
Eating Disorders Review

Julio/Agosto 2020

Volumen 31, Número 4

Scott Crow, Editor en Jefe

Algunos aspectos destacados de la Reunión Virtual iaedp 2020

Una reunión internacional tan cercana como el teclado de tu computadora.

Después de que la conferencia de iaedp prevista para el 2020 en Orlando, FL, fuera cancelada debido al virus COVID-19, la Fundación iaedp rápidamente tomó acción y convirtió la reunión en una conferencia virtual. Mediante el uso de la realidad virtual, los miembros y otras personas inscritas pudieron participar en sesiones de estudio, visitar la sala de exposiciones virtual, participar en sesiones de español, completar las clases para obtener créditos del CME y también escuchar presentaciones destacadas de los oradores principales.

Aquí hay tres presentaciones de los oradores principales de la reunión virtual de iaedp en 2020. Los temas variaron desde el poder de la risa y la esperanza, y los usos de la nueva tecnología para mejorar el cuidado de los pacientes con trastornos alimentarios. Aquí hay algunos puntos destacados:

El humor es realmente la mejor medicina

La autora, columnista y educadora Gina Barreca, PhD, le dijo a su audiencia que el humor puede ser una poderosa herramienta terapéutica. Detallando su propia infancia en una gran familia italiana la cual tenía dos grupos de reglas, uno para los hombres y otro para las mujeres, la Dra. Barreca describió cómo el uso del humor le ayudó a establecer su independencia y le permitió romper con los patrones restrictivos para las mujeres. Según la doctora Barreca, las tradiciones con las que creció dictaban que las mujeres no debían ocupar mucho espacio, no sólo con respecto para el cuerpo femenino, sino también para otras áreas. Desde la infancia, se enseñaba a las mujeres a no ser demasiado ruidosas, a no querer demasiado y a que su papel asignado era principalmente el de cuidar de todos los demás. Cuidar de todos los demás todo el tiempo deja poco espacio para tener buenas raíces psicológicas para nosotros mismos, dijo.

La Dra. Barreca dijo a la audiencia que el humor le permitió romper el molde de su crianza de muñecas Barbie y las expectativas de su familia sobre ella. Como mujeres, "nuestro primer error fue aprender a ser "buenas chicas", dijo, añadiendo que a las mujeres se les enseña a no confiar nunca en ellas mismas o en sus propias reacciones. También señaló que los ideales de belleza están siempre en movimiento. La belleza es una especie de pacto entre lo bello y él que percibe esa belleza y la superficie reflectante puede desplazarse, agitarse o remodelarse. Añadió que el valor de las mujeres, histórica y culturalmente, se ha basado en la belleza y la juventud más que en los logros o los talentos. ¿Por qué, se preguntaba, las mujeres se han preocupado por el envejecimiento y la experiencia mientras que los hombres, al menos históricamente, han sido recompensados precisamente por esos mismos atributos.

El humor y la forma en que es terapéutico nos permiten contar nuestras historias, lo que nos permite tomar distancia, señaló. Uno de sus beneficios es ayudar al individuo a aprender a responder y a

defenderse. Ofreció el ejemplo de Liz Carpenter, ex secretaria de prensa de Lady Bird Johnson y asistente del vicepresidente Lyndon B. Johnson. Carpenter escribió un libro muy popular y en una de sus firmas de libros el historiador Arthur Schlesinger, Jr. le dijo que había oído que su libro se estaba vendiendo bien, y preguntó, quién lo había escrito por ella. Sin ninguna duda, Carpintero respondió: "Me alegro de que te haya gustado, Arthur; ¿quién te lo leyó?"

Si no sabemos lo que queremos o deseamos, es difícil averiguar lo que necesitamos, dijo. La lucha por la identidad está envuelta en la imagen corporal, añadió. Las mujeres tienen varios "yos" que incluyen a la madre protectora, la novia, la compañera, la defensora, la motivadora y además la que es del agrado de otras personas, agregó. La Dra. Barreca compartió que supo que la ansiedad fue el factor motivador de la mayor parte de lo que hizo en algunos momentos de su vida, aunque no quiso reconocerlo, al principio.

Le comentó a la audiencia sobre el poder de escribir o contar la propia historia para poder darle sentido al mundo. Esto sucede porque te pones a ti mismo en la historia, y con tu propio punto de vista puedes controlar la historia, dijo. Añadió que al escribir tu propia historia las cosas no sólo suceden; no te conviertes en la víctima o el objeto, sino que te conviertes en el sujeto de tu propia historia. Te conviertes en el narrador. Dijo que no se está hablando sólo de lo que está sucediendo o de lo que ha sucedido, sino que se puede decir la verdad. Cada uno posee una vida significativa, una historia que nos hace ser quienes somos.

La Dra. Barreca dijo que la risa es la mejor medicina porque desintoxica. "Es algo que nos permite lavar las cosas que se nos quedan pegadas, para limpiarlas y así reescribir alguna versión de lo que nos ha pasado", dijo. Una persona puede reescribir alguna versión de lo que ha sucedido, mejorando las cosas. Puedes reajustar las cosas en un marco diferente, señaló, y esto se puede hacer con amor. Al escribir las cosas, uno puede hacerse reír. La verdad es divertida, dijo, limpia las cosas permitiendo a un individuo a reescribir alguna versión de lo que ha sucedido, haciendo que las cosas mejoren. El uso de la verdad puede restablecer las cosas en un marco diferente. El humor es un acto de bienvenida, y la risa puede hacer que una comunidad de personas se reúna, dijo la Dra. Barreca. Proporciona un momento de profunda intimidad. Aunque no todos lo entiendan, es un comienzo, dijo. Si tienes que reescribir, te hace afirmar y disfrutar de lo que fuiste.

