

---

**Eating Disorders Review**  
**September/October 2015**  
**Volume 26, Issue 5**  
**Scott Crow, Editor-in-Chief**

\*\*\*\*\*

---

**Noticias de la Conferencia Internacional de Trastornos de la Conducta Alimentaria (ICED)**

**La Comunicación Virtual ofrece ventajas, pero también muchos retos para los Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Una de las temas importantes de la conferencia ICED en Boston fue la nueva información acerca de las formas en que las tecnologías en desarrollo y la comunicación virtual están cambiando el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria. Estas nuevas herramientas electrónicas están alcanzando a pacientes en áreas remotas, conectando grupos de apoyo, y ofreciendo nuevas opciones de tratamiento. El tema general, "Comunicación: el ICED Hoy y Mañana", fue reflejado en dos sesiones en particular.

En una sesión plenaria, "¿Hay un App para eso? Cómo la Tecnología está Cambiando la Cara del Tratamiento, Investigación y Apoyo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria", donde los Drs. Lisa Gualtieri, Eric Van Furth, y Margaret Morris sopesaron las muchas promesas y problemas de lo que ellos llamaron la "estampida electrónica".

**Ayudando a los pacientes 'en la intersección entre cuidado de la salud y tecnología'**

La Dra. Gualtieri enseña métodos para integrar la tecnología digital en la salud pública en la Escuela de Medicina de la Universidad de Tufts en Boston. Es una experta en el análisis de las formas en que los pacientes utilizan la tecnología, y ella hizo notar que hay promesas y desaciertos para trabajar "en la intersección entre el cuidado de la salud y la tecnología". Ella agregó, "Nuestras vidas han sido profundamente moldeadas por la tecnología, y algunas veces nos olvidamos cómo esta gran tecnología está infiltrando nuestras vidas".

En este cambio cultural, la Dra. Gualtieri dijo a la audiencia, que casi todo lo que hacemos tiene un componente tecnológico. Gente a lo largo de todas las zonas demográficas ahora aborda el cuidado de su salud apoyándose cada vez más en el Internet, redes sociales y sus aparatos móviles. La Dra. Gualtieri dijo que 72% de los usuarios de Internet actualmente buscan en línea información de salud; los únicos dos grupos con uso significativamente bajo de Internet son aquellos mayores de 65 años de edad y la gente sin un diploma de secundaria. Este cambio se está llevando a cabo en medio de un cambio cultural, donde la tecnología se ha vuelto parte de nuestras vidas y donde el "capital social" ha cambiado, dijo ella. Algunos de los resultados negativos son el bullying cibernético, la disminución de las interacciones sociales, y el uso excesivo de la información médica en línea en lugar de la consulta en persona con un clínico. Ella advirtió que la gran variedad de calidad de la información que existe en el Internet pone a los pacientes en riesgo; con esta información, los pacientes ahora deciden si necesitan un doctor porque las

fuentes de Internet pueden proveer “segundas opiniones” en línea. “La tecnología se puede volver un aparato protésico - no solamente los pacientes *no* están consultando a sus doctores, sino que se están apoyando en sus habilidades con el Internet”, dijo ella.

La cura es poner la tecnología en su debido lugar, dijo la Dra. Gualtieri. Los pacientes no son enseñados con buenas habilidades literarias médicas, por ejemplo, cómo buscar información y qué cree y cuándo ser escéptico. Los clínicos pueden tomar una parte muy activa en cambiar esto a través de aprender a preguntar a sus pacientes acerca de sus habilidades de búsqueda en línea, y luego ayudarlos a mejorar estas habilidades. La cura también involucra mejor entrenamiento para los proveedores del cuidado de la salud. De acuerdo a la Dra. Gualtieri, esto significa dar a los pacientes mejores puntos de inicio para ayudarlos a guiar sus búsquedas en línea, utilizar su pericia para guiar el uso de la tecnología, y volverse mejor informados acerca de lo que los pacientes están haciendo en línea. En lugar de la prisa por crear aparatos más inteligentes y pequeños, hace mucho mayor sentido ayudar a la gente cuándo y dónde lo necesiten, dijo, porque las decisiones del cuidado de la salud basadas en las apps de los pacientes pueden estar equivocadas y pueden causar un daño increíble. En su lugar, ella exhortó a los clínicos a entender porqué sus pacientes van en línea y qué hacen una vez que están ahí.

## **Intervenciones de tratamiento electrónicas más tempranas y más baratas**

El Dr. Eric van Furth, Director Clínico del Centro de Trastornos de la Conducta Alimentaria Ursula en Leidschendam, Holanda, describió dos intervenciones de salud en línea (eHealth), *Recovery Record* y el sitio de internet de Información Danesa, *Proud to be Me*. Ambos son ejemplos de cómo los abordajes electrónicos pueden ayudar a los pacientes y sus familias a derribar las barreras de tratamiento y de falta de información en general acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, dijo el doctor. Hizo también notar que la negación pervasiva de la enfermedad por los pacientes con anorexia nervosa y la vergüenza y miedo en aquellos con trastorno por atracón o con conductas de comer por atracón ha llevado a un retraso promedio de 5 años entre el inicio de la enfermedad y que los pacientes llegan a tratamiento.

Dijo también que *Recovery Record*, es una aplicación para usuarios de teléfonos inteligentes, es la app más descargada en el mundo por pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, y ahora tiene más de 300,000 usuarios. Además añadió el Dr. van Furth, que cuarenta por ciento de los usuarios de *Recovery Record* nunca le habían dicho a nadie acerca de su trastorno de la conducta alimentaria antes del uso del app.

