

REVISIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, MAYO - JUNIO

Derribando obstáculos para acceder a la cobertura del tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria

A pesar de la amplia concientización sobre los trastornos de la conducta alimentaria, sólo un tercio, aproximadamente, de las personas con anorexia nervosa (AN) y sólo el 6 % de aquellas con bulimia nervosa (BN) reciben atención de salud mental (estadísticas de la Asociación Nacional de Trastornos de la Conducta Alimentaria [National Eating Disorders Association, NEDA]). Para aquellas personas que sí reciben tratamiento, el costo oscila entre los \$500 y los \$2000 por día en los Estados Unidos. Un mes de tratamiento para pacientes hospitalizados puede alcanzar fácilmente los \$30.000. El costo total del tratamiento, con terapia y supervisión médica incluidas, puede ascender a \$100.000 o más.

Las compañías de seguros emplean varias tácticas para evitar o minimizar los costos de cobertura del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Por ejemplo, muchos planes privados de beneficios para empleados, los cuales brindan cobertura a la mayoría de los estadounidenses y adolescentes, imponen mayores restricciones y limitaciones en las enfermedades mentales para reducir los costos de atención médica. Algunas de estas restricciones incluyen límites menores para la atención de salud mental que para la atención de salud física, límites en la cantidad de sesiones cubiertas para terapia, días de tratamiento residencial o para pacientes hospitalizados, y citas con nutricionistas y menores montos máximos anuales y “de por vida” (*Law and Inequality* 2014; 31:411).

Un poco de ayuda por parte de las leyes de paridad en salud mental

Prácticamente todos los estados tienen leyes de paridad en salud mental, particularmente leyes que tienen como fin cubrir el tratamiento de alcoholismo y otras dependencias de sustancias químicas. Por lo tanto, se han producido algunos cambios positivos en estados como Nueva Jersey y California. En un caso famoso en California, el Tribunal del Noveno Circuito decidió que el tratamiento residencial era necesario desde el punto de vista médico para los trastornos de la conducta alimentaria y, por lo tanto, debía estar cubierto por la ley de paridad de California a pesar de que Blue Shield sostenía que no existe un “equivalente exacto” de tratamiento residencial para enfermedades físicas. (*Harwick vs. Blue Shield of California*. 686F.3d 699, 703; 9.º Cir. 2012).

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act*, ACA) se promulgó el 23 de marzo de 2010, y la Corte Suprema ratificó su constitucionalidad en junio de 2012. La ACA prohíbe que las compañías de seguros se nieguen a proporcionar cobertura a personas con enfermedades preexistentes y obliga a las personas a adquirir un seguro o, de lo contrario, a pagar una sanción impositiva.

Pero, ¿qué sucede con los trastornos de la conducta alimentaria? La ACA vigente deja posibles brechas importantes en el tratamiento de pacientes con AN, BN y trastornos de la conducta alimentaria no especificados, TCANES (*eating disorders not otherwise specified*, EDNOS). Para intentar cubrir esas brechas, la Coalición de Trastornos de la Conducta Alimentaria apoyó la reforma legislativa a través de la Respuesta Federal para Eliminar Trastornos de la Conducta Alimentaria de 2013, más conocida como Ley FREED (*Federal Response to Eliminate Eating*

Disorders), H.R. 2010. Este proyecto de ley, que actualmente se encuentra en el Subcomité de Salud, Empleo, Trabajo y Pensiones, modificaría la Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Service Act, PHSA) para exigir que “todo asegurador que brinde cobertura médica para enfermedades físicas proporcione cobertura para trastornos de la conducta alimentaria”, y exige que los aseguradores “cumplan con los estándares de atención tal como se indica en las *Pautas de prácticas para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría*”. Se les exigiría a las compañías de seguro que cubran los tratamientos, incluida la atención en residencias, la terapia a largo plazo y las citas con el nutricionista. Según la Coalición, la Ley FREED proporcionaría financiación y dirección a los Institutos Nacionales de la Salud para que lleven a cabo tareas de investigación y supervisión, educación y actividades de prevención, y para que mejoren el acceso al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria al exigir que la cobertura de dichos trastornos sea congruente con la cobertura de los beneficios médicos/quirúrgicos.

En virtud de la Ley FREED, la cobertura no solo estaría disponible para los pacientes que cumplan con los criterios estrictos de AN y BN, sino también para aquellos con TCANES. Por lo tanto, los pacientes con trastorno por atracón (binge eating disorder, BED) también serían elegibles para recibir cobertura. Si se aprueba, el proyecto de ley garantizaría que el tratamiento sea accesible para los estadounidenses de bajos ingresos al incorporar el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria a los servicios ya cubiertos por Medicaid.

Paridad en trastornos de la conducta alimentaria

Los estados individuales pueden exigir que las compañías de seguros privadas cubran los trastornos de la conducta alimentaria bajo las mismas condiciones que las otras afecciones

médicas. A partir de este año, los servicios para enfermedades mentales y abuso de sustancias deben incluirse en los paquetes de beneficios esenciales que se venden a las personas y pequeñas empresas. Diez estados exigen que las compañías de seguros privadas cubran el tratamiento de AN y BN bajo las mismas condiciones que otras enfermedades de salud mental. Otros dieciocho estados lo hacen de una manera más limitada, en la que la paridad sólo es necesaria en determinados tipos de planes de salud (por ejemplo, planes para empleados estatales o planes grupales), de acuerdo con la Tarjeta de información de atención médica del Centro Nacional de Leyes para la Mujer (National Women's Law Center) (<http://hrc.nwlc.org/key-findings>).

