
Eating Disorders Review

Mayo/ Junio 2018

Volumen 29, Número 3

Scott Crow, Editor en Jefe

Una amplia visión: alimentación desordenada en el espectro del autismo

Por Janice Goldschmidt, MS, RD, LDN
Community Support Services, Inc.
Universidad de Maryland College Park, Washington, DC

El trastorno del espectro autista (TEA) es una condición neurobiológica definida por limitaciones en la comunicación y la interacción social. Sin embargo, los aspectos secundarios o complementarios de la condición suelen recibir el mayor interés en la investigación y en la práctica, incluido el procesamiento sensorial atípico y la sobre-selectividad del estímulo.

Los estudios de autismo han mantenido un fuerte enfoque pediátrico a pesar del hecho de que la mayoría de las personas en el espectro son adultos. En consecuencia, ahora está surgiendo un consenso de que durante demasiado tiempo la cohorte de adultos ha sido descuidada, impidiendo una comprensión completa de los patrones relacionados con la salud (incluidos los trastornos de la alimentación) durante la edad adulta.¹

Nuevos estudios, viejas definiciones

Las patologías alimentarias para los niños en el espectro del autismo han sido relativamente bien estudiadas, con una cifra muy citada del 90% de prevalencia para esta cohorte.^{2,3} Un nuevo estudio entre adultos con autismo ha reportado un rango de TA que abarcan del 6% al 17% de esta población.⁴ Sin embargo, nuestra comprensión se ve afectada en gran medida por la forma en que se establecen los criterios de diagnóstico en el *DSM-5*. Aquí, el lenguaje establece que, si un trastorno alimentario es subsidiario de una condición mental, como el autismo, entonces no se justifica un diagnóstico secundario, excepto en ciertas circunstancias (por ejemplo, la presencia de pica) donde los resultados son "suficientemente severos"⁵. Las consecuencias de esto son profundas, ya que previene que los investigadores de autismo determinen las tasas reales de prevalencia. Esto, a su vez, inhibe la discusión sobre cómo los TCA deben conceptualizarse, evaluarse, diagnosticarse o tratarse para esta y otras cohortes con discapacidades.⁶ En consecuencia, los estudios de autismo permanecen en las primeras etapas de dar sentido a estos comportamientos.

Esta visión general analiza la manifestación de estos patrones de alimentación desordenada desde una perspectiva amplia, con los cuales se pueden definir cuatro tipos expansivos de este tipo de alimentación. Cada uno se discute en términos de manifestaciones, importancia clínica y opciones de tratamiento actuales.

Cuatro categorías de una alimentación desordenada en el espectro del autismo

Rigidez conductual

La rigidez conductual es una característica de muchas psicopatologías, incluido el autismo. En la dificultad

de la transición entre actividades, entornos o incluso aspectos internos de la misma tarea, la rigidez del comportamiento a menudo refleja los déficits en la autorregulación. La primera categoría de alimentación desordenada se refiere a este tipo de comportamiento en el contexto de la comida y el consumo. Los comportamientos en el espectro del autismo que entran en esta categoría incluyen antojos de alimentos,⁷ rechazos de alimentos,⁸ y, en particular, una dieta limitada.^{9,10} En este último grupo, tanto un enfoque estrecho en alimentos específicos como una dependencia excesiva en clases específicas de alimentos (por ejemplo, carbohidratos refinados) pueden predominar.

Debido a que estos comportamientos variados no son impulsados por las preocupaciones sobre la forma del cuerpo o el peso, son posicionados como análogos al Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (ARFID, por sus siglas en inglés) en lugar de un trastorno alimentario. La restricción alimenticia en el espectro se ha estudiado a fondo en niños y se ha observado como uno de los patrones predominantes relacionados con la alimentación durante este período del ciclo de vida.¹¹

El tratamiento para la rigidez de los alimentos se basa principalmente en técnicas de comportamiento, especialmente la "extinción de escape", en la que los alimentos se presentan continuamente hasta que se produce la aceptación.¹² Sin embargo, los resultados de los estudios de investigación han demostrado que el aumento de la ingesta total de alimentos ha tenido más éxito en las intervenciones que como un medio para aumentar la variedad de la dieta real.¹³

Anormalidades sensoriales

La segunda categoría de alimentación desordenada y autismo incluye anomalías sensoriales que afectan la audición, la visión, el tacto y el olfato. Para todos estos sistemas, el funcionamiento sensorial atípico probablemente contribuya significativamente a las patologías alimentarias, aunque todavía hay una investigación limitada.¹⁴ Al igual que con la mayoría de los estudios relacionados con el autismo, los niños han sido el foco principal donde se han observado las preferencias orales y las dificultades motoras,¹⁵ junto con anomalías sensoriales más generalizadas.^{16,17} Un pequeño estudio evaluó a los adultos con un mejor funcionamiento por su capacidad de discriminar entre las muestras de sabor.

Aunque se encontró que la población de la muestra era menos precisa para identificar los sabores amargo, dulce y ácido que los controles sanos, fueron comparables a un grupo control en la identificación de alimentos salados.¹⁸

Una revisión de olfato para personas con TEA encontró "posible implicación" de deterioro de los sistemas sensoriales, lo que sugiere que se necesitan más estudios.¹⁹ Las sensibilidades táctiles tempranas también se han propuesto que contribuyen a las preferencias alimenticias específicas.

Desde una perspectiva cualitativa, este tema puede explorarse con más profundidad leyendo las autobiografías y memorias de personas con autismo de alto funcionamiento. Por ejemplo, Stephen Shore, ahora profesor y defensor del autismo, quien recordó haber crecido de la siguiente manera:

Comida marrón o negra no las comía, ya que insistía en que eran venenosas. Los espárragos enlatados eran intolerables debido a su textura viscosa y no comí tomates durante un año después de que un tomate cherry se rompiera en mi boca mientras lo estaba comiendo. La estimulación sensorial de tener esa pequeña pieza de fruta explotando en mi boca era demasiado para soportar y no iba a correr ningún riesgo de que eso vuelva a suceder.

Las zanahorias en ensalada verde y el apio en ensalada de atún me resultan intolerables porque el contraste de textura entre zanahorias o apio y ensalada o atún es demasiado grande. Sin embargo, disfruto comer apio y zanahorias pequeñas por sí mismos. A menudo, como niño, y ahora menos, comía cosas en serie, terminando un artículo en el plato antes de pasar al siguiente.²⁰

Esta capacidad para articular reglas internas ha contribuido a una mejor comprensión de cómo los alimentos (incluido el tamaño del bolo, la textura, el sabor, el color y la forma) pueden afectar los patrones de alimentación de esta población. ^{21,22}

Conductas con riesgos significativos para la salud.

La tercera categoría de los trastornos alimentarios en el espectro autista incorpora un grupo dispar de comportamientos que - debido a los riesgos significativos relacionados con la salud - requieren importantes recursos y personal de apoyo para manejarlos. Este grupo incluye pica, rumiación y comportamientos disruptivos a la hora de comer. ^{23,24} A pesar de la gravedad, no hay guías clínicas para la evaluación o el tratamiento.

Pica, o comer sustancias no nutritivas, se manifiesta en el público en general como un comportamiento discriminante que suele implicar una sola clase de sustancia, por ejemplo, las mujeres embarazadas comer arcilla. En el espectro del autismo, sin embargo, este comportamiento generalmente se manifiesta en patrones de consumo no discriminatorios que probablemente favorezcan la oportunidad.