El Dr. van Furth exhortó a los clínicos a expandir su conocimiento de las apps virtuales porque “no estamos alcanzando a la mayoría de la gente con trastornos de la conducta alimentaria”. Por ejemplo, señaló que 50% a 75% de las personas con trastornos alimentarios en Europa no tienen acceso a tratamiento. Dado que una duración más corta de la enfermedad se traduce en un mejor pronóstico, ¿porqué no tratar de alcanzar a los individuos más temprano y más barato? Los abordajes de salud en línea pueden proveer una forma de mejorar el diagnóstico temprano y hacer que la gente busque ayuda rápidamente. Estos abordajes también pueden optimizar el cuidado de aquellos con enfermedades crónicas, y proveer un cuidado costo-efectivo.

El sitio de *Proud to Be Me* lo mantienen dos sobrevivientes de trastorno de la conducta alimentaria, que proveen blogs y correos electrónicos diariamente, y el sitio está enlazado a redes sociales como *Facebook*. El sitio de internet tiene tres funciones principales, dijo, “romper el silencio, para lo que ofrece cartas para pacientes que pueden descargarse; apoyo de pares, donde los pacientes pueden conocer en línea otras personas que también tienen un trastorno de la conducta alimentaria; y también actúa como guía para encontrar tratamiento”. Los individuos también tienen un foro para evaluar los centros de tratamiento en 5 diferentes escalas. Los visitantes pueden dejar preguntas para los clínicos los 365 días del año. También hay chats que se arreglan por grupos de edad.

El Dr. van Furth dijo que mientras que en Holanda solamente hay 17.5 millones de habitantes, en 2014 *Proud to Be Me* tuvo 2 millones de visitas de primera vez y 10,000 a 15,000 visitas de primera vez por día. Cada día los individuos pasan un promedio de 5 minutos en el sitio. Han tenido 27 millones de vistas a su página. El uso de salud en línea muestra resultados promisorios para el comportamiento bulímico, depresión y ansiedad. El Dr. van Furth agregó, "La salud en línea está expandiendo nuestro alcance y mejorando los resultados, pero también necesita ser probada empíricamente en estudios controlados aleatorios".

## **Alineando las herramientas electrónicas con el manejo de la enfermedad**

La Dra. Margaret Morris, PhD, psicóloga clínica e investigador mayor de Corporación Intel, es una pionera en la terapia con móviles y en hacer la psicoterapia más accesible para los pacientes. La Dra. Morris dijo, "No importa qué tan grande es tu alcance, o qué tan grande es tu seguro, durante los últimos 10 años las tecnologías móviles se han vuelto parte y parcela de las estrategias que seguimos hoy en día".

La Dra. Morris revisó *Mood Phone*, *the Mobile Digital Scale*, *Tinder*, *Crowd Sourcing*, y *Crowd Pilot*, y describió formas en que los terapeutas, investigadores e individuos están usando estos aparatos en la vida diaria. *Mood Phone* fue originalmente hecho para ser usado como herramienta personal que aumentara la terapia, particularmente como una forma de manejar el enojo y los conflictos personales. Su uso más beneficioso ha sido lo que ella llamó "relaciones con represalia", donde permite al individuo ver la perspectiva de otro. El *Mobile Digital Scale* ha sido cambiado en los últimos años pero todavía provee mensajes conductuales de motivación, y datos que pueden ser usados en el cuidado. Dijo también que *Tinder*, originalmente una herramienta para "engancharse" sexualmente, ha sido útil para la auto-validación, y provee una forma de juntar y compartir información. Un uso exhorta a las mujeres a enviar notificaciones de acoso sexual, abriendo la identidad del acosador, y ofrece nuevas estrategias para lidiar con el acoso. *Crowd Sourcing*, que fue diseñada para diseminar labor, es utilizada en lugar de tener consulta psicológica. *Crowd Pilot* es un torzón de la tecnología que hace eco de *Mood Phone*, y provee un modelo de cómo la emoción puede ser presentada y cómo la gente puede modular una relación.

## **Utilizando blogs, chats en video, grupos de apoyo y apps**

En un taller de trabajo en el ICED, cuatro panelistas describieron su experiencia en crear y utilizar la medios virtuales. Hubo un consenso entre los asistentes de que los pacientes es más probable que busquen información médica del Internet antes de consultar con un médico, y que con una planeación cuidadosa, los medios virtuales pueden ser efectivos. Todos los oradores, que incidentalmente se conocieron virtualmente antes de conocerse en persona, también insistieron que las realidades positivas y negativas de los sitios de información en línea.

## **Perspectiva desde un paciente**

Cate Sangster, MA, una maestra de educación física de Melbourne, Australia, ha vivido con un trastorno de la conducta alimentaria y está utilizando su conocimiento y experiencia para ayudar a otros pacientes en la recuperación. Ella hizo notar que los sitios de redes sociales como *Facebook*, permiten que la gente comparta información acerca de trastornos alimentarios y que la educación es la razón número uno por la que usan los sitios de internet. Ella agregó que los pacientes también se mantienen seguros con los medios sociales, porque los sitios están disponibles 24/7 y "cuando el tigre llega en la noche" los pacientes siempre pueden encontrar alguien que les ayudará. La retroalimentación positiva de otros pacientes es beneficiosa porque alguien con un trastorno de la conducta alimentaria puede ser más factible que lo discuta con otros unas vez que ha buscado en línea. Mejorar la literatura de salud mental es otro beneficio -entre más entienda el individuo de su condición, es más probable que él o ella busque ayuda.

Algunos de los riesgos del uso de los sitios de Internet incluyen la disponibilidad que hay de sitios negativos como sitios pro-ANA y pro-MIA. Los pacientes pueden además encontrar "trolls" o individuos que están en línea solamente para hacer problemas. La mala información puede competir con información basada en evidencia; para contrarrestar esto, ella sugirió que los clínicos le digan a los pacientes que contacten e informen los grupos de eficacia cuando encuentren información falsa. Puede haber una tendencia de los pacientes para tratar de auto-diagnosticarse y auto-prescribirse y los redes sociales nunca deben ser usadas para educar pacientes. También surgieron situaciones de privacidad.

