

---

# **Eating Disorders Review**

## **Mayo/Junio 2022**

### **Volumen 32, Número 3**

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

\*\*\*\*\*

---

## **Un programa prometedor para adultos jóvenes con trastornos alimentarios.**

***Varias características, incluida la flexibilidad y el acceso rápido al tratamiento, fueron atractivas para este grupo de edad.***

El programa The First Episode Rapid Intervention for Eating Disorders (FREED, por sus siglas en inglés) se desarrolló originalmente como un llamado "paquete de cuidados" y un modelo de servicio para adultos jóvenes (de 16 a 25 años) que desarrollaban un TCA en un plazo de 3 años.

Para determinar el impacto del enfoque FREED, la Dra. Rachel Potterton y sus colegas en King's College, London, recientemente recolectaron datos de cuestionarios y entrevistas de 106 adultos jóvenes que habían recibido tratamiento a través del programa FREED (J Eat Disord. 2021.9:3). Los participantes llevaban un promedio de 3 años enfermos. Todos los participantes fueron entrevistados 3, 6 y 12 meses después de entrar en el estudio y todos ellos participaban también en un estudio FREED más amplio (el estudio FREED-Up). Más de un tercio aceptó compartir algo de su experiencia con el programa de intervención temprana FREED.

### **Lo que más les gustó a los pacientes del programa**

La mayoría de los participantes en el estudio afirmaron haber experimentado cambios psicológicos y de comportamiento gracias al programa. La gran mayoría informó de que el tratamiento había sido útil, y que tenían menos síntomas y/o una mayor aceptación y comprensión de su trastorno después de estar en el programa FREED. Identificaron varios aspectos del tratamiento que fueron especialmente útiles.

Trabajar con clínicos calificados. En primer lugar, los participantes elogiaron a sus clínicos, quienes son expertos y están bien informados. Alrededor del 10% declaró que había acudido al tratamiento sin ninguna expectativa de recuperación, pero que el programa FREED les había dado una sensación de esperanza de poder hacerlo. No se sintieron abandonados, sino que afirmaron sentirse capacitados y bien preparados para seguir adelante con la recuperación sin un terapeuta. Ahora creían que la recuperación total era posible.

Flexibilidad. Los participantes también elogiaron la flexibilidad del programa, que se adaptaba bien a su vida laboral, escolar y familiar. Así, cuando se producían imprevistos, el programa era lo suficientemente flexible como para que pudieran ocuparse de los acontecimientos de la vida mientras seguían en tratamiento. Los autores señalaron que la edad del adulto joven es un momento clave para el desarrollo psicosocial, especialmente el desarrollo de la identidad en múltiples ámbitos, como las relaciones, el trabajo y las ideologías. Destacaron que el programa FREED estaba diseñado para que la vida no se interpusiera en la continuación del tratamiento (Eur Eat Disord Rev. 2018. 26:129).

Acceso rápido. El acceso rápido al tratamiento fue otra ventaja para los adultos jóvenes. Los participantes creían que el acceso rápido al tratamiento había evitado que los pensamientos y comportamientos del TCA se arraigaran más, y también que su salud física se deteriorara.

Un enfoque más allá del TCA. La vida más allá de los trastornos alimentarios también fue un tema favorito. Es decir, la atención no se centró únicamente en el trastorno alimentario, sino también en todo el conjunto de la vida del participante, incluidos los miembros de la familia, los amigos, el trabajo y las habilidades especiales y los propósitos de vida. A los participantes también les gustó que el programa les ayudara a desarrollar y mantener redes de apoyo. Su familia fue una red de apoyo fundamental durante el tratamiento, y consideraron que esa ayuda era importante para su progreso.

Cambios positivos. Aunque la mayoría de los participantes en el estudio afirmaron haber notado cambios psicológicos y de comportamiento en ellos mismos, esto varió un poco. Algunos participantes describieron un progreso positivo en cuanto a la mejora de los síntomas, mientras que otros lo describieron en términos de ser "más libres" y más capaces de ser ellos mismos o de ser capaces de trabajar para lograr otros objetivos que no sean los relacionados con los trastornos alimentarios. Aunque muchos dijeron que todavía no estaban recuperados, el tratamiento les había hecho sentirse capacitados para trabajar hacia ella.

En el lado negativo, un grupo de participantes creía que el tratamiento no había aportado cambios; otros consideraban que el tratamiento era demasiado breve. Los autores señalaron que este hallazgo hizo eco de las pruebas del estudio anterior y más amplio FREED-Up, que demostró que los pacientes de FREED tuvieron cambios significativos en los síntomas del trastorno alimentario y en los resultados individualizados durante el curso del tratamiento.

Un enfoque individual. A los participantes también les gustó el hecho de que el tratamiento se centrara en ellos y, de hecho, se convirtieran en su propio terapeuta. Esto hace eco del hecho de que la edad del adulto joven es un momento clave para el autodesarrollo y tiende a caracterizarse por actitudes de autoconfianza (J Adult Dev. 2015. 22:1).

Los autores creen que los resultados de su estudio proporcionan un mayor apoyo a la intervención temprana y a la atención informada sobre el desarrollo de las personas con TCA. Según ellos, los futuros enfoques de tratamiento deberían incluir el fomento de la búsqueda de ayuda por parte de los pacientes de forma más temprana. El diseño del programa incluye un acceso muy rápido a la evaluación inicial, lo que supone un reto para proporcionarla, pero puede ser una parte importante del impacto de la intervención.

---

## **Terapia cognitivo-conductual basada en Internet durante la pandemia de COVID-19**

**Nilima Hamid, MSc (Psiquiatría)**

**Cardiff University School of Medicine, Cardiff, United Kingdom**

La terapia cognitivo-conductual (TCC) presencial es un tratamiento primario para los trastornos alimentarios, pero su disponibilidad es limitada. Es decir, los pacientes pueden encontrarse con largos tiempos de espera debido a la falta de terapeutas capacitados, o pueden estar preocupados por el estigma de un trastorno alimentario; el costo es otra barrera importante. Hay pruebas de que la intervención temprana conduce a mejores resultados (Beat, 2015), y la TCC basada en Internet (ICBT, por sus siglas en inglés) puede proporcionar una alternativa económica y basada en la evidencia para mitigar los efectos adversos de la intervención tardía.

En particular, el anonimato que ofrece la ICBT puede resultar atractivo para quienes retrasan la búsqueda de tratamiento porque les preocupa el estigma asociado a los trastornos alimentarios. (Ali et al., 2017) La necesidad vital de la ICBT en el tratamiento de los TCA en momentos en que el contacto directo no es una opción sólo se ha puesto de manifiesto por la pandemia de COVID-19, que ha provocado un cambio hacia la telesalud en lugar de la consulta presencial.

