
Eating Disorders Review

Enero/Febrero 2024

Volumen 35, Número 1

Intervención temprana para los trastornos alimentarios

Los cambios políticos pueden afectar el acceso a los servicios.

Obtener acceso al tratamiento para los trastornos alimentarios puede llevar años o puede no suceder en absoluto. Muchos obstáculos se interponen en el camino, incluida la geografía, el costo y la falta de cobertura de seguro médico. Recientemente, los resultados de un estudio global proponen vías para mejorar el acceso de los pacientes al tratamiento y aumentar la intervención temprana.

Un equipo liderado por Karina L. Allen, del Eating Disorders Outpatient Department en Maudsley Hospital, London, han propuesto una serie de cambios en las políticas y servicios para ayudar a mejorar la intervención temprana para los trastornos alimentarios (*Eur Eat Disord Rev.* 2023. 31:320). A pesar de que los TCA conllevan una carga de enfermedad similar a la ansiedad y la depresión (Butterfly Foundation for Eating Disorders; <https://butterfly.org.au>), con un costo de miles de millones de dólares cada año, se ha hecho poca inversión para investigar las razones detrás de esto, según la Dra. Allen y sus colegas.

¿Por qué es esto importante?

La intervención temprana en casos sospechosos de trastornos alimentarios mejora los resultados (*World Psychiatry.* 2020. 19:233; *Canadian J Psychiatry.* 2020.64: 492) El intervalo entre los primeros signos o síntomas y la búsqueda de tratamiento osciló entre los 2.5 años en el caso de la AN y los 6.0 años en el caso del trastorno por atracón, o TA/BED (*European Eat Disord Rev.* 2021.29:329)

El retraso puede deberse a varias razones. Las personas pueden no ser conscientes del problema o tener poca motivación para cambiar o buscar ayuda. Según los autores, es posible que los clínicos no detecten un trastorno alimentario o que, incluso cuando lo hacen, adopten una actitud de "esperar y ver". Otro factor de retraso en la detección es la falta de accesibilidad a los servicios, incluidos los largos tiempos de espera para recibir tratamiento, lo que provoca un empeoramiento de los síntomas y un peor resultado cuando se dispone de tratamiento. (*Behav Res Ther.* 2012. 50:487)

Puntos para tener en cuenta

- **Los planes de seguros comerciales y financiados por el gobierno varían según el estado, lo que se convierte en un obstáculo importante para la intervención temprana entre quienes carecen de seguro suficiente. Los programas de baja intensidad y basados en la comunidad pueden ayudar.**
- **Enfatizar los beneficios de costos a largo plazo puede ayudar a alentar a los pacientes a buscar atención**
- **Las barreras del seguro pueden retrasar la atención y, por lo tanto, prevenir las etapas iniciales de tratamiento de un trastorno alimentario si los síntomas se definen como demasiado tempranos o leves.**

Se dispone de pocos estudios sobre la intervención temprana.

Alemania y Gran Bretaña han liderado los esfuerzos por reducir el tiempo que transcurre entre el diagnóstico inicial y el tratamiento, mejorando así la intervención temprana. La mayor parte de la información proviene de la First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders, o el programa FREED, por sus siglas en inglés. Este programa se desarrolló para adultos en desarrollo (de 16 a 25 años) que han padecido un trastorno alimentario durante menos de 3 años.

La intervención de salud pública PSYCHNET en Alemania está diseñada para cambiar el retraso entre el diagnóstico y el tratamiento temprano de los trastornos alimentarios mediante el uso de campañas de alfabetización sanitaria, esfuerzos de prevención escolar, servicios ambulatorios especializados para pacientes con AN, una guía de salud en Internet y una red multidisciplinar de profesionales sanitarios.

En Australia, la intervención temprana ha utilizado un enfoque FREED modificado. En Canadá, los autores informan que, en gran parte debido a la asistencia sanitaria pública por mandato territorial, los servicios para trastornos alimentarios varían mucho entre las 10 provincias y los 3 territorios del país. Según los autores, una forma de hacer llegar más rápidamente los servicios de trastornos alimentarios a la comunidad puede ser a través de los centros de atención primaria.

