
Eating Disorders Review

Julio/Agosto 2023

Volumen 34, Número 4

Scott Crow, Editor en Jefe

Barreras para la atención de los trastornos alimentarios

Los jóvenes de color se enfrentan a retos adicionales, como la cobertura de seguros

Existen muchas barreras para recibir tratamiento para los trastornos alimentarios. Una importante es identificar la presencia de un trastorno alimentario en primer lugar. Pero, una vez identificados, también existen otras barreras. Con frecuencia pensamos en la ambivalencia ante el cambio como una variable clave. El tipo de seguro y el color de la piel son dos barreras importantes para obtener atención para un trastorno alimentario, según un estudio reciente en la University of California, San Francisco.

Los investigadores dirigidos por la Dra. Ruby Moreno en UC-San Francisco realizaron una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 1060 pacientes de 11 a 25 años que se presentaron en un programa de especialidad de medicina adolescente entre el 1 de junio de 2012 y el 31 de diciembre de 2019 (*J Eat Disord.* 2023. 11:10). A todos los participantes en el estudio se les había diagnosticado desnutrición secundaria a una alimentación desordenada. La medida de resultado primaria fue si un paciente había recibido el tratamiento recomendado en los 6 meses siguientes a su ingreso. Los pacientes que no acudieron a ninguna consulta en un plazo de 6 meses se consideraron perdidos durante el seguimiento.

Tipo de seguro y raza/etnia

Los jóvenes de minorías raciales y étnicas tenían menos de dos tercios de probabilidades de recibir el tratamiento recomendado en comparación con los jóvenes blancos. Además, la anorexia nervosa (AN) tenía prioridad: los jóvenes diagnosticados con "otros" trastornos alimentarios sólo tenían la mitad de probabilidades de recibir el tratamiento recomendado que aquellos con AN.

El estigma y las creencias culturales sobre la atención de la salud mental pueden añadir barreras adicionales a la atención de los trastornos alimentarios para los jóvenes de color, pero todavía faltan datos en este ámbito. No es sorprendente que las barreras a la terapia para esta población condujeran a peores resultados. Entre todos los modelos, los ingresos hospitalarios por una alimentación desordenada en el plazo de un mes desde el ingreso aumentaron significativamente la probabilidad de recibir el tratamiento recomendado. Los autores también encontraron que muchos pacientes con seguro público no podían acceder a la terapia basada en la familia, y en su lugar confiaban en terapeutas con experiencia limitada con trastornos alimentarios, que proporcionaban terapia individual no especializada.

Se necesitan cambios

Los autores señalan acertadamente que se necesitan cambios importantes en el sistema sanitario para mejorar el acceso a la atención, lo que incluye abordar las desigualdades sistémicas que contribuyen a las disparidades en la atención a los jóvenes de color. La solución puede pasar por un enfoque multidisciplinar del tratamiento, para ayudar a los pacientes a acceder a los niveles adecuados de atención. La investigación futura se beneficiaría de la comprensión de las barreras percibidas para la

atención de los pacientes de color o los que dependen del seguro público, y sus cuidadores. Según la Dra. Moreno y sus colegas, el campo de los trastornos alimentarios se enfrenta a la necesidad de comprender las políticas institucionales y las iniciativas de salud pública, para mejorar la equidad sanitaria.

En un esfuerzo por ayudar a abordar las disparidades de salud entre las poblaciones de minorías raciales y étnicas, la Office of Minority Health (OMH) of the Department of Health and Human Services brinda apoyo a agencias y organizaciones en los sectores público y privado

(<https://minorityhealth.hhs.gov/>) En gran parte a través de programas de subvenciones, la OMH está aplicando actualmente una estrategia de impacto de las disparidades, que identifica y aborda las desigualdades sanitarias para promover la equidad sanitaria de las poblaciones minoritarias raciales y étnicas.

Desde el otro lado del escritorio: Diversidad

Diversidad es una palabra que oímos y vemos en todas partes. La diversidad puede definirse como una serie de diferencias humanas, como la raza, la etnia, el sexo, la identidad de género, la orientación sexual, la edad, la clase social, la capacidad o los atributos físicos, el sistema de valores religiosos o éticos, el origen nacional e incluso las creencias políticas. La diversidad también puede interferir en la atención para un trastorno alimentario.

Uno de los artículos de este número se centra en dos barreras que impiden recibir tratamiento para un trastorno alimentario: el color de la piel y el tipo de seguro que tiene la familia (véase "Barreras para la atención de los trastornos alimentarios" en otro apartado de este número) En otro artículo, investigadores dirigidos por la Dra. Ruby Moreno, de la UC-San Francisco, examinaron la angustia y la carga de dolor subyacente entre los padres de pacientes con anorexia nervosa. (véase "Ayudar a los padres como cuidadores de pacientes con AN," en otra sección de este número) La carga recae sobre todo en las mamás de los pacientes, que deben aprender a dejar atrás al adolescente que la familia conocía antes de la enfermedad y encontrar la manera de vivir con su hija/o tal y como es ahora. Tradicionalmente, los papás desempeñan un papel muy reducido en el cuidado de los pacientes con AN o de sus hijas/hijos con otros tipos de trastornos alimentarios.