### **¿Quién puede beneficiarse de la ICBT?**

La literatura de investigación sobre trastornos alimentarios es limitada a la hora de identificar las características consistentes de los pacientes que predicen los buenos resultados de los programas de ICBT en los trastornos alimentarios, y se necesita urgentemente más investigación.

En la actualidad, los programas de ICBT están dirigidos a las mujeres, y los efectos de éstos en los hombres no han sido objeto de investigación. La TCC basada en Internet requiere que los pacientes tengan un nivel adecuado de educación y habilidades en tecnologías de la información (TI), y que no tengan discapacidades visuales o auditivas.

Aardoom, Dingemans, Spinhoven y Furth (2013) sugieren que la ICBT para los TCA es más benéfica para las personas con menos psicopatología comórbida, aquellos con atracones frente a los que restringen la comida, y aquellos con TA frente a los que tienen BN.

Wagner et al. (2015) proponen que la ICBT es más adecuada para las personas con BN y trastornos alimentarios relacionados no especificados (EDNOS), los pacientes con síntomas menos graves (menor tasa de atracones al inicio y menor insatisfacción corporal); y aquellos con mayor impulso a la delgadez, mayor motivación para el cambio y mayor evitación del daño.

Algunos síntomas son la preocupación excesiva, el pesimismo, la timidez, el ser temeroso, dubitativo y fatigarse fácilmente, como se detecta con el Temperament and Character Inventory. Más recientemente, Levallius, Clinton, Hogdahl y Norring (2020) encontraron que dos rasgos de personalidad en particular, una alta Apertura a la Experiencia (mentalidad abierta) y una alta Conciencia, del Five Factor Model, indicaron una mejor respuesta al tratamiento con ICBT en forma total o parcial en pacientes con BN por debajo del umbral. Por lo tanto, estos autores recomiendan que la evaluación inicial de la personalidad podría facilitar la selección de los pacientes. Dado que el nivel de necesidad de tratamiento puede cambiar con el tiempo, es esencial el seguimiento, especialmente para detectar cualquier deterioro. Las mujeres embarazadas deben ser vigiladas de cerca, y la ICBT está contraindicada en las personas que necesitan hospitalización, las que tienen ideaciones suicidas u otros comportamientos de riesgo, y las que padecen enfermedades mentales graves, como AN grave o depresión mayor, o un trastorno psicótico.



***El ICBT es un enfoque prometedor para la prevención, el tratamiento y la prevención de recaídas de los trastornos de conducta alimentaria, y es particularmente importante cuando la TCC cara a cara no es posible.***

### **¿Cuál es el papel del terapeuta?**

El papel del terapeuta podría cambiar en un futuro próximo, debido a la intervención digital: de "terapeuta" a "guía" o "facilitador (Yim and Schmidt, 2019) En la actualidad, la evidencia existente apoya el uso de terapeutas formados para impartir los programas de ICBT.

Se ha encontrado que las intervenciones guiadas por Internet son superiores a las intervenciones no guiadas (Baumeister et al., 2014), y la orientación especializada ha sido más efectiva que la que no es para las intervenciones en Internet (Beintner et al., 2014) Sin embargo, Sánchez-Ortiz et al. (2011) encontraron que la mayoría de los correos electrónicos de los terapeutas de ICBT eran de apoyo,

defendiendo así el uso de la orientación no especializada en los programas de ICBT. Con la suficiente formación, la ICBT puede ser proporcionada eficazmente por terapeutas menos experimentados, como una enfermera o un médico de atención primaria. Esto aumentaría los recursos y reduciría los tiempos de espera y los costos.

En la terapia cara a cara, la alianza terapéutica está fuertemente vinculada a la eficacia del tratamiento (Hillier, 2018) Berger (2017) informa que, desde la perspectiva del cliente, se puede desarrollar una alianza terapéutica durante la ICBT guiada. Sin embargo, Bengtsson et al. (2015) sugieren que dicha alianza puede tardar más en formarse de lo que normalmente ocurre durante la terapia cara a cara. Otros investigadores han descubierto que la alianza terapéutica tiene un impacto positivo y significativo en el resultado del tratamiento en las intervenciones por Internet (Berger et al., 2019) Además, una buena alianza terapéutica podría reducir el abandono de la ICBT; esta característica del tratamiento requiere más estudios (Melville et al., 2010) Según Kaiser y sus colegas (2021), aunque la alianza terapéutica es importante en la ICBT, puede desempeñar un papel menos decisivo que en la terapia cara a cara. El fomento de esta alianza podría mejorar la eficacia del tratamiento. Interesantemente, un estudio de Sucala et al. (2012) apoya la equivalencia entre las intervenciones cara a cara y las digitales con respecto a la alianza terapéutica; sin embargo, las conclusiones de ese estudio no son sólidas.

### **Intervención a través de una alianza tripartita**

Las intervenciones en Internet pueden ser eficaces a través de una triple alianza: la alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta (AT) y la alianza terapéutica digital (ATD) entre el paciente y su computadora. Hillier (2018) propone que se pueden formar alianzas terapéuticas digitales, especialmente con intervenciones digitales altamente personalizadas. Hay pruebas de que la alianza terapéutica entre los pacientes y su terapeuta no se ve afectada negativamente por una alianza adicional con una computadora (Kiluk et al., 2014) Como han escrito Cook y Doyle (2002), los pacientes con un trastorno alimentario experimentan una alianza terapéutica más fuerte con la multimedia que cuando sólo se utiliza un método de comunicación.

La literatura de investigación es escasa, e inconsistente cuando se informa de los resultados de las alianzas paciente-terapeuta (AT) y paciente-ordenador (DTA) en la ICBT. Será necesario seguir investigando para determinar el nivel óptimo de la aportación del terapeuta y de la experiencia clínica, y definir mejor el papel del AT y del DTA en la ICBT.

### **Historia del caso 1. Jane**

Jane es una estudiante universitaria de 20 años con un historial de 10 meses de BN. Come muy poco durante el día, luego se da atracones y se purga (mediante vómitos autoinducidos) por las noches y con frecuencia durante todo el día en los fines de semana.

Tanto la madre de Jane como su abuela materna tienen antecedentes de sobrepeso. Jane era regordeta de pequeña y temía haber heredado la tendencia familiar al sobrepeso. No le gustaba su aspecto y sentía que debía comer con cautela, ya era muy sensible a las burlas por su peso por parte de los otros niños de la escuela, quienes la llamaban "fat bum" ("trasero gordo")

En la universidad, durante un tiempo Jane se sintió aceptada por sus amigos y tuvo un novio estable, por lo que pensó menos en su peso y apariencia. Sin embargo, cuando su novio se graduó un año antes que ella y empezó a trabajar, Jane se enteró de que le era infiel y la relación se terminó. Jane estaba muy molesta y deprimida. Empezó a centrarse de nuevo en su peso y en su aspecto físico, y pensó que la relación había terminado por su sobrepeso. Empezó a hacer una dieta extrema y a hacer ejercicio a diario.