[Gina Barreca, PhD, es autora de 10 libros, incluyendo el más vendido "They Used to Call Me Snow White, But I Drifted: Women's Strategic Use of Humor", "Babes in Boyland", "Perfect Husbands (and Other Fairy Tales)" y "It's Not That I'm Bitter" además de haber editado 18 más. La Dra. Barreca es una columnista semanal del The Hartford Courant y es profesora distinguida del Consejo de Administración de la Universidad de Connecticut. Su blog en Psychology Today tiene más de 6.5 millones de visitantes]

Cultivar la esperanza mediante prácticas basadas en la fortaleza

Daniel Tomasulo, PhD, MFA, MAPP, dijo a la audiencia que la esperanza es el mayor avance en la psicología positiva desde que se descubrió la ciencia de la psicología. Añadió que la mayor parte de la ciencia y la práctica de la psicología ha sido sobre la reducción de la depresión y la ansiedad. Por el contrario, la psicología positiva proporciona una forma de realzar lo positivo, no sólo de reducir lo negativo. Es una forma de entender que las fortalezas de su personalidad son el camino a seguir y un medio para tener una perspectiva positiva que inclina la balanza hacia un factor de mayor bienestar.

El Dr. Tomasulo describió una nueva teoría del bienestar llamada PERMA, por sus siglas en inglés, (Positive Emotions, Engagement, Positive Relationships, Meaning, Accomplishment) El enfoque PERMA es una forma de pensar sobre los cinco pilares de la psicología y el bienestar sostenible, explicó. Señaló que el cambio de un hábito suele tener un efecto dominó en otro. Las emociones positivas son como los nutrientes, se retroalimentan de los pensamientos y comportamientos. ¿Dónde cabe la esperanza? Señaló que la mayoría de nosotros estamos buscando problemas todo el tiempo. Una vez que los encontramos, comienza una espiral descendente, que hace cada vez más difícil salir de la ansiedad y la

depresión.

La respuesta a tal espiral descendente es a través de intervenciones positivas, dijo. Un grupo al que llamó "gente con grandes esperanzas" usa intervenciones positivas para superar esas emociones negativas. En el pasado, la mayoría de la psicología se ha centrado en las partes negativas de la depresión o la ansiedad. El Dr. Tomasulo dijo que lo que se necesita son diferentes herramientas y ciencia para acercarse al bienestar, citando al psicólogo pionero William James, quien escribió: "Mi experiencia es lo que estoy de acuerdo en atender". La verdadera naturaleza de la esperanza es que puedes decidir en qué te enfocas y cómo pasas el tiempo, dijo el Dr. Tomasulo. Preguntó: "¿Qué necesitan saber sus clientes? ¿En qué se van a centrar y atender?" Tenemos un poder y una capacidad extraordinarios que no reconocemos, dijo, añadiendo que las emociones negativas nos limitan y la fisiología lo demuestra.

Por ejemplo, cuando hay emociones negativas, el sistema digestivo se apaga y la visión periférica se estrecha. Sin embargo, con las emociones positivas se tiende a ampliar y construir una mayor creatividad y recursos más dinámicos.

El Dr. Tomasulo proporcionó una serie de estadísticas sobre la depresión y la ansiedad antes de la aparición del COVID-19. Por ejemplo, el 80% de los que tienen depresión recaen; el 40% de los norteamericanos reportan estar solos; 10 veces más personas están deprimidas hoy en día en comparación con 1945; en las últimas 3 décadas, los jóvenes de 15 a 26 años reportan el doble de ansiedad, depresión y problemas de comportamiento que sus predecesores. El suicidio es la principal causa de muerte en este grupo de edad; entre 2009 y 2018 los Estados Unidos tuvieron más tiroteos en escuelas que otros 27 países juntos.

Estos datos apuntan a un fuerte aumento de los síntomas de la sociedad en un tiempo relativamente corto, dijo, lo que demuestra que la raíz de la mayoría de las depresiones no es un desequilibrio químico y los genes humanos no son la causa. Más bien, la gente está perdiendo la esperanza, y lo hace más rápido que en ningún otro momento de la historia.

La esperanza no es lo mismo que la fe, dijo el Dr. Tomasulo. Dio un ejemplo de esto del lanzador de béisbol profesional James Augustus "Catfish" Hunter. Cuando Hunter describió todas las formas en que se preparaba para lanzar un juego, incluyendo el esfuerzo por aumentar su fuerza y agarre, por ejemplo, dijo que en algún momento sólo tenía que soltar la pelota y lanzarla, ya no tenía ningún control sobre ella.

Ajuste y corrección a través de micro-objetivos

Darle a los pacientes un micro-objetivo es una manera importante y poderosa de cambiar las metas, dijo. La actual pandemia ha desafiado cualquier objetivo que existía antes de que el virus atacara. Para los pacientes, el desafío consiste en formar micro-objetivos, como pasear al perro, preparar la cena, hacer llamadas telefónicas o responder a tres correos electrónicos, por ejemplo. El Dr. Tomasulo agregó que los pequeños objetivos permiten ver el progreso y la meta más grande aparece nuevamente. Disponer de un grupo de micro-objetivos y acordar no planificar más de 4 horas cada vez puede ser muy útil para ayudar a los pacientes a participar.