Se informa que la pica de cigarrillos es el elemento más comúnmente ingerido para esta población, ^{25,26,27} a pesar de que las tasas de nicotina, cafeína y abuso de drogas son actualmente muy bajas. ²⁸

Los productos reportados de haber sido ingerido por individuos con TEA o discapacidad intelectual (DI) en la investigación publicada son increíblemente amplia, e incluyen: la tierra, ^{26,27,29} gis, ³⁰ cigarrillos, ^{31,32} plásticos, ^{27,33-36} espuma, ³⁷ hule, cuerda ^{38,39} papel, ^{26,31,37,40,41} sujetadores de papel, ⁴² bandas elásticas, ^{35,43} prendas ^{26,34,41} tela, ^{38,44} pasto, ⁴⁵ metal, ^{33,44} botones, ^{26,46} cabello, ^{26,34,41} heces, ^{26,40,45,47} vómito, ³⁹ rocas, ^{34,45,47,48} vidrio, ⁴⁵ bombillas rotas, ⁴⁵ insectos, ⁴⁵ pedazos de pintura, ^{27,40} lápices, ⁴⁰ papeleras, ⁴⁶ artículos de tocador, ⁴⁶ productos de limpieza, ²⁷ agujas de coser, ⁴⁶ alquitrán, ⁴⁸ vinilos, ⁴⁹ o guantes de goma, ⁴⁷ alfombras, ^{41,50} almohadillas de espuma, ⁴¹ ambientadores para inodoros, ²⁹ alimentos en mal estado, ³⁹ bolas de naftalina, ²⁹ tubos de plástico, ^{34,35} bolsas de té, ⁴⁶ llaves, ^{34,47} crayones, ³⁴ ramitas, ^{34,47} pilas alcalinas, ^{35,47} jabón, ^{39,47} bolsas de aperitivos sellados, ³⁵ virutas de madera, ⁴⁸ joyas, ³⁵ espuma de poliestireno, ²⁷ granos de café, ³⁹ lociones para después del afeitado, ⁴⁶ aguas de tocador, ³⁹ decoraciones para celebraciones, ⁵¹ y animales muertos. ³⁴

Las tasas más altas de comportamiento de pica en el espectro del autismo, del 26% al 65%, se han documentado en entornos institucionalizados. ⁵² Las tasas se reducen significativamente en las residencias basadas en la comunidad, donde hay un mayor énfasis en la estimulación social; aquí, las tasas publicadas oscilan entre el 0.2% y el 4%. ⁵² Sin embargo, se han utilizado tantas metodologías y definiciones de pica diferentes que el análisis en esta parte de la investigación es difícil. ^{53,54}

El tratamiento para pacientes en el espectro del autismo normalmente aborda la pica como un comportamiento desafiante (CB, por sus siglas en inglés) o como una psicopatología. Los CB se consideran acciones culturalmente anormales que pueden poner en riesgo al individuo (o a quienes le rodean) o que son tan disruptivos que limitan el acceso a la comunidad. ⁵⁵ En su capacidad de afectar la calidad de vida, limitar la independencia y crear un aislamiento social, los CB se encuentran entre los aspectos más estudiados y uno de los más socialmente inaceptables del TEA. ⁵⁶ Los enfoques basados en el aprendizaje son comunes para el tratamiento de CB, e incluyen el Análisis de comportamiento aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), la terapia conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, los modelos de refuerzo y las economías simbólicas.

La pica como psicopatología, generalmente, se basa en explicaciones psicológicas del autismo. ^{57,58} Aunque las condiciones como la ansiedad, la depresión o incluso la psicosis son difíciles de diagnosticar de manera diferencial en una población que es un 40% no verbal, los síntomas psiquiátricos son altamente prevalentes, con tasas de comorbilidad que van del 36% al 81%. ^{57,59,60} Los enfoques farmacológicos para el tratamiento de pica han incluido el uso de inhibidores selectivos de la recaptación

de serotonina (ISRS), a menudo fluoxetina, en base a sus propiedades anti-ansiedad y anti-obsesivas. 30,46,50,61,62 Tanto los antipsicóticos como los antipsicóticos atípicos también se han utilizado en el tratamiento, con una efectividad variada. 63

Si bien los medicamentos son probablemente la modalidad de tratamiento más común para todas las formas de CB, especialmente en adultos, también se han relacionado con la etiología de la pica. Las investigaciones sobre las causas subyacentes de la pica han encontrado que los psicotrópicos y los anticonvulsivos se asocian significativamente con las personas con discapacidad intelectual (DI) que desarrollan pica. 64 También se cree que la medicación neuroléptica tiene un vínculo con la pica, posiblemente debido a la disminución de los cambios del receptor de dopamina postsináptico, lo que puede empeorar el comportamiento. 65

Cualquiera que sea la perspectiva, el tratamiento predominante para el comportamiento de pica fuera de los contextos de investigación es simplemente "a prueba de pica" del entorno del paciente. En los entornos de tratamiento, esto generalmente implica el uso de personal adicional para proteger a un individuo al barrer una sala de posibles elementos pica y al limitar las oportunidades de participar en el comportamiento de pica dentro de la comunidad, en general.

Rumiación

La rumiación también está documentada en el espectro, aunque su prevalencia no se comprende completamente debido a la dificultad de identificar clínicamente esta condición en poblaciones no verbales. Las tasas de rumiación para personas con autismo y DI se estiman en el rango de 6% a 10%. 66 Junto con el riesgo inmediato de aspiración, la rumiación contribuye significativamente al aumento de las tasas de mortalidad 67, así como a las preocupaciones a largo plazo sobre la deshidratación, la malnutrición y la hemorragia gastrointestinal. 68-70 Debido a la naturaleza silenciosa de esta condición y los resultados significativos, la identificación de la rumiación justifica un estudio clínico completo. 66

Los enfoques de tratamiento para la rumiación en el espectro se han centrado en las alimentaciones complementarias para romper el ciclo de regurgitación, el uso de estímulos preferidos y el énfasis de la estimulación globalmente incrementada o alternativa. 71

Comportamientos alimentarios rápidos.

El último grupo de una alimentación desordenada que se observa en el espectro del autismo involucra un rango de conductas alimentarias rápidas 72-75 que se aproximan al trastorno por atracón (TA). El atracón ha sido documentado en adultos institucionalizados con DI a tasas que van del 3% al 42%; en adultos en residencias basadas en la comunidad, se han observado tasas reducidas, que van del 1% al 19%. 53 Hay relativamente una fuerte evidencia anecdótica (y algunas investigaciones) para demostrar que los patrones de consumo rápidos son muy prevalentes en el espectro autista, 72,73,76,77 y más generalmente establecen entre los individuos con trastorno de discapacidad intelectual y del desarrollo (IDD, por sus siglas en inglés). 74

Tradicionalmente, se creía que los riesgos predominantes de la comida rápida estaban relacionados con la aspiración, la asfixia y el aumento de peso mediante el no tomar en cuenta los marcadores de saciedad. Para aquellos con autismo, también es probable que contribuya tanto a la indigestión como al aislamiento social continuo. Una nueva investigación sobre este tema ha documentado una relación entre un alto índice de grasa corporal y una alimentación rápida e hipotetizó una relación debido a la resistencia a la insulina. 78-80

Al diseñar modalidades de tratamiento para todas las poblaciones que abordan el consumo rápido, el desafío radica en superar el hecho de que el alimento de elección en sí mismo refuerza. Por lo tanto, cuanto más rápido coma un individuo, más rápido consumirá, moldeando al consumo rápido. Las estrategias típicas para el tratamiento en el espectro a menudo implican la colocación de personal de

apoyo para entrenar activamente una reducción en la velocidad al masticar. ⁷⁶ Las estrategias más nuevas e innovadoras que utilizan tecnología han incorporado el uso de un localizador inalámbrico para indicar el consumo a intervalos fijos. Se ha encontrado que este enfoque reduce la tasa de consumo en adolescentes en el espectro ⁷⁷ y en varios estudios de casos de adolescentes ^{76,77}, pero actualmente no se usa ampliamente.