—MS

Programas de día para niños y adolescentes

La eficacia y los beneficios para este grupo de edad se comprobaron en una revisión

La mayoría de los programas de tratamiento de día para pacientes jóvenes con trastornos alimentarios incluyen de 6 a 10 horas de tratamiento y comidas supervisadas durante 3.5 a 5 días a la semana. Estos programas pueden proporcionar un tratamiento más intensivo que la terapia ambulatoria, evitando al mismo tiempo algunos de los elevados costos de los servicios de hospitalización y residenciales de larga duración. Los programas de día pueden ser especialmente útiles para pacientes jóvenes cuyos síntomas son demasiado graves para ser tratados con éxito por un equipo ambulatorio tradicional, pero que no son lo suficientemente graves para un tratamiento hospitalario o residencial (*Child Adolesc Psychiatr Clin. 2019. 28:573*). La literatura sobre este tipo de programas ha aumentado. ¿Qué demuestra?

Un artículo reciente de Krishnamoorthy y sus colegas informó los resultados de una revisión de la literatura de estudios de programas de tratamiento de 21 días (*Eur Eat Disord Rev. 023.31:199*). Los autores se centraron en los beneficios y la eficacia de los programas de día para niños y adolescentes, y

utilizaron las directrices PRISMA para realizar la revisión. La mayoría de los programas se desarrollaron en Estados Unidos; otros, en Canadá, Australia, España, Alemania, Reino Unido e Italia.

Los 21 programas involucraron a 1366 participantes. Los programas individuales contaban con entre 19 y 160 participantes, la mayoría mujeres. El seguimiento a los 3 y 6 meses mostró que los participantes mantenían sus logros y beneficios.

Los programas variaron ampliamente. Por ejemplo, un programa incluía estrategias de mejora motivacional (*Int J Eat Disord. 2011. 44:29*) y sesiones de psicoeducación para hermanos. Otro programa utilizaba el asesoramiento telefónico entre el terapeuta y los padres, que consistía en hablar con ellos sobre las formas adecuadas en las que se ocuparían de la comida de sus hijos durante los fines de semana. En otro programa, los padres debían prestar apoyo cuando un paciente se negaba a terminar sus comidas. La mayoría de los programas de día incluían sesiones individuales de psicoterapia con pacientes, asesoramiento en grupo e individual con un paciente y al menos uno de sus padres o asesoramiento en grupo de padres y multifamiliar. La mayoría incluía al menos dos comidas supervisadas y asesoramiento nutricional cada semana. En general, se pedía a los padres que asistieran al menos a una comida supervisada al día; en cambio, otro programa permitía a los pacientes tener comidas supervisadas por el personal sin sus padres. Unos pocos programas incluían sesiones de arteterapia, uno incluía clases de yoga y seis estudios informaron de la inclusión de actividades escolares en el programa diario de los pacientes.

¿Qué tan efectivos son los programas de tratamiento de día?

Los autores informaron que, en general, los programas de día que estudiaron fueron eficaces para recuperar el peso corporal, reducir los síntomas de los trastornos alimentarios y examinar los problemas de salud mental comórbidos.

De los nueve estudios que informaron sobre las tasas de abandono, la tasa promedio fue del 21%. La mayoría de las razones para abandonar (cuando se conocían) se debían a problemas médicos relacionados con los trastornos alimentarios. En el seguimiento, seis estudios observaron que los pacientes mantuvieron su aumento de peso durante 3, 6, 12 o 31 meses después del alta. Los autores señalaron que el peso se medía y reportaba de diversas formas. De todos los estudios, seis calcularon el índice de masa corporal, o IMC, y siete evaluaron los cambios de peso según éste. Los estudios también utilizaron una amplia variedad de medidas que evalúan las actitudes y conductas alimentarias asociadas a la AN y la BN.

Los autores señalaron que los programas de día producían una mejora significativa de los síntomas de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes. Los efectos variaron de pequeños a grandes. La revisión sí subrayó las variaciones en el bajo peso corporal que se midieron y reportaron entre los programas y los estudios. Todos los estudios utilizaron terapia basada en la familia y unos pocos añadieron la terapia cognitivo conductual (TCC), la terapia cognitivo conductual mejorada (TCC-E) y la terapia conductual dialéctica (TCD).

Sugerencias para futuros programas

La revisión de la literatura realizada por Krishnamoorthy y sus colegas concluyó que los programas de día para niños y adolescentes con trastornos alimentarios son benéficos para promover la recuperación física y psicológica. Sin embargo, sigue sin estar claro qué componentes de los programas de tratamiento de día contribuyeron a la recuperación. Existen variaciones entre los resultados o los componentes de estos programas de día, que pueden atribuirse a varios elementos. Estos elementos incluyen los diferentes perfiles clínicos y demográficos de los clientes, cuestiones relacionadas con la infraestructura de los servicios de salud mental existentes en el país en el que se situaba el programa, la inclusión de intervenciones novedosas y la falta de prácticas basadas en pruebas.