Mientras tanto

Mientras la legislación propuesta avanza lentamente y la paridad en la cobertura de los trastornos de la conducta alimentaria se expande lentamente a más estados, dos expertos brindan algunas pautas para ayudar a reducir las posibilidades de que se niegue la cobertura de seguro. De acuerdo con Lisa Kantor, abogada de Kantor& Kantor Law, y famosa defensora de una mejor cobertura de seguro para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, hay varios pasos que se deben cumplir. Antes de la admisión al tratamiento, los pacientes y los padres deben solicitar una copia de su póliza de seguro. Una de las maneras en las que una institución de tratamiento puede ser más proactiva durante las admisiones o después de la denegación de un servicio es enviar todos los registros médicos y de tratamiento a la compañía de seguros a tiempo y antes de una revisión de la utilización o apelación, y tener los registros del paciente frente a ellos durante las revisiones de la utilización. El tratamiento debe documentarse según las Pautas de tratamiento de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Se deben anotar detalladamente y confirmar por escrito todas las conversaciones, lo que incluye registrar el nombre y el número de la persona con quien hablaron en la compañía de seguros, el tiempo que duró la conversación

telefónica, si la llamada se transfirió de un departamento a otro, etcétera. También aclara que es importante documentar si la compañía de seguros tiene un médico calificado para llevar a cabo la revisión o si a esta la realiza un representante de reclamaciones.

El Dr. Arnold Andersen, miembro del Consejo editorial del Eating Disorder Review, (*EDR*), también ha publicado unas pautas excelentes que se deben cumplir al enfrentarse con dificultades para obtener cobertura. Sugiere que los pacientes lean sus pólizas para comprender qué tiene cobertura y qué no, y también es importante conocer la ley estatal. California es un buen ejemplo. En California, la cobertura se rige por la ley AB 88, la ley de paridad en salud mental, que ahora incluye específicamente el tratamiento para pacientes con AN y BN. También sugiere conservar registros detallados, incluidas copias de todas las correspondencias, cartas y correos electrónicos, incluidos los horarios, las fechas, los nombres de las personas contactadas, el teléfono, fax y los mensajes de correo electrónico.

El Dr. Andersen dice que si se niega tratamiento, la decisión debe apelarse por teléfono y debe escribirse de inmediato una carta al director médico de la compañía de seguros en la que se haga hincapié en que, si las necesidades del paciente no se satisfacen, se contactará al inspector de seguros del estado, a los medios de comunicación o a un abogado. Lisa Kantor recomienda que mientras se inicia una acción legal, es importante que el paciente permanezca en tratamiento.

Otros recursos también pueden estar disponibles. El Dr. Andersen señala que las agencias de salud mental de la comunidad tienen tarifas variables, y las escuelas de medicina y los centros universitarios a veces proporcionan clínicas de bajo costo atendidas por residentes de psiquiatría que están recibiendo capacitación y que son supervisados por miembros del personal académico.

Si el centro de tratamiento está financiado en parte por el condado, el estado o por fondos federales, es posible que el centro deba poner a disposición la atención adecuada.

Los ensayos clínicos y programas de investigación gratuitos también pueden encontrarse en Internet. Visite los sitios web del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health), la Academia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Academy of Eating Disorders), la clínica del Hospital Psiquiátrico del Estado de Nueva York (New York State Psychiatric Hospital), y la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry). Finalmente, es posible que también haya becas disponibles para tratamientos de trastornos de la conducta alimentaria, de acuerdo con Lisa Kantor (ver el recuadro).

Algunos lugares para averiguar por las becas

<http://www.mannafund.org/>

<http://www.kirstenhaglund.org/>

<http://www.freedfoundation.org>

Actualización

Aumento temprano de peso y resultado del tratamiento en adolescentes con anorexia nervosa

En trabajos anteriores se ha demostrado que la respuesta sintomática temprana parcial puede ser muy útil para predecir el resultado del tratamiento a largo plazo. Así se ha observado en diversas áreas de la psicopatología, incluidos los trastornos de la conducta alimentaria (por ejemplo, en el

uso de la terapia cognitivo-conductual [cognitive behavioral therapy, CBT] para BN). Los resultados de un estudio de colaboración de la Universidad de Stanford y la Universidad de Chicago sugieren que los adolescentes con anorexia nervosa (AN) que reciben tratamiento familiar (family-based treatment, FBT) o psicoterapia de apoyo individual para adolescentes (adolescent-focused therapy, AFT) y que muestran aumento precoz de peso son más propensos a estar en remisión al final del tratamiento. El Dr. Erin Accurso, de la Universidad de Chicago, informó en la Conferencia Internacional sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria 2014 en Nueva York que el grado de aumento de peso en las primeras etapas del tratamiento (sesión 3 o 4) predecía el final de la remisión del tratamiento. Los participantes del estudio eran 121 adolescentes con AN a quienes se asignó aleatoriamente para recibir FBT (n=61) o AFT (n=60). Los investigadores midieron la respuesta al tratamiento con un porcentaje de peso corporal previsto (expected body weight, EBW) y el puntaje global del Examen de trastornos de la conducta alimentaria. El primer pronosticador de remisión al final del tratamiento fue un aumento de 5,8 lb para la sesión 3 en los adolescentes que recibían FBT y un aumento de 7,1 lb para la sesión 4 en los adolescentes que recibían AFT. El aumento de peso temprano no predijo ningún resultado de seguimiento a largo plazo para ningún grupo. Estos resultados agregan más evidencia que podría usarse para tomar decisiones sobre si se debe intensificar el tratamiento o seguir como se planeó.

Programa innovador de terapia cognitivo-conductual de pacientes hospitalizados para adolescentes

El enfoque incluyó una unidad “abierta” de pacientes hospitalizados.

Si bien el tratamiento de la anorexia nervosa (AN) en pacientes hospitalizados a menudo recupera con éxito el peso corporal, muchos pacientes tienen recaídas luego de recibir el alta de la unidad de tratamiento. El riesgo de desnutrición y pérdida de peso es mayor para los adolescentes que para los adultos y, si no se logra recuperar el peso, se pueden producir complicaciones persistentes.

