
Eating Disorders Review

Noviembre/Diciembre 2021

Volumen 32, Número 6

Scott Crow, Editor en Jefe

Sobre el no saber

S. Roy Erlichman, Ph.D., CAP, CEDS-S, F.iaedp

Estar estancado es no saber. Puede ser sinónimo de no entender o quizás una defensa contra sentimientos como la impotencia, el fracaso, la confusión o la incapacidad. Puede ser momentáneo o duradero. Según mi experiencia, sentirse estancado está implícito en el proceso de tratamiento de problemas emocionales complejos y es importante para ayudar a los clínicos a comprender mejor a nuestros pacientes y a nosotros mismos.

De hecho, sentirse estancado es solo una de las varias respuestas de contratransferencia que surgen en la práctica de la psicoterapia. Para mí, sentirme estancado es muy diferente a estar estancado, es inevitable y confirma las limitaciones realistas sobre lo que puedo saber o lograr en mi trabajo. Esto puede dejarme con pensamientos y sentimientos que pueden diferir drásticamente de lo que un paciente espera, fantasea o exige de mí o de lo que yo espero de mí mismo. En el tratamiento de los trastornos alimentarios, hay muy poco que restablezca la salud con rapidez y poco que alivie o resuelva sistemáticamente los momentos de estancamiento, tanto para el paciente como para el clínico. La recuperación exige tiempo; y, por otra parte, ¿tenemos ya una definición clara y universal de la recuperación o la curación?

Y ahí está Sarah. A sus cuarenta y tantos años, Sarah se presentó con una historia fascinante. Bien educada, había servido en el gobierno de Estados Unidos durante años y estaba casada con un hombre exitoso. No tenía hermanos. Ambos padres habían fallecido. Cuando le pregunté en qué podía ayudarle, Sarah me dijo claramente que quería librarse de su ansiedad, de su depresión intratable y de lo que ella denominaba "pensamientos inusuales" que se inmiscuían en su vida. Yo no sabía cuáles eran, ni en las primeras sesiones, pregunté. Hacerlo entonces lo sentí prematuro. Podría esperar.

En los primeros meses de nuestro trabajo, Sarah se mostró colaborativa. Acudía a sus sesiones con puntualidad, hablaba con franqueza y pagaba sus facturas con regularidad. Un día, por razones que no entendía, sentí una sensación de incomodidad y decidí explorar con Sarah, cómo iban nuestras sesiones. En realidad, le pregunté: "¿Cómo lo estoy haciendo?". No le dirigí mi pregunta como una orden o una crítica personal, sino que la invité a hablar de mí y de cómo lo estaba haciendo como su terapeuta. En otras palabras, si lo quería, podría hablar de manera crítica o positiva sin recriminaciones. Esa era mi esperanza. Sarah decía que nuestro trabajo iba bien, pero los sentimientos positivos que verbalizaba no coincidían con los que yo experimentaba. Decirme que todo iba bien simplemente no era el caso. Algo iba mal, pero no sabía qué. Cuando los sentimientos y los pensamientos no coinciden, me gusta preguntarme por qué.

Desde mi experiencia, me pregunto cuándo los pacientes son demasiado amables, demasiado efusivos al elogiar el trabajo del terapeuta, o demasiado críticos. ¿Estamos escuchando lo que es verdad o lo que es autoprotector y, por tanto, seguro? ¿El paciente teme represalias, rechazo o abandono? Del mismo modo,

me cuestiono cuando los pacientes desplazan la rabia hacia mí inmerecidamente por comportamientos, pensamientos o comentarios que yo no tuve ni realicé, pero el paciente me los atribuye de cualquier manera. ¿Y si creo que estoy siendo útil, pero en la mente del paciente puedo ser de poco valor? ¿Cómo responder? La experiencia y la teoría me han enseñado que lo más prudente es aceptar y decir poco o nada.

A veces surgían estas preguntas cuando Sarah pedía ejercicios o técnicas que le ayudaran a aliviar los factores de estrés que sentía. Si estaba siendo tan útil como ella decía, me preguntaba por qué la necesidad de más herramientas y técnicas. ¿Qué era lo que me faltaba? ¿En qué estaba fallando? Al principio, estas peticiones parecían razonables. Técnicamente, lo eran. Hablamos de ejercicios de respiración y descanso, de yoga, meditación, de libros para leer, de visualización... pero fue en vano. Nada ayudaba.

Lo que sí quedó claro es que Sarah no tenía ningún interés en los ejercicios o las técnicas, sino todo lo contrario. Más tarde me di cuenta de que Sarah estaba decidida a obligarme a comprender y sentir la intensidad del dolor emocional que experimentaba todos los días, y para el que no tenía palabras, porque no las había. Eran recuerdos preverbales. Con el paso del tiempo, utilizaba los colores para describir las experiencias de su infancia: por ejemplo, que el dolor de su ansiedad era de un rojo intenso o que su depresión era de un gris frío. Ella exigía que yo sintiera esos sentimientos y que de alguna manera la salvara de ellos.

Nunca dijo esto porque no tenía palabras. Simplemente intuí su mensaje.

A través de muchas sesiones, sentí que me había convertido en una amalgama de la madre y del padre, quienes se supone "simplemente saben" lo que su hijo/hija necesita. Mágicamente, estos padres encienden la luz cuando está oscuro, cambian los pañales cuando están mojados y alimentan y aman a su hijo/hija con naturalidad y facilidad. Si bien el bebé aún no tiene un lenguaje verbal, sí conoce los sonidos y sentimientos de tal amor y, con el tiempo, crece para aceptarlo con confianza y seguridad. Sarah nunca conoció esta experiencia.

Durante mucho tiempo, seguí sin saber qué decirle a Sarah. Está claro que mi presencia era más importante que mis palabras y, como Sarah, yo tampoco las tenía. Mientras le pedía a Sarah que cruzara su propio "puente sobre aguas turbulentas" y pusiera en lenguaje sus pensamientos y sentimientos, yo tenía que hacer lo mismo. Lo que sabía era lo que sentía: un estado vacío, triste y crudo que a menudo me dejaba frustrado e inseguro y, con frecuencia, avergonzado y apenado. Se suponía que yo debía ser un agente de esperanza en la vida de Sarah, pero, en realidad, me sentía un fracaso. Sin embargo, persistimos.

Y luego llegó ese momento especial, la epifanía en la que los elementos de nuestro trabajo poco a poco se fueron uniendo. Lo que parecía haber ocurrido es que mi mundo interior había evolucionado hasta convertirse en un espejo narcisista del de Sarah. La inseguridad que sentía como terapeuta reflejaba la inseguridad que ella sentía como niña y como paciente. La rabia que desplazó hacia mí fue la misma que sus padres desplazaron hacia ella. Sentirme como un fracaso como terapeuta fue la sensación que ella sintió cuando era niña. Culparme por fallar en nuestro trabajo era la culpa que ella experimentaba por no satisfacer las interminables demandas de logros de sus padres, demasiado elevadas para los más dotados. Lo que se le impuso a ella se me impuso a mí. No había amor en sus mensajes y Sarah lo sentía. Tampoco recibiría amor ni aprecio. Yo también sufriría hasta que lo entendiera.