La alimentación rápida, como se manifiesta en el trastorno por atracón compulsivo (TA), se incluyó por primera vez en el *DSM-5* y ahora es el trastorno alimentario más común en los Estados Unidos. Desde la perspectiva de un diagnóstico formal, el BED se considera idiopático y se define por la ausencia de comportamientos compensatorios como AN o BN concurrentes.

Los criterios formales de diagnóstico de TA demuestran las dificultades de aplicar el lenguaje *DSM-5* a las personas con autismo, incluso cuando el comportamiento es altamente prevalente. Debido a los déficits de comunicación y la alexitimia, la aplicabilidad de los criterios estipulados para el TA requeriría traducir los síntomas subjetivos a los signos objetivos. Ajustando estos criterios (ver *Tabla 1*) es posible crear estándares aplicables que capturen comportamientos manifestados en personas con autismo. La única excepción a esto es la identificación de "disgusto, depresión o culpa", que sería imposible de identificar para muchas personas en el espectro. Del mismo modo, la vergüenza para muchas personas sería imposible de etiquetar, pero el robo de alimentos es un comportamiento comúnmente observado y puede ser otro medio para llegar a este criterio. ⁸²

Tabla 1: Transformación del lenguaje *DSM* en criterios aplicables para el autismo

| DSM-5 Criterios subjetivos | Criterios de objetivos alterados para abordar el autismo |
|---|---|
| Comer más rápido de lo normal | Comer rápidamente |
| Comer hasta estar incómodamente lleno | Comer cuando hay comida disponible |
| Comer cuando no tiene hambre o cuando está lleno | Comiendo demasiado |
| Sentimientos de disgusto, depresión o culpa después del consumo | No se puede ajustar |
| Comer solo debido a la vergüenza | Robando comida |

Aunque la Terapia de Comportamiento Cognitivo ha encontrado una aceptación generalizada para el tratamiento de TA en el público en general, solo se ha usado con la cohorte de mayor funcionamiento en el espectro del autismo. Incluso aquí, se encontró que los sujetos tenían dificultades para captar la reestructuración cognitiva y organizarse en varias secciones. También surgieron dudas y preocupaciones con respecto al mantenimiento de los cambios de comportamiento y las habilidades de generalización. ⁸³

Un desafío para profesionales de TCA

Esta amplia visión de la alimentación desordenada en el espectro del autismo deja en claro que estos comportamientos se manifiestan ampliamente y requieren recursos significativos en términos de tiempo y atención del personal. A pesar de esto, la comprensión clínica en términos de evaluación y tratamiento sigue siendo limitada. La alimentación desordenada en el espectro del autismo es claramente un nuevo horizonte para los profesionales de los trastornos alimentarios, que tienen las habilidades y el conocimiento para hacer una gran contribución a esta población en riesgo.

Referencias.

1. Goldschmidt J, Song HJ. At-Risk and Underserved: A Proposed Role for Nutrition in the Adult Trajectory of

- Autism. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115(7):1041-1047.
2. Volkert VM, Vaz PC. Recent studies on feeding problems in children with autism. *J Appl Behav Anal*. 2010;43(1):155-159.
 3. Kodak T, Piazza CC. Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17(4):887-905, x-xi.
 4. Howlin P, Magiati I. Autism spectrum disorder: outcomes in adulthood. *Current Opinion in Psychiatry*. 2017;30(2):69-76.
 5. American Psychiatric Association. *Feeding and eating disorders: DSM-5 selections*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2016.
 6. Jones C, Samuel, J. The diagnosis of eating disorders in adults with learning disabilities: conceptualisation and implications for clinical practice. *European Eating Disorders Review*. 2010;18(5):352-366.
 7. Raiten DJ, Massaro T. Perspectives on the nutritional ecology of autistic children. *J Autism Dev Disord*. 1986;16(2):133-143.
 8. Cermak SA, Curtin C, Bandini LG. Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *J Am Diet Assoc*. 2010;110(2):238-246.
 9. Cermak SA, Curtin C, Bandini LG. Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *J Am Diet Assoc*. 2010;110(2):238-246.
 10. Fodstad JC, Matson JL. A comparison of feeding and mealtime problems in adults with intellectual disabilities with and without autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2008;20(6):541-550.
 11. Lucarelli J, Pappas D, Welchons L, Augustyn M. Autism spectrum disorder and avoidant/restrictive food intake disorder. *J Dev Behav Pediatr*. 2017;38(1):79-80.
 12. Patel MR, Piazza CC, Martinez CJ, Volkert VM, Christine MS. An evaluation of two differential reinforcement procedures with escape extinction to treat food refusal. *J Appl Behav Anal*. 2002;35(4):363-374.
 13. Marshall J, Ware R, Ziviani J, Hill RJ, Dodrill P. Efficacy of interventions to improve feeding difficulties in children with autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Child Care Health Dev*. 2015;41(2):278-302.
 14. Crane L, Goddard L, Pring L. Sensory processing in adults with autism spectrum disorders. *Autism*. 2009;13(3):215-228.
 15. Marshall J, Hill RJ, Ware RS, Ziviani J, Dodrill P. Clinical characteristics of 2 groups of children with feeding difficulties. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;62(1):161-168.
 16. Leekam SR, Nieto C, Libby SJ, Wing L, Gould J. Describing the sensory abnormalities of children and adults with autism. *J Autism Dev Disord*. 2007;37(5):894-910.
 17. Kern JK, Trivedi MH, Grannemann BD, et al. Sensory correlations in autism. *Autism*. 2007;11(2):123-134.
 18. Tavassoli T, Baron-Cohen S. Taste identification in adults with autism spectrum conditions. *J Autism Dev Disord*. 2012;42(7):1419-1424.
 19. Tonacci A, Billeci L, Tartarisco G, et al. Olfaction in autism spectrum disorders: A systematic review. *Child Neuropsychol*. 2017;23(1):1-25.
 20. Shore SM. *Beyond the wall : personal experiences with autism and Asperger syndrome*. 2nd ed. Shawnee Mission, Kan.: Autism Asperger Pub.; 2003.
 21. Patel MR, Piazza CC, Layer SA, Coleman R, Swartzwelder DM. A systematic evaluation of food textures to decrease packing and increase oral intake in children with pediatric feeding disorders. *J Appl Behav Anal*. 2005;38(1):89-100.
 22. Munk DD, Repp AC. Behavioral assessment of feeding problems of individuals with severe disabilities. *J Appl Behav Anal*. 1994;27(2):241-250.
 23. Ahearn WH, Castine T, Nault K, Green G. An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder-not otherwise specified. *J Autism Dev Disord*. 2001;31(5):505-511.
 24. Marshall J, Hill RJ, Ziviani J, Dodrill P. Features of feeding difficulty in children with Autism Spectrum Disorder. *Int J Speech Lang Pathol*. 2013.
 25. LeBlanc L, Feeney, B., Bennett, C. Pica. In: Fisher JE, O'Donohue WT, eds. *Practitioner's guide to evidence based psychotherapy*. New York, NY: Springer; 2006:542-549.
 26. McAlpine C, Singh NN. Pica in institutionalized mentally retarded persons. *J Ment Defic Res*. 1986;30 (Pt 2):171-178.
 27. McCord BE, Grosser JW, Iwata BA, Powers LJ. An analysis of response-blocking parameters in the prevention of pica. *J Appl Behav Anal*. 2005;38(3):391-394.
 28. McGuire BE, Daly P, Smyth F. Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2007; 51:497-510.
 29. Byard RW. A review of the forensic implications of pica. *J Forensic Sci*. 2014;59(5):1413-1416.