Es un mito que uno tiene esperanza o no, dijo. Puede comenzar con pequeños actos de bondad, o como ha dicho el comediante Marty Feldman, la forma más rápida de salir de la depresión es hacer algo amable por otra persona. El Dr. Tomasulo dijo que aunque esto parece un paso increíblemente simple y pequeño, puede sacar a una persona de su propia mente y llevarla en una dirección más positiva. Usándose a sí mismo como ejemplo, el Dr. Tomasulo también recomendó hacer una revisión de gratitud deteniéndose y pensando en tres cosas buenas por las que se está agradecido. Podría ser un día hermoso, ver a un amigo después de una larga ausencia, un cheque en el correo, o ver a un nieto. Estas pequeñas cosas buenas deben ser celebradas. Instó a todos a celebrar lo positivo. Todos tenemos una opción, dijo y

podemos cambiar nuestras biografías al tomar tales decisiones.

[Daniel Tomasulo PhD, MFA, MAPP, es un miembro central de la facultad para el Spirituality Mind Body Institute (SMBI), Teachers College, Columbia University, tiene un doctorado en psicología, MFA en escritura y un Master de Applied Positive Psychology de la University of Pennsylvania. Escribe una columna diaria, "Ask the Therapist," para PsychCentral.com y desarrolló el Dare to be Happy talleres experienciales para Kripalu Center de Yoga & Health. Fue honrado por Sharecare, una empresa de salud digital, como uno de los 10 principales influencers en línea en el tema de la depresión. Es el autor de American Snake Pit y un libro recién publicado, Learned Hopefulness. The Power of Positivity to Overcome Depression.]

Cómo la tecnología puede mejorar la atención de salud mental

Dra. Sabine Wilhelm, Jefa de Psicología en el Massachusetts General Hospital, Boston, describió las formas en que la tecnología moderna está ayudando a atacar la actual crisis mundial de salud mental. Los tratamientos basados en Internet, las aplicaciones de los teléfonos inteligentes, los sensores y la realidad virtual se están extendiendo para ayudar a los pacientes en la creciente crisis de salud mental, que sólo ha empeorado con la pandemia del COVID-19, dijo.

Un problema de salud mundial

La Dra. Wilhelm señaló que la mitad de todos los trastornos mentales comienzan a mediados de la adolescencia y tres cuartas partes de todos los trastornos mentales comienzan a mediados de los años 20. El suicidio es ahora una de las 10 causas de muerte más comunes en todo el mundo y, en los Estados Unidos, las tasas de suicidio entre las edades de 15 y 24 años han aumentado hasta el punto más alto en el año 2000, dijo. Las enfermedades mentales también son extremadamente costosas, señaló: por ejemplo, el costo mundial de los problemas de salud mental fue de 2.5 billones de dólares en 2010 y se prevé que alcance los 6 billones de dólares en 2030. A pesar de los costos, el 60% de las personas en todo el mundo todavía no reciben ningún tipo de atención de salud mental. Y, si buscan atención, deben superar las barreras logísticas, como la falta de transporte, la falta de acceso a la atención infantil, el estigma de ir a una oficina de atención médica y el costo de esta. Añadió que un tratamiento de 18 sesiones para BN puede costar fácilmente 5.000 dólares en Boston, donde ella vive. Y, aunque el costo no sea una barrera, encontrar un proveedor puede ser otro desafío muy real en esta época de escasez de éstos. En algunas partes del mundo, añadió, puede haber menos de 10 proveedores de atención de la salud. Y, en un estudio, sólo el 39% de aquellos con diagnósticos psiquiátricos de 12 meses recibieron al menos "atención mínimamente adecuada". Añadió que si todos los psicólogos licenciados trabajaban 50 horas a la semana, sólo podían atender el 12% de las necesidades.

La tecnología como solución La TCC basada en Internet

La Dra. Wilhelm recordó a la audiencia que los tratamientos de TCC basados en Internet (TCC-I) han existido por algún tiempo. Con la TCC-I un terapeuta puede ofrecer un tratamiento de autoayuda en línea, en donde los pacientes pueden entonces trabajar en ejercicios a su propio tiempo y en sus propias computadoras. Añadió que se ha hecho un buen trabajo global sobre el TCC-I en los Estados Unidos y Australia, y la mayoría de estos programas no requieren un terapeuta con licencia. De hecho, la TCC-I guiada equivale a la TCC en persona y un beneficio adicional es la necesidad de muchas menos horas de terapeuta por intervención. Una de las especialidades de la Dra. Wilhelm es el trastorno dismórfico corporal (TDC), en el que el tratamiento habitual de TCC implica unas 22 sesiones; en línea, con TCC-I, sólo se necesitan unas 3 horas de tiempo del terapeuta.

Ventajas de los teléfonos inteligentes

La llegada de los teléfonos inteligentes en 1992 predijo una verdadera revolución en el intercambio de información y hoy en día, más del 81% de los estadounidenses tienen uno. La Dra. Wilhelm describió las principales barreras al tratamiento que se superan con los teléfonos inteligentes: largos tiempos de

espera, barreras logísticas, vergüenza y estigma, alto costo del tratamiento, así como la calidad variable de la atención. Señaló que las aplicaciones para teléfonos inteligentes tienen muchas ventajas porque ya forman parte del tejido de la vida cotidiana. Además, ya hay muchas aplicaciones disponibles para ayudar con las necesidades de atención médica. Los teléfonos inteligentes proporcionan un mayor acceso a la atención médica para aquellos que pueden ser ambivalentes con respecto a la terapia. Los teléfonos mejoran la baja motivación proporcionando autocontrol y, lo que es más importante, pueden proporcionar intervenciones justo a tiempo, dijo.

Un estudio realizado por de Zwaan y sus colegas en 2017, comparó la autoayuda por Internet con el tratamiento individual-cara a cara- para los atracones en un grupo de 178 pacientes de BN (JAMA Psychiatry. 2017; 74:987) Los resultados mostraron que la TCC -cara a cara- conducía a reducciones más rápidas y mayores en la psicopatología de los trastornos alimentarios y que la autoayuda con la TCC-I seguía siendo una alternativa de tratamiento viable, aunque de acción más lenta y de bajo umbral.