Por último, en Estados Unidos, la cobertura del seguro es un factor determinante del acceso. Los planes de seguros comerciales y financiados por el gobierno varían según el estado, lo que se convierte en un obstáculo importante para la intervención temprana entre quienes carecen de un seguro suficiente. Según los autores, un enfoque consiste en utilizar programas de baja intensidad y basados en la comunidad. Por ejemplo, citan el uso de la psicoterapia interpersonal, un tratamiento basado en la evidencia para el TA/BED y la BN. Esto se ofrece a través de los centros de asesoramiento universitario. El Body Project para pacientes con trastornos alimentarios confirmados consiste en 8 sesiones semanales de terapia de grupo de una hora de duración cuyo objetivo es disminuir el ideal de delgadez. (**The Body Project/ | National Eating Disorders Association**) Student Bodies-Eds se centra en la intervención temprana y también se ha utilizado con éxito en Alemania.

Recomendaciones del estudio

El estudio puso de manifiesto la existencia de grandes diferencias en el acceso al tratamiento de los trastornos alimentarios en todo el mundo. En primer lugar, los servicios y los responsables de la formulación de políticas pueden utilizar una intervención temprana y basada en la evidencia para los trastornos alimentarios. Las barreras de los seguros pueden retrasar la atención y evitar las primeras fases de un trastorno alimentario si los síntomas se definen como demasiado tempranos o leves.

Cambiar el énfasis en los beneficios económicos a largo plazo también puede ayudar. La intervención temprana debe proporcionar una atención continuada a los jóvenes de 12 a 25 años, la población con mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Los autores también exhortan a los clínicos a aplicar una intervención temprana a lo largo de la vida para los adultos mayores de 25 años. Esto puede lograrse con un acceso rápido a la atención sanitaria a través de una divulgación activa, opciones de autoreferencia y vínculos sólidos con otras organizaciones y servicios pertinentes.

Del otro lado del escritorio

Con el número de julio/agosto, el *Eating Disorders Review* celebrará su 34º año de publicación. El primer número de 1990 se centró en la controversia sobre la farmacoterapia en contraposición a la psicoterapia individual. El artículo principal del Dr. James Mitchell abordaba ese mismo tema. El Dr. Mitchell sostenía que el mejor tratamiento era el que respondía a la pregunta: ¿Qué terapia o combinación de terapias funciona mejor para el paciente? Esta pregunta sigue planteándose hoy en día, ya que los clínicos continúan investigando nuevos enfoques para el diagnóstico y el tratamiento. Una controversia actual se

refiere a las decisiones sobre el tratamiento cuando los pacientes lo rechazan poniendo en riesgo su vida. Los artículos de los próximos números abordarán las dos perspectivas de este problema. Los clínicos siguen buscando las mejores formas de llegar a los pacientes y ayudarles, incluidos aquellos que tienen barreras para recibir atención, como el costo, la falta de seguro o las distancias geográficas (véase "Intervención temprana para personas con trastornos alimentarios" e "Intervención en una sola sesión" en otro apartado de este número). Los retos continúan, ya que muchos pacientes retrasan la búsqueda de tratamiento durante años tras la aparición de los primeros síntomas. *Eating Disorders Review* seguirá ofreciendo artículos y noticias sobre el diagnóstico y el tratamiento. Como siempre, buscaremos y publicaremos artículos con información actual que los lectores puedan aplicar a su práctica diaria. Feliz 2024 para todos.

—MKS

Actualización

Se anuncia una financiación récord para los trastornos alimentarios en la Universidad de Louisville

A la Dra. Cheri Levinson y sus colegas de la University of Louisville recientemente se les otorgó una subvención de \$11.5 millones de dólares del National Institutes of Health. La Dra. Levinson, Profesora Asociado de la University of Louisville College of Arts and Sciences, y Directora of the Eating Anxiety Treatment (EAT) Lab de la University of Louisville también se le otorgó el premio NIH Director's New Innovation Award. El Presidente de la Universidad anunció que se trataba de la investigación mejor financiada en la historia de la University of Louisville. El primer estudio examinará los trastornos alimentarios entre los niños de 6 a 12 años; el segundo se utilizará para el programa EAT Laboratory and Clinic (EAT Lab) en la Universidad, para identificar cómo la anorexia nervosa contribuye a la ideación suicida u otras autolesiones. El estudio final se utilizará para crear y difundir un nuevo tratamiento personalizado para los trastornos alimentarios y para integrar los determinantes sociales de la salud (inseguridad alimentaria, racismo) en el tratamiento.

Trastornos por atracón y conductas adictivas

Algunas similitudes pueden ayudar a la detección y el tratamiento de los pacientes.