Pasaron más meses. Sarah se quejaba persistentemente de mi falta de comprensión y de lo que ella llamaba "mi falta de compasión adecuada". "Igual que mis padres", dijo. En repetidas ocasiones, me recordaba que yo era un fracaso como terapeuta y se preguntaba por qué venía a verme. Pero interesantemente -y cada vez sentía más curiosidad al respecto-, por mucho que se quejara, seguía

viniendo a nuestras sesiones e invariablemente a tiempo. Pagaba sus sesiones como acordamos y manejaba responsablemente los detalles de los cambios de sus citas. Solicitaba periódicamente más sesiones, no menos. Esto parecía contradictorio. Si me detestaba y criticaba tanto, ¿por qué continuar el tratamiento? Seguramente podría encontrar otro terapeuta más eficaz que yo. En realidad, esperaba que lo hiciera. Estaba cansado.

A medida que Sarah hablaba más abiertamente, estudiamos juntos cómo me había vuelto tan decepcionante, y qué había hecho para justificar su ira. ¿Alguien la había escuchado, aceptado sus oscuros sentimientos y sus "pensamientos inusuales"? ¿Existe una forma segura de hablar de la relación real que tenía con sus padres y con otras personas cuyas vidas influyeron en la suya? ¿Eran sus padres las buenas personas que describía o eran tan distantes, punitivos y tóxicos como me parecían? Seguí haciendo preguntas, estudiando las respuestas con ella y, lo mejor que pude, no emití juicios ni interpretaciones. Parecía que era mejor que ella llegara a sus propias conclusiones de forma independiente, sin críticas, presiones u opiniones de mi parte.

La voz de Sarah se hizo más clara, más fuerte y valiente. En una tierna conversación, confirmó con lágrimas en los ojos que, efectivamente, era una niña maltratada a la que nunca se le había permitido sentir o hablar. A medida que se sentía cada vez más segura desplazando los sentimientos de odio hacia mí, como un sustituto en la transferencia de sus padres, hablaba más libremente sobre sus recuerdos, sentimientos, percepciones y sueños. A veces, este proceso parecía interminable y, sin embargo, era cada vez más informativo y liberador para ambos. A medida que la rabia disminuía, surgía gradualmente un yo más brillante. A través de muchas sesiones agonizantes, lo que se hizo evidente fue que Sarah había crecido con padres diametralmente diferentes a los que había descrito al principio. Casi habían destruido su mente y su alma.

De pequeña, Sara aprendió que su obligación era cumplir las órdenes de sus padres sin cuestionar. Hacer lo contrario era manifestar una deslealtad por la que sería castigada. Estar en silencio era seguridad y lealtad, la buena niña. Más adelante en el tratamiento, cuando hablar ya no la aterrorizaba, necesitaba confirmar con certeza -saber- que yo toleraría sus sentimientos y comportamientos rabiosos. Si podía hacer eso y no ser punitivo, eso le confirmaría que podría creer y confiar en mí. Sus percepciones, recuerdos y sentimientos debían ser valorados, no despreciados.

No hacer nada o poco, esperar a que Sarah me guiara -en su propio idioma y a su propio ritmo- era hacer más. Más lento fue de hecho más rápido.

Sarah y yo trabajamos juntos durante varios años. Sentirme estancado, inseguro y sin saber qué hacer marcó el curso de nuestra relación. Curiosamente, no recuerdo haberme sentido nunca desesperanzado. Con frecuencia me he preguntado por qué. En retrospectiva, me parece que la determinación de Sarah de tener la vida que legítimamente merecía me dio esperanza y valor.

Sarah prosperó en nuestro trabajo, aunque yo me preguntaba con frecuencia si podría hacerlo. A medida que avanzaba el tratamiento, manifestó mejoras significativas en sus relaciones con los demás. Su carrera floreció. Ya no hablaba de su depresión, ansiedad o pensamientos inusuales. Su matrimonio se convirtió en una fuente de confianza y amor mutuo. Después de que terminó el tratamiento, Sarah me llamaba periódicamente o me enviaba una tarjeta para hacerme saber que estaba bien en su nuevo mundo. Invariablemente me preguntaba cómo estaba, un paso importante para alguien que durante años apenas reconoció mi existencia. El caso de Sarah fue uno de los que salió bien. No todos los casos son así. He tenido otros que me han decepcionado, incluso me han desesperado. Pero saber que sentirse estancado puede ser significativo y útil me animó a mantener el rumbo.

Ayudar a Sarah a restablecer su "yo herido" requería que escuchara sus "gritos disfrazados de ayuda", sus percepciones y sentimientos sobre la vida y la realidad, ya fueran reales o imaginarios. Cuando

acepté sus percepciones, que a menudo desafiaban la razón o mi propia perspectiva, creí -en realidad sentí- que esto le daba una sensación de aceptación sin reservas, de sentirse comprendida, y una emoción -creo- que tal vez nunca había experimentado antes.

En otras palabras, la sensación de aceptación interpersonal puede tener poco que ver con los temas a resolver, pero mucho más con el hecho de sentirse valorado o desvalorizado por otro. Sean correctas o incorrectas, lógicas o no, me parece que las palabras de un paciente son el fruto de su mente, una representación verbal del yo. Que los acepten y los valoren es ser valorado. Que discutiera estas percepciones puede ser experimentado como un rechazo, posiblemente una réplica de sus experiencias traumáticas de niña. Y he aquí de nuevo, un adulto más, su médico, que puede oír, pero no escuchar. Está claro que la confianza relacional no se decreta en la terapia, sino que se cultiva, se gana con el tiempo, al igual que el bebé interioriza con el tiempo que sus padres serán objetos confiables, presentes y amorosos. Para mí, personalmente, fue un privilegio compartir el viaje de Sarah. Con frecuencia, desearía poder saber más, hacer más y sentirme menos ignorante e inseguro. Sin embargo, retomando a Donald Winnicott, al igual que los padres, sólo podemos ser "suficientemente buenos". Sin embargo, es más fácil ser lo suficientemente bueno cuando aceptamos que sentirnos estancados y no saber son elementos legítimos de lo que hacemos y quiénes somos.

El Dr. S. Roy Erlichman, Ph.D., CAP, CEDS-S, F.iaedp tiene una extensa carrera en el tratamiento de trastornos alimentarios. Es un especialista certificado en trastornos de la conducta alimentaria y miembro de la International Association of Eating Disorders Professionals (iaedp) y ha desempeñado como President of the Board of Directors. En 2019, recibió el Who's Who In America Lifetime Achievement premio a las contribuciones clínicas y en 2016 fue galardonado con el iaedp Lifetime Achievement Award por su servicio. El Dr. Erlichman ha escrito numerosos artículos profesionales, presentados en conferencias en todo el país y es Associate Editor of Perspectives.

Los padres que cuidan a sus hijos adultos con AN y BN se pronuncian

Usar demasiados sombreros" es uno de los problemas más comunes de un grupo que se pasa por alto.

Los padres que cuidan a adultos con trastornos alimentarios llevan una pesada carga y están bajo un estrés psicológico severo, según un informe reciente de Noruega. De hecho, estas familias comparten varias de las mismas preocupaciones y necesidades que las familias que cuidan de pacientes esquizofrénicos, según un pequeño estudio realizado por Jannike Karlstad y sus colegas de la Nord University, Bodø, Norway (*BMC Psychiatry*. 2010. 21:338).