El Dr. Richard Delle Grave y sus colegas en Villa Garda Hospital, Garda, Italia, y Warneford Hospital, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido, buscaban reducir el índice de recaída en estos pacientes jóvenes modificando un programa convencional de tratamiento para pacientes hospitalizados (*Front Psychiatry*. 12 de febrero de 2014). Reemplazaron el enfoque tradicional del tratamiento para pacientes hospitalizados con un tratamiento basado en una terapia cognitivo-conductual “mejorada” (enhanced cognitive behavioral therapy, CBT-E). El enfoque de la CBT-E tiene como fin abordar los mecanismos clave que pueden mantener los trastornos de la conducta alimentaria, como la ingesta de cantidades insuficientes de comida y el bajo peso, eventos y estados de ánimo, y la sobrevaloración de la figura y el peso.

Programa de 13 semanas para adolescentes

El nuevo enfoque se utilizó en 27 pacientes adolescentes de 13 a 17 años con AN grave que recibieron 20 semanas de tratamiento (13 semanas en un centro para pacientes hospitalizados, 7 semanas inscritos en un programa de tratamiento de día). Los pacientes fueron evaluados antes y después del tratamiento, y 6 y 12 meses más tarde. La CBT-E para los trastornos de la conducta alimentaria fue “adaptada para adecuarla tanto a un centro para pacientes hospitalizados como a los adolescentes”. Los autores describieron el tratamiento como CBT-E “de inmersión” porque el programa de CBT-E funciona las 24 horas, los 7 días de la semana. En

lugar de enfocarse completamente en comer y aumentar de peso, el tratamiento está diseñado para mejorar el control del paciente en sus hábitos alimentarios y su vida. Los pacientes jóvenes tienen sesiones individuales con un psicólogo clínico capacitado dos veces por semana durante las primeras 4 semanas y una vez por semana de allí en adelante. Se brinda un apoyo más intensivo en cuanto a la comida hasta que los pacientes alcanzan un índice de masa corporal (IMC) de 18,5 kg/m². Las sesiones grupales de CBT-E se llevan a cabo 4 veces por semana y se enfocan en asuntos clave como el control sobre la alimentación. Se llevan a cabo sesiones de ejercicios físicos grupales dos veces por semana para ayudar a los pacientes a recuperar masa muscular y mejorar su estado físico general.

Dos elementos más del programa para pacientes hospitalizados incluyen un módulo familiar de CBT-E que incluye 6 sesiones con el psicólogo y 2 con un nutricionista capacitado en CBT-E para ayudar a las familias a planificar sus comidas en el hogar. Los padres también participan en el tratamiento desde el comienzo: durante la primera semana de terapia, los padres asisten a una sesión privada en la que el psicólogo y la familia evalúan el entorno familiar, y a los padres se les informa sobre el trastorno de la conducta alimentaria de su hijo y los elementos que podrían estar manteniendo este trastorno. Las 5 sesiones restantes se enfocan en la comunicación familiar, el manejo de crisis y la modificación del entorno familiar. Las sesiones grupales semanales abordan temas de la adolescencia como la identidad, la autonomía, las habilidades sociales, y el enfrentamiento con la pubertad.

Los autores sostienen que hay tres estrategias específicas que pueden ayudar a reducir el riesgo de sufrir una recaída. Primero, la unidad para pacientes hospitalizados es “abierta”, por lo que los pacientes están expuestos a situaciones que pueden provocar el retorno de la psicopatología del trastorno de la conducta alimentaria. Segundo, antes de recibir el alta, se identifican y tratan los

posibles desencadenantes de una recaída en las sesiones individuales de CBT-E. Por último, los padres y las parejas trabajan para desarrollar un entorno familiar más positivo y menos estresante antes de que el paciente vuelva a su hogar.

“¿Qué tan exitoso fue el programa?”

El tratamiento tuvo gran aceptación por parte de los pacientes, quienes respondieron bien a él. Los autores informaron que sólo 1 paciente de los 27 que participaron en el estudio (3,7 %) no completó el tratamiento. Entre los 26 que completaron el tratamiento, hubo un aumento importante de peso (la media del aumento de peso desde la admisión hasta el alta fue de 11,7 kg). Veinticinco adolescentes (96,2 %) alcanzaron un IMC >18,5. La media del puntaje global de la entrevista semiestructurada Eating Disorder Examination, EDE disminuyó un 1,7 y 38,5 % de los pacientes tuvieron “psicopatología del trastorno de la conducta alimentaria residual mínima”, definida como un puntaje EDE global menor que 1 desviación estándar por encima de las normas de la comunidad.

A los 6 y 12 meses, había información de seguimiento disponible del 81 y 85 % de los participantes. Veintidós, o casi el 85 %, recibieron algún tratamiento ambulatorio después de recibir el alta. En general, los cambios en el IMC y las cogniciones sobre los trastornos de la conducta alimentaria que se desarrollaron mientras los adolescentes estuvieron hospitalizados se mantuvieron bien en los seguimientos realizados a los 6 meses y al año. Los autores especulan que el buen resultado podría deberse a varios factores: que la CBT-E puede haber abordado los mecanismos clave que fomentan la psicopatología del trastorno de la conducta alimentaria; la inclusión de los padres; y el hecho de que la unidad es abierta. Según los autores, algunas mejoras futuras del enfoque de CBT-E podrían incluir más formas enfocadas de CBT-E para

pacientes hospitalizados que aborden los mecanismos de mantenimiento clave y eviten el progreso con la CBT-E ambulatoria. Luego de un breve tratamiento para pacientes hospitalizados con este enfoque, los autores sostienen que la CBT-E ambulatoria podría retomarse exitosamente.