30. Bhatia MS, Gupta R. Pica responding to SSRI: an OCD spectrum disorder? *World J Biol Psychiatry*. 2009;10(4 Pt 3):936-938.
31. Matson JL, Bamburg JW. A descriptive study of pica behavior in persons with mental retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 1999;11(4):353-361.
32. Piazza CC, Hanley GP, Fisher WW. Functional analysis and treatment of cigarette pica. *J Appl Behav Anal*. 1996;29(4):437-449; quiz 449-450.
33. Falcomata TS, Roane HS, Pabico RR. Unintentional stimulus control during the treatment of pica displayed by a young man with autism. *Res Autism Spectr Disord*. 2007;1(4):350-359.
34. Piazza CC, Fisher WW, Hanley GP, et al. Treatment of pica through multiple analyses of its reinforcing functions. *J Appl Behav Anal*. 1998;31(2):165-189.
35. Williams DE, Kirkpatrick-Sanchez S, Enzinna C, Dunn J, Borden-Karasack D. The clinical management and prevention of pica: A retrospective follow-up of 41 individuals with intellectual disabilities and pica. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2009;22(2):210-215.
36. Delaney CB, Eddy KT, Hartmann AS, Becker AE, Murray HB, Thomas JJ. Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. *Int J Eat Disord*. 2014.
37. Bogart LC, Piersel WC, Gross EJ. The long-term treatment of life-threatening pica – A case-study of a woman with profound mental-retardation living in an applied setting. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 1995;7(1):39-50.
38. Pace GM, Toyer EA. The effects of a vitamin supplement on the pica of a child with severe mental retardation. *J Appl Behav Anal*. 2000;33(4):619-622.
39. Swift I, Paquette D, Davison K, Saeed H. Pica and trace metal deficiencies in adults with developmental disabilities. *British Journal of Developmental Disabilities*. 1999;45(89):111-117.
40. Hagopian LP, Adelinis JD. Response blocking with and without redirection for the treatment of pica. *Journal of applied behavior analysis*. 2001;34(4):527-530.
41. Kern L, Starosta K, Adelman BE. Reducing pica by teaching children to exchange inedible items for edibles. *Behav Modif*. 2006;30(2):135-158.
42. Carter SL. Treatment of pica using a pica exchange procedure with increasing response effort. *Education and Training in Developmental Disabilities*. 2009;44(1):143-147.
43. Boris NW, Hagino OR, Steiner GP. Case study: hypersomnolence and precocious puberty in a child with pica and chronic lead intoxication. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(8):1050-1054.
44. Grewal P, Fitzgerald B. Pica with learning disability. *J R Soc Med*. 2002;95(1):39-40.
45. Fisher WW, Piazza CC, Bowman LG, Kurtz PF, Sherer MR, Lachman SR. A preliminary evaluation of empirically derived consequences for the treatment of pica. *J Appl Behav Anal*. 1994;27(3):447-457.
46. Jawed SH, Krishnan VHR, Prasher VP, Corbett JA. Worsening of pica as a symptom of depressive-illness in a person with severe mental handicap. *Br J Psychiatry*. 1993; 162:835-837.
47. Piazza CC, Roane HS, Keeney KM, Boney BR, Abt KA. Varying response effort in the treatment of pica maintained by automatic reinforcement. *J Appl Behav Anal*. 2002;35(3):233-246.
48. Ricciardi JN, Luiselli JK, Terrill S, Reardon K. Alternative response training with contingent practice as intervention for pica in a school setting. *Behavioral Interventions*. 2003;18(3):219-226.
49. Kamal I, Thompson J, Paquette DM. The hazards of vinyl glove ingestion in the mentally retarded patient with pica: New implications for surgical management. *Can J Surg*. 1999;42(3):201-204.
50. Herguner S, Ozyildirim I, Tanidir C. Is Pica an eating disorder or an obsessive-compulsive spectrum disorder? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008;32(8):2010-2011.
51. Mitteer DR, Romani PW, Greer BD, Fisher WW. Assessment and treatment of pica and destruction of holiday decorations. *J Appl Behav Anal*. 2015;48(4):912-917.
52. Ashworth M. "Pica among persons with intellectual disability: Prevalence, correlates, and interventions. University of Waterloo (Canada)2007.
53. Gravestock S. Eating disorders in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2000; 44:625-637.
54. Ashworth M. "Pica among persons with intellectual disability: Prevalence, correlates, and interventions. 2007.
55. Emerson E, Kiernan C, Alborz A, et al. The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Res Dev Disabil*. 2001;22(1):77-93.
56. Lloyd BP, Kennedy CH. Assessment and treatment of challenging behaviour for individuals with intellectual disability: a research review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2014;27(3):187-199.
57. Davis TE, Hess JA, Moree BN, et al. Anxiety symptoms across the lifespan in people diagnosed with Autistic Disorder. *Research in autism spectrum disorders*. 2011;5(1):112-118.
58. Joshi G, Wozniak J, Petty C, et al. Psychiatric Comorbidity and functioning in a clinically referred population of