Los autores estudiaron las experiencias de los padres con el cuidado de una hija adulta con AN o BN en casa. Los padres manifestaron confusión e inseguridad en su papel de paternidad cuando su hijo/hija llegó a la edad adulta y el enfoque de la atención cambió de una orientada a la familia con frecuentes seguimientos médicos a un enfoque individual con menos o ningún seguimiento sanitario. Los autores incluyeron algunos hallazgos de su estudio anterior de 11 padres que fueron entrevistados y dijeron sentirse aislados, ya que todo en sus vidas giraba en torno a la adaptación a los trastornos alimentarios de sus hijas (*Sykepleien Forskning*. 2020.15:81474) Los participantes fueron madres y padres de mujeres mayores de 18 años con AN o BN. En la mayoría de los casos, el diagnóstico se había hecho en la adolescencia temprana de los pacientes o principios de los 20. La mayoría de los padres habían sido cuidadores durante al menos 10 años, y habían experimentado periodos en los que la enfermedad mejoraba y luego empeoraba. Los autores utilizaron entrevistas semiestructuradas que exploraron las estrategias de afrontamiento y las experiencias de los padres con los servicios de atención médica. Los

temas comunes de los padres incluían "no ser tomados en serio por los servicios de salud" y "recibir ayuda basada en la suerte". La mayoría de las entrevistas se realizaron en persona y algunas se hicieron por teléfono, debido a las restricciones de COVID. La mayor preocupación expresada por los cuidadores fue la falta de ayuda adecuada de los profesionales de la salud. Algunos no habían recibido ninguna ayuda, y otros informaron que la recibida era inadecuada.

Muchos padres tuvieron que desempeñar múltiples funciones para compensar la falta de ayuda de los proveedores de atención médica; tuvieron que controlar la pérdida de peso, asegurarse de que su hija tomaba sus medicamentos y seguir su progreso diario. Seguir siendo fuerte y luchar por la comprensión de la familia y los amigos eran las principales preocupaciones, al igual que la ayuda con los alimentos y las comidas, así como la reducción del contacto social con la familia y los amigos, según fuera necesario. Los padres señalaron que hacían el papel de dietistas y guardianes al seguir las necesidades de sus hijas.

Los padres lograron cumplir con los múltiples roles durante la primera fase de la enfermedad de su hija y se sintieron optimistas sobre las perspectivas de recuperación durante las primeras etapas de la enfermedad. La mayoría dijo haber ganado fortaleza al anticiparse a la recuperación. Sin embargo, a medida que pasaban los años y las hijas no se recuperaban por completo, los padres informaron que llevaban los sombreros de "superviviente" y "vencedor" al asumir los roles de madre, enfermera, médica y psicóloga. Los padres estaban más preocupados por los asuntos prácticos que las madres, y éstas estaban más involucradas emocionalmente en el proceso de cuidado.

Efectos en la vida familiar

La larga duración de las enfermedades de sus hijas tuvo un profundo efecto en la vida de las familias. Con el tiempo, el optimismo inicial de los padres se desvaneció y algunos aceptaron que algunos pacientes con AN y BN no se recuperarían del todo. La apertura mutua ayudó a los miembros de la familia a mantenerse fuertes; otros descubrieron que ser abiertos sobre la enfermedad de su hija en el trabajo también era un alivio. Establecer límites, especialmente en lo que respecta a los contactos sociales, también ayudó a algunas familias. Al mismo tiempo, los padres tenían que compaginar el cuidado de sus hijas con otras responsabilidades familiares, como el cuidado de otros niños y miembros de la familia, el mantenimiento de sus trabajos, sus amistades y su vida social. El tiempo requerido para el cuidado de la hija con trastornos alimentarios también restó atención y cuidado a los hermanos, y los padres informaron que se sentían inseguros sobre algunas de las tareas que realizaban regularmente. Por ejemplo, carecían de la experiencia de los profesionales de la atención médica y les hacía falta la confirmación de si sus acciones eran correctas. La vida normal, incluidos los viajes, era casi imposible.

Algunos pudieron establecer límites en términos de cuánto afectó sus vidas el trastorno alimentario de su hija. Otros pusieron límites a su vida social y siguieron gastando toda su energía en sus hijas. En un estudio, los padres vivían con sus hijas, lo que añadía más tensión y una mayor necesidad de establecer una separación emocional. Dado que el estudio de los autores incluía a pacientes adultas, la mayoría de los padres no vivían con sus hijas, lo que hacía menos urgente la necesidad de establecer distancia entre ellos.

En un estudio anterior, los padres que cuidaban de sus hijas adultas con AN experimentaban el cuidado como un ciclo. Se esforzaron por comprender la AN y asumieron un papel de cuidador; sin embargo, esto a menudo condujo a intervenciones directas y conflictos, y en última instancia al agotamiento de los padres. Irónicamente, cuando adoptaron un enfoque menos conflictivo, siguió un comportamiento más anoréxico (*Clin Psychol Psychother.*2017. 24:103)

Un paso para ayudar a los padres, según los autores, sería contar con más información y ayuda de los profesionales de la salud. Las personas que atienden a pacientes adultos con trastornos alimentarios necesitan tanta información como sea posible, según lo permita la confidencialidad, y la mayoría necesita apoyo profesional para ellos mismos. Los grupos de apoyo y las discusiones grupales regulares pueden

ayudar. Los investigadores noruegos también concluyeron que la apertura dentro de la familia es "un factor de afrontamiento importante".

Actualización: Las señales cerebrales difieren en ciertos trastornos de salud mental

Los síntomas de la anorexia se ven afectados por las diferencias en la ínsula media.

Muchas personas con trastornos mentales experimentan los síntomas físicos de forma diferente, ya sea sintiéndose incómodamente llenos en la AN o teniendo una fuerte sensación de falta de oxígeno durante un ataque de pánico. Estos síntomas se asocian con diferencias en la función dentro de la ínsula media dorsal del cerebro, según un equipo de investigación en la University of Cambridge, England (*Am J Psychiatry. 2021.178:761*) Identificar estas diferencias en el cerebro puede ser importante para futuros diseños de tratamiento para los trastornos alimentarios.

Interocepción y condiciones internas

La exterocepción, es decir, los sentidos de la vista, el olfato, el oído, el gusto y el tacto, es fácilmente perceptible. En cambio, la interocepción, a veces llamada "sentido oculto", es la capacidad del cuerpo para percibir las condiciones internas y no es aparente. Por ejemplo, en la interocepción, el cerebro modela los acontecimientos que se producen en el interior del cuerpo, como el ruido del estómago, la opresión en el pecho e incluso los latidos del corazón. También modela otras sensaciones de movimientos que no podemos sentir.