Los autores sugirieron que la investigación de los programas de día podría mejorarse informando sobre otros indicadores de salud física, como la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Estas evaluaciones periódicas de la salud física pueden alertar a los profesionales de la salud física sobre posibles afecciones comórbidas. Aunque los conocimientos específicos relacionados con la terapia familiar y otras intervenciones concretas pueden ser importantes, existen pruebas que sugieren que las intervenciones orientadas a la recuperación y dirigidas a mejorar el funcionamiento general, en lugar de centrarse únicamente en la remisión de los síntomas de salud mental, pueden ser útiles para todos los pacientes (*Aust NZ J Psychiatry. 2014. 48:1009*).

Mejorar la intervención temprana

Los largos tiempos de espera y una población transitoria son sólo dos elementos que retrasan la intervención temprana en los trastornos alimentarios

Aunque intervenir de forma temprana para tratar los trastornos psiquiátricos tiene muchos beneficios, hasta el 80% de las personas con un trastorno alimentario no reciben un tratamiento basado en la evidencia (*Int J Eat Disord. 2017. 50:170*), y la intervención temprana no está bien establecida.

¿Qué es la intervención temprana?

Según la Dra. Karina L. Allen, del Outpatients Service del Maudsley Hospital y de la Maudsley NHS Foundation Trust de Londres, y un equipo de investigadores, la intervención temprana consiste en detectar una enfermedad en la "fase inicial" del curso de un trastorno diagnosticado. A continuación, se aplica un tratamiento específico para cada etapa, dirigido y basado en evidencias, siempre que sea necesario y eficaz (*JAMA Psychiatry. 2018. 75:545*). La Dra. Allen y sus colegas estudiaron las pautas de intervención temprana en el Reino Unido, Australia, Canadá y EE.UU, a continuación, formularon una serie de recomendaciones para mejorarla (*Eur Eat Disorders Rev. 2023. 31:32*).

Recomendaciones clave para la intervención temprana

Para los servicios y los responsables políticos, los investigadores señalaron que en algunos países el acceso al tratamiento depende del seguro o/y de otras formas de "control de entrada" en torno al diagnóstico. Algunos de estos procesos pueden retrasar la atención y prevenir el tratamiento temprano en un trastorno alimentario, particularmente si se cree que los síntomas ocurren "demasiado pronto" o que son "demasiado leves." La intervención temprana depende de que haya suficientes clínicos disponibles para ofrecer un tratamiento de los trastornos alimentarios basado en evidencias. La pandemia de COVID-19 aumentó el uso del tratamiento en línea a través de vídeo/telesalud, y esto ofrece otra opción para la administración flexible del tratamiento que podría ayudar al acceso a los esfuerzos de intervención temprana.

La Dra. Allen y su equipo destacan un importante reto en la prestación de servicios de tratamiento: a menudo existe una división entre los servicios para niños/adolescentes (menores de 18 años) y los servicios para adultos. En muchos entornos se produce un cambio de proveedores y entornos de tratamiento cuando se pasa a la edad adulta, y esto puede perturbar el tratamiento y la comunicación.

Algunos programas ahora en acción

Dado que la investigación sobre la intervención temprana está en sus inicios, se necesitan estudios neurobiológicos multimodelo (que incluyan estudios genéticos, de neuroimagen y neurobiológicos), según los autores. También enumeraron estudios realizados en Canadá, Australia y el Reino Unido que analizan y promueven la intervención temprana en los trastornos alimentarios.

Canadá está estudiando la intervención temprana a través de entornos de atención primaria. En el Reino

Unido, el Proyecto EDIFY (acerca de EDIFY: edifyresearch.co.uk), de 4 años de duración, iniciado a finales de 2021, está reuniendo a investigadores, clínicos y jóvenes para desarrollar un proyecto interdisciplinar basado en la evidencia con el fin de conocer cómo se desarrollan y mantienen los trastornos alimentarios. El proyecto FREED utiliza un estudio piloto de una aplicación FREED móvil (FREED-M) para animar a los jóvenes con trastornos alimentarios a buscar ayuda. Esta aplicación ofrece psicoeducación adaptada a los jóvenes mediante animaciones y recursos descargables, con el objetivo de animarlos a buscar ayuda para sus trastornos alimentarios. En Australia, la Strategic Training Initiative for Prevention of EDs (STRIPED) (www.hsph.harvard.edu/striped/) insta a un acceso a la asistencia centrado en el paciente y basado en la comunidad. Por último, la iniciativa europea ProYouth (EPA-1485) es un proyecto en línea en curso que fomenta la búsqueda de ayuda y promueve la reducción de los síntomas de los trastornos alimentarios.

Evitación de alimentos: Otra herramienta para medir la progresión de la AN

Un estudio reciente destaca la importancia de un equipo balanceado de tratamiento nutricional y psiquiátrico

Los pacientes con anorexia nervosa suelen limitar su ingesta de alimentos, y los hipercalóricos se convierten en el principal objetivo a evitar. En comparación con los controles sanos, los pacientes con AN indican tener pocas ganas de comer alimentos hipercalóricos. Este patrón se observa tanto en la AN restrictiva (AN-R) como en la AN de tipo atracón/purga (AN-BP).