Cuatro meses después, Jane estaba demacrada, no menstruaba con regularidad y subsistía a base de ensaladas y agua. A Jane le resultaba difícil concentrarse en sus estudios debido a su preocupación por la

comida y el peso, y no le fue muy bien en los exámenes de ese año. Una noche, Jane se sintió muy mal y perdió el control sobre su forma de comer, lo que le llevó a darse un gran atracón. Tras este incidente, empezó a darse atracones con regularidad, y una vez más empezó a autoinducirse el vómito para compensar. Jane se sentía totalmente descontrolada y empezó a engordar mucho. En ese momento, se puso en contacto con su médico de familia, que la refirió a un servicio especializado en trastornos alimentarios.

Jane fue diagnosticada con BN, y debido a que la TCC es el tratamiento de elección, se le ofreció la TCC grupal o el programa de tratamiento de autoayuda ICBT, Salute BN (Wagner et al., 2015) con el apoyo por correo electrónico de un terapeuta. Jane optó por este último porque era más barato, más breve, más cómodo y podía empezar el tratamiento de inmediato. Jane se dio cuenta de que su alimentación restrictiva y sus conductas compensatorias, como la purga, podían mantener los atracones. También se dio cuenta de que sus atracones se desencadenaban por las dietas extremas y el estrés.

Con el apoyo de su terapeuta, Jane trabajó en los 7 módulos. éstos incluían: (1) automonitorear su alimentación, para poder hacer cambios; (2) establecer un plan de comidas equilibrado para que los atracones fueran menos probables; (3) tomar medidas para prevenir los atracones, como identificar los desencadenantes de los mismos; y (4) usar la resolución de problemas para formular estrategias de afrontamiento positivas. Por último, aprendió a no hacer dieta añadiendo alimentos saludables a su dieta y dejando de pensar en ciertos alimentos como "atracones" y, por tanto, prohibidos. Jane aprendió a lidiar con los pensamientos distorsionados poco útiles reencuadrándolos con pensamientos alternativos más útiles. Al hacerlo, sus ansias de comer y los atracones disminuyeron, y su peso, en lugar de aumentar como esperaba, se estabilizó con el tiempo.

Tras la finalización del programa ICBT, Jane se daba atracones sólo una o dos veces por semana. Tenía más confianza y control de su vida y se sentía fortalecida por las habilidades que había adquirido, de modo que podía imaginar una vida sin BN. Jane mantuvo contacto semanal por correo electrónico con su terapeuta durante un período de seguimiento de un mes más, momento en el que estaba asintomática.

## **Historia del caso 2. Katerina**

Katerina tiene 19 años y un historial de 7 meses de AN. Controla su alimentación y se pesa varias veces al día. Ha tenido problemas con la comida toda su vida y se ha purgado (vómitos autoinducidos) la mayor parte de la misma. Le decía a su madre que comería en el piso de arriba, pero no lo hacía y escondía la comida en su habitación. Aunque Katerina ha llegado a la menarquia, parece que tiene 15 o 16 años. A pesar de ser extremadamente pequeña y se considera con mucho sobrepeso.

Katerina fue adoptada de niña y no ha tenido contacto con sus padres biológicos. Su infancia estuvo plagada de un "comer quisquilloso", posiblemente provocado por un sobrepeso leve durante un breve periodo antes de la pubertad. Más tarde, cuando estaba en la universidad, la baja autoestima la llevó a tener muchas parejas sexuales para sentirse mejor con ella misma. Ahora está muy avergonzada por su promiscuidad. En su segundo año de universidad, los padres adoptivos de Katerina se divorciaron y ella acabó quedándose con su madre. Su padre se ha mudado al extranjero, y rara vez lo ve. Durante este estresante periodo de su vida, Katerina fue suspendida de sus clases porque no podía seguir el ritmo de sus deberes. Esto se debía principalmente a su perfeccionismo, que le hacía pasar demasiado tiempo completando sus trabajos de clase.

En ese momento, Katerina se sintió totalmente fuera de control de su vida, y sus problemas de alimentación empeoraron hasta una etapa en la que sólo comía muchos materiales como papel higiénico y cualquier otro artículo que le llenara el estómago. Su índice de masa corporal (IMC, kg/mg<sup>2</sup>) cayó en picado hasta 14.5, y sus períodos menstruales cesaron. Al mismo tiempo, su madre había encontrado mucha comida almacenada en el dormitorio de Katerina y la llevó al médico de atención primaria de la familia, que derivó a Katerina a un servicio especializado en trastornos alimentarios.

A Katerina se le diagnosticó AN y, como estaba dispuesta a cooperar con el tratamiento, se la trató como paciente hospitalizada en un centro psiquiátrico hasta que alcanzó un peso seguro. En ese momento, fue dada de alta a un servicio psiquiátrico comunitario para recibir tratamiento psicológico para su TCA. Para mantener los logros del tratamiento hospitalario, se le ofreció a Katerina el programa de prevención de recaídas de autoayuda ICBT, VIA (Fichter et al., 2012) Aceptó el ICBT porque no implicaba ningún viaje y podía trabajar a su propio ritmo.

Tras iniciar la sesión de forma segura, Katerina comenzó el capítulo introductorio, en el que se explicaba el programa. Después de esto, trabajó a través de los siguientes nueve capítulos en línea con un terapeuta que le proporcionó apoyo semanal por correo electrónico, el cual fue disminuyendo gradualmente a medida que avanzaba en el programa. Katerina cubrió la psicoeducación sobre la AN, y logró comprender los efectos físicos, conductuales y psicológicos de su TCA. Monitoreó su alimentación y se enfrentó a patrones de alimentación restrictivos, lo que la ayudó a aumentar su peso hasta un rango normal. Esto le permitió reanudar los patrones alimentarios normales, y aprendió a no recurrir a conductas compensatorias, como las purgas, para controlar su peso. Además, Katerina utilizó estrategias como la modificación de su pensamiento distorsionado sobre su alimentación y su peso para mejorar su imagen corporal y su comportamiento negativos. También hubo un grupo de discusión moderado y un chat mensual en línea (sincrónico) de una hora de duración. A Katerina le resultó muy útil hablar con otras personas que tenían problemas similares.

Tras un período de seguimiento de un mes de apoyo por correo electrónico de su terapeuta, Katerina había normalizado su alimentación y su peso. Aunque todavía tenía algunas preocupaciones sobre la alimentación y el peso, ahora se sentía en control de su vida y podía visualizar un futuro sin AN.

## **Conclusiones**

La TCC basada en Internet es un enfoque nuevo, y la investigación sobre su eficacia es mínima. Sin embargo, la TCC es prometedora para la prevención, el tratamiento y la prevención de recaídas de los TCA, y es particularmente importante en circunstancias en las que la TCC presencial no es posible, como ha sido el caso durante la pandemia de COVID-19.