Un equipo dirigido por la Dra. Camilla L. Nord ha descubierto diferencias en la actividad de la zona media dorsal del cerebro en una serie de trastornos, como la depresión, la esquizofrenia, los trastornos alimentarios y los de ansiedad. La Dra. Nord y sus colegas informaron recientemente de que los individuos con trastornos como la depresión y los trastornos alimentarios mostraban una actividad cerebral diferente a la de los individuos sanos durante la interocepción. Su grupo realizó un meta-análisis de estudios de neuroimagen que comparaban a pacientes con trastornos psiquiátricos con sujetos de control sanos, en un intento de identificar qué regiones cerebrales mostraban una activación convergente alterada durante la interocepción. Para este análisis se extrajeron datos de 33 estudios; el estudio incluyó 610 controles y 626 pacientes con esquizofrenia, depresión bipolar o unipolar, trastornos por uso de sustancias, ansiedad, trastornos alimentarios y otras condiciones. Se observaron alteraciones en la activación insular media dorsal izquierda. Interesantemente, los autores señalan que la zona media dorsal no se solapa con otras regiones del cerebro que se ven alteradas por los antidepresivos o las regiones cerebrales modificadas por la terapia psicológica.

Por lo tanto, esta área podría ser un nuevo objetivo para la terapia futura. Los investigadores están planeando estudios para determinar si la activación alterada en esta área podría ser alterada por nuevos tratamientos, como la estimulación cerebral.

Estos son hallazgos relevantes para el campo de los TCA. Las personas con AN a menudo parecen tener experiencias internas muy diferentes; estos resultados parecen identificar un sustento neuronal para este fenómeno.

Prueba de realimentación con alto contenido calórico para pacientes hospitalizados con AN

Un estudio reciente desafía el enfoque tradicional de un inicio bajo en calorías y de manera lenta para realimentar.

El aumento de peso inicial es un factor de predicción temprana del resultado y un objetivo del tratamiento de la anorexia nervosa. Por tradición, la rehabilitación nutricional ha sido conservadora, principalmente para evitar el síndrome de realimentación, con alteraciones electrolíticas y efectos negativos en muchos sistemas orgánicos. Por lo tanto, el enfoque estándar para la realimentación ha sido un enfoque conservador de un inicio bajo en calorías y un incremento de éstas de manera lenta, asociado con un aumento de peso lento y gradual durante una hospitalización más prolongada.

Defensores de la realimentación con alto contenido calórico

El Dr. Neville H. Golden y sus colegas han sido defensores de la realimentación alta en calorías (HCR) para pacientes hospitalizados con AN durante algún tiempo. Sus estudios anteriores demostraron que la HCR conducía a un aumento de peso más rápido y a una estancia hospitalaria más corta sin el riesgo de alteraciones electrolíticas del síndrome de realimentación. Los autores citaron The Study of Refeeding to Optimize Inpatient Gains (StRONG), el mayor estudio controlado aleatorio hasta el momento para comparar los enfoques de realimentación baja en calorías (LCR) y el HCR (*JAMA Pediatr.* 2021. 175:19) Los resultados del estudio reforzaron la idea del HCR, pero no examinaron si los primeros resultados positivos se mantenían en el tiempo.

Ahora, en un estudio controlado aleatorio más reciente, el Dr. Golden y sus colegas informaron que después de un año no había diferencias entre los enfoques HCR y LCR entre 120 pacientes con AN (*Pediatrics.* 2021. 147 (4): e2020037135) Entre los dos grupos de pacientes con AN, no hubo diferencias en las remisiones clínicas, las hospitalizaciones, el número de reingresos médicos y el número de días de hospitalización médica un año después del alta. Sin embargo, los beneficios de una liberación más temprana de la atención hospitalaria señalaron varias ventajas de la HCR, en particular un aumento de peso más rápido y una liberación más temprana, con menores costes de atención.

Aumento de peso en adultos con ingesta restrictiva de alimentos TERIA en comparación con aquellos con AN restrictiva

Un estudio piloto no ofrece los resultados esperados.

Los pacientes con el Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (TERIA) presentan una serie de síntomas que difieren de los observados en las personas con AN. Por ejemplo, los pacientes con TERIA muestran una falta externa de interés en la comida o la alimentación. Se preocupan por los posibles efectos negativos de comer o evitan los alimentos en función de sus características, como el olor o el sabor. Como resultado, pierden peso y tienen deficiencias nutricionales significativas. A diferencia de aquellos con AN, su comportamiento alimentario no está motivado por la preocupación por el peso corporal o la talla. Debido al bajo peso corporal resultante y la ingesta restrictiva de alimentos, TERIA puede confundirse con AN. El tratamiento de TERIA, similar al de la AN, incluye el restablecimiento del peso, pero no está claro si ese proceso es igual o diferente, según el diagnóstico.

Investigadores daneses liderados por el Dr. Magnus Fjellstad en el Psychiatric Center Ballerup, en Ballerup, Denmark, diseñaron un estudio piloto para comparar el aumento de peso entre las personas con TERIA y aquellas con la forma restrictiva de AN (AN-R) El grupo presentó recientemente sus resultados como hallazgos piloto de un estudio longitudinal (*Nutrients.*2021. 13:871)

Entre enero de 2016 y diciembre de 2020, los autores estudiaron a 7 adultos con TERIA y analizaron datos de 80 pacientes adultos con AN-R que participaban en el Prospective Longitudinal All-inclusion study on Eating Disorders, o PROLED. El estudio PROLED es un estudio clínico naturalista de seguimiento anual de 10 años en pacientes con trastornos alimentarios. Los participantes en el estudio PROLED son todos adultos de 18 a 65 años que fueron admitidos en la unidad de trastornos alimentarios en el hospital de los autores en Ballerup. En su estudio piloto, el equipo de investigación planteó la hipótesis de que el aumento de peso sería más lento entre los pacientes con TERIA que entre los pacientes con AN-R.

Los diagnósticos de TERIA y AN-R se realizaron de acuerdo con los criterios de ICD. Todos los participantes estaban en un programa de recuperación de peso, ya sea como pacientes hospitalizados o como participantes en un tratamiento intensivo de día. Las comidas se ofrecían 3 veces al día a los participantes de atención de día y 5 veces, a los pacientes hospitalizados, además la ingesta individual de alimentos era controlada por enfermeras capacitadas. Las comidas diseñadas por el dietista se planificaron individualmente para conseguir un aumento de peso de aproximadamente 1 kg por semana hasta alcanzar el peso corporal ideal, definido como un índice de masa corporal (IMC, mg/kg²) de 20 para las mujeres y 21 para los hombres. Aunque no hubo psicoterapia formal como parte del estudio, se ofrecieron reuniones individuales con psicólogos y enfermeras a todos los participantes.

Tras un estudio diagnóstico completo, que incluía una entrevista diagnóstica exhaustiva realizada por un psicólogo, todos los participantes se sometieron a exámenes psiquiátricos con un psiquiatra especializado o con un médico generalista con formación especializada en trastornos alimentarios. Los pacientes también fueron evaluados con una serie de cuestionarios, incluyendo el *Eating Disorder Questionnaire*, el *Major Depressive Inventory*, el *Autism Quotient*, y el *Hopkins Symptoms Check List 92*, entre otros. Los participantes también completaron la regla de disposición, un autocuestionario de 18 ítems que refleja la disposición al cambio, incluyendo la restricción alimentaria, el peso, la sobrevaloración de la talla y los atracones, los vómitos, el uso de laxantes, el ayuno, el uso de diuréticos, la fobia al aumento de peso y el ejercicio. Dos secciones también medían la disposición y la motivación para el cambio.