Procedimientos sofisticados pueden detectar este patrón de evitación de alimentos. Por ejemplo, un estudio de seguimiento ocular destacó que los pacientes con anorexia nervosa evitaban las señales alimentarias, lo que potencialmente facilita la alimentación restrictiva (*J Eat Disord.* 2019. 52:681). Estos procesos subyacentes parecen persistir especialmente en los pacientes que recuperan el peso. En un estudio, el deseo explícito (autodeclarado) de los pacientes de comer alimentos ricos en calorías era, de hecho, mayor que en los pacientes con un peso actualmente bajo y similar al de los controles sanos. Sin embargo, su deseo implícito de comer alimentos ricos en calorías (evaluado a través de los tiempos de reacción) era tan bajo como en los pacientes con bajo peso actual (*Am J Clin Nutr.* 2013. 97:463). [Por supuesto, cabe preguntarse si la evitación persistente podría estar relacionada con el riesgo de recaída. En cualquier caso, se necesitan más conocimientos al respecto.]

El estudio actual

Un equipo de psiquiatras franceses dirigido por la Dra. Laura Di Lodovico, del GHu Paris Psychiatry and Neurosciences de París, diseñó un estudio longitudinal multicéntrico para determinar cómo la evitación de la comida puede funcionar como indicador de la gravedad de la AN (*Eat Weight Disord.* 2023. 28:24).

En el estudio participaron 130 pacientes ambulatorias con AN, de 11 a 53 años, estudiadas en 13 centros de tratamiento multidisciplinar especializados en AN de Francia. Los pacientes ambulatorios tuvieron anorexia nerviosa durante un promedio de 8 años y un índice de masa corporal medio (IMC, kg/mg²) de 15.3. Los participantes fueron evaluados antes y después de 4 meses de atención en los 13 centros. Se evaluó la evitación de los alimentos, además del IMC, la gravedad de la AN, la gravedad del trastorno alimentario, los niveles de depresión y ansiedad, el estado emocional, el grado de funcionamiento de una vida sana y la percepción de la imagen corporal.

A todos los pacientes se les ofreció al menos una forma de psicoterapia basada en la evidencia para los trastornos alimentarios (terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal, terapia familiar o terapia multifamiliar). Se prescribieron fármacos psicotrópicos (principalmente antidepresivos) según era

necesario.

El tiempo promedio entre la primera y la segunda evaluación fue de 132 días. Los síntomas del trastorno alimentario se evaluaron con una versión francesa del *Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)*. En esta versión, tres subdivisiones distinguen el hacer dieta, la bulimia y el control oral. Una puntuación superior a 20 indica un comportamiento alimentario problemático y un alto nivel de preocupación por las dietas y el peso corporal.

La evitación de alimentos se evaluó a través de un cuestionario ad-hoc construido con un psicólogo especializado en los comportamientos alimentarios de los pacientes con trastornos alimentarios. Se pidió a los pacientes que calificaran sus niveles de evitación de 16 alimentos, entre ellos mantequilla, alimentos ricos en almidón, patatas fritas, queso, bollería, embutidos, jamón, carne roja, carne blanca y pescado. La lista también incluía alimentos bajos en calorías, como productos lácteos descremados, verduras verdes, tomates, frutas frescas (excepto plátanos), frutos secos y pan integral.

Herramientas para medir la depresión y la ansiedad

Para medir los niveles de ansiedad y depresión, así como el estado emocional, las condiciones en el trabajo y la calidad de vida, los participantes rellenaron el cuestionario *Hospital Anxiety and Depressive Scale (HADS)* un cuestionario de autoinforme con preguntas dedicadas a la depresión y la ansiedad. El estado emocional se midió con el *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*, un cuestionario de autoinforme de 10 partes. Otro cuestionario, el *Work and Social Adjustment Scale (WSAS) questionnaire*, mide la capacidad para trabajar, la administración del hogar y las actividades de ocio sociales y privadas (*Br J Clin Psychol. 2004. 43:245*). Una prueba de percepción de la imagen corporal se basaba en un diagrama que representaba una progresión de 10 siluetas femeninas, cada una de las cuales correspondía a un IMC específico. Se indicó a los pacientes que eligieran la silueta que mejor representara su cuerpo actual. Las puntuaciones más altas indicaban el IMC percibido y, por definición en este estudio, equivalían a una mayor distorsión de la imagen corporal.

Nutrición y anorexia nervosa

La evitación de la comida, especialmente de los alimentos ricos en calorías, se asoció con la gravedad de la AN, mostrada por las puntuaciones del *EAT-26*, y con las puntuaciones del estado de ánimo y la ansiedad. Los que desarrollaron AN a una edad más temprana tenían más probabilidades de seguir evitando los alimentos.