- adults with autism spectrum disorders: A comparative study. *J Autism Dev Disord.* 2013;43(6):1314-1325.
59. Bradley EA, Summers JA, Wood HL, Bryson SE. Comparing rates of psychiatric and behavior disorders in adolescents and young adults with severe intellectual disability with and without autism. *J Autism Dev Disord.* 2004;34(2):151-161.
60. Tsakanikos E, Costello H, Holt G, Bouras N, Sturmey P, Newton T. Psychopathology in adults with autism and intellectual disability. *J Autism Dev Disord.* 2006;36(8):1123-1129.
61. Kinnell HG. Pica as a feature of autism. *Br J Psychiatry.* 1985;147(JUL):80-82.
62. Bell KE, Stein DM. Behavioral treatments for pica – A review of empirical studies. *Int J Eat Disord.* 1992;11(4):377-389.
63. Herguner A, Herguner S. Pica in an adolescent with autism spectrum disorder responsive to aripiprazole. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2016;26(1):80-81.
64. Danford DE, Huber AM. Pica among mentally retarded adults. *Am J Ment Defic.* 1982;87(2):141-146.
65. Singh NN, Ellis CR, Crews WD, Singh YN. Does diminished dopaminergic neurotransmission increase pica? *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 1994;4(2):93-99.
66. Rogers B, Stratton P, Victor J, Kennedy B, Andres M. Chronic regurgitation among persons with mental retardation: a need for combined medical and interdisciplinary strategies. *Am J Ment Retard.* 1992;96(5):522-527.
67. Rast J, Johnston JM, Drum C, Conrin J. The relation of food quantity to rumination behavior. *J Appl Behav Anal.* 1981;14(2):121-130.
68. Fredericks DW, Carr JE, Williams WL. Overview of the treatment of rumination disorder for adults in a residential setting. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1998;29(1):31-40.
69. Starin SP, Fuqua RW. Rumination and vomiting in the developmentally disabled: a critical review of the behavioral, medical, and psychiatric treatment research. *Res Dev Disabil.* 1987;8(4):575-605.
70. Singh NN. Rumination. In: Ellis NR, ed. *International Review of Research in Mental Retardation.* Vol Volume 10. New York: Academic Press; 1981.
71. Luiselli JK. Behavioral treatment of rumination: Research and clinical applications. *J Appl Behav Anal.* 2015;48(3):707-711.
72. Anglesea MM, Hoch H, Taylor BA. Reducing rapid eating in teenagers with autism: use of a pager prompt. *J Appl Behav Anal.* 2008;41(1):107-111.
73. Echeverria F, Miltenberger RG. Reducing Rapid Eating in Adults With Intellectual Disabilities. *Behavioral Interventions.* 2013;28(2):131-142.
74. Favell JE, McGimsey JF, Jones ML. Rapid Eating in The Retarded – Reduction by Nonaversive Procedures. *Behav Modif.* 1980;4(4):481-492.
75. Wright CS, Vollmer TR. Evaluation of a treatment package to reduce rapid eating. *Journal of applied behavior analysis.* 2002;35(1):89-93.
76. Page SV, Griffith K, Penrod B. Reduction of Rapid Eating in an Adolescent Female with Autism. *Behavior Analysis in Practice.* 2017;10(1):87-91.
77. Valentino AL, LeBlanc LA, Raetz PB. Evaluation of stimulus intensity fading on reduction of rapid eating in a child with autism. *J Appl Behav Anal.* 2018;51(1):177-182.
78. Yaguchi-Tanaka Y, Kawagoshi Y, Sasaki S, Fukao A. Cross-Sectional Study of Possible Association between Rapid Eating and High Body Fat Rates among Female Japanese College Students. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo).* 2013;59(3):243-249.
79. Otsuka R, Tamakoshi K, Yatsuya H, et al. Eating fast leads to obesity: findings based on self-administered questionnaires among middle-aged Japanese men and women. *J Epidemiol.* 2006;16(3):117-124.
80. Otsuka R, Tamakoshi K, Yatsuya H, et al. Eating fast leads to insulin resistance: findings in middle-aged Japanese men and women. *Prev Med.* 2008;46(2):154-159.
81. Azrin NH, Kellen MJ, Ehle CT, Brooks JS. Speed of eating as a determinant of bulimic desire to vomit: a controlled study. *Behav Modif.* 2006;30(5):673-680.
82. Mannion A, Leader G. Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Res Autism Spectr Disord.* 2013;7(12):1595-1616.
83. Spain D, Sin J, Chalder T, Murphy D, Happe F. Cognitive behaviour therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: A review. *Res Autism Spectr Disord.* 2015; 9:151-162.

Janice Goldschmidt, MS,RD,LDN

Ha trabajado con personas con IDD durante la última década, y ha escrito y presentado su trabajo en una variedad de formatos profesionales. Recibió su Maestría en Nutrición de la Universidad de Maryland-College Park, donde inicialmente desarrolló su programa para el desarrollo de habilidades de preparación

de alimentos, *Active Engagement*. Como Directora de Servicios de Nutrición en Community Support Services, Inc. (Gaithersburg, MD), ella ha continuado desarrollando *Active Engagement*, que ahora incluye muchos contextos diferentes para guiar a personas con IDD y autismo hacia habilidades de cocina independientes. Ella también ha trabajado en la identificación, clasificación y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en esta población.

Desde el escritorio: dos trastornos en búsqueda de una definición oficial

En este número, nos referimos a dos trastornos de la conducta alimentaria que aún se están definiendo a medida que continúa la investigación: trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (ARFID, por sus siglas en inglés) y trastorno por espectro autista (ASD, por sus siglas en inglés). Como señala Janice Goldschmidt en nuestro artículo principal, **Una amplia visión: alimentación desordenada en el espectro del autismo**, durante demasiado tiempo la atención se ha centrado en los niños con autismo, y la cohorte de autismo adulto ha sido descuidada. Esto ha impedido una comprensión completa de los patrones de TEA relacionados con la salud (incluidos los trastornos de la alimentación) durante los años adultos. El artículo ayuda a crear conciencia sobre cuatro categorías distintas de trastornos alimentarios en el espectro del autismo. Y, en **¿ARFID: TCA o Trastorno de la ingestión de alimentos. - TIA?** los psicólogos de la Florida State University sugieren ver ARFID como un trastorno de la conducta alimentaria y un trastorno de la ingestión de alimentos, sugiriendo que la distinción depende de la presentación clínica individual.

Finalmente, en el reciente Simposio de iaedp en Orlando, el Dr. Anthony Orsini recurrió a un área a menudo difícil para quienes tratan los trastornos alimentarios. **Cuando tiene que dar las malas noticias** informa sobre un programa innovador que el Dr. Orsini desarrolló para capacitar a los profesionales de la salud para comunicarse de manera más directa y humana cuando el tratamiento no está funcionando y el pronóstico del paciente puede ser deficiente.

— MKS

Actualización: Anomalías cardíacas entre hombres jóvenes con AN

La anorexia nerviosa afecta el corazón al disminuir su masa y función. Según un informe reciente en la Conferencia Internacional sobre Trastornos Alimentarios en Boston, los hombres jóvenes con el subtipo anorexia nerviosa restrictiva (ANR) tienen disminuciones anormales en la masa cardíaca del ventrículo izquierdo, con cambios en el llenado diastólico, pero sin cambios estadísticamente significativos en la función ventricular izquierda. Antonio Bano-Rodrigo, MD, PhD e investigadores de Universitario Nino Jesús, Madrid, y la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, realizaron estudios ecocardiográficos en 40 pacientes varones diagnosticados con ANR y un grupo de control de 40 hombres adolescentes sanos. Ambos grupos de estudio tenían entre 9 y 20 años de edad.

El Dr. Bano-Rodrigo reportó que los hombres con ANR tenían índices de masa corporal (IMC) por debajo de $19 \pm 1.7 \text{ kg/m}^2$ (promedio: $16 \pm 1.7 \text{ kg/m}^2$), mientras que el IMC promedio para el grupo control era $20.8 \pm 2.3 \text{ kg/m}^2$. M-modo y color-Doppler-ecocardiografía se realizaron para todos los sujetos.

Se analizaron las ondas de afluencia Mitral E y A, así como la razón E/A para todos los pacientes, calculándose la función ventricular izquierda para cada uno de ellos. Las ondas diastólicas E y A fueron anormalmente bajas, un hallazgo estadísticamente significativo, con un incremento de la razón E/A, en

comparación con los controles. Mientras tanto, la función ventricular izquierda fue normal en ambos grupos. Los hallazgos fueron similares a los observados con ANR. Los autores recomiendan hacer un seguimiento de todos los pacientes con estas anomalías para determinar la gravedad de los cambios en el sistema cardiovascular.