¿Cómo pueden los clínicos ayudar a los pacientes a mantenerse a salvo en línea? Sagnster cree que pueden tener un papel más activo en dar a los pacientes sugerencias para el uso de las redes sociales como *Twitter*, y también dar una lista de blogs en los que puedan confiar. Los profesionales no deben permitir que las relaciones en línea se malentiendan o que los lazos se alteren. Ella dijo que es importante que los clínicos protejan su propia información personal y que mantengan lazos estrictamente profesionales mientras continúan estando disponibles para sus pacientes.

### **Ayuda para los padres**

Hace 10 años, la escritora y activista de salud Laura Collins Lyster-Mensh, MS, fundó el foro en línea *Around the Dinner Table*, un sitio para padres y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. En este sitio, los usuarios pueden seleccionar de entre 14,000 temas relacionados a familias y pacientes. Lyster-Mensh también ayudó a fundar el sitio de internet *Maudsley Parents, F.E.A.S.T.*, y *Charlotte's Helix*.

Dijo que *Around the Dinner Table* permite a los visitantes permanecer anónimos mientras que la organización es completamente transparente. En el sitio los visitantes pueden encontrar historias de enojo, esperanza, e ideas de los padres. Un equipo de 9 moderadores en 4 países están disponibles para que el visitante obtenga apoyo vía correo electrónico en 2 minutos. El sitio es en Inglés, pero uno de los planes futuros es incluir otros idiomas. Lyster-Mensh dijo que el sitio ayuda a los visitantes a luchar contra el aislamiento, ganar información de alta calidad y ver ejemplos de éxito y también de errores. También promueve el empoderamiento y puede ser utilizado para encontrar voluntarios para proyectos de investigación. Unos cuantos riesgos que ella mencionó incluyeron un desempoderamiento inesperado cuando los padres leen historias positivas y se desalientan acerca de sus propios problemas. Y, como los trolls descritos anteriormente, algunos individuos aparentan ser padres de pacientes ("Munchausen's por Internet), y publican historias extrañas o estadísticas incorrectas. Dijo que los moderadores y otros visitantes corrigen la información incorrecta lo más pronto posible.

### **Ayuda virtual de terapia basada en la familia**

La psicóloga Dr. Sarah K. Ravin, que tiene una práctica privada en Coral Gables, FL, se involucró en el mundo virtual cuando accedió a escribir un blog acerca del programa *F.E.A.S.T.* en 2009. Dijo que la reacción a su primera publicación en Internet fue enorme, y ella aprendió que los padres no sabían mucho acerca del tratamiento que estaba disponible, y que definitivamente había una falta de información disponible acerca de la terapia basada en la familia. Teniendo una presencia virtual le permitió diseminar su palabra a una mayor audiencia y alcanzar a padres que estaban buscando servicios para sus hijos con trastorno de la conducta alimentaria. También le permitió conectar con otros clínicos alrededor del mundo.

La Dra. Rivas dijo que unos cuantos riesgos de la presencia virtual es que los padres pueden tener expectativas magnificadas, y sus problemas pueden ser muy serios y requerir un diferente tipo de cuidado. Mientras que las nuevas tecnologías pueden expandir geográficamente la investigación de tratamiento, el cuidado a larga distancia también representa numerosos retos. La Dra. Ravin quisiera ver más acercamientos con escuelas locales y pediatras. También dijo que está esperanzada en el día en que el apoyo virtual esté obsoleto porque todos los pacientes y sus familias tengan la información que

necesiten tan pronto como el diagnóstico sea hecho. Un mayor transparencia y emponderamiento de los padres, además de cuidado basado en evidencia, llegará lejos para ayudar a los padres y pacientes a sentir que sus familias están trabajando rumbo a la recuperación.

### **Utilizando *Recovery Record***

La nutrióloga registrada Lori Lieberman, RD, MPH, CDE, LDN, de la ciudad de Boston, describió su experiencia utilizando *Recovery Record*, la app en línea descrita previamente para guardar un registro. Ella ha encontrado que la app es especialmente útil para extender el cuidado del cliente entre sesiones para pacientes seleccionados y motivados. Hizo hincapié en la importancia de seleccionar cuidadosamente a los participantes; en su práctica los clientes que participan en el programa son principalmente adultos y adultos jóvenes que también tienen sesiones semanales cara a cara o al menos sesiones regulares. Las expectativas son claramente expresadas y cobra una cuota por este servicio. Lieberman hizo hincapié en que el programa en línea no es definitivamente un sustituto de las visitas regulares a la oficina.

Lieberman reportó estar viendo un mayor apego de sus clientes, y ha encontrado que valoran la relación profesional en una forma que un terapeuta anónimo no podría alcanzar. También ha visto que el programa en línea ayuda a los pacientes a moverse de una perspectiva distorsionada acerca de comer, y los profesionales pueden responder a sus dudas en un tiempo adecuado. Dijo que no hay conteo de calorías o expectativas o limitaciones, y las interacciones virtuales hacen las sesiones en vivo mucho más eficientes. Las familias son tranquilizadas y rápidamente pueden ser involucradas en las discusiones. Dijo que aún con una retroalimentación mínima, los participantes reportan sentir que “alguien está peleando la enfermedad junto con ellos”.

Como hicieron notar todos los panelistas en el taller de trabajo, con un sistema virtual como este, existe el peligro de que los pacientes seleccionen y utilicen “fragmentos de información”, y por lo tanto los clínicos y el soporte profesional debe escoger muy cuidadosamente las palabras y retroalimentación, para evitar dar, sin desearlo, una retroalimentación negativa. Otra problemática comentada es que los pacientes pueden no tener el dinero para enrolarse; además, el servicio tiene el potencial de ser abusado cuando el paciente encuentra la fuente en línea y no directamente a la línea de ayuda. Mucho depende de la auto-evaluación del paciente, honestidad y deseo de involucrarse.