Una observación útil entre los investigadores y el equipo de tratamiento fue que, al restringir los alimentos, los pacientes pueden incluir algunos alimentos con alto contenido de grasa en sus dietas, pero también pueden restringir las cantidades de estos alimentos sin reducir la apariencia de diversidad dietética. Esto supuso un verdadero reto para los nutricionistas y dietistas del equipo de tratamiento; además, poco se ha publicado sobre este comportamiento. Entre los pacientes que reintrodujeron al menos un alimento rico en grasas en su dieta, las puntuaciones del *EAT-26* fueron más bajas al inicio y mejoraron durante el tratamiento. Esto confirmó que la evitación de alimentos está relacionada con la gravedad de la AN. Una edad más temprana al inicio de la AN se asoció con un mayor mantenimiento de la evitación de la comida.

Evitar los alimentos ricos en calorías es una estrategia muy conocida utilizada por los pacientes con AN para aliviar su ansiedad; sin embargo, esto también puede tener un importante efecto negativo. Evitar los alimentos ricos en calorías contribuye a la ansiedad debido a la reducción de la ingesta dietética de micronutrientes como el folato y el selenio. Ambos afectan la función neuronal y se han relacionado con la depresión y la ansiedad (*Nutrients. 2019.11: E792*). Según los autores, la correlación entre la gravedad de la AN, el estado nutricional y la ansiedad y la depresión subyace al concepto de que la AN es un trastorno metabólico-psiquiátrico. (*Nat Genet. 2019. 51:1207*).

La Dra. Di Lodovico y sus coautores concluyeron que la evitación de alimentos podría ser un indicador informativo de la gravedad de la AN. Hay una clara necesidad de más estudios.

Examinar las tasas de mortalidad

En un estudio italiano, las tasas de mortalidad por trastornos alimentarios eran mucho más bajas de lo que se suele citar

Los trastornos alimentarios, en particular la anorexia nervosa, tienen una de las tasas de mortalidad más elevadas de todas las enfermedades mentales; existen numerosas pruebas de este efecto. En un metaanálisis histórico de las tasas mundiales de mortalidad por trastornos alimentarios (*JMIR Res Protoc. 2017. 6:e146*), la índice o razón de mortalidad estandarizada, o SMR, por sus siglas en inglés, de los pacientes con anorexia nervosa fue de 5.1 muertes por 1000 personas-año. Los jóvenes entre las edades de 15 y 24 años con anorexia nervosa tienen 10 veces más riesgo de morir que sus pares (*Curr Psychiatry Rep. 2012. 14:406*). Las personas con trastornos alimentarios también tienen una peor calidad de vida en general, y los costos de su tratamiento son un 48% más altos que los de la población general (*Curr Opin Psychiatry. 2020. 33:521*).

Sin embargo, un estudio reciente realizado por investigadores italianos ha arrojado unos índices de mortalidad muy diferentes para los pacientes con trastornos alimentarios. En su estudio de 1277 personas con trastornos alimentarios, el Dr. Giovanni Castellini y sus colegas de la University of Florence, Italia, encontraron que la tasa de mortalidad de las personas con trastornos alimentarios no difirió de la de la población general. Entre las 1277 personas con trastornos alimentarios que participaron en el estudio había 368 con AN, 312 con BN y 597 con TA/BED. Veintidós pacientes, el 1.72%, fallecieron durante un promedio de seguimiento de 7.4 años (*Int J Eat Disord. 2022. 17:122*). La índice o razón de mortalidad estandarizada, o SMR, fue de 1.19. Sólo entre los pacientes con BN la mortalidad aumentó significativamente 10 años después de la evaluación clínica. El estado de vida de los participantes, según los autores, se determinó a través de la vinculación con el Regional Mortality Registry.

La edad fue el factor más significativo que influyó en la mortalidad, según los autores. Las muertes se produjeron a las edades de 35, 57 y 64 años entre los 3 pacientes con AN; a las edades de 49, 72 y 82 años entre los 3 pacientes con BN, y a una edad media de 64 años entre los pacientes con TA/BED.

Algunas posibles explicaciones para la menor tasa de mortalidad

Los autores sugieren que la baja tasa de mortalidad en personas con trastornos alimentarios de su estudio, en comparación con otros estudios publicados, bien podría atribuirse a la red de tratamiento de la zona de Florencia (EDTN), que describen como un servicio de atención multidisciplinar regional coordinado.

Según los investigadores, el estudio también tenía limitaciones. En primer lugar, no incluía a los pacientes que utilizaban servicios de atención privada; por tanto, los índices de mortalidad estandarizada no eran aplicables a este grupo. Y los índices de mortalidad estandarizada se calcularon teniendo en cuenta el sexo, el grupo de edad y el tiempo calendario. Para mejorar la precisión, según el Dr. Castellini y sus colegas, los estudios futuros deberían añadir características clínicas adicionales de los pacientes y el tipo y duración del tratamiento.

Hay otros factores que pueden contribuir a las bajas tasas de mortalidad. Algunos son técnicos o estadísticos: no se describió la sensibilidad y especificidad (esencialmente, la "precisión") de la base de datos de mortalidad; parece ser una base de datos regional más que nacional. La duración fue relativamente corta para un estudio de mortalidad, y la muestra fue relativamente pequeña. Además,

aproximadamente la mitad de la muestra había sido diagnosticada con TA/BED; como se podría predecir basándose en trabajos anteriores, se observó un exceso de mortalidad en aquellos con AN o BN.