Aunque las conductas adictivas y el trastorno por atracón (TA/BED) no se parecen entre sí, algunas características de dichas conductas pueden ser útiles para detectar y tratar a las personas con un trastorno por atracón. Aunque es tentador categorizar a los dos como similares, un estudio reciente de Alexandra Paul y colegas en la Johns Hopkins University School of Nursing en Philadelphia mostraron claras diferencias entre el trastorno por atracón y las conductas adictivas (*Substance Abuse and Rehabilitation*. 2023. 14: P77).

El trastorno por atracón consiste en episodios recurrentes de atracones y consumo de una gran cantidad de alimentos en un breve periodo de tiempo, con sensación de pérdida de control al comer en exceso. El TA/BED se clasifica en: leve (de 1 a 3 episodios a la semana; moderado (de 4 a 7 episodios); grave (de 8 a 13 episodios), y extremo (14 o más episodios).

Adicción a la comida

Adicción a la comida, que se evalúa con la *Yale Food Addiction Scale* (YFAS, por sus siglas en inglés), afecta alrededor del 20% de los adultos (*Eur Eat Disord Rev*. 2022. 30:85), no siendo aún un diagnóstico

formal reconocido por el *DSM-5*. Como destacan los autores, a menudo se produce una superposición fenotípica de la adicción a la comida con el trastorno por atracón (TA/BED). El trastorno por atracón y las conductas adictivas son similares en el sentido de que ambos se caracterizan por la pérdida de control, el consumo de alimentos u otras sustancias en cantidades superiores a las previstas y la continuación de dichas conductas a pesar de las consecuencias adversas y el mayor malestar clínico. Los perfiles neurobiológicos también son similares, según los autores.

Los autores señalan que tanto el trastorno por atracón como las conductas adictivas están poco reconocidas y subdiagnosticadas, a pesar de que existen tratamientos disponibles y eficaces para ambas. A pesar de que se estima que la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno por atracón es del 1.9%, a menudo está infradiagnosticado, por lo que puede quedar sin tratamiento. En una encuesta, el 93% de los proveedores de atención de salud general y el 89% de los psiquiatras no pudieron identificar correctamente los criterios diagnósticos para el trastorno por atracón (*J Nurse Scholarsh.* 2019. 51:399). Otras barreras para la detección de adicciones, así como para el trastorno por atracón, incluyen limitaciones de tiempo y carga de trabajo.

El tratamiento farmacológico actual también suele quedarse corto. En este momento, el único medicamento aprobado por la FDA (Food Drug Administration) para el tratamiento del TA/BED es la lisdexanfetamina (Vyvanse[®]), que suele recetarse a una dosis de 30 mg, incrementándose posteriormente en 20 mg semanales, hasta alcanzar una dosis recomendada de 50 a 70 mg al día. El uso de lisdexanfetamina ha reducido las tasas de atracones entre un 32% y un 40% (*JAMA Psychiatry.* 2015.72:235)

Lisdexanfetamina también incluye una advertencia sobre el abuso y la dependencia. Otros medicamentos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs), también han sido útiles en los casos de trastorno por atracón. Sólo el agente antiepiléptico topiramato disminuye tanto los atracones como el aumento de peso, --ya sea solo o combinado con terapia cognitivo-conductual (TCC). En los pocos ensayos publicados, la farmacoterapia parece ser menos eficaz que el tratamiento psicológico para el TA/BED (*Biol Psychiatry.* 2005.57:301).

¿Funcionaría la abstinencia?

Los objetivos del tratamiento del trastorno por atracón son reducir los episodios y, en última instancia, conseguir que los pacientes se abstengan de hacerlos. En contraste, el objetivo del tratamiento de los trastornos relacionados con sustancias es la abstinencia. Las terapias conductuales y psicológicas más utilizadas para las adicciones son la TCC y los programas de 12 pasos. (*J Consult Clin Psychol.* 2019. 87:109389). Según los autores, cuando se utiliza un "enfoque adictivo" en el tratamiento del TA/BED, lo único que se consigue es que las personas vulnerables tengan más dificultades para moderar su consumo. Con este enfoque, puede que los alimentos no se consideren "prohibidos", sino que en realidad tengan propiedades químicas que les confieren una mayor propensión a provocar atracones. Programas como Comedores Anónimos y de 12 pasos fomentan la abstinencia de ciertos alimentos. Estos programas no se han probado entre los pacientes con trastorno por atracón, y se necesita más investigación, según los autores.