La Dra. Wilhelm habló a la audiencia sobre un pequeño estudio conjunto del Massachusetts General Hospital realizado con Telephonica Alpha. Los dos grupos desarrollaron una aplicación para pacientes con trastorno por atracón (TA) Una función del chat en la aplicación permite la comunicación asincrónica con los coaches para ayudar a aumentar el compromiso, mientras que las evaluaciones semanales de seguridad desencadenan el seguimiento clínico cuando sea necesario. Los investigadores informaron una reducción en los síntomas de TA desde el inicio, hasta el período de seguimiento de 6 meses.

Algunas de las realidades negativas de las 6 aplicaciones examinadas, entre ellas Recovery Record y RiseUp, por ejemplo, incluyen pocos principios basados en evidencia (la excepción fue Recovery Record) Señaló que la mayoría de las aplicaciones disponibles en la actualidad no se basan en principios empíricos y no aprovechan toda la gama de capacidades de los teléfonos inteligentes. Por ejemplo, algunas de las aplicaciones no proporcionan recordatorios personalizados para iniciar la sesión; no hay formas de personalizar la fijación de objetivos o el seguimiento; no hay retroalimentación sobre el progreso del paciente hacia los objetivos; no hay uso de datos de comportamiento pasivo; y no hay forma de intervenir durante situaciones de alto riesgo. Otro inconveniente es la falta hasta ahora, de investigación sobre el tratamiento basado en los teléfonos inteligentes. Tampoco hay pruebas de que el uso de cualquiera de estos programas ayude a mejorar el acceso o el resultado del tratamiento.

La Dra. Wilhelm también describió su propio trabajo reciente en el desarrollo de aplicaciones de salud mental. Localizó un equipo de California que estaba interesado en hacer una red F5 para pacientes con trastorno dismórfico corporal (TDC). Los pacientes con TDC se preocupan por un defecto percibido en su apariencia y pasan varias horas al día obsesionados por lo que podría ser una pequeña cicatriz, un grano o un lunar. Controlan continuamente su apariencia y se dedican a ocultar el defecto, arreglándolo con cirugía plástica y evitando a toda costa a otras personas. Los más afectados se quedan en casa.

La Dra. Wilhelm y sus colegas trabajaron para desarrollar una aplicación firmemente basada en la ciencia, con componentes de tratamiento que se encuentran en los ejercicios cognitivos tradicionales y con componentes de la TCC. Los ejercicios conductuales fueron diseñados para alentar a los pacientes a volver a situaciones que normalmente evitarían. La seguridad era una preocupación y se diseñaron evaluaciones semanales para prevenir la recaída. También se proporcionó un coach en línea; al principio, éste era un psicólogo, pero con el tiempo esto ha cambiado a coaches con un nivel de licenciatura.

La Dra. Wilhelm dijo que el uso de los teléfonos inteligentes puede aumentar el acceso a la atención médica y abordar las preocupaciones actuales. Con la excepción de Recovery Record, la mayoría de las aplicaciones de los smartphones no utilizaban todas las capacidades del dispositivo. Por ejemplo, no hubo retroalimentación, ni seguimiento, ni uso de datos pasivos y los participantes no recibieron ninguna ayuda con la retroalimentación o durante situaciones de alto riesgo. La Take Control app proporciona

autoayuda de TCC a través de repetidas intervenciones de momento a momento. Por ejemplo, si una persona corre el riesgo de sufrir un episodio de atracones, el teléfono lo indica.

La Dra. Wilhelm describió las posibilidades de uso de los teléfonos inteligentes como emocionantes, aunque todavía queda mucho por hacer, por ejemplo, para mejorar la participación de los pacientes. Por ejemplo, mencionó que una aplicación para un trastorno de estrés post-traumático se descargó más de 100.000 veces, pero la gente no volvió al sitio al día siguiente, a la semana o incluso al año siguiente. Aunque se pueda descargar una aplicación, puede que no sea tan atractiva como se esperaba. ¿Qué se puede hacer? Para aumentar el cumplimiento, el aumento del tiempo del terapeuta y el compromiso del paciente no tiene por qué implicar la participación de un terapeuta superior, sino que también puede incluir un terapeuta o coach de nivel licenciatura, siempre que esté capacitado para motivar a los pacientes. Los chatbots son una adición útil aquí porque usan el procesamiento de lenguaje natural para imitar conversaciones de texto real. (Un chatbot es software que se utiliza para llevar a cabo una conversación de chat en línea mediante texto o texto a voz, en lugar de proporcionar un contacto directo con una persona).

Los beneficios de la realidad virtual

La evaluación de la realidad virtual también puede ser muy útil para los pacientes con trastornos alimentarios, dijo la Dra. Wilhelm. Con la realidad virtual, las cámaras de un iPhone o una computadora pueden "leer" expresiones faciales o pistas de las posiciones del cuerpo y pueden usar estos datos para inferir lo que el paciente puede estar sintiendo. Estos datos pueden proporcionar un aprendizaje virtual. Por último, pero no menos importante, la realidad virtual puede proporcionar aprendizaje virtual en un sitio web. Con 7 Cups of Tea, un sitio catalogado como "el mayor sistema de apoyo emocional del mundo", las partes interesadas pueden reunirse con una escucha activa y pueden orientarse mutuamente. Más de 40 millones de conversaciones han ocurrido en este sitio web.