Aunque estos factores son probablemente críticos para interpretar los resultados, no dejan de ser importantes al sugerir que la mayor mortalidad es habitual en quienes padecen trastornos alimentarios.

Tratamiento de los trastornos metabólicos en mujeres con TA/BED y BN

Un estudio noruego comparó la TCC con un enfoque físico y nutricional

Los atracones, con o sin purga, pueden tener un impacto en la salud metabólica, según un informe de un equipo noruego dirigido por la Dra. Therese Fostervold Mathisen, del Ostfold University College, Fredrikstad, Noruega (*Eat Weight Disord.* 2023. 28:41). Este estudio reciente documenta tales efectos y examina si el tratamiento puede ayudar.

El estudio: dos grupos aleatorizados

La Dra. Fostervold Mathisen y su equipo diseñaron un estudio aleatorizado y controlado que evaluó los efectos de dos intervenciones de tratamiento de 16 semanas para la BN y el TA/BED. Este programa incluía dos enfoques: (1) terapia de ejercicio físico y dieta (PED-t, por sus siglas en inglés), o (2) terapia cognitivo-conductual (TCC) Se recogieron muestras de sangre en ayunas al inicio del estudio, a los 6 meses y a los 12 meses.

El grupo final del estudio incluyó a 151 mujeres diagnosticadas de BN o TA/BED; las participantes tenían entre 18 y 40 años, y presentaban índices de masa corporal, o IMC, de 17.5 a 35 kg/mg². Los IMC promedio difirieron entre los dos grupos. Las mujeres fueron asignadas aleatoriamente a un tratamiento ambulatorio con sesiones grupales de TCC o PED-t. Los del grupo PED-t se reunieron semanalmente, con ejercicios de resistencia supervisados y progresivos, seguidos directamente de terapia dietética y tareas para casa para dos sesiones de ejercicio adicionales (una de ejercicios de resistencia y otra con una sesión de carrera a intervalos) Los del grupo de TCC utilizaron la terapia TCC individual de Fairburn, adaptada para grupos, y se reunieron semanalmente durante 20 semanas.

Cómo afectó el tipo de tratamiento a los cambios metabólicos

En el presente estudio, el 32.5% y el 39.1% de los participantes presentaban niveles elevados de triglicéridos y colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-c, por sus siglas en inglés) respectivamente. Los niveles bajos de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL-c, por sus siglas en inglés) eran más frecuentes entre las mujeres con TA/BED (21.2%) en comparación con las que padecían BN (5.1%) Hubo un cambio favorable global en los perfiles de lípidos de ambos grupos cuando se compararon los niveles previos al tratamiento con los posteriores. Los cambios en los indicadores de lípidos y hormonales, en función del diagnóstico previo al tratamiento, fueron significativamente menos favorables entre las mujeres con diagnóstico previo al tratamiento de TA/BED que entre las mujeres con diagnóstico de BN. Los cambios no persistieron durante el seguimiento.

Más mujeres con TA/BED que con BN presentaban valores bajos de HDL-c, lo que puede ser perjudicial al aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular. Los investigadores habían planteado la hipótesis de que el tratamiento con PED-t tendría un mayor efecto sobre los niveles de lípidos, pero los resultados no lo respaldaron. También se observaron beneficios menores en los perfiles metabólicos de la remisión tras el tratamiento.

En conjunto, las mujeres con BN o BED presentaban mediciones iniciales que parecían indicar niveles saludables de lípidos sanguíneos, glucosa en sangre y hormonas tiroideas, pero un número significativo de participantes presentaba factores metabólicos de riesgo cardiovascular. Estos resultados justifican los esfuerzos para comprender la importancia de los cambios en los lípidos y la glucosa en las personas con BED y BN, así como para desarrollar formas adecuadas de controlar y gestionar estos efectos.

Preguntas y Respuestas

Efectos del confinamiento por COVID 19

P. Uno de mis pacientes, una joven adulta con AN, informó que sus síntomas, y sus preocupaciones sobre la forma del cuerpo y su aumento de la ansiedad y la depresión, empeoraron durante el "confinamiento" de COVID 19. ¿Es sólo una reacción pasajera al mayor aislamiento que experimentó? (J.B., New Orleans, LA)

R. Los efectos del confinamiento por COVID, que comenzó en la primavera de 2020, han sido ampliamente reportados entre los adultos, especialmente aquellos con trastornos de la alimentación y la alimentación (FED, por sus siglas en inglés) Varios estudios han demostrado un efecto positivo en la motivación de los pacientes para recuperarse de sus trastornos alimentarios.