ARFID: ¿un trastorno de la conducta alimentaria o un trastorno de la ingesta de alimentos?

Desenredando la superposición entre los dos trastornos.

El trastorno de la ingesta evitativo/restrictivo (ARFID, por sus siglas en inglés) se incluye como diagnóstico actual en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5)* Las Dras. Grace A Kennedy, Madeline R. Wick y Pamela K. Keel, Florida State University revisaron recientemente la literatura médica de los últimos 3 años para comparar las similitudes y diferencias de ARFID con respecto a los trastornos alimentarios y el trastorno de la ingestión de alimentos (TIA) (*F1000Research* 2018,7) (F1000 Faculty Rev) doi: 10.12668/f1000research.13110)

Los autores exploraron el desacuerdo general acerca de cómo se debe categorizar el trastorno: algunos proponen que el ARFID se considere un trastorno alimentario; sin embargo, otros sugieren que el ARFID es en realidad un trastorno de la ingestión de alimentos que se agrupa mejor en la misma categoría amplia que el trastorno de pica y rumiación. Hasta hace poco, ARFID se ha agrupado en esa amplia categoría. (Véase también el artículo principal, "**Una visión amplia: alimentación desordenada en el espectro del autismo**")

¿Un trastorno de la ingestión de alimentos (TIA)?

Usando su definición oficial, ARFID puede diagnosticarse solo cuando no hay preocupación por el peso o la figura. También está la cuestión de la alimentación por sonda nasogástrica en ARFID frente a AN o BN: los niños con ARFID son más propensos a aceptar el uso de alimentación por sonda nasogástrica que los pacientes con trastornos alimentarios. Los pacientes jóvenes con ARFID tienen menos ansiedad sobre la ingesta de calorías y mucho más miedo a la asfixia. Los patrones de tratamiento difieren: los niños con ARFID son más jóvenes cuando comienzan el tratamiento y es menos probable que se remitan a sí mismos para el tratamiento en comparación con los niños con AN o BN.

¿Un trastorno de la conducta alimentaria?

También se podría argumentar que el ARFID es un trastorno alimentario. Los niños con ARFID generalmente tienen bajo peso y, como tal, se cree que requieren un equipo multidisciplinario. Al igual que los niños y adolescentes con AN, aquellos con ARFID tienen reglas estrictas sobre lo que pueden y no pueden comer. Muchos aspectos del tratamiento son similares y algunas revisiones del tratamiento ofrecen poca diferencia, aunque no está completamente claro si esto representa los patrones de tratamiento tal como existen actualmente o las necesidades del mismo de las personas con AN o ARFID.

La transición ocurre. En un estudio, el 12% de los pacientes con ARFID pasaron a un diagnóstico de AN (*Int J Eat Disord.* 2014; 47: 495) Los autores señalan similitudes específicas con la AN no grasa, pero señalan que los niños con ARFID quieren aumentar de peso en lugar de perderlo. También hay una diferencia de género, con un mayor porcentaje de niños que de niñas con ARFID, a diferencia de los pacientes con AN o BN.

Tomando una nueva visión

Por último, los autores sugieren visualizar ARFID como un TCA y un trastorno de la ingestión de alimentos (TIA) De hecho, ARFID "representa el eslabón perdido entre estos diferentes tipos de

¿Cuándo tienes que dar malas noticias?

Un programa práctico ayuda a los clínicos a evitar ser un "Google Doc".

Según Anthony J. Orsini, DO, médico neonatal y perinatal de Orlando, FL, una mala experiencia con un clínico descuidado o distraído puede ser casi tan dañino para los pacientes y sus familias como un pronóstico grave. El Dr. Orsini es el creador del programa *Breaking Bad News* (BBN, por sus siglas en inglés), un programa de capacitación que ayuda a los profesionales de la salud a mejorar la comunicación compasiva con los pacientes y sus familias. El Dr. Orsini fue un orador invitado en el reciente simposio de iaedp en Orlando, FL.

El Dr. Orsini explicó que solo alrededor del 10% de los clínicos tienen algún entrenamiento formal para lidiar con la entrega de malas noticias a las familias, y la mayoría no se siente preparada para este desafío e incluso le teme. Parte de la vacilación y el miedo implica ansiedad por cometer errores o ser malentendido. Señaló que los agentes de policía en realidad tienen más capacitación que los médicos sobre cómo comunicarse compasivamente con las familias cuando un ser querido tiene una crisis y el pronóstico es malo.

El Dr. Orsini desarrolló el curso de BBN para ayudar a cambiar esto. En el programa, los profesionales de la salud participan en sesiones de capacitación improvisadas con actores profesionales. Las sesiones son grabadas en video y vistas de forma remota por un panel de médicos capacitados e instructores no médicos. Los participantes luego miran las cintas de video de sus sesiones con los médicos e instructores. En los últimos 5 años, se han capacitado más de 600 residentes y médicos y profesionales en muchas especialidades; este año, 120 profesionales de la salud en 5 estados están programados para la capacitación de BBN.

Cambiando una cultura de neutralidad desde hace mucho tiempo

El Dr. Orsini notó que desde finales del siglo pasado y hasta tiempos recientes, a los clínicos se les ha enseñado a ser neutrales o distantes cuando se trata de familias en crisis. Desde el modelo original de los médicos como reconfortadores, la dirección moderna ha sido ser más distante y científica. Hay muchas razones para esto, como la falta de maestros y modelos de conducta y sobre todo, la falta de capacitación en la entrega de malas noticias. La falta de comunicación compasiva conduce a mensajes mixtos. El Dr. Orsini señaló que, al igual que W.C. Fields, dijo: "Todo está en la entrega".

Costos de atención médica para el tratamiento del Trastorno por Atracón.

El retraso en el diagnóstico llevó a un aumento en espiral de los costos en un estudio sueco.

El trastorno por atracón (TA), el trastorno alimentario más común, se reconoció como un diagnóstico formal en el *DSM-5*. La prevalencia de vida del TA es 3.5% entre las mujeres y 2.0% entre los hombres. TA se asocia con obesidad, diabetes tipo 2 y suicidio.

Un nuevo estudio controlado ha evaluado el uso y los costos de atención médica entre las personas con TA en comparación con los controles. Los autores plantearon la hipótesis de que las personas con TA tendrían costos de atención médica significativamente más altos, en los años antes de que se detecte el

trastorno. De acuerdo con los autores, el aumento en el uso y los costos involucrados en el tratamiento de pacientes con TA se pueden rastrear hasta pistas a menudo olvidadas para el diagnóstico, lo que lleva a demoras prolongadas en el tratamiento.