Para que estos sitios sean más atractivos para los pacientes, es posible añadir un terapeuta virtual desde el principio, además de los profesionales de la salud, dijo la Dra. Wilhelm. Señaló que un estudio demostró que el 67% de las aplicaciones para el cuidado de la salud se desarrollaron sin el aporte de los profesionales de la salud. "Podemos hacerlo mucho mejor", dijo. Sugirió involucrar a todos los interesados cuando se desarrolla un sitio, incluyendo médicos, pacientes, terceros pagadores como Blue Cross y Blue Shield, así como ingenieros y diseñadores.

El tratamiento de realidad virtual añadido a la TCC estándar puede mejorar la motivación para el cambio, mejorar la autoestima y mejorar las alteraciones de la imagen corporal, así como reducir las conductas de atracones y purgas, dijo. Los dispositivos de realidad virtual han mejorado mucho porque pueden utilizarse para la evaluación y el tratamiento. La tecnología es muy poderosa para la terapia de exposición, así como para participar de la diversión auditiva y visual, la cual puede ser dirigida por un terapeuta. La evaluación se puede mejorar porque los pacientes pueden ayudar a comprender las distorsiones corporales. Por ejemplo, las figuras tridimensionales del cuerpo del paciente pueden ser presentadas en realidad virtual, quienes pueden enfrentarlas y modificarlas. Además, la realidad virtual (<https://apps.apple.com/us/app/7-cups-anxiety-stress-chat/id921814681>) permite al paciente ver qué alimentos y situaciones sociales desencadenan los ciclos de atracones y purgas. Usando la realidad virtual, los pacientes pueden visitar albercas y restaurantes que ofrecen alimentos de altas calorías y pueden ver cuáles de ellos producen los más altos niveles de incomodidad.

Cuestiones de privacidad

En medio de todo esto, estas aplicaciones también deben mejorar la privacidad del paciente para evitar la venta de datos médicos a terceros. Esta es un área que necesita mucha mejora, añadió. Observó que un análisis de 43 aplicaciones de salud mostró un alto riesgo de violación de la privacidad para el 43% de los usuarios. Un sitio web funciona para ayudar a proteger la privacidad del paciente. Una Mind™

PsyberGuide (<https://onemindpsyberguide.org>) revisa las aplicaciones en términos de su calidad, proporcionando una calificación de transparencia, políticas de privacidad, calificación de credibilidad, guía de transparencia y revisiones profesionales. PsyberGuide se está asociando ahora con la Association for Depression and Anxiety (ADAA).

La Dra. Wilhelm también explicó cómo se pueden usar los sensores en general. Un inconveniente puede ser que los clínicos pueden pasar semanas sin saber exactamente cómo está un paciente.

Si bien se dispone de algunas escalas de calificación que indican cómo ha estado un paciente durante el último mes, no lo indican durante las últimas horas. Una vez más, un teléfono inteligente puede proporcionar mucha información de fondo, por ejemplo, sobre el sueño. El teléfono es lo último que la mayoría de nosotros usamos antes de ir a la cama, anotó, y la función de pantalla del teléfono puede decirnos acerca de los patrones normales de sueño, y tal vez insinuar que algo más puede estar sucediendo. Puede involucrar a su paciente en tiempo real o incluso puede intervenir directamente por teléfono, agregó. También señaló que el entusiasmo por las aplicaciones basadas en sensores debe ser atenuado. Los diferentes teléfonos y los diferentes fabricantes pueden utilizar los sensores de forma diferente e incluso la forma en que un paciente lo lleva puede tener un efecto.

La Dra. Wilhelm dijo que actualmente nos encontramos en una gran crisis de salud mental: la mayoría de la gente no recibe buenos cuidados o ningún tipo de atención. La tecnología puede ayudar proporcionando u ofreciendo oportunidades escalables que pueden maximizar los beneficios para los pacientes. En cuanto a la evaluación, las aplicaciones basadas en sensores pueden ser útiles, y con permiso, las redes sociales también pueden proporcionar información. Estos datos se pueden combinar con información del registro médico electrónico del paciente, recopilación de datos de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) (<https://clinicaldata.ema.europa.eu/web/cdp/home>), datos de resonancia magnética o datos genéticos. Por lo tanto, la información tradicional se puede emparejar y evaluar con algoritmos de aprendizaje automático para proporcionar a los pacientes un tratamiento individualizado y personalizado.

[Sabine Wilhelm, PhD actualmente es profesora en Harvard Medical School y Chief of Psychology at Massachusetts General Hospital, Boston. Es una investigadora líder en trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno dismórfico corporal, así como investigadora principal de NIH y estudios financiados con fondos privados que investigan medicamentos, terapia cognitivo-conductual y servicios digitales; otros tratamientos del TOC y trastornos relacionados.]

Para visitar el Simposio Virtual del iaedp

Nota: La conferencia iaedp 2020 está a sólo unos clicks y aquellos que tomen los cursos básicos para obtener créditos pueden hacerlo desde la comodidad de su casa y del teclado (para los inscritos en la conferencia, véase <https://gateway.on24.com/wcc/gateway/eliteIAEDP/2266259> y para más información, visite el sitio web de la asociación, www.iaedp.com) Esto permite a los miembros y a los inscritos tomar sus cursos en línea, escuchar y ver a los oradores, así como asistir a la conferencia según su conveniencia.

En el próximo número: Otros aspectos destacados de la reunión de iaedp, incluyendo los discursos de apertura del Dr. John Levitt sobre el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios complejos y traumas, así como el tratamiento innovador para pacientes con trastornos alimentarios de los Dres. Annie Heiderscheit y Ralph Carson.