Un estudio que examinó los resultados contradictorios -motivación para recuperarse y efectos negativos del aislamiento- estimuló a la Dra. Bianca Borsini y sus colegas a diseñar un estudio sobre los síntomas de FED. El estudio examinó los síntomas del trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (TERIA/ARFID) durante el confinamiento entre 45 pacientes jóvenes (11-13 años) y mayores (14-18 años). Los investigadores utilizaron preguntas abiertas, de opción múltiple, de sí/no y una lista de comprobación de síntomas. El estudio se completó en línea (*J Eat Disord.* 2023. 11:71) Entre los participantes, 37 eran mujeres y 8 eran hombres.

Aproximadamente la mitad de los participantes (47%) declararon que el confinamiento tuvo un efecto positivo sobre sus síntomas, mientras que el 59% de los que padecían AN declararon haber sufrido un empeoramiento. Se observó una mejoría de los síntomas entre los pacientes más jóvenes que entre los de más edad. El confinamiento se identificó como el factor desencadenante del FED en el 61% de los pacientes evaluados recientemente. Los resultados pintan un cuadro complejo de los efectos de la pandemia en los afectados por la FED.

Entre los adultos con FED, los síntomas se deterioraron durante el confinamiento, especialmente para aquellos con AN, como su paciente. También se observó un efecto benéfico favorable en las relaciones intrafamiliares y en la motivación para recuperarse o para cumplir el tratamiento.

Los autores descubrieron que, aunque la pandemia y el confinamiento relacionado precipitaron el FED en muchos pacientes y empeoraron los síntomas en otros, tuvo un efecto positivo en algunos pacientes más jóvenes que estaban en tratamiento, pero un mayor deterioro entre los adultos. Casi todos los pacientes consideraron que el trato y la atención recibidos fueron satisfactorios durante el confinamiento.

En otro estudio, la reducción del acceso a los servicios de trastornos alimentarios, la pérdida de la rutina y el aumento de la ansiedad y de los síntomas de trastornos alimentarios como consecuencia del COVID 19 y de las medidas de confinamiento supusieron un reto para los pacientes adultos con AN (mayores de 16 años) y sus cuidadores. Los pacientes con anorexia nerviosa tardaron más en adoptar algunas de las medidas. Un mayor apoyo a distancia por parte de los servicios de TCA permitió continuar el tratamiento, y los recursos y estrategias de autogestión fomentaron la autoeficacia tanto en los pacientes como en los cuidadores (*Eur Eat Disord Rev.* 2020.28:826)

A su pregunta: ¿Pasarán estos efectos? El empeoramiento de los síntomas preexistentes puede ser más transitorio. Para aquellos que tuvieron un nuevo inicio de FED durante la pandemia de COVID, parece muy poco probable que el final de las órdenes de emergencia de salud pública relacionadas con COVID, o la transición de pandemia a COVID-19 endémico, señale el final de su FED. Es probable que la mayor necesidad de servicios de trastornos alimentarios persista al menos en el futuro cercano.

—SC

Ayudar a los padres a actuar como cuidadores

La carga fue más dura para las madres de pacientes con AN

Los padres son los cuidadores a largo plazo más frecuentes de las personas con AN; sin embargo, pocos estudios han examinado la carga de angustia emocional que pueden tener dichos padres, junto con el duelo subyacente y no abordado. Para saber más sobre el estrés y el dolor de los padres, la Dra. Jeanne Duclos, del Department of Psychiatry at the University of Lille, France, y un equipo de investigadores franceses estudiaron el papel de la carga entre los padres de pacientes con anorexia nervosa (*Eat Weight Disord.* 2023. 28:16).

En su reciente examen de 80 madres, 55 padres y sus hijos adolescentes con AN (n= 84), los autores trataron de explorar las características de los padres y los adolescentes que pueden estar relacionadas con la carga y el dolor de los padres en la AN, así como identificar los vínculos entre ambos. Antes de su inclusión en el estudio Evaluation of Hospitalization for Anorexia Nervosa (EVHAN), todos los participantes habían sido hospitalizados por un episodio agudo de anorexia nervosa en un centro de tratamiento francés especializado para condiciones físicas y/o mentales potencialmente mortales relacionadas con la anorexia nervosa. El grupo de estudio incluía a personas de entre 13 y 21 años que vivían con sus padres antes de ser ingresadas para recibir tratamiento por AN. Los que tenían otra enfermedad subyacente potencialmente grave, como diabetes, enfermedad de Crohn u otras enfermedades metabólicas, fueron excluidos del estudio.

Junto con los datos sociodemográficos y clínicos, el dolor de los padres se evaluó con el Mental Illness Version of the Texas Revised Inventory of Grief (MIV-TIG) (39). Este inventario se utiliza normalmente para evaluar el dolor por la muerte de un ser querido. En este caso, se modificó para evaluar el dolor por la enfermedad mental de un familiar, en lugar del fallecimiento, y la pérdida de esa persona tal y como era antes de desarrollar dicha enfermedad mental.

Angustia emocional para los padres

La mayoría de los participantes (94%) eran niñas, y la edad media fue de 16 años. Una cuarta parte de la muestra estaba inscrita en la enseñanza primaria; el 36%, en la secundaria; el 7%, en la superior, y faltaban los datos de 31. Algunas niñas habían sido adoptadas, y alrededor del 29% tenían padres separados. Casi la mitad tenían un hermano, el 31% dos y el 13% eran hijos únicos. La muestra media tenía AN desde hacía casi 2 años, un índice de masa corporal, o IMC (kg/m²), de 14.3 en el momento del ingreso y un IMC mínimo a lo largo de la vida de 13.61. Más de la mitad de los adolescentes cumplían los criterios de la AN restrictiva; el resto, los de la AN de tipo purgativo.