## **Lecturas sugeridas**

Aardoom JJ, Dingemans AE, Spinhoven P, Furth EF. Treating eating disorders over the internet: A systematic review and future research directions. *Int J Eat Disord.* 2013. 46:539.

Ali K, Farrer L, Fassnacht DB, Gulliver A, Bauer S, Griffiths KM. Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord.* 2017. 50:9.

Baumeister H, Reichler L, Munzinger M, Lin J. The impact of guidance on Internet-based mental health interventions — A systematic review. *Internet Interventions: The Application of Information Technology in Mental and Behavioural Health.* (2014). 1: 205.

Beat. The costs of eating disorders. Social, health and economic impacts. 2015. Retrieved from <https://www.beateatingdisorders.org.uk/uploads/documents/2017/10/the-costs-of-eating-disorders-final-original.pdf>.

Beintner I, Jacobi C, Schmidt UH. Participation and outcome in manualized self-help for bulimia nervosa and binge eating disorder. A systematic review and metaregression analysis. *Clin Psychology Rev.* 2014. 34:158.

Bengtsson J, Nordin S, Carlbring P. Therapists' experiences of conducting cognitive behavioural therapy online vis-à-vis face-to-face. *Cog Behav Ther.* 2015. 44: 470.

Berger T. The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychother Res.* 2017. 27:511.

Cook JE, Doyle C. Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *Cyberpsychol Behav.* 2002. 5: 95.

Fichter MM, Quadflieg N, Nisslmüller K, Lindner S, Osen B, Huber T, Wunsch-Leiteritz W. 2012. Does internet-based prevention reduce the risk of relapse for anorexia nervosa? *Behav Res Ther.* 2012. 50:180.

Hillier L. Exploring the nature of the therapeutic alliance in technology-based interventions for mental health problems. (MPhil). May 2018. Lancaster University. Kaiser J, Hanschmidt F, Kersting A. The association between therapeutic alliance and outcome in internet-based psychological interventions: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior.* 2021. 14: doi:10.1016/j.chb.2020.106512.

Kiluk BD, Serafini K, Frankforter T, Nich C, Carroll KM. Only connect: The working alliance in computer-based cognitive behavioral therapy. *Behav Res Ther.* 2014. 63:139.

Levallius J, Clinton D, Hogdahl L, Norring C. Personality as predictor of outcome in internet-based treatment of bulimic eating disorders. *Eat Behav.* 2020. 36: 101360. doi:10.1016/j.eatbeh.2019.101360.

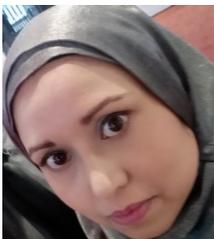
Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ. Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *Brit J Clin Psychol.* 2010. 49:455.

Probst GH, Berger T, Flückiger C. (In German). Die Allianz als Prädiktor für den Therapieerfolg internetbasierter Interventionen bei psychischen Störungen: Eine korrelative Metaanalyse. *Verhaltenstherapie.* 2019. 29: 182. Sanchez-Ortiz VC, Munro C, Startup H, Treasure J, Schmidt U. The role of email guidance in internet-based cognitive-behavioural self-care treatment for bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2011. 19:342.

Sucala M, Schnur JB, Constantino MJ, Miller SJ, Brackman EH, Montgomery GH. The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review. *J Med Internet Res.* 2012. 14: e110. doi:10.2196/jmir.2084.

Wagner G, Penelo E, Nobis G, Mayrhofer A, Wanner C, Schau J, Karwautz A. Predictors for good therapeutic outcome and drop-out in technology assisted guided self-help in the treatment of bulimia nervosa and bulimia like phenotype. *Eur Eat Disord Rev.* 2015. 23: 163.

Yim SH, Schmidt, U. Experiences of computer-based and conventional self-help interventions for eating disorders: A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Int J Eat Disord.* 2019. 52: 1108.



### **La Autora**

Nilima Hamid, MSc (Psiquiatría) es tutora honoraria en el programa de Maestría en Psiquiatría en Cardiff University School of Medicine, Centre for Medical Education, Cardiff, United Kingdom.

---

## **Desde el otro lado del escritorio**

***Ayuda para pacientes mayores***

Nuestra amiga ocasional finalmente buscó ayuda. AJ, a quien no habíamos visto en muchos años, llamó para pedirnos que la lleváramos a urgencias. Esta persona segura de sí misma, extremadamente independiente y reservada, tuvo durante mucho tiempo patrones de peso y alimentación que siempre fueron problemáticos. Pero ahora tenía dolorosos problemas gastrointestinales que le habían impedido comer durante varios días. Durante varios años, incluso cuando pensábamos que estaba peligrosamente delgada y se lo decíamos, cambiaba rápidamente de tema. Después de todo, tenía más de 60 años y lo sabía mejor que todos nosotros. Esta vez era diferente: ahora pesaba 95 libras y medía 5'6" metros, y llevaba varios días sin poder comer. Esto significaba un traslado a la sala de emergencias. Nos preguntamos si aceptaría ayuda. ¿Y era AN, lo que habíamos sospechado durante algún tiempo? No tenía médico de atención primaria, ni coche, ni familia cercana, ni seguro médico más allá del Medicare. ¿En qué pensábamos todos? ¿Cómo podíamos intervenir? ¿Aceptaría ella la ayuda, y qué significaba "ayuda" para una anciana obstinada? ¿Había tratamiento para los trastornos alimentarios para ella? Al final, tras un examen físico, la enviaron a casa.

¿Cómo podemos aumentar el reconocimiento de los TCA a lo largo de la vida? ¿Cómo podríamos ayudarla? ¿Quién podría ayudarla si rechazaba toda ayuda? En un próximo número, exploraremos el dilema y los retos de los pacientes adultos mayores que nunca han sido diagnosticados o tratados por un TCA. [Véase también "Trabajar con pacientes con trastornos alimentarios graves y duraderos" en el número de septiembre-octubre de 2021]

En este número, véase también un artículo sobre un programa que utiliza Internet para administrar terapia cognitivo-conductual ("Terapia cognitivo-conductual basada en Internet durante la pandemia de COVID-19") y un estudio que analiza el uso del IMC para clasificar a los pacientes con anorexia nervosa grave.

Mientras damos la bienvenida a la primavera, recordamos que no hay ninguna estación para tratar los trastornos alimentarios: los casos surgen en todas las estaciones, con y sin pandemias, y entre todos los grupos de edad.

— MKS

---

## Índice de masa corporal y AN grave

### *Un estándar de mucho tiempo no se aplicó bien a una enfermedad grave.*

El uso del índice de masa corporal (IMC, mg/kg<sup>2</sup>) para establecer la gravedad de la enfermedad entre los pacientes con TCA sigue siendo objeto de debate. ¿Con qué exactitud se puede relacionar el IMC con el diagnóstico de un trastorno alimentario? En 2013, el DSM-5 estableció pautas para el IMC: (1) leve, IMC >17; (2) moderado, entre 16.0 y 16.9; (3) severo, entre 15 y 15.9, y (4) extremo, <15 [Consulte la tabla NIH para calcular el IMC: **Body Mass Index Table 1 (nih.gov)**.] Sin embargo, la validez de estos indicadores de gravedad aún no está firmemente establecida.