Lo que es claro, dijo Lieberman, es que estas apps, chats en video y otros programas basados en internet pueden dar increíbles beneficios a los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Una advertencia es que los profesionales trabajando con medios virtuales necesitan estar bien informados acerca de las tecnologías emergentes y cuidadosos de que la “tecnología está cambiando más rápido que las leyes”. Porque de esto, situaciones muy serias necesitan continuamente ser revisadas, incluyendo los cambios en las licencias, quejas de HIPAA, así como seguros de mala práctica.

— MKS

---

## **Actualización: Chat de Terapia de Grupo para Bulimia Nervosa**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) llevada a cabo a través de un formato de grupo de chat en línea fue un paso efectivo entre la auto-ayuda y el terapia tradicional cara a cara para pacientes, de acuerdo a los resultados de un estudio presentado como papel científico oral en el ICED en Boston. La Dra. Stephanie Zerwas, de la Universidad de Carolina del Norte del Centro de Excelencia para Trastorno de la Conducta Alimentaria, Chapel Hill, y sus colegas, reportaron que en un estudio control de 149 pacientes

con bulimia nervosa (3% eran hombres) aleatoriamente asignados a grupo de terapia por chat o a terapia tradicional cara a cara de TCC, la abstinencia de comer por atracón y purgaciones y la frecuencia de comer por atracón y purgaciones fue muy similar en ambos grupos, y el abordaje de chat en línea no fue inferior a la TCC tradicional. Ambos grupos tuvieron 16 sesiones de TCC en 20 semanas, y los grupos fueron hechos de 4 a 5 pacientes y 1 terapeuta. Los grupos cara a cara se reunieron en el hospital y utilizaron el método de papel para el auto-monitoreo. ¿Pero por qué dar TCC en línea? Los autores dieron una serie de razones para llevar TCC en línea: anonimato, menores barreras al tratamiento, como situación geográfica, tiempo y costo, y disminución del estigma, así como acceso a un tratamiento especializado.

---

## **Ayuno en Días Alternos y Síntomas de Alimentación Desordenada**

### ***Un ensayo de 8 semanas mostró solamente efectos benignos o ligeramente benéficos***

El ayuno en días alternos, o ADF, es un nuevo abordaje para pérdida de peso donde los individuos comen libremente por un día ("día de alimentación"), y luego restringen su ingesta de alimento a sólo un 25% al día siguiente ("Día de Ayuno"). Los investigadores de la Universidad de Chicago se preguntaron si este abordaje de cambiar la ingesta cada día podría precipitar patrones de alimentación desordenada y diseñaron un estudio para evaluar los efectos adversos y síntomas de trastorno alimentario durante ADF (*Nutrition Journal* 2015; 14:44).

Durante un período de 8 semanas, los Drs. Kristin K. Hoddy y colegas estudiaron 74 sujetos que fueron reclutados a través de anuncios en el área de Chicago. Estos sujetos estaban en un rango de edad entre 25 y 65 años y tenían índices de masa corporales entre 30 y 39 kg/m<sup>2</sup>; ellos no tenían historia de enfermedad cardíaca o diabetes y ninguno era fumador.

Todos los sujetos consumieron en sus días de ayuno, que duraban 24 horas, un 25% de su energía basal, y comieron libremente en los días alternos de cada día de alimentación. Todas las comidas fueron consumidas fuera del centro de investigación. Todos los sujetos también llenaron un cuestionario de eventos adversos en dos momentos - antes de iniciar el ensayo y después de terminar el estudio. Los síntomas de alimentación desordenada fueron medidos con la Evaluación Multidimensional de Síntomas de Trastorno de la Conducta Alimentaria (MAEDS). El MAEDS mide 6 áreas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, incluyendo comer en atracones, alimentación restrictiva, comportamiento purgativo, miedo a engordar, evitación de alimentos "prohibidos" y depresión. Los investigadores también administraron el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ).

### **Deserciones, pérdida de peso y eventos adversos**

Cincuenta y nueve sujetos completaron el ensayo. Aquellos que desertaron del estudio lo hicieron por un gran número de razones, incluyendo incapacidad para apegarse a la dieta y conflictos de horario. Al final de las 8 semanas, el promedio de pérdida de peso corporal del grupo fue aproximadamente 4%. El efecto secundario más común fue mal aliento (29%), seguido de constipación y mareo (cada uno afectó 17% de los participantes al final del tratamiento).

Al final del estudio, los autores notaron que los síntomas de depresión y de comer en atracón habían disminuido, mientras que las conductas purgativas y el miedo a engordar permanecían sin cambio; sin embargo, las mediciones de la imagen corporal con el BSQ mejoraron. El programa de ADF ayudó a los sujetos a incrementar la alimentación restrictiva, lo que sugiere que el programa puede ayudar a control

los comportamientos de alimentación sin control y mejorar la percepción de la imagen corporal.

Hubo varias limitaciones para el estudio. Por ejemplo, los autores sienten que el cuestionario de eventos adversos debió haber sido más detallado. Ellos notaron que el cuestionario tenía preguntas omitidas acerca de la intolerancia al frío, pérdida de cabello, dolores de cabeza, dolores musculares y dificultad para concentrarse. Un estudio a largo plazo y otro que compare ADF con restricción calórica puede darnos información más útil de acuerdo a los autores.

[Comentario: Los resultados son quizás sorprendentes, particularmente a aquellos de nosotros que trabajamos en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria, que rutinariamente encontramos que estos comportamientos extremos de dieta son precursores de trastornos de la conducta alimentaria completos. Una advertencia importante es que el estudio reportó de los 59 que completaron el estudio, y los otros 15 se retiraron por varias razones. Aquellos que se dieron de baja del estudio pudieron haber desarrollado más comportamientos de alimentación desordenada. Además, el período del estudio fue corto (sólo 8 semanas). Por estas razones, las decisiones acerca de la seguridad de tales prácticas dietéticas deberán hacerse con suma precaución.]