Actualización: Trastornos alimentarios PSA: Una nueva ley para ayudar a prevenir los trastornos de la conducta

alimentaria en las escuelas

A principios de mayo se introdujo en la Cámara de Representantes de los Estados Unidos, la Ley de Prevención de los Trastornos Alimentarios en las Escuelas de 2020 (Eating Disorders PSA). Esta ley alentaría a las escuelas de los Estados Unidos a incluir la prevención de los trastornos alimentarios como parte de sus políticas de bienestar escolar locales. Estas políticas se utilizan para guiar a los distritos escolares en la creación de programas de nutrición escolar y actividades físicas que ayuden a prevenir los trastornos alimentarios y una alimentación desordenada, con el objetivo de mejorar la salud general de los niños. El proyecto de ley también garantizaría que se incluyera a los profesionales de la salud mental en la elaboración de las políticas de bienestar de las escuelas locales. El proyecto de ley fue presentado por la Rep. Alma Adams (D-NC) y la Rep. Vicky Hartzler (R-MO). Rep. Adams señaló que una vez aprobada, la ley brindará educación a los estudiantes y creará oportunidades de evaluación para detectar trastornos alimentarios. Añadió: "A medida que los estudiantes de todo el país se enfrentan a perturbaciones, estrés y ansiedad debido a COVID-19, todo lo cual exacerba las enfermedades mentales como los trastornos alimentarios, la necesidad de esta legislación se hace cada vez más evidente". El proyecto de ley ha sido remitido al Comité de Educación y Trabajo de la Cámara de Representantes.

Desde el escritorio

La crisis de COVID ha llevado a las publicaciones y organizaciones a recurrir a herramientas informáticas para superar los desafíos de las visitas a oficinas, seminarios, reuniones y muchos servicios. Este número incluye varios ejemplos, como la exploración de la Dra. Sabine Wilhelm de útiles aplicaciones informáticas en el artículo principal y otros de un número virtual publicado en línea por el International Journal of Eating Disorders. Por muy útiles que puedan ser los artículos en línea y los seminarios virtuales, lamentablemente también puede haber un inconveniente. Algunos artículos en línea ofrecen contenido que puede centrarse en temas potencialmente dañinos, como "Cómo lucir lo mejor posible en una cámara web" o desafíos de entrenamiento en el hogar, que inadvertidamente refuerzan las cogniciones y los comportamientos de los trastornos alimentarios. Tales sitios pueden saltar directamente a las casas de los pacientes secuestrados por el coronavirus. Como más de un profesional de los trastornos alimentarios ha señalado, el aislamiento sólo aumenta el riesgo para algunos pacientes con desórdenes alimentarios.

—MKS

Abordar el estigma sobre los trastornos alimentarios

La atención se centra en los cambios necesarios en la cobertura de los medios de comunicación.

Los especialistas australianos en trastornos alimentarios tienen recientemente un nuevo incentivo para abordar el estigma y la vergüenza de las personas que los padecen. En un programa iniciado en noviembre de 2019, el gobierno planea invertir 110 millones de dólares para subsidiar los servicios de tratamiento de los trastornos alimentarios (J Eat Disord. 2020; 8:11). El plan de 4 años tiene como objetivo mejorar la recuperación del 16% de los australianos que se estima tienen un trastorno alimentario de acuerdo con el DSM-5, según Rachel Baffsky de la University of New South Wales, Sydney, Australia. En un comentario reciente, la Dra. Baffsky propone regulaciones para los medios de comunicación que podrían, con el tiempo, disminuir el estigma y mejorar la búsqueda de tratamiento.

El papel de los medios de comunicación

La Dra. Baffsky ha señalado que los medios de comunicación populares crean un estigma para las

personas con trastornos alimentarios al reforzar los estereotipos de que sólo son jóvenes y mujeres, descartando las experiencias de los hombres y los adultos mayores. Observó que los artículos actuales de la prensa general suelen centrarse en las causas sociales de los trastornos de la alimentación e ignoran las causas biológicas. Esto refuerza el estereotipo perjudicial de que los trastornos alimentarios son fáciles de recuperar porque son una elección, lo que de nuevo crea un estigma.

Otro elemento sugiere que las personas con trastornos alimentarios se sienten infravaloradas por el público y en consecuencia, pueden ocultar su enfermedad por temor a ser estigmatizadas (J Ment Health. 2016;25:47)

Se han hecho varias sugerencias para ayudar a mejorar la cobertura mediática de los trastornos alimentarios, según el autor. Una es que los medios de comunicación podrían utilizar un lenguaje médico más preciso para describir los trastornos alimentarios, para reducir el estigma basado en la culpa. Varios estudios mostraron que los estudiantes de enfermería y los estudiantes universitarios de psicología, por ejemplo, mostraban un estigma basado en la culpa cuando se les presentaban causas sociales para los trastornos alimentarios.

Un código obligatorio con 4 secciones

El autor recomienda que Australia elabore un código de conducta obligatorio para la industria que ayude específicamente a orientar a los medios de comunicación hacia un enfoque más "medicalizado" para informar sobre historias de personas con trastornos alimentarios. El Código de Conducta incluiría 4 secciones: primero, un código que ordena una representación más diversa demográficamente de los individuos reales con trastornos alimentarios (Patient Educ Couns. 2007; 68:43) Un segundo código exigiría artículos sobre trastornos alimentarios que aborden las etiologías biológicas de los trastornos alimentarios. Un tercer código prohibiría a los periodistas utilizar un lenguaje despectivo para etiquetar los síntomas de los trastornos alimentarios. Por último, un cuarto código exigiría que se informara de manera realista sobre los tiempos de recuperación de los trastornos alimentarios individuales.