Cronicidad

Las adicciones a menudo se ven como trastornos cerebrales crónicos recurrentes porque se producen cambios neurobiológicos permanentes que no se pueden curar por completo, incluso con remisión (*N Engl J Med.* 2016.374:363) Los pocos estudios a largo plazo disponibles sobre el TA/BED muestran que aproximadamente la mitad de los individuos se recuperan totalmente tras recibir un único tratamiento, sin necesidad de un seguimiento constante. Paul y sus colegas concluyeron que, a pesar de las similitudes entre el TA/BED y las conductas adictivas, existen diferencias notables.

Rasgos impulsivos y compulsivos y trastorno por atracón entre los estudiantes

Un amplio estudio basado en Internet buscó conductas de riesgo.

El trastorno por atracón es el trastorno alimentario más frecuente; afecta a todos los grupos de edad y está vinculado a una importante comorbilidad, así como al desarrollo de problemas físicos como la diabetes y la obesidad. La edad promedio de aparición del TA/BED es posterior a la de la AN o la BN, y suele producirse en los primeros años de la edad adulta. Uno de los grupos con mayor riesgo de padecer TA/BED es el de los estudiantes universitarios, que presentan altos niveles de estrés debido a las presiones académicas y a los grandes cambios de la vida.

Jeremy E. Solly PhD, del Department of Psychiatry de la University of Cambridge, y un equipo de colaboradores utilizaron recientemente internet para evaluar la vulnerabilidad para desarrollar TA/BED entre un amplio grupo de estudiantes universitarios (*CNS Spectr.* 2023. 28:61). Dos áreas de especial interés para los investigadores fueron la compulsividad y la impulsividad. La impulsividad es la tendencia a adoptar conductas o acciones inadecuadas, prematuras o arriesgadas, mientras que la compulsividad se refiere a actos repetitivos realizados según reglas rígidas o como un hábito.

Estudios anteriores informaron de una incidencia del trastorno por atracón del 13% en este grupo de edad, y señalaron que el comportamiento de atracón compulsivo afecta hasta al 50% de las estudiantes universitarias. (*J Eat Disord.* 2019. 7:33). Para seguir su teoría de que el TA/BED estaba relacionado con una amplia variedad de comorbilidades, incluidas la impulsividad y la compulsividad, los autores enviaron un cuestionario por Internet a 10.000 estudiantes seleccionados al azar en una gran universidad del medio oeste. Para fomentar la participación, los autores idearon un sorteo en el que 10 participantes serían elegidos al azar para recibir ordenadores/computadoras y certificados de regalo; también se premió con un certificado de 1.000 dólares. El sorteo generó 449 respuestas.

Los autores preguntaron a los participantes sobre el consumo de refrescos con cafeína durante la última semana, junto con el consumo de cigarrillos electrónicos y alcohol. En otras áreas, se preguntó a los estudiantes si habían consumido diversos productos, como anfetaminas sin receta, cocaína, opiáceos, inhalantes, marihuana y analgésicos con receta. Todos los participantes también completaron el *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT, por sus siglas en inglés). (Una puntuación ≥ 8 indicó un consumo de alcohol potencialmente dañino.)

Conductas impulsivas y compulsivas

Se preguntó a los estudiantes cuántos refrescos con cafeína habían consumido en la última semana, si habían recibido tratamiento por problemas psicológicos/emocionales y si tomaban actualmente medicamentos prescritos para la salud mental. Otros cuestionarios detectaron una serie de comorbilidades, incluido un posible trastorno de estrés postraumático, así como ansiedad generalizada y grave. La impulsividad fue evaluada por la *Barratt Impulsiveness Scale, Version 11* (BIS11, por sus siglas en inglés) Otra adición fue la *Rosenberg Self-Esteem Scale*, donde una puntuación < 15 indicaba baja autoestima. En la evaluación final, 3.415 estudiantes universitarios completaron la encuesta, y 83 (2.4%) tuvieron un resultado de detección positiva de TA/BED; el 77.1% de estos estudiantes eran mujeres.

Otros factores, como el año en la universidad o el grupo racial/étnico y el promedio de calificaciones, no difirieron significativamente entre los que tenían un diagnóstico de trastorno por atracón y los que no.

El mayor efecto se produjo con el examen del trastorno por atracón con rasgo de impulsividad y compulsividad. Los autores también descubrieron que el TA/BED se asociaba a puntuaciones más altas en

el AUDIT, lo que concuerda con estudios anteriores sobre la relación de éste y el trastorno por consumo de alcohol.