Resultados inesperados

Aparte de la ansiedad, no hubo diferencias en las características iniciales de los dos grupos. Durante las primeras 6 semanas de restauración de peso, no hubo diferencias entre aquellos con TERIA y aquellos con AN-R. Este resultado se hizo eco de lo que habían mostrado estudios anteriores, y la hipótesis de los autores no fue corroborada. En cambio, los pacientes con ARFID aumentaron de peso con el programa de tratamiento restaurador diseñado para pacientes con AN-R.

La ansiedad inicial era mayor en los pacientes con AN-R que en aquellos con TERIA, pero no se observaron otras diferencias. Los autores concluyeron que esto argumenta en contra de la necesidad de programas separados. Una precaución a la hora de interpretar estos resultados es que el grupo con TERIA era muy pequeño (7 participantes), por lo que estos resultados deberían confirmarse en otros estudios.

Otra opción de tratamiento para pacientes con TA

Un estudio piloto ayudó a los pacientes a lidiar con las emociones negativas que son la base del TA.

Aunque la terapia cognitivo-conductual ha sido el tratamiento de elección para los pacientes con trastorno alimentario por atracón (TA), se necesitan otras opciones de tratamiento. Un enfoque prometedor utiliza la terapia centrada en la emoción (EFT), tal y como se describe en un ensayo piloto aleatorizado de control en lista de espera (*J Eat Disord.* 2021. 9:2)

Como el Dr. Kevin Glisenti e investigadores en la Queensland University of Technology, Brisbane, Queensland, Australia, explicaron, EFT aborda las emociones negativas que se han relacionado ampliamente para predecir episodios de atracones en TA. Los investigadores diseñaron un estudio para probar la viabilidad del uso de EFT para tratar a pacientes con TA.

EFT: centrándose en las emociones negativas

Hasta ahora, solo un estudio previo ha examinado el uso de la EFT específicamente para el TA (*Clin Psychol Psychother.* 2016. 11:24) Los enfoques de la EFT se basan en la premisa de que las emociones humanas están conectadas a las necesidades humanas y, por lo tanto, las emociones tienen un potencial adaptativo innato que, si se activa y se trabaja, puede ayudar a las personas a cambiar los estados emocionales problemáticos y las relaciones interpersonales. El objetivo de la EFT es ayudar a los clientes a identificar y aceptar sus emociones primarias (su primera respuesta emocional a un estímulo), desde las emociones secundarias (una respuesta que oscurece la respuesta primaria), procesando las emociones negativas desadaptativas primarias al atender y aumentar la conciencia y la expresión de éstas. La EFT tiene como objetivo transformar las emociones desadaptativas mediante la activación de las emociones adaptativas sanas junto con sus necesidades y tendencias de acción (*Pers-Cent Exp Psychother.* 2014. 13:278) Uno de los objetivos del tratamiento es desarrollar una relación terapéutica exitosa donde el paciente o cliente se sienta comprendido, apoyado y seguro.

Los participantes en el estudio fueron reclutados en las consultas locales de atención primaria. Los participantes tenían entre 18 y 65 años, y todos tenían un diagnóstico del *DSM-5* para TA. Veintidós personas, 17 mujeres y 4 hombres, participaron en el estudio. La edad media era de 45 años, y la edad media del primer episodio de atracón era de 18 años (una cliente de 61 años declaró que su primer episodio de atracón ocurrió cuando tenía 8 años) Los participantes fueron evaluados por teléfono por primera vez para detectar TA según los criterios de diagnóstico del *DSM-5*.

Los que cumplieron los requisitos fueron asignados aleatoriamente a 12 sesiones semanales de una hora de EFT para las emociones desadaptativas durante 3 meses o a un control en lista de espera (tras lo cual también se les ofreció EFT) La fase 1 del tratamiento se centró en promover la conciencia de las emociones, darles la bienvenida y aceptarlas, ponerlas en palabras e identificar las primarias. La fase 2 se centró en evaluar si la emoción primaria era adaptativa o desadaptativa, en identificar las destructivas, en acceder a otras emociones y necesidades adaptativas y transformar los temas de las emociones desadaptativas.

Los autores informaron de que no había diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas inmediatamente después de la terapia y a los tres meses de seguimiento, lo que indica que los beneficios del tratamiento se mantuvieron. Según el Dr. Glisenti y sus colegas, "...están surgiendo pruebas de los beneficios de la EFT para el TA...", que se centra en ayudar a los clientes a experimentar y procesar las emociones desagradables, a la vez que disminuye la dependencia de los trastornos alimentarios como mecanismo de afrontamiento emocional. Se necesitan investigaciones futuras, que incluyan períodos de seguimiento más largos y estudios más amplios

Más consecuencias de la pandemia de COVID-19

En un estudio, las admisiones médicas de adolescentes con TCA se vieron notablemente afectadas.

Los nuevos datos apuntan a un patrón que sugiere que la pandemia de COVID-19 ha aumentado las llamadas a las líneas de ayuda de TCA y se ha relacionado con el empeoramiento de los síntomas tanto en adultos como en adolescentes. Los primeros datos sugieren que esto está provocando una mayor necesidad de tratamiento de UN TCA.

Cuando Alana K. Otto, MD, MPH, y otros investigadores de la University of Michigan, Ann Arbor, revisaron los registros de pacientes de 10 a 23 años que ingresaron en su hospital desde marzo de 2017 hasta marzo de 2021, viendo un aumento significativo en los ingresos durante la pandemia de COVID-19 (*Pediatrics*. 2021. 148: e2021052201, publicado en línea antes de imprimir)

Los autores completaron una revisión de las historias clínicas de los adolescentes de 10 a 23 que ingresaron en el C.S. Mott Children's Hospital, Ann Arbor, desde el 1 de marzo de 2017 hasta el 31 de marzo de 2021 por complicaciones médicas de TCA restrictivos. Entre ellos se encontraban la AN, la AN atípica y el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (TERIA), así como otros trastornos alimentarios especificados o no especificados. Los autores identificaron 297 ingresos relacionados con un TCA entre 248 pacientes durante el estudio.

El hallazgo clave fue que el número de admisiones durante los primeros 12 meses de la pandemia fue más del doble de la media de los 3 años anteriores. El mayor número de estas admisiones ocurrió cerca del final del período de estudio, de 9 a 12 meses después de que comenzara la pandemia. Otra tendencia que identificaron fue que los pacientes ingresados durante la pandemia tenían menos probabilidades de tener un seguro público que los ingresados antes de la pandemia.

El COVID-19 se relaciona con el empeoramiento de los síntomas

Los hallazgos de los autores sugieren que la pandemia de COVID-19 y las precauciones relacionadas pueden estar asociadas con el empeoramiento de los síntomas entre los adolescentes con TCA o con la aparición de síntomas entre los adolescentes con riesgo de un trastorno alimentario. Las características de la pandemia también pueden contribuir al aumento de los ingresos, dicen los autores. Los cambios en la vida cotidiana de los adolescentes, como el cierre de escuelas y la cancelación de deportes organizados, por ejemplo, pueden interrumpir las rutinas relacionadas con la alimentación y el ejercicio, lo cual puede actuar como un impulso para el desarrollo de conductas de TCA entre las personas en riesgo. Los cambios profundos en la vida cotidiana relacionados con la pandemia, como el aislamiento social, también pueden haber contribuido al aumento de los ingresos en su hospital.