Nueva terapia apunta al funcionamiento neuropsicológico

Un enfoque para aquellas personas con trastornos de la conducta alimentaria graves o persistentes

Se ha probado una nueva terapia basada en el funcionamiento neuropsicológico en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria graves o persistentes. Los científicos del Centro de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Ursula, Leidschendam, Países Bajos, trataron a 82 pacientes que fueron asignados aleatoriamente a una terapia de remediación cognitiva (cognitive remediation therapy, CRT) más un tratamiento intensivo de referencia o a un tratamiento de referencia únicamente (*Psychother Psychosom.* 2014; 83:29).

La CRT es un tratamiento conductual que utiliza la repetición y la práctica, y las estrategias compensatorias y de adaptación para mejorar determinadas áreas cognitivas como la memoria, la atención y la resolución de problemas. A diferencia de la terapia cognitivo-conductual (CBT) que es mucho más conocida y enseña a los pacientes a pensar a través de problemas que suponen un desafío a nivel emocional, la CRT ayuda a mejorar las funciones neuropsicológicas subyacentes que contribuyen al pensamiento, la atención, la memoria, la planificación, la organización y el pensamiento abstracto. Por ejemplo, una persona con problemas de atención y memoria puede tener dificultades para cumplir órdenes de su jefe, o puede olvidarse información

importante que le dieron sus amigos o familiares. A otras personas que tienen problemas para organizarse y priorizar la información les puede resultar difícil vivir solos o ir a la escuela. La rehabilitación CRT tiene como fin ayudar a personas que han experimentado una disminución en sus habilidades cognitivas, o que no pueden desarrollar sus habilidades por completo debido a una enfermedad. La CRT a menudo incluye el uso de una computadora para realizar ejercicios para mejorar las habilidades neuropsicológicas.

La Dra. A.E. Dingemans brindó información acerca de 82 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria graves que recibieron aleatoriamente CRT más el tratamiento de referencia (41 pacientes) o el tratamiento de referencia (41 pacientes). Se midieron distintas variables como mediciones cognitivas (flexibilidad cognitiva y coherencia central), patología del trastorno de la conducta alimentaria, psicopatología general, motivación, calidad de vida, y autoestima.

Se evaluó a los participantes al inicio, y después de 6 semanas de tratamiento, y por último, 6 meses después del tratamiento. Los participantes que recibieron la terapia combinada mejoraron significativamente su calidad de vida al final del tratamiento y tenían menos síntomas del trastorno de la conducta alimentaria, en comparación con aquellos que recibieron el tratamiento de referencia. Los pacientes con escasas habilidades de flexibilidad cognitiva antes del tratamiento se beneficiaron más con la CRT que aquellos sin déficits de flexibilidad cognitiva, y su calidad de vida también fue superior. La CRT es uno de varios enfoques nuevos prometedores para aumentar la eficacia del tratamiento del trastorno de la conducta alimentaria.

Imagen corporal en adultos jóvenes hombres

Dos estudios analizan los efectos del país de origen, el dopaje en los deportes.

Investigaciones recientes desafían la vieja mentalidad de que la imagen corporal es más importante para las mujeres que para los hombres. Algunos estudios han demostrado que las preocupaciones por la imagen corporal son iguales para los hombres y mujeres adolescentes (*Inquiries Sport Phys Edu Psychol Rev.* 3013; 11:65), y alrededor de dos tercios de los adolescentes de sexo masculino no están conformes con su cuerpo. Para los adultos jóvenes hombres, las preocupaciones por la imagen corporal se dividen en proporciones iguales entre perder peso y un deseo por aumentar la masa muscular (*Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011 8:119).

¿El país importa?

Las diferencias interculturales entre los adultos jóvenes hombres pueden afectar la incidencia de los trastornos de la imagen corporal. Cuando Debra Franko, PhD de la Universidad Northeastern, Boston, e investigadores del Reino Unido, Suecia, Australia y los Estados Unidos examinaron el cumplimiento con las normas masculinas, la imagen corporal y las actitudes frente a la musculatura, la delgadez y la flacura, descubrieron diferencias culturales importantes.

Como se informó en la Conferencia Internacional sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria en la Ciudad de Nueva York en marzo, una encuesta realizada a más de 500 hombres reveló que los hombres de Australia y los Estados Unidos eran bastante similares en cuanto a su nivel de preocupación por la imagen corporal, incluido el Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculino, la Escala de Obsesión por la Musculatura, las Escalas de Obsesión por la Delgadez/Flacura, y la Escala de Estima Corporal. Los hombres del Reino Unido obtuvieron un puntaje inferior a los australianos y estadounidenses. Los hombres de Suecia obtuvieron los puntajes más bajos en todas las mediciones de preocupación por la imagen corporal.

Indulgencia en las reglas de dopaje en los deportes y aumento de las preocupaciones por la imagen corporal

En un segundo estudio, dos investigadores australianos revelaron una conexión entre la disconformidad con el cuerpo, los comportamientos por el cambio de peso en los adolescentes de sexo masculino, y el uso de suplementos en programas de deportes que tienen más actitudes tolerantes en cuanto al dopaje. Las Dras. Zali Yager y Jennifer O’Dea de la Universidad de Victoria, Melbourne, informaron los resultados de su estudio con 1148 adolescentes hombres de entre 11 y 21 años (*J Int Soc Sports Nutr.* 2014; 11:13). Los hombres jóvenes con mayor disconformidad con el cuerpo estaban más abiertos al uso de dopaje en los deportes. También se correlacionaron los esfuerzos actuales por bajar de peso y el consumo de bebidas energizantes y suplementos de vitaminas/minerales con la promoción del dopaje en los deportes. Los hombres jóvenes que levantaban pesas y aquellos que consumían regularmente bebidas ricas en proteínas en polvo no estaban tan a favor del dopaje. El estudio de las Dras. Yager y O’Dea estuvo financiado por el gobierno de Australia y el Programa de Investigación Antidopaje Australiano. Las Dras. Yager y O’Dea sugieren usar un enfoque de prevención combinado, que apunte tanto a la disconformidad con el cuerpo como al dopaje en los deportes, ya que podría tener un efecto beneficioso en la salud física y psicológica de los jóvenes de sexo masculino.