Recientemente, un equipo de investigadores trató de establecer los niveles de IMC de un grupo de pacientes con AN hospitalizados gravemente enfermos. Su estudio incluyó a 193 personas con AN durante la hospitalización voluntaria en el Eating Disorders Center de la University of Turin Hospital, de diciembre

***Los datos no respaldan el uso de clasificaciones de IMC para definir la gravedad de la enfermedad entre los pacientes hospitalizados con AN grave.***



## **Comprobación de las pautas actuales**

La Dra. Federica Toppino y sus colegas diseñaron el estudio para poner a prueba las posibles pautas del IMC para los pacientes hospitalizados con una AN grave. Los autores tenían dos objetivos principales: explorar una pauta extrema (IMC <13.5) y verificar el resultado del tratamiento según la gravedad del IMC. Los participantes del estudio completaron una serie de cuestionarios, incluyendo el Eating Disorders Examination-Q, el State-Trait Anxiety Inventory y el Body Shape Questionnaire, entre otros. Además, los investigadores registraron las características sociodemográficas y clínicas cuando los pacientes ingresaron por primera vez en el hospital y de nuevo cuando fueron dados de alta. Todos los participantes en el estudio también participaron en una entrevista clínica al salir del hospital.

Todos los participantes eran caucásicos y fueron ingresados voluntariamente en el hospital; ninguno abandonó el programa en contra del consejo médico. Un análisis del grupo mostró que el 5.4% eran hombres, y el 74.5% fueron diagnosticados con AN de tipo restrictivo (AN-R), mientras que 43, o el 25.6%, tenían AN de tipo atracón-purga (AN-BP, por sus siglas en inglés). La edad de los pacientes oscilaba entre los 18 y los 56 años, y la media del IMC fue de 14.3.

Los participantes se clasificaron en tres grupos en función de su IMC: IMC no extremo (NE-AN, por sus siglas en inglés), o  $IMC \geq 15$ ; IMC extremo (E-AN, por sus siglas en inglés), entre 13.6 y 14.9; y IMC extremo (VE-AN, por sus siglas en inglés), <13.5. Los pacientes de los grupos VE-AN y E-AN tenían puntuaciones de psicopatología alimentaria similares. El grupo de E-AN obtuvo puntuaciones intermedias (aunque no son estadísticamente diferentes de las de VE-AN), mientras que, quizá de forma sorprendente, el grupo de NE-AN obtuvo las puntuaciones más graves. La misma tendencia se encontró para el rasgo de ansiedad, los síntomas depresivos y la preocupación por la imagen corporal. Es decir, los grupos VE-AN y E-AN informaron de puntuaciones menos graves en comparación con el grupo NE-AN, con tamaño de efecto que va de medio a grande.

Los autores observaron que el tratamiento se intensificaba habitualmente cuando el IMC del paciente era bajo, y que los tres grupos tenían duraciones de hospitalización y estancias más largas que los que tenían puntuaciones de IMC más bajas; esto se observó en todas las medidas. Todos los pacientes mejoraron con la hospitalización independientemente de su IMC. Los autores señalaron que el tratamiento suele intensificarse cuando el IMC del paciente es bajo, y los tres grupos tuvieron duraciones de hospitalización diferentes y estancias más largas que los que tenían un IMC más bajo.

## **El IMC no se relacionó con la gravedad de la enfermedad**

Los autores concluyeron que sus datos no apoyaban la validez de utilizar las clasificaciones del IMC para definir el grado de gravedad de la enfermedad en los pacientes hospitalizados con AN. Además, y en contra de su hipótesis original, los autores encontraron que los pacientes con IMC <13.5 no formaban un grupo clínico por separado. Incluso con la demacración severa, la hospitalización mejoró las condiciones iniciales, y los pacientes tuvieron trayectorias similares a pesar de su IMC. Los investigadores concluyeron que es necesario encontrar un método de clasificación mejor para utilizar el IMC en los pacientes con AN grave.

Por lo tanto, persiste el reto de encontrar clasificaciones de gravedad útiles para los enfermos de AN.

---

## **Abuso y abandono emocional durante la infancia**

***Un estudio demuestra que el abuso y la negligencia pueden provocar posteriores trastornos de la personalidad.***

Mientras que el abuso sexual durante la infancia ha recibido una amplia atención en los medios de comunicación y en los informes clínicos, son menos los ensayos clínicos que han evaluado los resultados del abuso emocional y la negligencia durante la infancia.

Un equipo de investigadores alemanes dirigido por el psicoterapeuta Dr. J. Spiegel en Vivantes Hospital Urban, Berlin, buscó definir mejor la conexión a largo plazo del abuso emocional y la negligencia durante la infancia y los problemas más adelante en la vida (Eat Weight Disord. 2022. 27:131). El estudio investigó las correlaciones entre la negligencia emocional en la infancia (CEN, por sus siglas en inglés), el abuso emocional en la infancia (CEA, por sus siglas en inglés) y los estilos de personalidad obsesivo-compulsiva y límite en pacientes hospitalizadas de 14 a 18 años que estaban recibiendo tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria.

### **Abuso y negligencia en el desarrollo de dos trastornos alimentarios.**

CEN y CEA parecen ser particularmente importantes en el desarrollo de AN y BN (*Psychopathol.* 2012. 45:61). La CEN es predominantemente pasivo y puede describirse como una falta de afecto emocional o aprecio por un niño. En el CEA, el niño es continuamente rechazado o desvalorizado de forma hostil. Los niños maltratados y descuidados emocionalmente corren un mayor riesgo de tener un menor rendimiento académico y un menor coeficiente intelectual durante la infancia, por lo que los efectos del maltrato infantil se prolongan en los años posteriores. Los autores señalan que la CEN y el CEA también están asociados a un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de la personalidad (TP) Por ejemplo, Johnson et al. encontraron que el CEA aumentaba el riesgo de desarrollar TP (*Compr Psychiatry.* 2001. 42:16) Los estilos de personalidad y los TP parecen desempeñar un papel central en el desarrollo y el mantenimiento de la AN y la BN, además de afectar al pronóstico y a la respuesta al tratamiento. Los TP son altamente comórbidos en la AN y la BN en comparación con los reportados entre los controles sanos.

El CEA se asocia con el estilo de personalidad límite en pacientes adolescentes hospitalizados con trastornos alimentarios por atracón (AN de tipo atracón-purga (AN-BP, por sus siglas en inglés), y BN) Se han reportado tasas de comorbilidad de TP del 14.1% en pacientes con AN-R, del 58.8% en aquellos con AN-BP, y del 48.0% en aquellos con BN entre los adolescentes. Se han encontrado tasas significativamente más altas de TP comórbidas en pacientes con BN y AN-BP (33.0% y 29.4%, respectivamente) en comparación con los pacientes con AN-R (12%).