Los autores sugieren que quienes atienden a los adolescentes con trastornos alimentarios deben ser capaces de adaptarse rápidamente en respuesta a las crecientes demandas de atención durante la pandemia. A pesar de las ventajas de la telemedicina, las evaluaciones presenciales para valorar el peso y el estado nutricional, los signos vitales y los estudios de laboratorio, así como la evaluación de los signos de complicaciones médicas que pueden requerir un ingreso hospitalario, son esenciales en el ámbito de la atención primaria. Aconsejan que quienes atienden a los adolescentes con TCA en centros hospitalarios estén preparados para afrontar los retos de la pandemia, sobre todo porque la demanda de tratamiento, así como la falta de proveedores e instalaciones, no pueden sino aumentar.

Señales tempranas de riesgo de trastornos alimentarios

Un estudio encuentra indicios de riesgo en los preadolescentes.

Tradicionalmente, los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo se entienden como signos de riesgo de padecer un trastorno alimentario y pueden presentarse en los adolescentes; sin embargo, los signos reveladores del riesgo de desarrollar un trastorno alimentario también pueden estar presentes antes, en los niños preadolescentes, según los resultados de un estudio reciente. Investigadores galeses subrayaron recientemente la relación entre los trastornos alimentarios y la ansiedad y la depresión en un estudio sobre niños preadolescentes (*Brain and Behavior*. 2021. 11:e01904, publicado en línea antes de imprimir)

El objetivo del Dr. Kai S. Thomas y sus colegas en la School of Psychology, Cardiff University, Cardiff, UK, fue examinar la asociación de ansiedad y depresión entre una muestra demográficamente diversa de niños y niñas. Su hipótesis es que los niños preadolescentes que tienen niveles más altos de comportamientos de una alimentación desordenada también tendrán niveles más altos de lo normal de ansiedad y depresión. También trataron de examinar el papel que puede desempeñar el género en una alimentación desordenada en la preadolescencia.

Luego, se midieron los comportamientos y actitudes alimentarias desordenadas en las escuelas participantes con el *Children's Eating Attitude Test* (ChEAT), una versión de autoinforme para adulto, el *Eating Attitudes Test* (EAT-26) El ChEAT incluye 26 preguntas diseñadas para medir los comportamientos y actitudes alimentarias desordenadas entre los niños de 8 a 13 años. Los investigadores también utilizaron el *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS-25; 25-item versión) Los directores dieron su consentimiento para que el estudio se llevara a cabo en sus escuelas, y todos los cuestionarios se administraron en las escuelas individuales en un aula separada durante la jornada escolar. Al final de cada sesión, los niños tuvieron la oportunidad de hacer preguntas, y se envió a casa un informe escrito de cada niño.

Se encontraron correlaciones positivas

Los investigadores descubrieron que existía una correlación positiva significativa entre las puntuaciones de ChEAT y las puntuaciones totales de RCADS. De acuerdo con la hipótesis de los autores, la relación entre la ansiedad y la alimentación desordenada fue estadísticamente significativa. En contraste, las puntuaciones de depresión no fueron significativas.

Según los autores, sus hallazgos subrayan los de los pocos estudios anteriores que han examinado las asociaciones entre los trastornos alimentarios y la ansiedad en la preadolescencia (*Eating Behaviors*. 2014. 15:275; *Appetite*. 2014. 80:61) Tanto los trastornos alimentarios como la ansiedad durante esta etapa del desarrollo tienen el potencial de aumentar el riesgo de desarrollar un TCA y trastornos de ansiedad más adelante en la adolescencia.

El estudio tuvo algunas limitaciones, como la dependencia de los autoinformes y el uso de un diseño transversal, por lo que los autores no pudieron estudiar las trayectorias de los trastornos alimentarios, la depresión y la ansiedad desde la preadolescencia hasta la adolescencia. El Dr. Thomas y sus colegas sugieren que los estudios longitudinales que comienzan en la preadolescencia y continúan con el seguimiento en la adolescencia serían valiosos para examinar mejor la co-ocurrencia de los síntomas.

A pesar de sus limitaciones, el estudio puso de manifiesto la relación entre los trastornos alimentarios y la ansiedad, tanto en el caso de las niñas como en el de los niños, y que esta relación puede surgir antes de lo que solemos pensar.

Dos trastornos alimentarios omitidos en la encuesta global

Aunque son mucho más comunes que la AN y la BN, OSFED y TA quedaron fuera.

Los trastornos alimentarios han sido a menudo excluidos parcial o totalmente de las encuestas de prevalencia de enfermedades. Un ejemplo es el original US-based National Comorbidity Survey. Otro más reciente es el Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) Damian Santomaura, PhD de Western Sydney University, Penrith, New South Wales, y sus colegas observaron que la AN y la BN fueron los únicos trastornos alimentarios incluidos en el Estudio GBD 2019, a pesar de que el

trastorno por atracón (TA) y otros trastornos alimentarios especificados (OSFED, por sus siglas en inglés) son más prevalentes. ¿Por qué es esto importante? Añadir los dos trastornos alimentarios que faltan no sólo daría una imagen más real de la incidencia y los efectos de estos trastornos, sino que también podría llamar la atención de los responsables de la elaboración de políticas, que podrían ayudar a dirigir los trastornos a una mayor atención y financiación. (*the lancet.com/psychiatry*. 2021. 8: April) El Dr. Santomaura y sus compañeros de investigación llevaron a cabo extensos análisis con la esperanza de lograr una inclusión más precisa de la prevalencia de los TCA y la carga de la enfermedad en futuras encuestas.

El GBD es un estudio epidemiológico que evalúa la mortalidad y la discapacidad por enfermedades, lesiones y factores de riesgo a nivel mundial, regional y nacional. El GBD utiliza los años de vida ajustado por discapacidad (AVAD) como medida de carga. Utiliza una fórmula para considerar la AN y la BN, por ejemplo, como un año de vida sana perdido por mortalidad o discapacidad. Los autores incluyeron en su análisis 54 estudios, 36 de ellos de países de ingresos altos.

Los autores señalaron que el informe GBD 2019 estimó que AN y BN afectaron a menos del 0.2% de la población mundial. Al incluir TA y OSFED, la prevalencia de los TCA se elevaría al 0.7%, similar a la de los trastornos por consumo de drogas, y un nivel superior al del trastorno bipolar, el trastorno del espectro autista y el trastorno de conducta.

El análisis de los autores mostró que el número de casos globales de TCA subrepresentados en la GBD 2019 incluía 41.9 millones de casos, incluyendo 17.3 millones de personas con TA y 24.6 millones con OSFED. El GBD para 2019 enumeró 13.6 millones de personas con AN y BN. Por lo tanto, los casos de TA y OSFED fueron fácilmente los TCA más comunes reportados.

La adición de los TCA que faltan promovería su inclusión en futuras encuestas representativas a nivel nacional y mejoraría los datos y la comprensión de la carga que los trastornos alimentarios suponen para los pacientes. El objetivo de los autores es que los casos de AN, BN, OSFED y TA se incluyan en la próxima encuesta global.

¿Merece la pena la terapia intensiva multifamiliar?

Un estudio está examinando los posibles beneficios del tratamiento abreviado.