.....

La oxitocina estudiada como un posible tratamiento para la anorexia nervosa

Efectos tempranos en la terapia con la famosa hormona del amor.

Los resultados de una serie de estudios piloto a cargo de las Dras. Janet Treasure, de King's College, en Londres, y Youl-Ri Kim, de Paik Hospital de Seúl, están comenzando a separar las posibles funciones de la oxitocina, a veces llamada "la hormona del amor", y su receptor para ver si la hormona podría proporcionar un tratamiento nuevo para la anorexia nervosa.

¿Por qué utilizar oxitocina?

La oxitocina es una hormona producida por el hipotálamo que se encuentra almacenada en la glándula pituitaria y se libera desde allí. La oxitocina se libera naturalmente durante la vinculación emocional, el sexo, el parto y la lactancia, y en su forma sintética se ha evaluado como tratamiento para numerosos trastornos psiquiátricos. La oxitocina generalmente se administra como un aerosol nasal ya que se digiere en el tracto gastrointestinal cuando se toma por vía oral.

Los problemas en el desarrollo social y emocional se han asociado con los sistemas de la oxitocina, y las anomalías en el gen receptor de la oxitocina se han asociado con la empatía, la confianza y el comportamiento maternal, la disminución del estrés, la ansiedad y la depresión. Como estos investigadores han destacado, los pacientes con AN experimentan diversas dificultades sociales que a veces surgen antes de la aparición de la AN. Los investigadores teorizan que el funcionamiento de la oxitocina puede explicar algunos de estos cambios. Otros autores han informado que los niveles de oxitocina en el líquido cefalorraquídeo son bajos, al igual que los niveles séricos nocturnos en la AN, y que las mayores anomalías se observan a medida que los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria empeoran. Por lo tanto, la oxitocina podría ser un objetivo lógico para el desarrollo del tratamiento.

Los autores diseñaron dos estudios para graficar los efectos de la oxitocina. En el primer estudio doble ciego, controlado con placebo, 31 pacientes con AN y 33 participantes sanas en el grupo de control recibieron una dosis de oxitocina, la cual se administró con un aerosol nasal, o un placebo. Las participantes del estudio luego vieron secuencias de imágenes relacionadas con la comida (alimentos con alto y bajo contenido de calorías), la figura corporal (gordo y flaco), y el peso, como se muestra en las escalas. Cuando las imágenes aparecían en la pantalla, los investigadores medían cuán rápido las mujeres identificaban las imágenes individuales. Las mujeres también completaron varios cuestionarios de autoevaluación, incluido el Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q. Luego de que finalizaron las pruebas, se les ofreció a las mujeres jugo de manzana y se les pidió que bebieran la mayor cantidad posible. La administración de oxitocina redujo el nivel de concentración por parte de las participantes en la comida y los estímulos de la figura, aunque el consumo de jugo se mantuvo igual.

La oxitocina puede moderar las dificultades sociales.

En el segundo estudio, el cual incluyó el mismo grupo de mujeres, se realizó una segunda prueba antes y después de administrar oxitocina o placebo. Sin embargo, esta vez, los investigadores observaron las reacciones de las mujeres en las expresiones faciales, como enojo, asco o felicidad. Después de recibir una dosis de oxitocina, las pacientes con AN tenían menos probabilidades de enfocarse en las expresiones de “asco” y eran menos propensas a evitar las caras de enojo. Por el contrario, estaban más atentas a las caras de enojo.

En un estudio independiente, los autores también examinaron el estado de metilación del gen receptor de la oxitocina (oxytocin receptor, OXTR) en pacientes con AN (*PLoS One* 9:e88673 doi:10.1371). La metilación es un mecanismo epigenético común que reduce la expresión del

gen. Los autores estudiaron los niveles promedio de metilación entre los dos grupos de mujeres (15 con AN, y 46 participantes sanas en el grupo de control). Los investigadores descubrieron que las personas con AN tenían mayores niveles de metilación en 5 de 6 centros dentro del gen OXTR en comparación con las participantes del grupo de control. Los autores sugieren que los mecanismos epigenéticos en el gen OXTR pueden desempeñar un papel importante en la psicopatología de la AN.

Seguimiento del crecimiento y los riesgos para hijos de madres con trastornos de la conducta alimentaria

Búsqueda de posibles asociaciones entre el trastorno de la conducta alimentaria de una madre y el crecimiento de su hijo.

En el primer estudio importante de este tipo, un equipo de investigadores británicos analizó los efectos a largo plazo de los trastornos de la conducta alimentaria de la madre en el crecimiento de los hijos. El equipo no solo descubrió que las trayectorias de crecimiento de los niños se veían afectadas por los trastornos de la conducta alimentaria de sus madres, sino también que dichos niños podrían tener un riesgo mayor de desarrollar alteraciones en los patrones de alimentación (*BMJ Open*, 3 de abril de 2014).

La Dra. Abigail Easter y sus colegas en King's College y la Universidad de Bristol investigaron el crecimiento y el IMC de los hijos de mujeres con y sin trastornos de por vida de la conducta alimentaria desde su nacimiento hasta los 10 años de edad (*BMJ Open*; febrero 2014). Se examinaron las asociaciones de crecimiento a la psicopatología general y al sexo. El equipo

utilizó información del Estudio longitudinal Avon de padres e hijos (Avon Longitudinal Study of Parents and Children, ALSPAC), un estudio importante, longitudinal con una cohorte de recién nacidos (*Int J Epidemiol* 2012; 42:111). A las 12 semanas de gestación, se les preguntó a las madres si tenían antecedentes de problemas psiquiátricos, entre ellos, AN, BN y otros trastornos.