---

## ¿Acaso la Menor Ingesta de Energía Disminuye el Riesgo de Cáncer en Pacientes con AN?

### ***Los patrones en investigación con animales no fueron duplicados en humanos.***

Los científicos han demostrado que la restricción de la ingesta de energía (sin producir malnutrición) es una manera potente de prevenir el cáncer en animales. Los humanos son otra materia, y no está claro si este principio se aplica a nosotros. En un estudio Danés de 2000 pacientes mujeres con anorexia nervosa (AN), hubo una ligera pero no significativa reducción del rango de cáncer comparado con la población general femenina Danesa. (*Cancer Causes Control*. 2001; 12:123). En contraste, los sobrevivientes Judío Israelitas de la Segunda Guerra Mundial, que tenía una ingesta extremadamente baja de energía, tuvieron un riesgo incrementado de cáncer (*Natl Cancer Inst*. 2009; 101:1489).

Unos investigadores Escandinavos recientemente diseñaron un estudio de cohorte emparejado con una base registrada de pacientes con AN en Suiza, Dinamarca y Finlandia para probar la conexión cáncer-ingesta de energía (*PLOS ONE*. DOI:10.1371/journal.pone.p128018. May 22, 2015). El estudio retrospectivo examinó los casos de 22,654 mujeres y 1,678 hombres de 10 a 50 años de edad que estaban diagnosticados con AN entre 1968 y 2010. Un grupo comparativo que coincidía en edad, sexo, y lugar de residencia fue seleccionado al azar de poblaciones registradas. El siguiente paso fue ligar los casos de pacientes con AN y el grupo comparativo a los registros de cáncer en cada uno de los tres países.

### **El Cáncer no fue ligado a la restricción de energía**

La incidencia general de cáncer entre pacientes con AN fue muy similar a la de la población general. Un hallazgo interesante fue una marcada disminución en la incidencia de cáncer de mama entre las mujeres anorexias (una disminución de incidencia de cerca de 40%), a lo que los autores sugirieron puede ser debido a los bajos niveles de estrógenos, niveles altos de actividad física y cantidades bajas de tejido adiposo. También hubo un riesgo incrementado de cáncer de esófago, pulmón e hígado entre mujeres con AN al ser comparadas con controles. Entre los hombres con AN, no hubo disminuciones significativas para ninguno de los sitios de cáncer investigados. Los autores concluyeron que no pudieron encontrar evidencia que la restricción de energía reduce la incidencia de cáncer entre humanos, pero al parecer

puede haber una reducción del riesgo de tipos específicos de cáncer.

---

## CBT vía el Internet: ¿Puede ser Efectivo?

### ***En un estudio reciente en Holanda, un tratamiento a través de la red fue más efectivo para aquellos con trastorno por atracón.***

Un grupo de investigadores Holandeses bajo el liderazgo de Elke D te Huurne, del Instituto Nijmegen, Nijmegen, Holanda, ha reportado que un abordaje de terapia cognitivo conductual (TCC) a través del internet mejoró la psicopatología de trastorno de la conducta alimentaria entre los participantes en un estudio controlado aleatorio. (*J Med Internet Res.* 2015; 17: e152). [Ver también "Actualización," en esta edición.]

Los participantes fueron usuarios auto-reclutados de la página de internet Holandesa, *Look at Your Eating*, un sitio de internet abierto que ofrece contenido psicoeducacional acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y un foro para apoyo de pares. Los participantes fueron mujeres de al menos 18 años de edad, con un diagnóstico por *DSM-IV* de BN, TPA o TCANES que tenían acceso al Internet; se requirió una referencia escrita de su médico general Holandés. Las candidatas fueron eliminadas si estaban en bajo peso severo, suicidas, o habían recibido tratamiento psicológico o farmacológico para cualquier trastorno alimentario en los últimos 6 meses. Un total de 108 participantes fueron aleatoriamente asignadas a la TCC a través de la red y 106 al grupo de lista de espera.

### **Diseño del Programa**

La intervención de TCC a través de la red usó un programa desarrollado por un equipo que incluía un psicólogo, un especialista en adicciones, psicoterapeuta, psiquiatra, nutriólogo así como enfermeras registradas y trabajadoras sociales, un equipo para el desarrollo del programa de internet, y pacientes y miembros de una organización Holandesa de gente con trastornos de la conducta alimentaria. Participaron en el estudio diecisiete terapeutas ya fuera con un grado universitario de enfermería o trabajo social o un grado de maestría en psicología. Antes de trabajar con el programa de TCC, todos los terapeutas tuvieron tres meses de entrenamiento especializado, incluyendo un día enfocándose en trastornos de la conducta alimentaria y dos días de entrenamiento en información teórica y actividades prácticas-orientadas y relacionadas con el programa de Internet. Ellos también aprendieron aspectos técnicos del uso de esta intervención y técnicas de Entrevista Motivacional (EM) y de TCC.

Los terapeutas fueron entrenados para trabajar con pacientes con problemas alimentarios severos, recaídas, o ideación suicida y les fueron dados lineamientos de cuándo contactar al médico de primer contacto del individuo. Como un salvavidas extra, todos los mensajes del terapeuta fueron revisados retrospectivamente por un equipo multidisciplinario, y todos los expedientes de pacientes fueron checados en forma regular por entrenadores de la intervención basada en la red. Estos entrenadores estaban disponibles diariamente para consulta y consejo.

La intervención de TCC incluyó un programa estructurado en dos partes con al menos 21 pacientes de contactos y 10 asignaciones en una aplicación de internet segura, de acuerdo a los autores. Esto ocurrió dos veces por semana, típicamente por aproximadamente 20 minutos. La fase 1 analizó los comportamientos y actitudes alimentarias de los participantes, mientras que la segunda parte se enfocó en el cambio de comportamiento.