Hasta donde saben los autores, el suyo es el primer estudio que investiga el rasgo de compulsividad en el TA/BED; además el hallazgo de compulsividad e impulsividad en este grupo contribuye a la comprensión de las bases neurobiológicas del trastorno por atracón.

La amplia asociación de trastornos mentales en este grupo, incluso con efectos pequeños, puede apuntar a la necesidad de realizar pruebas de detección de trastornos alimentarios en una serie de presentaciones psiquiátricas. Los autores señalaron que los estudios anteriores utilizaban escalas inadecuadas para medir la compulsividad, como basarse en la medición de los síntomas obsesivo-compulsivos. Sugieren que los estudios futuros prueben una variedad de poblaciones con medidas de autoinforme como las que usaron, incluidas las tareas cognitivas con cuestionarios de autoinforme.

Los autores concluyeron que el mayor efecto sobre los atracones provino de las asociaciones con el rasgo impulsividad y compulsividad.

Inseguridad alimentaria

Un grupo de adolescentes tiene un mayor riesgo de sufrir trastornos alimentarios en el futuro.

La inseguridad alimentaria suele definirse como la falta de acceso a alimentos sanos, seguros y asequibles que promuevan una salud y un bienestar óptimos. Las cifras varían, pero una estimación es que más de 34 millones de personas, incluidos 13 millones de niños, sufren inseguridad alimentaria cada año en los Estados Unidos. (**What is Food Insecurity? | Feeding America**).

Jason Nagata MD, y un grupo en la University of California-San Francisco, han relacionado la inseguridad alimentaria en los adolescentes con un mayor riesgo de desarrollar atracones y trastornos por atracón (TA/BED), o trastorno por atracón y otros trastornos alimentarios especificados (OSFED-BED) (*Int J Eat Disord.* 2023. 56:1233).

El estudio de Nagata se diseñó para encontrar una asociación entre la inseguridad alimentaria y los atracones en una cohorte nacional de niños de 9 a 14 años. Los análisis de regresión logística estimaron las asociaciones entre la inseguridad alimentaria en dos momentos: al inicio, en el año 1, y en el año 2 (exposición). En el seguimiento de 2 años, los autores también revisaron los atracones, el TA/BED subclínico (OSFED-BED) y el resultado del TA/BED, basándose en los resultados del *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (KSADS-5) La KSADS-5 es una entrevista semiestructurada diseñada para detectar trastornos afectivos como la depresión, el trastorno bipolar y el trastorno de ansiedad entre niños y adolescentes.

Resultados del seguimiento

La prevalencia de la inseguridad alimentaria al inicio del estudio era del 15.8%. A los 2 años de seguimiento, el 1.7% de los adolescentes habían sido diagnosticados con TA/BED u OSFED-TA/BED. En el caso de los atracones, el 6.2% del grupo de estudio declaró haberlos sufrido. Los investigadores informaron que la inseguridad alimentaria se asociaba con 1.6 más probabilidades de desarrollar TA/BED u OSFED-TA/BED, y con 1.31 más probabilidades de tener síntomas de atracón.

El Dr. Nagata y sus colegas recomiendan que los clínicos consideren añadir la inseguridad alimentaria a sus programas habituales de detección de pacientes con trastornos alimentarios. Otra sugerencia es que los clínicos ayuden a facilitar el acceso a un apoyo alimentario adecuado.

Factores de riesgo para ciertos trastornos alimentarios

Un estudio de 8 años distinguió entre pesos corporales bajos y altos.

Según los investigadores de la Stanford University, pocos estudios prospectivos han señalado factores de riesgo que predigan futuros trastornos alimentarios. Los doctores Yuko Yamamiya y Eric Stice informaron recientemente que ciertos factores de riesgo están relacionados con la anorexia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN), el trastorno por atracón (TA/BED) y el trastorno por purga/purgativo (PD, por sus siglas en inglés) (*Behav Ther.* 2023. doi.org/10.1016. Disponible en línea antes de su publicación).

El estudio evaluó los datos de 492 adolescentes de entre 11 y 15 años, a las que se realizó un seguimiento durante 8 años. Las chicas fueron seleccionadas en 4 centros de enseñanza media públicos y 4 privados de Texas. Los factores que se siguieron fueron: presión para estar delgada, interiorización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal, restricción dietética, emocionalidad negativa, apoyo social de los pares y de los padres, modelado de patrones alimentarios patológicos e índice de masa corporal (IMC). Estas características se seleccionaron debido a los hallazgos anteriores de que el modelo de doble vía teoriza que la búsqueda del ideal corporal de delgadez conduce a la insatisfacción corporal, lo que aumenta el riesgo de restricción dietética y afecto negativo (*Abnorm Psychol J.* 2019. 128:119).