La información estuvo disponible para 10.190 niños (4962 niñas, 5228 niños), y 1,6 % de las madres informó antecedentes de anorexia nervosa (AN), el 1,6 % informó antecedentes de bulimia nervosa (BN), el 0,7 % informó antecedentes de AN y BN, y el 9 % informó antecedentes de otros tipos de trastornos psiquiátricos. Los índices de masa corporal anteriores al embarazo (IMC, kg/m^2) de las mujeres con AN y AN más BN (IMC de 21,3 y 21,5, respectivamente) eran inferiores a los de las mujeres en el grupo de control.

Los patrones de crecimiento estaban afectados por el tipo de trastorno y el sexo

Los hijos varones de las mujeres con BN eran más altos que los niños en el grupo de control, en tanto que los hijos varones de las mujeres con antecedentes de AN y BN y las hijas mujeres de las participantes con AN eran más bajos en estatura. Las hijas mujeres de las participantes con AN tenían un IMC promedio inferior de $-0,35 \text{ kg}/\text{m}^2$ a los 2 años en comparación con los niños del grupo de control, aunque no presentaban diferencias a los 10 años.

Si bien algunos análisis previos señalaron que los hijos de las mujeres con BN podrían estar en riesgo de sufrir sobrepeso u obesidad, en este estudio se observó un mayor peso en los hijos varones en todos los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria de la madre. En cambio, las hijas mujeres de las participantes con AN crecían de manera más lenta en las primeras etapas de la infancia.

El estudio arrojó varios hallazgos nuevos sobre los patrones de crecimiento de los hijos de las madres con trastornos de la conducta alimentaria. Específicamente, las hijas mujeres de las participantes con AN tenían un riesgo mayor de sufrir un retraso en el crecimiento durante las primeras etapas de la infancia, mientras que el riesgo de tener un crecimiento más acelerado fue más evidente en los hijos varones de las madres con trastornos de la conducta alimentaria. Con el aumento de la obesidad a nivel mundial, y el hecho de que se ha descubierto que el crecimiento en las primeras etapas de la infancia predice el aumento de peso en la adolescencia y la adultez, los autores destacaron la importancia de las asociaciones entre los trastornos de la conducta alimentaria de la madre y el crecimiento de sus hijos. Los autores destacaron la importancia potencial de supervisar cuidadosamente el crecimiento de los hijos de las madres con trastornos de la conducta alimentaria. También señalan que un mejor entendimiento de qué causa las diferencias de crecimiento observadas puede ayudar a comprender mejor la obesidad.

Alimentación disfuncional durante la adolescencia temprana

Un estudio importante subraya la importancia de identificar y prevenir a tiempo.

La adolescencia temprana es un momento de cambios y transiciones importantes. El Estudio longitudinal Avon de padres e hijos (ALSPAC), un estudio realizado a una población de 14.541 mujeres y sus hijos, desde su nacimiento, recientemente proporcionó información útil sobre la frecuencia y los patrones de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria en niños y niñas de 13 años. Los resultados destacan la importancia de identificar las alteraciones en la alimentación de forma temprana para ayudar a prevenir la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria.

Las Dras. Nadia Micali y Janet Treasure y sus colegas en University College, la Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical, y King's College, en Londres, enviaron cuestionarios por correo a los padres de 10.135 participantes del ALSPAC de 13 años y 479 niños que se inscribieron en una segunda fase del estudio (*J Adolesc Health*. 2014; 54:574). Los investigadores deseaban obtener información sobre conducta alimentaria disfuncional y las nociones relacionadas con la alimentación, como el miedo a aumentar de peso y los sentimientos de enojo y angustia por el peso y la figura. También buscaban patrones de evasión de alimentos que engorden, restricciones en la alimentación, ejercitarse en exceso para bajar de peso y conductas de atracón o purgativas.

Los padres proporcionaron información sobre los atracones por parte de sus hijos, y a los adolescentes se les preguntó cómo interfirieron los patrones de alimentación y las preocupaciones por el peso y la figura en su relación con otros familiares, en su capacidad para hacer amigos y conservarlos, y en el aprendizaje en la escuela. Los padres también completaron un cuestionario por separado para otros trastornos de salud mental. A todos los niños que aún estaban inscritos en el estudio se les re-evaluó al cumplir 15 años.

Surgieron diferencias en función del sexo

La muestra estaba compuesta por un 49,0 % de hombres y un 50,1 % de mujeres. Eran similares en cuanto a las características sociodemográficas y de la infancia, con la excepción de que los varones nacieron con un peso ligeramente mayor, lo cual es previsible. Los trastornos emocionales DSM-IV/ICD-10 a los 13 años eran similares entre ambos sexos (2,0 % vs. 1,9 %) pero los trastornos conductuales DSM-IV/ICD-10 eran más comunes en los varones (4,0 % vs. 2,9 %).

Sin embargo, en el caso de la conducta y las cogniciones relacionadas con los trastornos alimentarios, los resultados fueron bastante diferentes. A los 13 años, el 63,2 % de las niñas tenía miedo de aumentar de peso o de engordar, y el 11,5 % tenía un miedo extremo o terror de aumentar de peso o engordar. Por el contrario, una cantidad mucho menor de varones expresó dichas inquietudes y sólo el 4,7 % tenía mucho miedo o terror de aumentar de peso o engordar. También se observó una diferencia significativa en la restricción en la alimentación, ya que las niñas tenían más del doble de probabilidades de restringir su consumo de alimentos que los varones. Más niños que niñas ejercitaban de manera más intensa para bajar de peso (4,8 % vs. 3,8 %). La purga o los atracones no eran frecuentes.