El autor reconoce algunas limitaciones del enfoque del Código de Conducta. El Código ha sido criticado por ser paternalista, lo cual es potencialmente problemático, ya que las personas con AN, por ejemplo, suelen percibir la necesidad de control. Además, el énfasis de los medios de comunicación en una etiología biológica de los trastornos alimentarios podría alentar al público en general a percibirlos como un caso de paciente indefenso debido a los orígenes biológicos y genéticos del trastorno. Para contrarrestar esto, el cuarto código se introdujo estratégicamente para asegurar que los periodistas informen con precisión que los individuos con trastornos alimentarios "pueden y se recuperan si buscan ayuda". (The Butterfly Foundation, 2019)

Cuando el tratamiento basado en la familia falla

¿Pueden el terapeuta y los miembros de la familia reiniciar el tratamiento con éxito?

El tratamiento basado en la familia (FBT) para adolescentes con AN está bien establecido, pero no siempre funciona. Puede haber una variedad de explicaciones para esto, incluyendo el fracaso del terapeuta. Como resultado, es posible que la familia y el adolescente no se adhieran a las pautas originales y que alteren o modifiquen el tratamiento sugerido, o que abandonen el tratamiento por completo. ¿Qué se puede hacer?

Kellie R. Lavender de la New Zealand Eating Disorders Clinic, una clínica ambulatoria privada en Auckland, New Zealand, ha compartido sus experiencias con el "reinicio" de 9 casos fallidos de FBT entre 2017 y 2019 (Front Psychiatry. 2020; 11:68) Las 9 familias y sus hijos acordaron probar el FBT por

segunda vez. Una familia abandonó el tratamiento; cuatro siguen en tratamiento y otras cuatro familias lo han completado con éxito. Después de estudiar sus resultados, la Dra. Lavender enfatizó 5 áreas esenciales cruciales para lograr una exitosa FBT.

Hacerlo bien desde el comienzo

Todas las familias informaron que sabían lo que implicaba el FBT y que habían hecho lecturas adicionales, reunirse con grupos de apoyo y participar en foros en línea. Sin embargo, aunque todos los miembros de la familia, incluidos los hermanos del paciente, habían asistido por lo menos a las dos primeras sesiones, una investigación ulterior demostró que la familia carecía de la profundidad de comprensión y conocimiento de los principios básicos del FBT. Cuando se volvieron a hacer las sesiones por segunda vez, cada familia comentó que no habían "obtenido" realmente la información durante las primeras sesiones de tratamiento sobre la naturaleza de la anorexia y cómo afectaba a su hijo. En el segundo intento de tratamiento, se dedicó tiempo adicional a ayudar a los padres a comprender la conexión entre lo que sabían sobre la anorexia y cómo afectaba a su hijo. La segunda sesión, la de las comidas, era una de las que la mayoría de las familias querían saltarse porque habían experimentado mucha ansiedad durante la sesión de comidas anterior. En respuesta, el terapeuta redujo ligeramente el tiempo de la sesión de comida, pero la incluyó la segunda vez.

Empoderar a los padres

Aunque todos los pacientes habían logrado un aumento de peso de 2.3 kg o más durante el primer mes de tratamiento, lo que se estableció como un factor clave de predicción del éxito, la necesidad de "realimentar" a su hijo a veces se convertía en el único objetivo de los padres. Después de este temprano éxito, la mayoría de los padres informaron que se habían sentido "atascados"-3 familias informaron que no pudieron hacer la transición a la fase dos del tratamiento. Cuando fueron vistos por segunda vez, todos los padres le dijeron a la Dra. Lavender que estaban exhaustos y se sentían desesperados y a veces culpables por ser un "fracaso" en la crianza de sus hijos o por ser incapaces de alimentar a su hija.

El autor señaló que el empoderamiento de los padres es más que estar a cargo de la alimentación. En cambio, es un concepto complejo que implica que los padres tengan más confianza al tomar las decisiones necesarias para que su hijo se recupere de la AN. Una de las cuestiones críticas que requería una cuidadosa atención al iniciar el FBT por segunda vez era determinar si los padres estaban realmente empoderados. Para ello era necesario identificar activamente las perspectivas y fortalezas de la familia, reforzar la toma de decisiones saludables y establecer expectativas claras para las tareas y objetivos del tratamiento.

Atender a los comportamientos anoréxicos, no sólo a la recuperación de peso

A veces el enfoque en la restauración del peso puede eclipsar el cuidado de los comportamientos y hábitos anoréxicos. Las familias también informaron que a pesar del aumento de peso de su hija, las cogniciones del trastorno alimentario y las preocupaciones de la imagen corporal se habían mantenido sin cambios. Las familias en su conjunto parecían carecer de la comprensión necesaria para desafiar y ayudar a cambiar los comportamientos relacionados con los trastornos alimentarios. Muchos de los adolescentes admitieron que habían escondido comida, llenarse de agua, así como esconder pesas o haber hecho ejercicio en secreto durante el primer tratamiento de FBT.

En las segundas sesiones del FBT, la discusión terapéutica se centró en la comida y los comportamientos alimentarios, para después, en la transferencia gradual de la responsabilidad de los padres al adolescente. La primera tarea de las familias era ser conscientes de las conductas anoréxicas o descubrir conductas que habían pasado por alto la primera vez. Los padres también aprendieron a resolver problemas y a detener comportamientos no deseados de manera sistemática. A menudo estos comportamientos anoréxicos habían sido pasados por alto y se basaban en un hábito, por lo que los adolescentes estaban inicialmente ansiosos por tener que "renunciar a ellos". Sin embargo, a medida que

las conductas disminuyeron con el tiempo, los adolescentes informaron estar menos ansiosos y agitados. La Dra. Lavender comentó que con el tiempo los adolescentes se convirtieron en participantes muy activos en las sesiones. Durante las primeras sesiones del FBT, la atención se centró en el aumento de la cantidad de alimentos que se suponía que debían consumir. Los padres no se habían dado cuenta de que esto era angustiante para el paciente, lo que llevó a una falta de fe y confianza en sus padres.