Los doctores Yamamiya y Stice plantearon la hipótesis de que la presión por la delgadez, la interiorización del ideal de delgadez, la restricción dietética y el aumento del IMC predecirían ciertos trastornos alimentarios, especialmente la BN, el TA/BED y el PD.

Los dos hallazgos novedosos del estudio de los autores fueron que las chicas con bajo peso corporal tienen un riesgo mayor de lo normal de padecer AN.

El duelo de los padres durante el cuidado

Las madres y los padres tenían diferentes niveles de depresión y ansiedad.

Los padres suelen ser los cuidadores durante mucho tiempo de sus hijos con AN. En un estudio reciente, los padres de adolescentes con AN mostraron altos niveles de carga, angustia emocional y duelo. (*Eat Weight Disord.* 2023. 28:16) El presente estudio forma parte de uno longitudinal multicéntrico más amplio, EVHAN (Evaluation of Hospitalization for AN).

La Dra. Jeanne Duclos, de la University of Lille, Francia, y sus colegas diseñaron su estudio para examinar las características de los padres y los adolescentes relacionadas con la carga parental y el duelo en la AN, así como los vínculos entre ambos. Señalaron que sólo otro estudio había examinado el duelo que sienten los padres durante el cuidado de sus hijos. (*Curr Psychiatry Rev.* 2008. 4:162). E incluso los programas basados en la evidencia, como Parent-Focused Treatment (Lock and Grange. 2013. *Treatment Manual for anorexia nervosa: a family-based approach, 2nd ed.* Guilford Press) no abordan la experiencia de pérdida y duelo de los padres durante el cuidado de su hijo con AN.

Un estudio que comienza con la admisión a terapia hospitalaria

El estudio de los autores incluyó a 80 madres, 55 padres y 84 adolescentes hospitalizados por AN. Todos los datos de los padres y de su hijo se recogieron durante las 2 primeras semanas tras el ingreso del adolescente en tratamiento hospitalario. La experiencia de la sobrecarga de cuidados fue evaluada con el *Experience Caregiving Inventory*, y el duelo se evaluó con el *Mental Illness* versión del *Texas Revised*

Inventory of Grief. Este cuestionario, utilizado para estudiar las reacciones de duelo ante la muerte de un ser querido, se modificó para estudiar el duelo como parte de la enfermedad mental de un familiar y la "pérdida de esa persona tal y como era antes del desarrollo de la enfermedad."

El estudio recolectó información sobre el adolescente con AN, incluyendo sexo, edad, composición familiar y niveles educativos y/o profesionales de la familia. Todos los pacientes tenían diagnósticos de AN según el *DSM-5*. El inicio de la AN, el subtipo de AN y el índice de masa corporal (IMC; kg/m²) inferior al percentil 10 hasta los 17 años e inferior a 17.5 para los pacientes de 17 años o más. Los investigadores también utilizaron el método *Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q 5.2)

Datos de los padres y adolescentes

El promedio de edad de los 55 padres era de 47 años, y el de las madres, de 46 años. El 40% de los padres pertenecían a la clase media-alta y el 49% de las madres a la clase media. El 26% de las madres pertenecían a la categoría de clase media-baja. La mayoría de los pacientes eran chicas (96.4%; edad promedio: 16 años) Esta muestra había sido diagnosticada de AN durante casi 2 años, tenía un IMC medio de 14.3 al ingreso y el más bajo era de 13.61. El grupo estaba dividido casi por igual entre AN restrictiva y la de tipo purgativo.

Ambos padres expresaron más duelo cuando el estado clínico de su hijo era más grave. El duelo de los padres estaba relacionado con sus propios niveles de depresión y ansiedad, mientras que el de las madres estaba influido por sus propios niveles de depresión y alexitimia. Aunque los padres tenían niveles más altos de alexitimia, las emociones de las madres estaban más profundamente relacionadas con su propio duelo, mostrando un sentimiento más profundo de pérdida por su hijo.