A los 15 años, los atracones y el consumo excesivo de alimentos en las niñas se asociaron con deficiencias en la escuela y el hogar. Los atracones y el consumo excesivo de alimentos en los varones se asociaron de manera similar con deficiencias y también con una carga para los padres. A los 15 años, los atracones y el consumo excesivo de alimentos en las niñas se asociaron considerablemente con un índice de masa corporal más alto (IMC, o kg/m^2), y contribuyeron a un aumento esperado del 0,24 en los puntajes z del IMC. Se informó una asociación igual de importante con los atracones y el consumo excesivo de alimentos en los varones y un aumento de los puntajes z del IMC. La restricción en la alimentación predijo valores de IMC inferiores a los 15 años de edad. Los atracones y el consumo excesivo de alimentos se asociaron con trastornos emocionales y conductuales en ambos sexos.

Estos resultados hacen hincapié en la importancia de las alteraciones de la conducta alimentaria en la adolescencia temprana para los trastornos posteriores de la conducta alimentaria, el sobrepeso y la obesidad.

Enfoques ambulatorios para la anorexia nervosa

Determinados pacientes fueron tratados exitosamente como pacientes ambulatorios.

La anorexia nervosa (AN) es la enfermedad psiquiátrica más mortal ya que posee tasas de mortalidad de casi el 20 % en algunos estudios. Las mujeres adultas con AN no tan grave pueden tratarse exitosamente de manera ambulatoria, de acuerdo con los primeros resultados de un ensayo alemán a gran escala. El Tratamiento Ambulatorio de la Anorexia Nervosa (Anorexia Nervosa Treatment of Outpatients, ANTOP), dirigido por los profesores Wolfgang Herzog y Stephan Zipfel (*Lancet*. 2014; 3843:127), comparaba dos enfoques ambulatorios que incluían enfoques manuales con un tratamiento optimizado de referencia.

El ensayo de eficacia aleatorizado, controlado, de adultos incluía pacientes de 10 hospitales universitarios en Alemania; 242 mujeres con AN fueron aleatorizadas para recibir uno de tres tratamientos durante 10 meses. Las pacientes fueron aleatorizadas para recibir: (1) terapia psicodinámica focal (80 pacientes), (2) terapia cognitivo-conductual mejorada (80 pacientes), o (3) tratamiento optimizado de referencia (82 pacientes), incluida una psicoterapia ambulatoria y atención estructurada por parte de un médico de familia. La terapia psicodinámica focal abordaba la asociación de las relaciones interpersonales con las alteraciones en la alimentación. Se resaltaba la relación de trabajo entre el terapeuta y el paciente (unión terapéutica). La CBT-E seguía el modelo de Fairburn, y utilizaba aspectos de ambas versiones, focalizada y amplia, y hacía hincapié en la alimentación regular y el aumento de peso. Los terapeutas les asignaban “tarea” a estos pacientes. El enfoque final, un tratamiento optimizado de referencia, era proporcionado por psicoterapeutas experimentados elegidos por los mismos pacientes. También

se incluía a los médicos de familia de los pacientes en el proceso de tratamiento. Los participantes de este grupo también visitaban sus respectivos centros de estudio 5 veces durante el estudio.

Características de la psicoterapia focal

El principal resultado era el aumento de peso, medido como un aumento del índice de masa corporal (IMC, o kg/m^2) al finalizar los 10 meses de tratamiento. Los terapeutas estaban muy capacitados y se los supervisaba detenidamente. Las mujeres tuvieron 40 sesiones de terapia individual ambulatoria durante los 10 meses del estudio, y a todas se les hizo un seguimiento durante 12 meses después de la finalización del tratamiento.

Los pacientes de los tres grupos de tratamiento tuvieron aumentos significativos de peso al final del tratamiento, y nuevamente al final del seguimiento. Al final del tratamiento y del seguimiento, sus IMC habían aumentado un promedio de 1,22 a 1,64 puntos de IMC, o el equivalente de 3,8 kg (8,3 lb).

No hubo diferencias significativas en el IMC entre los grupos. En cuanto a los índices de recuperación de 12 meses, la terapia psicodinámica focal fue superior al tratamiento de referencia (treatment as usual, TAU) (35 % vs. 12,6 %), en tanto que al final del tratamiento, el método de la CBT mejorada produjo un aumento de peso más rápido. En función de los resultados del IMC, los autores sostienen que ningún tratamiento optimizado de referencia, el cual combinaba psicoterapia y atención estructurada por parte de un médico de familia, debería considerarse un tratamiento inicial sólido para los pacientes ambulatorios adultos con AN.

¿Funcionan las etiquetas de advertencia sobre las imágenes alteradas?

En un estudio, los efectos fueron nulos.

Debido a la lluvia de imágenes alteradas que muestran una delgadez irreal de mujeres jóvenes y que se utilizan ampliamente en los medios, la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association) propuso recientemente que se coloquen etiquetas de advertencia en las imágenes alteradas para que los espectadores sepan que las imágenes se mejoraron y no reflejan el original. No está claro si las etiquetas ayudarán (o si incluso podrían causar un daño). Un estudio que se presentó recientemente en la Conferencia Internacional sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria 2014 analizó esta cuestión.

Para evaluar si las etiquetas de advertencia mejoraban la disconformidad con el cuerpo y los sentimientos negativos, Kelsey Bing y la Dra. Kerstin Blomquist de la Universidad de Furman, Greenville, Carolina del Sur, reclutaron 74 mujeres a través de Amazon Mechanical Turk. Este sitio es un mercado en Internet de externalización abierta de tareas (crowdsourcing) en el que las personas realizan tareas que las computadoras no pueden hacer aún, como elegir las mejores fotos para una promoción. Se les solicitó a las 74 mujeres que participen en un estudio que examina “reacciones a los anuncios”. Las participantes vieron 20 anuncios de moda: (1) sin ninguna etiqueta de advertencia, (2) con etiquetas de advertencia que indican que la foto se alteró mínimamente de manera digital, (3) con etiquetas de advertencia que indican que la foto se alteró moderadamente de manera digital, o (4) con etiquetas de advertencia que indican que la mayor parte de la foto se alteró de manera digital con respecto al original. Las etiquetas de advertencia

no tuvieron ningún efecto en la disconformidad con el cuerpo o los sentimientos negativos de las mujeres. Ni esta internalización ideal ni el efecto negativo, y tampoco el esquema de imagen corporal negativo tuvieron impacto en los efectos de las etiquetas de advertencia. Estos resultados resaltan la necesidad de que se trabaje más en esta área.

