepresivo, dado el riesgo de convulsiones.

La distonía aguda puede aparecer como un efecto secundario de los medicamentos, con mayor frecuencia durante el tratamiento con medicamentos antipsicóticos, y a menudo es aterradora para los pacientes. Los autores aconsejan a los clínicos que estén atentos al posible desarrollo de distonía aguda en pacientes que reciben fármacos dopaminérgicos.

—SC

En el próximo número

Cuando un paciente rechaza el tratamiento

El tratamiento involuntario de cualquier trastorno psiquiátrico siempre ha sido un tema controvertido, especialmente en el caso de los pacientes con trastornos alimentarios. Y, cómo abordar a un paciente de larga duración que se niega repentinamente y de manera seria a cualquier otro tratamiento.

Además

- Redes sociales que promueven la autolesión no suicida y la anorexia
- Supresión de peso y el mantenimiento de éste después del tratamiento para AN
- Trastornos alimentarios en futbolistas de élite masculinos y femeninos
- Inseguridad alimentaria y trastornos alimentarios del espectro bulímico
- Y mucho más...

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com