Aplicación de los resultados a los cuidados parentales

Los autores consideran que la información que obtuvieron sobre las experiencias de carga, angustia y duelo de los padres puede ayudar a los clínicos a evaluar más cuidadosamente estos elementos del cuidado parental y "proporcionar intervenciones terapéuticas más específicas." Señalan que el trabajo sobre la pérdida y el duelo no estaría completo sin dirigir también la atención al adolescente y a lo que "puede ser en el futuro." Reiteraron que entre el 50% y el 60% de los adolescentes con AN acaban mejorando o recuperándose por completo. Ayudar a los padres a afrontar su intolerancia a la incertidumbre puede ser muy eficaz, según la Dra. Duclos y su equipo. El concepto consiste en ayudar a los padres a trabajar su intolerancia a la incertidumbre, siendo el objetivo animarlos a normalizar la experiencia de la pérdida ambigua, recuperando el sentido de control y esperanza para su hijo.

Los autores señalaron que los padres necesitan ayuda específica para disminuir sus niveles de ansiedad, pero suele darse prioridad a la carga de las madres. Esto puede deberse en parte a que la asistencia de los padres suele ser escasa en los tratamientos orientados a la familia, y disminuye con el tiempo. La sociedad en general, dicen los autores, tiende a aceptar este patrón y, por tanto, sin saberlo, convierte a la madre en el agente del cambio, lo que no hace sino aumentar su angustia. También señalan que las técnicas de entrevista directa son preferibles al uso de cuestionarios de autoinforme, que tienden a minimizar los niveles del concepto que se está midiendo.

Los autores esperan que los resultados de su estudio puedan ayudar a promover el desarrollo y el uso de programas específicos de pérdida y duelo para padres y niños con AN. Han añadido algunos componentes de las teorías orientadas a la pérdida sin muerte y al duelo a sus propios programas de terapia multifamiliar y de grupos de padres para adolescentes con AN. Se necesitan estudios de grupos más amplios, señalan, para poder identificar y ayudar a resolver los sentimientos de pérdida y duelo de los padres mientras cuidan a su hijo con AN.

Por qué se reportaron menos síntomas de AN durante

la epidemia de COVID-19

Los investigadores encontraron dos posibles respuestas.

Hay un misterio médico: ¿por qué un grupo de niñas y mujeres con anorexia nervosa de primera aparición presentaron menos síntomas graves durante la epidemia de COVID-19? Un resumen presentado en la reunión de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, por sus siglas en inglés), celebrada en Nueva York el pasado mes de octubre, aportó pistas adicionales.

Katrien Bracke MD, del Erasmus Medical Center, Rotterdam, de Netherlands, y sus colegas trataron de explicar los efectos de la epidemia de COVID-19 y la psicoterapia comórbida entre las niñas y mujeres con AN. Un estudio comparativo de cohortes incluyó a un grupo de niñas y mujeres sanas de 12 a 24 años. Después, los investigadores compararon los síntomas entre los participantes con AN de primera aparición y los controles sanos. Las comparaciones se realizaron antes del inicio de la epidemia de COVID-19 (del 3 de mayo de 2017 a marzo de 2020) y durante la misma (del 16 de marzo de 2020 a octubre de 2021) Los grupos eran relativamente pequeños (periodo prepandémico, n=37; periodo pospandémico, n=38, y el grupo AN (prepandémico n=49; periodo pospandémico, n=30).

Los pacientes con AN tenían menos inseguridad interior y menos preocupaciones por la forma corporal

Los investigadores descubrieron que, durante la epidemia, los pacientes con AN sentían menos inseguridad interna y estaban menos insatisfechos con la forma de su cuerpo que antes de la epidemia. Los pacientes con AN del grupo pospandémico también declararon tener menos síntomas de trastornos alimentarios en general en comparación con los pacientes con AN del grupo prepandémico. Los pacientes del grupo pospandémico presentaban menos síntomas de ansiedad en comparación con los pacientes del grupo prepandémico. Sin embargo, según los autores, en el seguimiento de 1 año, los pacientes del grupo pospandémico con AN tenían índices de masa corporal (IMC, kg/m²) más bajos que los pacientes con AN prepandémicos. Los autores dedujeron que esto podía deberse a un menor acceso a los servicios sanitarios durante este periodo.