### **El grupo de estudio**

Los autores reclutaron a adolescentes con TCA de una unidad especializada en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria en un departamento de psiquiatría infantil y adolescente. El grupo de estudio incluyó a 128 adolescentes de 14 a 18 años. Cincuenta y cuatro participantes tenían AN de tipo restrictivo (AN-R; 42.2%), y 33 tenían AN de tipo atracón-purga (AN-BP; 57.8%) Quince tenían AN-BP y 18 tenían BN. Cincuenta adolescentes sanos reclutados en preparatorias locales constituyeron un grupo de control.

La CEN y el CEA fueron evaluados con el Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), mientras que el Personality Style and Disorder Inventory se administró para determinar los estilos de personalidad.

### **Surgieron diferencias entre los grupos**

La edad variaba significativamente entre los grupos; los individuos del grupo TCA-AP tipo eran los de mayor edad. El IMC y los percentiles del IMC eran más bajos entre los que tenían AN-R. Los del grupo TCA-AP eran los que presentaban más comorbilidades, especialmente trastornos del estado de ánimo. Esto se informó independientemente del grupo individual. Contrariamente a su hipótesis original, los autores no encontraron ninguna asociación entre la CEN, el CEA y el estilo de personalidad obsesivo-compulsivo entre los pacientes con AN-R. Los pacientes adolescentes con AN-R que habían experimentado CEA o CEN no parecían desarrollar conductas compulsivas como estrategias para regular sus emociones. Sin embargo, estos resultados contrastaron con los reportados en estudios previos. (por

ejemplo, Comp Psychiatry. 2001. 42:16 and Am J Psychiatry. 1994. 151:1122).

Estas inconsistencias pueden deberse a diferencias metodológicas, como la investigación del estilo de personalidad frente al TP, o el enfoque en el CEA y la CEN frente al abuso sexual y físico, señalaron los autores. Además, el estudio de los autores se centró en los adolescentes, mientras que los anteriores sólo habían incluido a los adultos. Además, los estudios previos que pasan por alto y minimizan los problemas psicológicos parecen ser más comunes en los estudios de pacientes con AN y AN-R que en los de BN (Am J Psychiatry. 2007. 164:108). Por lo tanto, también es posible que los pacientes con AN-R puntuaran menos en las subescalas del CTQ porque habían negado experiencias traumáticas en la infancia.

Los resultados del estudio también mostraron que el abuso en la infancia se asocia con el estilo de personalidad límite en pacientes adolescentes hospitalizados con TCA por atracón, incluyendo AN, tipo BP y BN. Además, los autores descubrieron que vivir en un entorno traumático, como el que incluye el CEA, puede desempeñar un papel en el desarrollo y el mantenimiento de los estilos de personalidad límite y el TCA-AP. Sin embargo, añaden que serán necesarios estudios longitudinales para investigar esta posible asociación. Hubo algunas limitaciones del estudio. Por ejemplo, el tamaño de la muestra fue pequeño, especialmente para el subgrupo BP-TCA. Además, la CEN y el CEA se evaluaron retrospectivamente con un cuestionario de autoinforme en lugar de con entrevistas clínicas. Además, no había información sobre la intensidad, la duración o el momento de la CEN y el CEA.

Según el Dr. Spiegel y sus colegas, estos hallazgos ponen de manifiesto el impacto de la CEN y el CEA en la forma en que las personas se presentan en los entornos de tratamiento.

---

## Hipermovilidad articular

### *Una condición que puede interferir con el sentido del cuerpo y la imagen corporal.*

La hipermovilidad articular, o JHM, por sus siglas en inglés, no se menciona con frecuencia, pero un estudio reciente señala que la movilidad excesiva de las articulaciones no es inusual entre los pacientes con trastornos alimentarios, especialmente los que padecen AN. El estudio encontró JHM en más del 40% de los participantes, en comparación con el 10% al 20% de la población general (Front Psychiatry.2021. 803614).

La JHM también se ha relacionado con afecciones neuropsiquiátricas, especialmente con trastornos de ansiedad. En 2013, Goh et al. fueron los primeros en informar sobre las articulaciones hipermóviles entre las personas con trastornos alimentarios (J Eat Disord. 2013. (suppl 1) 045 doi:10/1186/2050-2974-1-S1-045). Otros estudios han relacionado la JHM con los trastornos alimentarios, y han encontrado esta condición más comúnmente entre los pacientes con TCA que en los familiares y controles.

***La alteración de la propiocepción puede interferir con una imagen corporal precisa.***

### **Comparación de pacientes ambulatorios con JHM y sin él**

La Dra. Carolina Baeza-Velasco y otros en el Department of Emergency Psychiatry and Acute Care, CHU Montpellier, France, y de la University of Barcelona, Spain, evaluaron recientemente a 53 pacientes ambulatorios con trastornos alimentarios, para comparar su evolución con la de los pacientes con articulaciones hipermóviles y los pacientes con TCA sin ellas. Los participantes en el estudio fueron

hombres y mujeres diagnosticados clínicamente en la Unidad de Trastornos alimentarios del centro de los autores en Barcelona. Los pacientes con diferentes tipos de trastornos alimentarios se inscribieron en el estudio entre junio de 2019 y marzo de 2021.

Los investigadores utilizaron una serie de pruebas físicas y cuestionarios, incluyendo el Beighton Score para JHM, la herramienta más utilizada y probablemente la más confiable para evaluar esta condición. Con esta prueba, se pide a los individuos que realicen 5 ejercicios, y luego puntúan 1 punto por cada lado del cuerpo examinado. Los 5 movimientos son los siguientes: dorsiflexión pasiva de la quinta articulación metacarpiana, oposición pasiva del pulgar al antebrazo, hiperextensión pasiva del codo y de la rodilla y, por último, colocación de ambas manos en el suelo delante de ambos pies manteniendo las rodillas rectas. Los autores utilizaron el sistema de puntuación original de  $\leq 4$  de 9 puntos posibles para hacer el diagnóstico.

Los participantes del estudio también completaron varios cuestionarios, incluyendo el Detailed Flexibility Questionnaire, o DFlex por sus siglas en inglés, un cuestionario de autoinforme que evalúa la rigidez cognitiva, y que casualmente puede revelar síntomas del perfeccionismo rígido comúnmente encontrado en los pacientes con trastornos alimentarios. Los autores también evaluaron la fatiga y el dolor de los pacientes durante la última semana del estudio.