Un nuevo ensayo de aplicabilidad evaluará si un curso de 5 días de terapia multifamiliar intensiva (MFT) producirá mejores resultados para los adolescentes con anorexia nervosa que la terapia familiar tradicional. El concepto incluye añadir la MFT de 5 días a las primeras etapas de la Terapia familiar (*J Eat Disord*. 2021. 9:71)

Como autor el Dr. Julian Baudinet y colegas en Kings College y Maudsley Centre for Child and Adolescent Disorders, London, explican, que las primeras etapas de la TF son muy importantes: el aumento de peso en las primeras semanas de tratamiento predice la mejora de los resultados al final de este. Es decir, como han demostrado numerosos estudios, 6 meses de TF son tan eficaces como 12 meses de tratamiento. Además, los factores familiares, como el aumento de las emociones, incluidas las críticas, la hostilidad y la sobreimplicación emocional, por ejemplo, pueden reducir la respuesta del paciente al tratamiento.

La MFT para la AN en adolescentes se asocia con una reducción de los síntomas del trastorno alimentario, la mejora del estado de ánimo y la autoestima, la calidad de vida y la mejora de los resultados. A pesar de los prometedores resultados, según los autores, ha habido pocos ensayos controlados y una gran

variedad en las formas de administrar la MFT.

El diseño del estudio

El objetivo principal del estudio es evaluar si la adición de una semana intensiva de MFT de 5 días en los primeros 2 meses de TF-AN mejora el resultado de los pacientes adolescentes con AN. Los investigadores están reclutando a 60 adolescentes y sus familias para el ensayo. Todos los participantes recibirán TF-AN, de modo que todos recibirán la mejor atención disponible, dicen los autores. El grupo de control recibirá 6 meses de TF-AN, y el grupo experimental recibirá 6 meses de TF-AN más un curso intensivo de 5 días de MFT impartido en los primeros 2 meses de tratamiento. Los del grupo de terapia multifamiliar intensiva de 5 días tendrán una adaptación del enfoque habitual manualizado de 10 días. Sin embargo, el grupo intensivo de MFT incluirá hasta 8 familias que trabajarán juntas con un equipo clínico durante una semana para desarrollar habilidades, promover el compromiso y aumentar la comprensión sobre la enfermedad y la dinámica familiar. La versión intensiva breve también incluye entre 2 y 8 familias por grupo y condensa el contenido principal del tratamiento en 5 días consecutivos (de 10 a 16 horas, de lunes a viernes) durante una semana. El contenido del tratamiento coincide con las fases de la TF-AN regular, y se centra en capacitar a los padres para que apoyen a su hijo en el control de los síntomas de los trastornos alimentarios y en la recuperación del peso. Dos clínicos impartirán el tratamiento extensivo. La función general, el funcionamiento reflexivo, la regulación de las emociones por parte de los pacientes y sus padres, los síntomas de ansiedad y estado de ánimo de los padres, la emoción expresada y la alianza terapéutica se medirán con una serie de cuestionarios y otros instrumentos.

El tiempo dirá si es factible y aceptable agregar MFT intensiva de 5 días a las primeras etapas críticas de MFT para AN. Los investigadores señalan dos limitaciones de su estudio: una es la muestra relativamente pequeña y la segunda es que la MFT se añade en los dos primeros meses de tratamiento y no durante el primer mes. Cada vez hay más datos que indican que la MFT puede ser más eficaz cuanto más temprano se imparta. Sin embargo, en el estudio de los autores, tener MFT durante el primer mes no es posible, debido a las restricciones de tiempo del estudio. (Uno se pregunta si podrían presentarse restricciones de tiempo similares en la implementación en el mundo real de un enfoque combinado de este tipo. Si es así, el uso de la MFT en los dos primeros meses de este estudio podría reflejar cómo se aplicaría con el tiempo.)

Los puntos fuertes del estudio incluyen el uso de un diseño controlado aleatorio y la inclusión de puntos de recogida de datos durante el tratamiento, así como al final de este.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS: Ayuno

P. Recientemente he visto a varios estudiantes universitarios que ayunan regularmente. Esto parece arriesgado. ¿Tenemos alguna información sobre los efectos del ayuno, especialmente entre los adultos jóvenes con trastornos alimenticios?

R. Descubrir que los jóvenes ayunan regularmente no es sorprendente. Se estima que casi 1 de cada 5 hombres y 1 de cada 4 mujeres en la universidad están ayunando regularmente, y estos números solo están aumentando. Con frecuencia, esto adopta la forma de un ayuno diario, en el que el individuo realiza una gran comida al día y luego ayuna durante las siguientes 18 a 24 horas. Algunos hacen esto para perder peso, pero otros afirman que mejora su funcionamiento físico y mental.

Un artículo reciente de la University of California, San Francisco, describe algunos de los efectos negativos de esta tendencia creciente (*J Eat Disord.* 2021. 9:88) Datos del Healthy Minds Study, que encuestó a 8255 estudiantes universitarios y de posgrado, mostró que los estudiantes que ayunaban con regularidad tenían altos índices de depresión, ansiedad y, sobre todo, trastornos alimentarios, ideación suicida y autolesiones no suicidas (cortarse y quemarse) También aumentaron los trastornos por

consumo de sustancias, incluido el consumo de marihuana y de drogas ilícitas como el éxtasis y la cocaína.

Los trastornos alimentarios se midieron con el *SCOFF*, un cuestionario de 5 ítems en el que se hacen preguntas como "¿Alguna vez te pones enfermo porque te sientes incómodamente lleno?" y "¿Te preocupa haber perdido el control sobre la cantidad que comes?" El ayuno regular durante las últimas 4 semanas entre los hombres se asoció significativamente con pruebas positivas de detección de depresión, ansiedad y trastornos alimentarios. Entre las mujeres, el ayuno regular durante las últimas 4 semanas se asoció significativamente con mayores probabilidades de consumo de marihuana o drogas ilícitas en los últimos 30 días, así como con resultados positivos en las pruebas de detección de depresión, ansiedad y trastornos alimentarios. Entre los hombres y mujeres universitarios, un mayor índice de masa corporal (IMC, Kg/m²) se asoció con cualquier ayuno, lo que no fue una sorpresa porque una de las principales razones para ayunar es la pérdida de peso; sin embargo, el IMC no se asoció con el ayuno regular.

Entre las mujeres que declararon ayunar con regularidad, se registraron mayores probabilidades de fumar cigarrillos, consumir marihuana y otras drogas ilícitas.

En la prensa popular, el ayuno se presenta como una estrategia de salud para las personas que el clínico atiende. Compartir esta información sobre sus riesgos con los estudiantes que atiende puede ser útil.

Además, los resultados de estudios como el de la University of California-San Francisco pueden ser útiles. Asimismo, en estudios como éste, no está claro si el ayuno provoca síntomas de alimentación desordenada, ansiedad, estado de ánimo y consumo de sustancias, o si es promovido por ellos. Pero, de cualquier manera, el ayuno es una razón para una preocupación real.

—SC

Los factores de personalidad pueden ayudar a predecir los cambios en los síntomas después del tratamiento residencial

Pero los síntomas observables pueden ser engañosos.

Las pautas de tratamiento para AN y BN establecen de forma rutinaria que la evaluación de las características de una persona debe usarse para predecir las respuestas a diferentes enfoques de tratamiento. Sin embargo, las mejores predicciones siguen sin estar claras. Por ejemplo, las características específicas del TCA, como las que figuran en el *DSM-5*, no han funcionado bien como predictores de resultados.