¿Qué marcó la diferencia? Según los investigadores, el descenso de los síntomas podría explicarse por la menor presión social y el menor contacto con sus pares durante la epidemia.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Trastornos hepáticos y anorexia nervosa

P. No veo mucha información sobre los efectos de la anorexia nervosa en el hígado. ¿Se tienen noticias sobre algún estudio nuevo? (*J.Z., Baltimore*)

R. Quizás le interese un caso reciente reportado por la Dra. Jodi-Anne Wallace en la University of Florida, Gainesville, y un grupo de Asheville, NC. Como se informó en el *European Journal of Case Reports in Internal Medicine* (2023.doi: 10.12890/2023.003675), una mujer de 30 años con 17 años de AN ingresó con pérdida de peso, hipocalcemia y alteraciones electrolíticas. Sus resultados de laboratorio, especialmente las transaminasas, eran especialmente preocupantes. Su índice de masa corporal, o IMC, era de 10.29 kg/m². Al ingresar, sus niveles de transaminasas eran mucho más altos de lo normal. Por ejemplo, su nivel de fosfatasa alcalina (ALP) era de 150 unidades por litro U/l (rango normal: 35-129 U/l); su nivel de aspartato aminotransferasa (AST) fue de 99 U/l (rango normal: 0-37 U/l); y su nivel de alanina transaminasa (ALT) fue de 110 U/l (rango normal: 0-41 U/l). Se negó a que le hicieran una biopsia hepática. Fue ingresada en un servicio médico para su estabilización antes de ser trasladada a una unidad psiquiátrica de hospitalización.

Su ingesta calórica fue escasa durante la hospitalización, y 9 días después del ingreso su panel hepático era extremadamente anormal. Antes de la realimentación por sonda nasogástrica, sus niveles de AST alcanzaron un máximo de 817 U/l, los niveles de ALT de 1066 U/l y los niveles de ALP de 457 U/l. Después de la inserción de una sonda de alimentación nasogástrica, los niveles séricos volvieron lentamente a la normalidad. Se determinó que su transaminitis era secundaria a una desnutrición severa. Cuando fue dada de alta 45 días después de su ingreso, su AST había disminuido a 87 U/l, ALT a 151 U/l y ALP a 158 U/l.

Más del 40% de los pacientes ingresados con AN presentan niveles elevados de AST o ALT, con niveles variables de ALP. (*Intern Med.* 2008. 47:1447; *Intern Med.* 1998. 37:32). Un subgrupo especial de pacientes con un IMC inferior a 15 kg/m² tiene una mayor incidencia de transaminitis que aquellos con anorexia y un IMC superior (*Singapore Med.* 2015.56:488). Algunas de las causas de los niveles elevados de transaminasas en pacientes con AN incluyen necrosis hepática por hepatitis isquémica, autofagia hepática y transaminitis inducida por realimentación. Este caso concreto subraya el hecho de que la AN provoca una disfunción hepática silenciosa y rara vez muestra manifestaciones físicas externas. Si no se reconoce y no se trata, la anorexia puede tener efectos graves.

Intervenciones de una sola sesión

Muchas preguntas surgieron después de que se presentó el concepto.

El concepto de utilizar una sola sesión para intervenir a las personas que enfrentan barreras para la atención de presuntos trastornos alimentarios fue sugerido por Jessica L. Schleider, PhD y sus colegas (*Int J Eat Disord.* 2023. Dpi.org/10. El concepto era superar las barreras que impiden que hasta el 80% de las personas reciban asesoramiento y atención por trastornos alimentarios. La idea de las sesiones únicas se propuso como vía para desarrollar programas accesibles. Las sesiones pueden ser independientes o agregarse a las sesiones de apoyo clínico. Aunque la sesión puede ser la última para el individuo, cualquier sesión de este tipo tiene beneficios, según los autores. Señalan que las investigaciones futuras deberían centrarse en los factores de riesgo de los trastornos alimentarios y los síntomas que las sesiones individuales no pueden abordar, como las purgas y los atracones [Véase también "Intervenciones tempranas para los trastornos alimentarios," en otra sección de este número.]

La sugerencia fue seguida rápidamente por muchas preguntas de varios profesionales de los trastornos alimentarios, incluidos los australianos Jake Linardon, PhD, y Matthew Fuller-Tyskiewicz, PhD, de la Deakin University, y la Dra. Tracey D. Wade, de la Flinders University Institute for Mental Health and Wellbeing, Adelaide, South Australia (*Int J Eat Disord.* 2023:56:867, and *Int J Eat Disord.* 2023. 86:853).

Los clínicos plantearon una serie de preguntas adicionales sobre las sesiones únicas, cómo identificar a un individuo que sería un buen candidato para ellas; cuáles son los mejores mecanismos de tratamiento que se pueden utilizar; qué es un "buen" resultado; y dónde deberían celebrarse. ¿Deberían utilizarse listas de espera para el tratamiento? Otros estudios podrían ayudar a aclarar estas cuestiones.

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com