La Dra. Hunna J. Watson of the University of North Carolina, Chapel Hill y sus colegas estudiaron una gran muestra poblacional de pacientes extraídos de la información del registro nacional sueco. Su estudio utilizó un diseño de casos control y un registro nacional de todas las personas diagnosticadas con TA en clínicas de trastornos alimentarios en Suecia entre 2005 y 2009. El grupo de estudio incluyó 319 pacientes con TA (edad promedio: 22 años) emparejados con 10 controles para cada paciente (n = 3190), emparejados por sexo, edad y lugar de nacimiento (*J Psychosomat Res.* 2018; 108: 47). Todos los participantes en el estudio nacieron entre 1979 y 1993. Las admisiones para pacientes internados y las visitas ambulatorias en el hospital provenían del *Swedish National Patient Register*; el uso y gasto de medicamentos recetados se obtuvieron del *Swedish Prescribed Drug Register*, el cual cuenta con más del 99% de los datos de todos los medicamentos recetados y surtidos en Suecia desde el 1 de julio de 2005. Una fortaleza particular de este estudio fue que los autores tenían la capacidad para mirar hacia atrás 8 años de los costos antes del diagnóstico de TA.

El aumento de los costos fue la norma

Los resultados mostraron que los costos de pacientes hospitalizados, ambulatorios y de medicamentos para las personas con TA eran más altos que para las personas sin un diagnóstico de este trastorno alimentario. Durante varios años antes de su diagnóstico, este aumento fue también mayor para los participantes de TA. De particular importancia, aunque los costos del tratamiento psiquiátrico fueron elevados en los años posteriores al diagnóstico de TA, los costos del tratamiento médico en realidad disminuyeron en los años posteriores al diagnóstico. Esto sugiere, no solo que el TA está asociado con complicaciones médicas, sino también que identificar y tratar el TA puede ayudar a aminorar los costos médicos, presumiblemente al mejorar las comorbilidades médicas.

Una limitación de este estudio es que utilizó una perspectiva de tercero pagador. Es decir, los costos se calcularon desde la perspectiva de un servicio nacional de salud de una compañía de seguros. Como tal, los costos incurridos por el individuo (los costos de viaje para el tratamiento, los costos de los alimentos relacionados con los atracones, etc.) no se incluyeron. Por un lado, esto significa que puede haber costos elevados adicionales en el tiempo previo al diagnóstico y, potencialmente, con un tratamiento exitoso, una mayor disminución en los mismos en procedimientos posteriores. Por lo tanto, los resultados pueden minimizar los beneficios potenciales del diagnóstico y tratamiento de TA. Por otro lado, el uso de una perspectiva de un tercero pagador también puede ser una fortaleza del estudio. La razón de esto es que las decisiones críticas relacionadas con la cobertura del tratamiento de TA son hechas por terceros pagadores. Así, de una manera práctica, la perspectiva de un tercero pagador es particularmente importante, y, uno esperaría, especialmente impactante.

Mejorar la detección más temprana del TA y tratar los síntomas a medida que surgen, puede mejorar los resultados de salud y reducir el costo de la atención, según los autores.

Cuando los adolescentes hacen demasiado ejercicio, con demasiada frecuencia.

Investigadores suecos descubren vínculos entre el ejercicio excesivo y el riesgo de un trastorno alimentario.

Al igual que una balanza, el ejercicio tiene muchos beneficios, pero cuando se vuelve compulsivo y está

relacionado con las preocupaciones sobre el peso o la apariencia física, el equilibrio puede inclinarse a un mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

¿Cómo se distingue entre el ejercicio saludable y aquel que no lo es? Un equipo de psicólogos suecos estudió las variables relacionadas con el ejercicio compulsivo en adolescentes, niñas y niños sanos, utilizando el *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB) y el *Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q). Sin embargo, señalaron que en una ocupada práctica de atención primaria o en un entorno de servicio de salud escolar, estas medidas a menudo requieren demasiado tiempo para ser prácticas. En cambio, existe la necesidad de un enfoque alternativo, más breve, para evaluar el ejercicio compulsivo y el riesgo de trastornos alimentarios. Al final de su estudio, el equipo sueco desarrolló un conjunto simplificado de preguntas relacionadas con el ejercicio para ser utilizadas en la atención primaria y en los entornos de salud escolar (*Tabla 1*)

La Dra. Emma Forsén Mantilla y sus colegas del Karolinska Institute and Stockholm Health Care Services, Estocolmo, Suecia, también examinaron ítems específicos de género para generar las mejores preguntas posibles para niños y niñas (*Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15: 797), ya que el trabajo previo había mostrado diferencias de género en los patrones de ejercicio. Los autores trataron de aprender más sobre las formas en que el ejercicio compulsivo afecta a niños y niñas. Un estudio previo mostró que, para ambos sexos, ser altamente autocrítico era común entre niños y niñas, pero más fuerte entre las niñas que entre los niños (*Eat Behav* 2014; 15: 125) En otro estudio, el perfeccionismo impuesto por otros parecía ser importante para los niños, pero no para las niñas (*Int J Eat Disord*. 2011; 44: 655)

Los investigadores trataron de identificar ítems EDE-Q efectivos para cada género que se relacionan con el ejercicio compulsivo y para dar información sobre su importancia psicológica. Como la autocrítica no está incluida en el EDE-Q, pero parece fundamental para el ejercicio compulsivo, también se utilizó el cuestionario SASB.

Los sujetos fueron reclutados de escuelas en una comunidad sueca. El grupo final incluyó a 482 adolescentes, 244 niños y 238 niñas, todos entre 12 y 15 años de edad. Si bien no se registró el índice de masa corporal (IMC; kg/m²), el normal para este grupo de edad en Suecia oscila entre 17.6 y 18.9 kg/m² para los niños y 17.9 a 19.1 kg/m² para las niñas.

Características del grupo

El ejercicio compulsivo se encontró en 135 personas (28%) y fue más común entre las niñas que entre los niños (35% frente a 21%, respectivamente). El ejercicio compulsivo se asoció significativamente con los síntomas de los trastornos alimentarios y las niñas reportaron más síntomas que los niños. Los adolescentes que señalaron que se ejercitaban excesivamente tenían, en promedio, niveles 3 veces más altos de síntomas de un trastorno alimentario, que los adolescentes que no informaron dicho ejercicio excesivo. Entre ambos sexos, los ítems del cuestionario relacionados con las preocupaciones sobre el peso corporal y la restricción dietética se relacionaron con el uso del ejercicio compulsivo.

Las preocupaciones difieren según el género

Una diferencia entre los géneros era que, aunque el miedo al aumento de peso era importante para las niñas, la insatisfacción con el peso, que incluye cuestiones sobre la forma y la musculatura, así como la insatisfacción con la delgadez, era más importante para los niños. Los niños y las niñas compartían el deseo de perder peso, el uso de la restricción dietética, la insatisfacción con el peso y la forma, así como el malestar al exponer el cuerpo.

Al final de su estudio, los autores desarrollaron preguntas eficientes para examinar el ejercicio excesivo sospechado entre adolescentes (ver *Tabla 1*) Se usa una pregunta inicial tanto para niños como para niñas y luego surgen más preguntas específicas de género.

Tabla 1. Preguntas para adolescentes con sospecha de usar ejercicio compulsivo

Sondeando Ejercicio compulsivo (**ambos sexos**): ¿Haces mucho ejercicio? ¿Cómo te hace sentir si no puedes hacer ejercicio cómo quieres? ¿Te ejercitas incluso cuando estás enfermo o herido?

| Chicas | Chicos |
|---|--|
| <p>Tema 1: ¿Temes mucho a aumentar de peso o a engordar? ¿Qué significa para ti, tener más peso?</p> <p>Tema 2:</p> <p>¿Has intentado comer menos para afectar tu peso o tu figura? ¿Vigilas lo que comes? ¿Tratas de comer menos o nada a veces?</p> | <p>¿Cómo te sientes acerca de tu peso? ¿Te gustaría ser más delgado?</p> <p>¿Te has forzado a no comer para afectar tu peso y tu figura? ¿Has ayunado por 8 horas o más?</p> |
| <p>Tema 3:</p> <p>¿Dirías que a menudo no estás seguro de ti mismo? ¿Siente que otras personas pueden hacer las cosas mejor que usted, o son mejores que usted, punto?</p> | |

Reseña del libro - Comprensión de los trastornos alimentarios en los adolescentes: señales de advertencia, opciones de tratamiento e historias de valentía.