Durante las sesiones en línea, los participantes fueron instruidos acerca de completar las tareas asignadas y registro de comportamientos alimentarios en sus diarios de alimentación en línea. Ellos



podían dejar mensajes privados y el terapeuta siempre respondía dentro de los siguientes tres días laborales. Los mensajes del terapeuta eran personalizados hacia el individuo pero usualmente contenían otra información y enlaces de red a información en el sitio de internet, y estaban basados en abordajes de TCC y de EM. Cuando el participante no había respondido en un lapso de cuatro semanas, se consideró que abortó el estudio.

## **Controles en Lista de Espera**

Cada uno de los miembros del grupo control recibió 7 correos electrónicos de apoyo enviados por un terapeuta durante el período de espera. Estos mensajes incluyeron información acerca del programa, así como detalles acerca de cuándo los participantes podían empezar a participar en la intervención, el objetivo de los mensajes de apoyo y qué hacer en caso de necesitar ayuda urgente. Correos electrónicos adicionales describieron el sitio de internet, el foro en línea y se les dió psicoeducación básica.

El resultado fue medido inicialmente con el Cuestionario de Examinación de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDE-Q). Las mediciones secundarias incluyeron la Prueba de Actitudes Corporales, la Escala de Síntomas del Perfil de Salud de Adicción de Maudsley y la Escala de Auto-Estima de Rosenberg.

## **Resultados: la intervención de TCC fue más efectiva**

Un 94% de los participantes completaron el estudio. Aquellos del grupo de TCC basado en internet mejoraron significativamente más en la psicopatología de conducta alimentaria que aquellos que estaban en el grupo control de lista de espera, con menores calificaciones en las subescalas del EDE-Q después del tratamiento. El grupo de TpA tuvo los resultados positivos más significativos en cambios en la psicopatología de trastorno de la conducta alimentaria, insatisfacción corporal y salud mental.

Los autores notaron que durante la intervención o en el período de lista de espera, numerosas mujeres en ambos grupos tuvieron otras fuentes de apoyo, por ejemplo, de amigos o familia o a través de programas de autoayuda. Algunas de estas mujeres también tuvieron contactos en persona con profesionales tales como terapeutas, nutriólogos o médicos familiares. En todos los casos esto fue más común entre mujeres en el grupo de lista de espera que en el grupo de TCC. Sin embargo, este apoyo adicional al parecer no fue de gran valor para el tratamiento; para el grupo control, el contacto cara a cara con un profesional mejoró solamente un área: la insatisfacción corporal.

## **Satisfacción con el programa**

En general, los participantes se sintieron satisfechos con la intervención basada en el internet y con sus terapeutas. La mayoría de los participantes evaluó la intervención como más bien (46%) o muy (35%) útil, particularmente por sus efectos positivos en la conducta alimentaria. Notablemente (para una intervención llevada a cabo por internet), uno de los componentes mejor evaluados por los participantes fue el apoyo de los terapeutas. El estudio demuestra la aceptabilidad de estas intervenciones (la satisfacción y retención en el tratamiento fueron altas) y se agrega a la creciente literatura en este aspecto.

---

# **Una liga Genética Es Identificada para Comer por Atracones en la Adolescencia**

***Una asociación positiva fue encontrada entre un polimorfismo en el gen FTO y comer por atracones.***

La evidencia de estudios genéticos del comportamiento cada vez apunta más hacia una liga genética para

incrementar el riesgo de comer por atracones. Sin embargo, el Trastorno por Atracón (TpA) es una reciente adición al grupo de trastornos de la conducta alimentaria reconocidos, y por lo tanto, pocos estudios después de esto han rastreado un posible enlace genético específicamente para TpA.

La Dra. Nadia Micali y sus colegas de la Universidad College y King's College, Londres, Harvard Medical School y la Universidad de Queensland, Australia, hipotetizaron que el índice de masa corporal elevado (IMC, kg/m<sup>2</sup>) y el comer por atracones pueden compartir una etiología genética (*Obesity*. 2015. 23:1729). La Dra. Macillo y sus colegas utilizaron datos del *Estudio Longitudinal Avon de Padres y Niños*. Durante este estudio prospectivo basado en población de mujeres y sus niños viviendo en Avon, UK, los adolescentes fueron evaluados a la edad de 14 años (n=5958) y nuevamente a los 16 años de edad (n=4948). Durante este estudio longitudinal, el comer por atracón fue evaluado con una pregunta en dos partes en la que a los participantes se les preguntaba acerca de qué tan frecuente en el último año ellos habían comido una gran cantidad de comida. Aquellos que contestaron sí fueron entonces preguntados acerca de si se sintieron "fuera de control" durante estos episodios; una respuesta afirmativa a ambas preguntas llevaba al diagnóstico de TpA. Los investigadores analizaron 32 polimorfismos de nucleótido simple (SNP) asociados al IMC, o SNPs previamente ligados al IMC.

### ***El gen FTO y comer por atracones***

Los autores reportaron que la prevalencia promedio general de comer por atracones durante la adolescencia fue de 5.6% a la edad de 14 años y de 11.2% a la edad de 16 años, y el comer por atracones era más común en niñas que en niños en ambas edades (7.4% vs 3.5% a los 14 años y 16.1% vs 4.4% a los 16).

Los resultados del estudio de la Dra. Macali y sus colegas sugieren una liga entre un polimorfismo en el gen *FTO* y comer por atracones en los adolescentes. Este factor puede influenciar la ingesta de comida, la selección de comidas y el control sobre el comer. Las niñas dentro o cerca del locus *FTO* parecen estar asociadas con una preferencia por alimentos ricos en energía, mayor ingesta de comida, menor sensibilidad a la señales de saciedad y episodios de pérdida de control al comer.