[Posibles preguntas y respuestas]

Preguntas y respuestas

Un paciente anoréxico obsesionado con el ejercicio

P. Sé que no es raro que los pacientes con anorexia nervosa hagan ejercicio para mantener y aumentar la pérdida de peso. Sin embargo, uno de mis pacientes, un estudiante universitario de 22 años, parecía estar particularmente obsesionado con el ejercicio. ¿Alguna investigación nueva analizó este problema? (DB, Portland)

R. El problema de la ejercitación excesiva en estos pacientes es siempre un problema desconcertante y difícil. Varios estudios recientes han investigado una búsqueda incesante de actividad (drive for activity, DFA) o ejercicio compulsivo (driven exercise, DE) que puede ser la base de la hiperactividad y el aumento de la actividad física.

La Dra. L. Sternheim y sus colegas en Altrecht Eating Disorders Rintveld, Países Bajos, investigaron los niveles de DFA en 240 pacientes mujeres con AN para ver si había alguna relación entre la DFA y la gravedad de la enfermedad (*In J Eat Disord.* 2014 Mar 29.

Doi:10.1002/eat.22272 [artículo publicado electrónicamente previo a su publicación en papel].

También analizaron un aspecto de los sentimientos negativos, la ansiedad por la DFA. Se correlacionaron mayores niveles de DFA con puntajes del EDE, y con la ansiedad. Los autores

consideran que los resultados indican que la DFA podría considerarse una característica principal de la AN.

En un segundo estudio, la Dra. C. Stiles-Shields y los investigadores de la Facultad de Medicina Feinberg de la Universidad Northwestern y la Universidad de Chicago examinaron el ejercicio compulsivo (DE) en adolescentes con bulimia nervosa (BN) y AN (*Int J Eat Disord.* 2014 Apr 11. doi: 10.1002/eat.22281 [artículo publicado electrónicamente previo a su publicación en papel]).

El grupo de estudio incluyó 201 adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (80 con BN y 121 con AN) que recibían tratamiento en dos clínicas de especialidad para pacientes ambulatorios. Se midieron los niveles de DE al inicio, y se correlacionó el efecto con el resultado del tratamiento.

El DE era común (66,3 % de los adolescentes con BN y 23,1 % de adolescentes con AN). El DE predijo peores resultados para la AN pero no para la BN. Por lo tanto, el DE parece común en los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria y puede afectar el resultado de aquellas personas con AN.

Un desafío en el tratamiento de las personas con ejercicio compulsivo y AN es prever las necesidades de energía. Se sabe que la restricción puede suprimir el gasto energético en reposo. ¿El ejercicio compulsivo aumenta significativamente el gasto energético (y, por lo tanto, las necesidades calóricas para recuperar peso)? Zipfel y colegas (*Lancet.* 2014; 3843:217) sugieren que los altos niveles de ejercicio aumentan significativamente el gasto energético diario total. Los autores sugieren que se evalúe la cantidad de ejercicio con una sola pregunta del Inventario

de Trastornos de la Conducta Alimentaria-Selección (Eating Disorder Inventory-SC, EDI-SC):
“¿Qué porcentaje de sus ejercicios está destinado a controlar su peso?”.

Reseña del libro

Food and Addiction, a Comprehensive Handbook

(Kelly Brownell and Mark Gold, Eds. Oxford Press, 2014)

La interconexión entre el consumo de alimentos, el peso, la conducta alimentaria y la adicción ha sido un tema que ha ganado interés en los últimos años. Por ejemplo, se consideró la idea de incluir la obesidad en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition; DSM-5), y los defensores de dicha inclusión en parte defendían un modelo de adicción. Se han probado enfoques de grupo de doce pasos para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y de la obesidad, y en algunas áreas son bastante comunes. Recientemente, el interés por el rol del concepto de recompensa en las alteraciones de la conducta alimentaria ha crecido; y gran parte de esta investigación se centra no solo en el consumo de alimentos, sino también en el consumo de drogas. Por lo tanto, la interconexión entre la comida y la adicción es bastante común hoy en día. Sin embargo, aún hay diferencias e incertidumbres importantes en esta área. Por ejemplo, hay una controversia real en cuanto a la idea de que algunos alimentos podrían ser adictivos. Además, el modelo de abstinencia predomina en el campo del consumo de sustancias, pero dicho modelo no se puede aplicar inmediatamente al consumo de alimentos.

El nuevo volumen, *Food and Addiction, a Comprehensive Handbook* editado por los Dres. Kelly Brownell y Mark Gold, es un aporte muy útil para la literatura en esta área. El libro abarca una amplia variedad de temas relacionados con este campo. Las secciones examinan la neurobiología de la adicción, la regulación de las conductas alimentarias, y la interconexión del consumo de alimentos y la adicción. A partir de allí, se consideran las implicaciones clínicas, de salud pública y legales de esta publicación. El libro contiene aportes de líderes en este campo. El contenido es conciso, reflexivo y confiable. Un aspecto particularmente atractivo del libro es que los capítulos tienen una longitud prudente (66 capítulos en 450 páginas aproximadamente). Esto permite que el lector escoja los temas de su interés, y acceda a ellos fácilmente. Por otro lado, el libro en su totalidad brinda una perspectiva amplia y exhaustiva de esta área.

Independientemente de que uno considere que el consumo de alimentos sea una conducta adictiva, la interconexión entre la adicción y la comida surge con frecuencia, y como tal este libro es muy valioso para este campo.