### **Se observaron diferencias significativas entre los grupos.**

Como era de esperar, un alto porcentaje de pacientes con TCA (más del 41% de los 36 participantes) fueron positivos para JHM, basado en sus puntajes de Beighton. Sin embargo, los investigadores no encontraron ninguna conexión entre BN y JHM. Los autores observaron diferencias significativas entre los participantes con y sin articulaciones hipermóviles (77% vs. 61%, respectivamente) El grupo no hipermóvil presentaba mayoritariamente el tipo restrictivo de AN, mientras que el grupo hipermóvil presentaba mayoritariamente la AN por atracones. Los que padecían JHM eran significativamente más jóvenes, presentaban mayor dolor articular y facilidad para la aparición de hematomas, llevaban menos tiempo con el trastorno alimentario y eran menos propensos a presentar rigidez cognitiva. Por lo tanto, el grado de rigidez cognitiva, la edad y la duración del TCA podrían utilizarse para predecir el estado de la JHM en este grupo.

### **Las articulaciones hipermóviles pueden indicar vulnerabilidad a un TCA.**

La fragilidad de los tejidos de la JHM y el deterioro de la propiocepción, comunes en la hipermovilidad articular, pueden afectar al desarrollo del individuo y a la sensación de seguridad del cuerpo, y también pueden interferir con una imagen corporal precisa, factores fundamentales que subyacen a un TCA. Por lo tanto, las articulaciones hipermóviles pueden indicar una vulnerabilidad al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. Los autores especulan que el trastorno alimentario es probablemente algo secundario a los problemas del tejido conectivo y no directamente atribuible al perfeccionismo premórbido y al estilo cognitivo rígido descritos habitualmente en la AN. Además, la facilidad de aparición de hematomas y el dolor articular fueron mayores entre los que tenían JHM que entre los del grupo no hipermóvil. Investigadores anteriores han descubierto que la pérdida de peso y la amenorrea secundaria a dicha pérdida de peso pueden afectar directamente a la fisiología ósea (Psychosomatics. 1992. 33:105).

Una de las limitaciones de este estudio fue el reducido número de participantes, pero estos resultados añaden información valiosa sobre la relación entre los trastornos alimentarios y la JHM.

---

## **Una nueva versión del Core Beliefs Questionnaire**

***La nueva prueba subraya la importancia de los sentimientos de autodesprecio de los pacientes, de***

## ***sentirse abandonados o aislados.***

Nuestras creencias fundamentales son aquellas cosas que creemos firmemente en nuestro interior y que afectan a la forma en que vemos cada situación y experiencia de la vida. En contraste con las creencias fundamentales racionales, las creencias fundamentales perjudiciales pueden conducir a pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos.

Para los pacientes con un trastorno alimentario, las creencias fundamentales desempeñan un papel clave en el mantenimiento de los síntomas cognitivos, afectivos y conductuales negativos.

Como señaló recientemente un equipo de autores australianos, Christopher Fairburn et al. formularon la hipótesis de la teoría transdiagnóstica de los trastornos alimentarios, en la que la baja autoestima es un factor clave que mantiene la sobrevaloración de la alimentación, la forma, el peso y el perfeccionismo (Behav Res Ther. 2003. 41:509).

El Core Beliefs Questionnaire (CBQ, por sus siglas en inglés), de 40 preguntas, evalúa cinco dimensiones importantes en los TCA: el autodesprecio, el comportamiento poco asertivo/inhibido, la exigencia o necesidad de ayuda y apoyo, el sentimiento de abandono/privación y el tener altos estándares para uno mismo. Recientemente, tres psicólogos de la University of Sydney, Australia, evaluaron y revisaron el CBQ, en un esfuerzo por mejorar la versión original (J Eat Disord. 2022. 10:18).

Las doctoras Amaani H. Hatoum, Amy L. Burton y Maree J. Abbott diseñaron una evaluación psicométrica de 763 estudiantes universitarios de psicología (71% mujeres; edad promedio de 19 años), que completaron una batería de preguntas en línea. Los autores identificaron un subgrupo de 384 estudiantes (82% mujeres) que parecían tener síntomas de trastornos alimentarios en base a las respuestas del Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q); 139 estudiantes con pocos síntomas reportados sirvieron como grupo de control.

### **¿En qué se diferencia el cuestionario revisado?**

Los autores descubrieron que los participantes del subgrupo con síntomas de un trastorno alimentario obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la escala total original de 40 ítems del ED-CBQ que los del subgrupo sin un TCA. Los participantes del subgrupo sintomático de un trastorno alimentario también obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que el subgrupo sin un TCA en las subescalas de autodesprecio, falta de asertividad, abandono y exigencia. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los subgrupos sintomáticos y no sintomáticos con un TCA en los altos niveles de exigencia con respecto a uno mismo de las escalas. Los autores informan que sus resultados han validado la importancia de los sentimientos de autodesprecio de los pacientes, de sentirse abandonados o aislados, de creerse exigentes, de necesitar ayuda o de ser poco asertivos o emocionalmente inhibidos para los individuos que informan de síntomas clínicos o subclínicos de TCA. Los resultados también proporcionaron pruebas que apoyan estas creencias fundamentales de los trastornos alimentarios y la presencia de preocupaciones sobre la alimentación, el peso y la forma, así como la alimentación restrictiva y los atracones. Señalaron que su investigación indica que, aunque estos pacientes tienen unos niveles de exigencia elevados e inquebrantables, también pueden ser más autocríticos que los demás y, en última instancia, creen que no están cumpliendo esos estándares.

Dr. Hatoum y sus colegas señalan que mientras que el ED-CBQ es "una forma válida, confiable y eficiente de medir las creencias fundamentales," la versión revisada, ED-CBQ-R, también puede resultar útil en futuras investigaciones teóricas y empíricas."

---

## **Eficacia a largo plazo del tratamiento para niños y**

# adolescentes

## ***Un estudio de seguimiento de 7 años ofrece algunas respuestas.***

Investigadores del Maudsley Hospital en London han reportado resultados de seguimiento para un grupo de niños y adolescentes revisados, tratados y dados de alta por primera vez entre 2009 y 2014. Sus resultados proporcionan una visión poco frecuente y valiosa del efecto a largo plazo del tratamiento basado en la evidencia entre estos jóvenes pacientes (J Eat Disord. 2022. 22:10:14).

La Dra. Catherine S. Stewart y sus colegas identificaron primero a 357 personas que habían sido tratadas en su servicio especializado en TCA (Maudsley Centre for Child and Adolescent Eating Disorders). (El centro trata a niños y adolescentes con TCA para un área del sureste de Londres, que atiende a una población de aproximadamente 2.2 millones de personas).

### **Surgieron comorbilidades**

Los investigadores utilizaron varios cuestionarios al ingreso y seguimiento 7 años después, incluyendo el Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), The Work and Social Adjustment Scale (WSAS), el Morgan Russell Global Criteria, el Moods and Feelings Questionnaire, y el Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED). Más de la mitad (63.8%) de los pacientes jóvenes informaron tener síntomas mínimos o ninguno (26.8%)

En general, el resultado del tratamiento para un TCA fue bueno. Sólo 10 (6.7%) del grupo final de 149 (143 mujeres y 6 hombres, 85% de raza blanca y 23% de raza negra o de Oriente Medio) pacientes declararon tener un diagnóstico actual de un trastorno alimentario en el seguimiento final.