Psicólogos Dra. Laura Muzi y colegas en Sapienza University of Rome, Italy, recientemente informaron sobre el papel de los rasgos de personalidad en un grupo de 84 pacientes femeninas con AN y BN tratadas en un programa residencial, el cual mostró el potencial de apuntar a factores individuales relevantes e indicar estrategias de tratamiento efectivo (*Eat Weight Disord.* 2021. 26:1195) El trabajo se basó en parte en la idea de patoplastia. Es decir, factores como una alimentación desordenada o los rasgos de personalidad (en este caso) pueden influir en la evolución de unos y otros a lo largo del tiempo.

Los participantes y el programa

De los 84 participantes, 38 fueron diagnosticados de AN, subtipo restrictivo, con un índice de masa corporal, o IMC, medio de 15.16 Kg/m, mientras que otros 14 diagnosticados de AN, subtipo purgativo,

tenían un IMC base promedio de 16.82 Kg/m². Los 32 restantes tenían diagnósticos de BN; este grupo tenía un índice de masa corporal, o IMC, base promedio de 22,85 Kg/m². La edad promedio de los participantes era de 16 años.

Una vez admitidos en el programa, los participantes se involucraron en un programa de tratamiento residencial a tiempo completo, no hospitalario y multidisciplinar, que utilizaba un enfoque predominantemente psicodinámico. La duración promedio del tratamiento fue larga en relación con la proporcionada en muchos entornos, 5.5 meses. Todos los profesionales médicos, incluidos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas y enfermeras se reunían semanalmente para discutir los casos individuales. Se ofreció a los pacientes una supervisión de 24 horas para que los terapeutas pudieran interrumpir cualquier comportamiento repetitivo y dominante en el TCA. Además, cada paciente tenía psicoterapia individual una o dos veces por semana. Otras actividades incluyeron consejería y rehabilitación nutricional, apoyo alimenticio, intervenciones enfocadas en experiencias afectivas y emocionales, entrenamiento de habilidades, terapia recreativa y artística y clases de cocina social.

Los investigadores utilizaron una serie de cuestionarios para evaluar a los pacientes, incluyendo el *Clinical Diagnostic Interview (CDI)*, el *Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200)*, el *Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3)*, y el *Outcome Questionnaire-45.2 (OQ-45.2)*. El OQ-45.2 mide la función y el deterioro sintomático, como los problemas interpersonales y los roles sociales. El SWAP-200 es una valoración clínica de los rasgos de personalidad observados.

Los mayores síntomas del EDI-3 podrían estar relacionados con las restricciones dietéticas

Las puntuaciones más elevadas de los síntomas del *EDI-3* en el momento del alta se relacionaron positivamente con el número de episodios de restricción por semana, y relacionándose negativamente con la duración del tratamiento. Cuando la Dra. Muzi y sus colegas analizaron escalas del *SWAP-200 Personality Disorder (PD)*, encontraron asociaciones positivas entre un mayor deterioro sintomático del TCA y las escalas evitativas del PD. También se observaron asociaciones con un mayor deterioro del PD para los síntomas paranoides, esquizoides, histriónicos, evitativos y otros. Una función de personalidad saludable más alta se relacionó con puntuaciones más bajas de síntomas de TCA, así como con factores Q disfóricos y obsesivos: depresivos de alto funcionamiento.

Casi el 40% de los pacientes con trastornos alimentarios mostraron una mejoría clínicamente significativa tras el tratamiento, y un 8.3% adicional mostró un cambio sintomático confiable, aunque permaneció en la población disfuncional. Por otro lado, también cabe destacar que el 46.4% de las mujeres no mostraron ninguna mejora significativa, y el 6% presentaron un deterioro de los síntomas.

Según el conocimiento de los autores, este estudio fue el primero en explorar la relevancia de un amplio espectro de rasgos y estilos de personalidad para determinar los resultados terapéuticos en personas con AN y BN. En general, los hallazgos apoyaron las hipótesis de los autores. Los elementos del trastorno de la personalidad de una persona ayudaron significativamente a predecir los resultados de la terapia tanto a nivel grupal como individual.

Algunas variables clínicas surgieron como predictores significativos. Los autores sugieren que en futuros estudios se analice con mayor profundidad la relación entre dichas variables y los trastornos de la personalidad. Por ejemplo, una mayor cantidad de episodios de restricción dietética por semana predijo un peor resultado terapéutico, al igual que las tasas más altas de conductas compensatorias por semana.

Los autores también señalaron las limitaciones del estudio. En primer lugar, el tamaño moderado de la muestra, compuesta exclusivamente por mujeres blancas/caucásicas, limitó la capacidad de generalizar los hallazgos a los hombres, a las poblaciones minoritarias y a otras poblaciones con TCA distintos de la AN o la BN. Los datos también procedían de un único centro de tratamiento y sólo incluían a los pacientes

que fueron dados de alta tras completar el tratamiento.

No obstante, como escriben los investigadores, "ante todo, nuestros hallazgos sugieren que, si los clínicos quieren entender y tratar los síntomas del trastorno alimentario de forma eficaz, tienen que saber algo sobre la persona que los padece". Concentrarse en los síntomas observables puede llevar a los clínicos a descuidar aspectos menos evidentes y fáciles de medir de otras experiencias subjetivas de los pacientes, como la soledad y los sentimientos de vergüenza. Por lo tanto, la aplicación del principio de topoplaticidad puede ayudar a señalar el camino hacia directrices y estrategias de tratamiento más eficaces.

Trastornos por consumo de sustancias y trastornos alimentarios

Lidiar con un mayor riesgo cuando los dos coexisten.

La co-ocurrencia de trastornos alimentarios y trastornos por uso de sustancias es común, y también un desafío para los clínicos. La mayoría de los programas de tratamiento se sienten muy cómodos con los trastornos que normalmente tratan (TCA o SUD, Trastorno por abuso de sustancias), pero consideran que la co-ocurrencia de los dos es riesgosa. Un nuevo estudio subraya y respalda esa percepción de mayor riesgo. En el estudio, Mellentin y sus colegas utilizaron registros de datos daneses para examinar la mortalidad en pacientes con TCA y SUD Trastorno por abuso de sustancias (*Am J Psychiatry*. 2021; 1-11, doi: 10.1093/ajpp.21030274) Se incluyeron datos de 20.759 personas con TCA; también se disponía de información sobre el abuso de alcohol, cannabis o "drogas duras".

Los resultados mostraron que tener un SUD Trastorno por abuso de sustancias aumentaba el riesgo de morir. Para aquellos con TCA, pero no SUD, también hubo un mayor riesgo de muerte (Hazard Ratio (HR) 2.85) Esto concuerda con lo que ya sabíamos: que las personas con trastornos alimentarios tienen un mayor riesgo de muerte. En este estudio, tener un SUD aumentó notablemente el riesgo. Las sustancias que aumentaron directamente el riesgo incluyeron el alcohol (HR 11.84), el cannabis (4.55) y las "drogas duras" (14.16) Para aquellos con los tres (HR 22,99), el riesgo fue aún mayor.

Estas cifras ponen de manifiesto el riesgo de co-ocurrencia de TCA y SUD. Deben tomarse como un fuerte respaldo a la necesidad de más programas combinados de tratamiento de TCA-SUD.

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com