Los autores notaron que este es el primer estudio que investiga una asociación entre comer por atracones en adolescentes y 32 SNPs que han sido asociados con el IMC, y sugiere que a medida que estudios futuros clarifiquen las correlaciones genéticas de la obesidad, puede ser posible probar más concienzudamente los mecanismos que hay entre comer por atracón, obesidad y el gen *FTO*.

---

## **Combatiendo el Trastorno por Atracón en Minorías Étnicas**

### ***Algunos resultados promisorios de dos estudios en mujeres hispánica y de raza negra***

Las mujeres hispanas y de raza negra tiene un riesgo elevado para el desarrollo de Trastorno por Atracón (TpA), quizás en parte porque estas mujeres también tienen altos rangos de obesidad. Las mujeres de clases minoritarias también son menos propensas a buscar tratamiento para obesidad, y es más frecuente que se retiren de los tratamientos que otros grupos étnicos. Esto puede ser en parte porque el abordaje para el tratamiento tradicional de TpA es menos aceptado entre las mujeres hispanas y de raza negra (*World Psychiatry*. 2007. 6:142).

Con la esperanza de abordar estas tendencias, los investigadores de la Universidad de Texas y de la Universidad de California del Sur diseñaron un programa de intervención comunitaria en el estilo de vida,

*Health is Power (HIP)*. El objetivo de este estudio controlado aleatorio longitudinal fue promover la actividad física y mejorar los hábitos de dieta entre las mujeres de minorías étnicas. (*Appetite*. 2015. 95:269). La Dra. Scherezade K. Mama, DrPh, y sus colegas reclutaron 180 mujeres Afroamericanas e Hispánicas en Houston y Austin, TX y al azar las pusieron en grupo de actividad física o en el grupo de intervención de hábitos alimentarios. Todas las mujeres asistieron a 6 sesiones de intervención en un lapso de 24 semanas. Al inicio, las sesiones de intervención fueron llevadas a cabo dos veces por semana y luego se agendaron mensualmente. Estas sesiones de 60 minutos fueron guiadas por dos educadores en salud entrenados. Durante estas sesiones de intervención las mujeres aprendieron acerca de fijar objetivos, los beneficios de estar físicamente activas, o de comer más frutas y vegetales, de autosuficiencia, soporte social, y formas de prevenir la recaída. El comer en atracón y sus síntomas no fue explícitamente discutido o abordado como parte de la intervención.

En dos momentos, antes de comenzar el estudio y después de haberlo terminado, a las participantes se les tomaron las siguientes medidas antropométricas: estatura, peso, y porcentaje de peso corporal y luego estas medidas fueron computadas para obtener el índice de masa corporal. El nivel de educación, la etnia, y el ingreso del hogar fueron medidos con el Cuestionario de Valoración de la Salud Materno Infantil. Los hábitos de dieta fueron anotados utilizando el National Cancer Institute Fruit and Vegetable Screener, y la medición de ingesta de grasa fue medida con el Examinador de Grasa (Fat Screener). El Examinador de Grasa mide la ingesta usual de grasa en la dieta a lo largo de un año al medir qué tan frecuente el individuo consume 15 alimentos objetivo. También se utilizó la Escala de Alimentación por Atracón.

## Resultados

Las mujeres en este estudio eran de clase socioeconómica relativamente alta, y cerca del 75% eran de raza negra y aproximadamente 25% hispanas. Los autores también reportaron que el 72% de estas mujeres no comían en atracón, 22% comían en atracón y 5% tenían síntomas severos de trastorno por atracón. Las mujeres clasificadas como comedoras por atracón reportaron niveles más altos de consumo de grasas en la dieta que las que no comían en atracón.

Al final de la intervención, los investigadores encontraron que 82% de las mujeres fueron clasificadas como no comedoras en atracón y 18.3% como comedoras por atracón. Esto es, 50% de las mujeres clasificadas como comedoras por atracón en un principio, fueron clasificadas como no comedoras por atracón en el seguimiento. Pocas mujeres en el grupo de estudio de actividad física fueron reclasificadas como no comedoras por atracón en el punto de seguimiento.

Este estudio sugiere que la intervención en el estilo de vida para mejorar la actividad física puede ser una estrategia útil para reducir los síntomas de trastorno por atracón; de acuerdo a los autores, también es lo primero a abordar en el trastorno por atracón entre las mujeres de minorías étnicas. La intervención mejoró la ingesta diaria de frutas y verduras en un promedio de 14%. La composición corporal no tuvo un cambio significativo a pesar de que sí lo tuvieron los síntomas de comer en atracón y los hábitos dietéticos.

Este estudio tuvo algunas limitantes. En su mayoría, dado que el estudio involucró una población de mujeres de un estatus socioeconómico relativamente alto, no es claro si los autores recomiendan que los resultados sean generalizados a otras poblaciones como aquellas de minorías de mejor ingreso económico o a hombres.

---

## Una App para el Monitoreo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

## ***Los celulares inteligentes sirven como una liga útil para poblaciones con poco acceso a tratamiento.***

Era solamente cuestión de tiempo antes de que una aplicación para teléfonos inteligentes fuera desarrollada para proveer de un auto-monitoreo a personas con trastornos de la conducta alimentaria. Tal y como lo reportaron los autores en el *International Journal*, las personas con un trastorno de la conducta alimentaria ahora pueden usar una app de teléfono celular para auto-monitorear sus comidas, emociones, comportamientos y hasta pensamientos (*Int J Eat Disord.* 2015. doi10.1002/eat.22386.[Epub ahead of print]). La app de teléfono celular también incluye sugerencias de habilidades para lidiar con los problemas y puede enlazar a los usuarios con soporte social y retroalimentación. La app (desarrollada por Recovery Record, Inc., Palo Alto, CA), está disponible en dos tiendas de app en Internet. (Ver la historia previa en el sitio de internet de Recovery Record).