Curiosamente, en el seguimiento, las comorbilidades salieron a la luz. Más de la mitad (53%) declaró tener otros diagnósticos de salud mental. Las interferencias de estos diagnósticos afectaron a aproximadamente un tercio de los participantes en el estudio, mientras que algo más de la mitad de los participantes declararon que las interferencias en la vida diaria eran mínimas.

Durante el periodo de seguimiento, aproximadamente el 70% había buscado ayuda por otros problemas de salud mental, principalmente por ansiedad o depresión, y el 35% había necesitado un tratamiento sustancial. Más de la mitad afirmaron funcionar tan bien como sus pares en el trabajo y la escuela, y dos tercios estaban generalmente satisfechos con su bienestar social y su calidad de vida.

Los resultados destacan la buena noticia de que los pacientes jóvenes atendidos en los servicios especializados en trastornos alimentarios de la comunidad se encuentran relativamente bien después de recibir el alta, según se informa en el seguimiento a largo plazo. Los resultados de los síntomas y la calidad de vida fueron muy alentadores, pero dos tercios de los pacientes jóvenes fueron atendidos por otras comorbilidades. Estos resultados deben ser alentadores, pero también ponen de manifiesto la necesidad de facilitar un tratamiento adicional para las comorbilidades.

---

## **Actualización**

World Eating Disorders Action Day se conmemora cada año el 2 de junio. This event was developed to bring together people with EDs, their families, friends, caregivers, healthcare professionals, and organizations, to help raise global awareness of eating disorders, to dispel stereotypes, combat stigma over having an ED, and to encourage people with eating disorders to overcome shame and seek help. Este evento se desarrolló para reunir a las personas con trastornos alimentarios, sus familias, amigos, cuidadores, profesionales de la salud y organizaciones, con el fin de ayudar a aumentar la concienciación

mundial sobre los TCA, disipar los estereotipos, combatir el estigma de padecer uno y animar a las personas a superar la vergüenza y buscar ayuda.

Este año, más de 200 organizaciones de más de 50 países de todo el mundo celebrarán eventos por el World Eating Disorders Action Day. También se anima a las personas que han superado los trastornos alimentarios a utilizar las redes sociales para compartir sus experiencias de tratamiento.

### **Algunas formas de participar incluyen:**

- Uniéndose a la conversación World Eating Disorders Action Day en las redes sociales usando hashtags #WorldEatingDisordersDay y #Equity4Eating Disorders.
- Crear conciencia sobre las descripciones estigmatizadoras o inexactas de los trastornos alimentarios, proporcionando información a la prensa, a las marcas de productos y a otros creadores de contenidos.
- Compartir una historia de recuperación que aparezca en el blog o el podcast del The Emily Program <https://www.emilyprogram.com>. O, si él o ella se sienten cómodos compartiéndola, acercarse a contar su propia historia.
- El sitio de World Eating Disorders Action Day es: <http://www.worldeatingdisordersday.org/>

---

## **PREGUNTAS Y RESPUESTAS**

### ***¿Reflujo ácido o vómitos autoinducidos o...?***

**P.** Recientemente he visto a dos personas con bulimia nervosa, una de ellas en la adolescencia y otra de sus veintitantos, que informan del mismo problema de vómitos después de las comidas. Describen que los vómitos se producen espontáneamente entre 10 y 15 minutos después de comer. Tal y como lo han descrito, la comida vuelve a subir a la boca y se detiene allí. Con frecuencia, el paciente refiere que vuelve a masticar la comida, la traga y luego la "vomita." ¿Esto se debe a un reflujo gástrico, o a la ansiedad o es un síntoma de trastorno alimentario? (H.D., Fort Worth, TX)

**R.** Los síntomas que ha descrito sugieren un trastorno de rumiación, que ahora está incluido en el DSM-5. Es poco común, suele verse en niños pequeños, y con menos frecuencia en adolescentes y adultos. La incertidumbre diagnóstica sobre el reflujo gastrointestinal o los vómitos autoinducidos, o el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (TERIA) puede conducir a pruebas innecesarias y a retrasos. Y, en este caso, aunque los síntomas parecen apuntar al reflujo, una clave que apunta a la rumiación es el retraso en los síntomas y en los vómitos. Por lo general, los síntomas no aparecen hasta 15 minutos después de comer. La regurgitación puede persistir durante 1 o 2 horas después de terminar la comida.

Una historia detallada es la clave más importante para el diagnóstico correcto, pero muchos pacientes tienen dificultades para diferenciar entre los vómitos y la regurgitación, según los doctores Alexander Kusnik y Sarosh Vaqar del Hospital Unity, en Rochester, NY (Stat Pearls Publishing, 2022). El diagnóstico correcto del síndrome de rumiación suele retrasarse. Parece que la contracción de los músculos abdominales es un mecanismo clave de los síntomas de rumiación.

Kusnik y Vaqar sugieren una evaluación exhaustiva de los pacientes con sospecha de síndrome de rumiación, que incluya una historia cuidadosa del TCA, una endoscopia o una enterografía por TC, una manometría esofágica y una EMG de los músculos abdominales y torácicos. Sin embargo, Murray y sus colegas, en una revisión reciente, sugieren que en aquellas personas con síntomas típicos y sin otros problemas gastrointestinales conocidos, la simple obtención de un historial cuidadoso puede ser suficiente.

Una vez realizado el diagnóstico, las técnicas de respiración diafragmática son el enfoque de tratamiento estándar. Está claro que la educación también es valiosa. Una vez que las personas comprenden que esta afección puede tratarse sin medicamentos ni pruebas invasivas, la mayoría se siente aliviada por sus síntomas y la ansiedad por esta afección disminuye.

— SC

---

## EN EL PRÓXIMO NÚMERO

### **Transición del tratamiento para niños y adolescentes a los servicios para adultos**

Pasar del tratamiento de niños y adolescentes a los servicios para adultos puede ser un reto para los pacientes, los padres y los profesionales sanitarios. Investigadores británicos y noruegos informan sobre formas de ayudar a los padres y pacientes a asumir más responsabilidades en el cuidado de los adultos. Una comunicación y una preparación bien pensadas pueden ayudar mucho a los padres y a los pacientes a hacer el cambio.

### **Además**

- Efectos a largo plazo de la anorexia nerviosa en el corazón
- Adversidad y obesidad
- Lesiones no suicidas en pacientes hospitalizados
- Evaluación y gestión del veganismo y los trastornos alimentarios
- Trastornos alimentarios en preadolescentes en Estados Unidos
- y mucho más...

---

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

---

**IAEDP**

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