(Cris Haltom, Cathie Simpson y Mary Tantillo. Taylor y Francis, 2018, edición en rústica, \$ 29.95)

Actualmente, se dispone de una gran cantidad de información sobre el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos alimentarios, pero la mayor parte se dirige a profesionales de los mismos. Con este nuevo libro, Cris Haltom, Cathie Simpson y Mary Tantillo brindan un recurso a familias y amigos de adolescentes y preadolescentes con trastornos de la alimentación para ayudar a comprender mejor estas condiciones y cómo y por qué obtener ayuda. Estos autores han producido un excelente recurso para las familias.

Este libro está organizado en torno a siete casos, cada uno discutido en extensos detalles narrativos. Al revisar estos casos, se cubren los temas clave relacionados con la causalidad y el mantenimiento de la alimentación desordenada, los factores de riesgo, las complicaciones médicas y los enfoques de

tratamiento. Los casos representan una variedad de diagnósticos diferentes, que incluyen anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastorno de atracones y otros trastornos específicos de alimentación (OSFED, por sus siglas en inglés). Brindan una amplia y profunda cobertura del tema en cuestión. Una de las fortalezas del libro es que la diversidad de casos descritos probablemente resultará en al menos una descripción de caso que suene suficientemente familiar y por lo tanto resuena fuertemente en los padres de un adolescente con un trastorno alimentario.

Un último capítulo proporciona información sobre la prevención de los trastornos alimentarios. Este capítulo está bien hecho, siendo reflexivo y una inclusión interesante en el libro. La mayoría de los lectores de *Understanding Teen Eating Disorders* probablemente estarán en un punto en el que su interés en la prevención de los trastornos de la alimentación puede ser bastante limitado; ellos estarán, en ese momento, enfocados en ayudar a su hijo a obtener tratamiento. Aun así, puede proporcionarles información útil en el futuro, y puede ser información de interés para sus familiares y amigos.

Este libro proporcionará una referencia muy útil para las familias que tienen un adolescente o uno con una alimentación desordenada.

— SC

Reducir los medicamentos PRN para pacientes con AN.

Cambiar una práctica duradera que puede aumentar la morbilidad y la polifarmacia.

PRN (*pro re nata*, del latín para "según surja la circunstancia") los medicamentos se administran cuando es necesario, a diferencia de aquellos que se administran en un horario regular. Según un grupo de médicos dirigidos por Elizabeth Tyrrell-Bunge del Bethlem Royal Hospital, South London, y Maudsley NHS Foundation Trust, Londres, se administran PRN sicotrópicas al 20% a 50% de los pacientes en salas psiquiátricas agudas. A menudo, esta práctica se basa en "experiencia clínica y hábitos" más que en pruebas de alta calidad, según los autores.

Una prueba de uso con un grupo de pacientes AN

El Dr. Tyrrell-Bunge y sus colegas decidieron investigar el uso de medicamentos PRN durante una semana en su propio hospital, en una unidad de pacientes hospitalizados con trastornos alimentarios de 18 camas para mujeres adultas con anorexia nerviosa (*Psychiatric Danubina*. 2018; 30: 107). Los autores descubrieron que los medicamentos PRN prescritos con mayor frecuencia eran prometazina, paracetamol (acetaminofén) y lactulosa. Durante la semana, la dosis total de cada agente fue: 1.810 mg de prometazina, 23 g de paracetamol y 285 ml de lactulosa.

Luego, los autores instituyeron una intervención de tres niveles que involucraba educación para el personal de enfermería sobre el uso y la educación de PRN para los pacientes, y desarrollaron un folleto de información tanto para los pacientes como para el personal.

¿Funcionó la intervención?

En general, hubo una disminución en el uso de los dos principales medicamentos PRN. La ingesta de lactulosa se redujo en un 70%, compensado por un mayor uso de jugo de ciruela, que se había mencionado como una alternativa al laxante en las sesiones educativas. El uso de prometazina también se redujo en un 34%. El uso de paracetamol no se modificó. Los autores sugirieron que un paso más podría ser un examen mensual de las tablas de medicamentos (*Psychiatr Danub*. 2017; 29: 568). Esto tiene sentido, ya que el uso de PRNs parece fluctuar.

Preguntas y respuestas.

Cleptomanía

P. Recientemente, un colega mencionó que la cleptomanía, o el robo compulsivo, se ha asociado con un trastorno alimentario. ¿Es esto correcto? (*WD, Charlottesville, SC*)

R. Sí, esto es cierto. El robo y los trastornos alimentarios, especialmente la bulimia nervosa, se han relacionado en el pasado. Esto es cierto para el robo de alimentos, tal vez debido al costo de los síntomas de BN (*Mitchell, Comp Psychiatry 1992; 32: 342*). Sin embargo, la cleptomanía y los trastornos alimentarios también se han relacionado. La cleptomanía, o el robo repetitivo con ganas incontrolables de robar, es relativamente poco común, pero no muy reconocido, afectando, aproximadamente al 11% de las personas en los Estados Unidos, según un largo estudio epidemiológico. Un artículo reciente describe la conexión entre robar y tener un trastorno alimentario.

Jon E. Grant, MD, y Samuel R. Chamberlain, MD, PhD, recientemente examinaron candidatos para determinar la severidad de la cleptomanía, tal cual se define en el *DSM-5*. Relacionaron la frecuencia de la urgencia de robar con la reacción positiva del acto de hacerlo a la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y el trastorno obsesivo-compulsivo (*Ann Clin Psychiatry, 2018; 30:97*) Los autores encontraron que el empeoramiento de los síntomas de cleptomanía se asociaba con impulsos de robo más frecuentes y más excitación por robar. En términos de diagnóstico, la concurrencia con TOC, AN y BN se relacionó con una mayor gravedad de la cleptomanía.

Esto encaja con un trabajo previo. En 2008, el Dr. M. Takemura y sus colegas iniciaron un sistema de registro para pacientes que sufren de robo habitual, que registró 1430 casos entre 2008 y 2016 (*Brain Nerve. 2016; 68: 1177; artículo en japonés*) Los investigadores japoneses encontraron que el trastorno concurrente más común era BN.

Los autores concluyeron que los aspectos de la recompensa y la compulsividad están fuertemente asociados con la gravedad del trastorno y deben abordarse en el tratamiento.

- SC

EN EL PRÓXIMO NÚMERO

- ¿Cómo el abuso emocional infantil y en la edad adulta afecta los trastornos alimentarios?
- Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria en los niños
- Sueño: ¿un marcador clínico en la anorexia y la bulimia nerviosa?
- ¿Existe una relación entre el IMC, el trastorno de atracones y el suicidio?
- La ansiedad por envejecer y alimentación desordenada

... y mucho más

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

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com