Los autores (los desarrolladores de la app, además de los investigadores de Stanford) siguieron el número de descargas, uso, calificaciones del consumidor y calificaciones del Cuestionario de Examinación de Trastornos de la Conducta Alimentaria de 57,940 individuos que se colectaron en cerca de dos años. Cerca de 50% de los usuarios declaró que por el momento no estaban recibiendo tratamiento clínico para su trastorno de la conducta alimentaria, y 33% declaró que nunca le han dicho a nadie acerca de su trastorno de la conducta alimentaria.

Los autores hicieron notar que las apps de teléfonos inteligentes pueden llegar a poblaciones con trastornos de la conducta alimentaria a las que tradicionalmente no se les alcanza. Dado que al menos la mitad de los usuarios no estaban recibiendo tratamiento tradicional para su trastorno de la conducta alimentaria, este abordaje puede alcanzar muchos que no buscan el tratamiento. Los investigadores están correctos en que establecer la efectividad de esta y apps similares en el siguiente paso lógico.

---

## **PREGUNTAS Y RESPUESTAS: Obesidad en Niños: Factores en Edades Tempranas**

**P.** He estado leyendo que más de un tercio de los niños Americanos están obesos o con sobrepeso. Yo sé que la genética juega un papel, pero qué comportamientos específicos pone a los niños pequeños en mayor riesgo de obesidad que otros? (*L.B., Houston*)

**R.** Dos psicólogos, los Drs. Silje Steinsbekk y Lars Wichstrøm, de la Universidad de Ciencias y Tecnología de Noruega, Trondheim, recientemente abordaron esta pregunta. Los clínicos siguieron los cambios de índice de masa corporal (IMC, kg/m<sup>2</sup>) entre 995 niños en Trondheim, Noruega, de 4 a 8 años de edad. Luego ellos analizaron el nivel de apetito, actividad física, y tiempo de ver televisión entre estos niños en tres puntos: a los 4, 6 y 8 años de edad. Todos los 995 niños participaron a los 4 años, y 760 y 687 participaron en las evaluaciones a los 6 y 8 años respectivamente.

Los pesos y estaturas de los niños fueron medidas a las 4, 6 y 8 años de edad y se calcularon sus IMC. El Cuestionario de Conductas Alimentarias de Niños fue utilizado para evaluar los rasgos de apetito a las edad de 6 años. La actividad física fue medida a los 6 años utilizando un acelerómetro, y diariamente se recopiló el tiempo promedio de ver televisión a través de entrevistas a los padres cuando su hijo tenía 6 años. Las ocupaciones de los padres también se recopilaron.

Resultó que la respuesta a la comida fue altamente importante. Los niños con una alta respuesta a la comida a la edad de 6 años tuvieron un incremento escalonado en el IMC de los 6 a los 8 años. También, un mayor incremento de IMC de la edad de 4 a 6 años predijo una mayor respuesta a la comida.

Por lo tanto, la alta respuesta a la comida predice una más rápida ganancia de peso en niños. Sin embargo, ni la respuesta a la saciedad ni la lentitud al comer afectaron el IMC, sugiriendo que los rasgos de apetito previamente pensados que jugaban un papel importante, puede ser que tengan un papel pequeño o ninguno en el desarrollo de la obesidad en las edades infantiles. Interesantemente, la actividad física y el tiempo de ver televisión no estuvieron relacionados al IMC.

Como quiera hubo limitante al estudio. Primero, mientras que el Cuestionario de Conductas Alimentarias de Niños mostró buena validez, no ha sido validado en una muestra en Noruega. Otro posible elemento fue que la evaluación subjetiva de los padres de los rasgos de apetito de sus hijos, que puede reflejar el deseo social más que un reporte exacto y sin sesgos. Además, fueron utilizados diferentes métodos para medir el peso y la estatura en los tres puntos de edades. Los autores añadieron que el incremento en riesgo de obesidad está relacionado a un rebote de adiposidad temprana, alrededor de los 5 años de edad.

Los Drs. Steinsbekk and Wichstrøm concluyeron que los niños cuya forma de comer está disparada por el olor o la vista de los alimentos mostraron prospectivamente un incremento en la ganancia de peso. El exceso de peso y la ganancia de peso también predijeron un comportamiento incrementado de búsqueda de comida, de acuerdo a los autores.

Por lo tanto, los niños cuya forma de comer es fuertemente guiada por el olor y la vista de la comida están en alto riesgo de ganar peso. Quizás este rasgo es una de las formas en que los genes ponen al niño en riesgo de obesidad (¿o de alimentación disfuncional?).

— SC

---

## ***También en esta edición***

- También en esta edición
- Ayuno en Días Alternos y Síntomas de Alimentación Desordenada
- ¿Acaso la Menor Ingesta de Energía Disminuye el Riesgo de Cáncer en Pacientes con AN?
- CBT Via el Internet: ¿Puede ser Efectivo?
- Una liga Genética Es Identificada para Comer por Atracones en la Adolescencia
- Combatiendo TpA en Minorías Etnicas
- Una App para Monitoreo de Trastornos de la Conducta Alimentaria
- P&R: Obesidad en Niños

## **En la edición de Noviembre - Diciembre**

### ● **Pérdida Osea en Anorexia Nervosa**

La Inanición pone al paciente anoréctico en un riesgo incrementado de pérdida de densidad mineral ósea y riesgo serio de fracturas vertebrales. ¿Qué se puede hacer y qué tan exitoso es el actual tratamiento?

### **ADEMAS**

- Relación entre abuso y desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria
- Auto-imagen y trastornos de la conducta alimentaria
- ¿Pueden los patrones de alimentación predecir cambios en la severidad de los trastornos de la

conducta alimentaria?

- Intervenciones parentales tempranas para adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria restrictivos.
- ¿Una intervención para bulimia nervosa utilizando CBT y un videojuego serio?
- y mucho más!

---

Reprinted from: *Eating Disorders Review*

---

**IAEDP**

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