Según los resultados del estudio francés, los padres pueden sufrir sentimientos de carga con angustia emocional, junto con niveles elevados de depresión y ansiedad. Los padres que cuidan a un paciente con anorexia nervosa pueden describir una sensación de "pérdida de vida" y dolor. Algunos sentían que habían perdido el "yo anterior" de su hija/hijo, junto con su relación con él/ella, y sus esperanzas para el futuro se interrumpía. Estos sentimientos son especialmente intensos en el caso de la AN, en el que esta

enfermedad potencialmente mortal puede dificultar el apoyo a su hija/hijo o la plena participación en la vida normal. La carga del cuidador tiene dos partes: la primera es la alteración de la vida familiar/hogar debido a la enfermedad del paciente; la segunda es la angustia subjetiva entre los miembros de la familia.

Pasos útiles para los padres

El proceso de duelo en la anorexia nervosa del adolescente es particularmente desafiante y complejo. El primer paso consiste en dejar ir al adolescente como era antes de la enfermedad y de la relación con la persona de sus sueños y expectativas anteriores. Después, el cuidador o cuidadores tienen que encontrar la manera de vivir con la persona y aceptarla tal como es ahora. Los autores encontraron que una tarea particularmente dolorosa para los padres de adolescentes con anorexia nervosa severa y duradera es aceptar la pérdida irreversible de la adolescencia normal de sus hijos. Y, tras el diagnóstico, tienen que pensar y trabajar en quién puede ser su hijo en el futuro. Los padres también deben saber que entre el 50% y el 60% de los adolescentes con AN acaban mejorando o recuperándose por completo. Abordar la intolerancia de los padres a la incertidumbre puede ser útil en esta etapa del trabajo de pérdida y duelo. La "incertidumbre negativa" puede contribuir a los sentimientos de angustia e inseguridad y debilita la confianza en uno mismo y la autoeficacia.

Los autores señalan que es esencial ayudar a los padres con su angustia emocional. Mientras que los padres necesitan ayuda específica para disminuir sus niveles de ansiedad, es necesario dar prioridad a las madres durante las sesiones de tratamiento, prestando atención a las experiencias parentales interrelacionadas. La asistencia de los padres a los tratamientos orientados a la familia suele ser escasa y tiende a disminuir con el tiempo (*J Clin Child & Adolesc Psychol. 2018. 47: 556*). Los autores señalan que la sociedad y los terapeutas a menudo tienden a aceptar el hecho de que los padres estarán ausentes de la terapia familiar a lo largo del tiempo y, por tanto, refuerzan su ausencia, transmitiendo a las madres que ellas son los principales agentes del cambio y para empezar, quizá los culpables. Esto no hace sino aumentar la carga de las madres.

Señalan que es posible trabajar en esos ciclos sin culpar a ninguno de los dos padres. Los padres desempeñan un papel clave en la recuperación de su hijo adolescente, incluidas las formas en que su asistencia a la terapia se asocia con mejores resultados del tratamiento (*Clin Soc Work J. 48:389*). Ambos padres expresan más dolor cuando el estado clínico de su hija/hijo es más grave. En los estudios, el dolor de los padres estaba relacionado con sus propios niveles de depresión y ansiedad, mientras que el de las madres estaba asociado con sus propios niveles de depresión y alexitimia. Los autores concluyeron que las madres podrían estar más afectadas por el estado clínico de sus hijos que por su propio estado psicológico, mientras que los padres sienten una mayor carga relacionada con su propia ansiedad. La carga se explicaba por el duelo en ambos padres, por la ansiedad en los papás y por la experiencia de las mamás ante el empeoramiento del estado clínico de su hija/hijo.

Limitaciones del estudio

Los autores enumeraron varias limitaciones de su estudio. Una de ellas fue que el estudio se llevó a cabo exclusivamente en un entorno hospitalario, lo que puede haber sesgado la muestra hacia una población con trastornos alimentarios más graves. Los padres de los adolescentes hospitalizados, que no podían ser atendidos en un régimen ambulatorio o lo hacían en casa con poca o ninguna ayuda profesional adicional, pueden haber sentido una sensación de angustia y fracaso más aguda que los padres que eran cuidadores ambulatorios.

La Dra. Duclos y sus colegas informan de que los estudios futuros se beneficiarían de muestras más amplias de pacientes con AN tanto restrictiva como purgativa, y podrían promover el desarrollo y el uso de programas específicos de pérdida y duelo para esta población clínica. Como resultado de su estudio, los propios autores se animaron a incluir algunos componentes o partes de las teorías orientadas a la

pérdida sin muerte y al duelo en sus programas de terapia multifamiliar y de grupos de padres para pacientes adolescentes con AN.

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

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com