¿Dónde estaba la alianza terapéutica?

Casi todos los padres estaban preocupados por su percepción de la falta de alianza terapéutica entre el terapeuta anterior y su hijo. En 7 casos, las familias habían hecho la transición al tratamiento individual cuando pensaron que el FBT estaba fallando.

Reiniciar la FBT después de que un paciente adolescente se haya sometido a un tratamiento individual siempre es un desafío, señaló la autora, debido a la renuencia de los adolescentes a renunciar a su aparente control y autonomía. En cinco de las familias que reiniciaron el tratamiento, el joven (los adolescentes eran mayores de 17 años) recibió más tiempo individual al comienzo de las sesiones. Al principio, esto era aproximadamente 15 minutos de las sesiones de tratamiento de 60 a 70 minutos.

Sin embargo, la autora señaló que era importante recalcar a los padres y los pacientes que no se trataba de un tratamiento individual y el terapeuta se aseguró de seguir dando poder a los padres, para evitar que se vieran arrastrados a comportamientos divisorios y de seguir reiterando la necesidad de que los padres formaran parte de las conversaciones para la toma de decisiones.

Finalización total del tratamiento

Finalmente, ninguna de las familias había experimentado la tercera fase del FBT y esto era un nuevo concepto para ellos. Algunos sentían que una vez que el peso de su hijo se recuperaba, se lograba el ejercicio y el comportamiento alimentario, ya no era necesario seguir trabajando. Algunos estudios han sugerido que la fase 3 puede no ser necesaria para algunas familias (Adolesc Psychiatry. 2005; 44:632) Fue necesaria la persistencia del terapeuta para convencer a las familias de no saltarse la fase 3. La Dra. Lavender señaló que la fase 3 tiene como objetivo ser breve y asegurar que el adolescente esté en el camino del desarrollo. También ayuda a las familias a identificar las áreas de necesidad que pueden haber dejado a su hijo vulnerable la primera vez. La fase 3 no se centraba en el trastorno alimentario en sí mismo, sino en otras cuestiones de la vida y ofrecía un medio para modelar la independencia apropiada para la edad.

La Dra. Lavender señaló que el punto más crítico para tener en cuenta es que era posible lograr una recuperación total mediante la repetición del tratamiento con FBT, incluso después de que éste "fallara". En términos más generales, este informe subraya el valor de la administración cuidadosa y fiel de tratamientos como FBT.

La dulaglutida reduce los atracones en pacientes con diabetes tipo 2

Un estudio piloto realizado en Italia demostró que la droga era más eficaz que la glicazida.

El trastorno por atracón (TA), actualmente el trastorno alimentario más común en los Estados Unidos, concurre con la diabetes tipo 2 (T2DM). En un estudio piloto, University of Udine, Italia, los investigadores encontraron que en un curso de 12 semanas de tratamiento con un medicamento utilizado para manejar la T2DM, dulaglutida (Trulicity®) condujo a una mayor reducción del comportamiento de TA, peso corporal y el IMC que entre los pacientes tratados con otro medicamento sulfonilureo para la

diabetes, glicazida (Diamicon®) (Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2020; 14:289) Los receptores del Péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP1) en el sistema nervioso central están involucrados en la regulación del apetito y el tratamiento con agonistas del receptor de GLP-1 como dulaglutida afecta las áreas del cerebro relacionadas con el apetito y la recompensa en humanos.

En el estudio de 12 semanas, la Dra. Andrea Da Porto y sus colegas estudiaron a pacientes de 65 años o menos que tenían niveles de HbA1c entre el 7.5% y el 9%, que tomaban una medicación estándar de T2DM, solo metformina y que tenían una función renal normal y que habían sido diagnosticados con TA. Los pacientes fueron asignados al azar para recibir dosis diarias de dulaglutida, 1.5 mg, o glicazida, 60 mg, durante 12 semanas. Los investigadores evaluaron las puntuaciones de la escala de TA al inicio y al final del tratamiento, el peso corporal, el IMC, el porcentaje de masa grasa y la HbA1c (para evaluar el control del azúcar en sangre a largo plazo). Después de 12 semanas, el dulaglutida mostró mejoras mucho mayores en todas las medidas (tanto las relacionadas con el TCA como con la DM) que la glicazida. Debido a que el BED es común en aquellos con T2DM, la confirmación de estos resultados en futuros estudios podría proporcionar un enfoque útil para el tratamiento cuando estos concurren. Debido a que el TA es común en aquellos con T2DM, la confirmación de estos resultados en futuros estudios podría proporcionar un enfoque útil para el tratamiento cuando estos concurren.

Cómo los centros de fitness tratan los posibles trastornos alimentarios

La mayoría de los empleados tenían experiencia con clientes con TCA o con el uso excesivo de ejercicio.

Un centro de fitness o de entrenamiento puede ser casi como un segundo hogar para muchos, pero también puede ser problemático para algunas personas con trastornos alimentarios no detectados. Algunos pueden hacer un ejercicio excesivo para compensar los atracones o para perder peso. Junto a estos individuos hay otros clientes de gimnasios que se ejercitan excesivamente, pero no para perder peso o cambiar la imagen corporal. Los expertos suizos en deportes y salud querían saber qué tan común era que los empleados de los centros de fitness detectaban a los clientes con patrones de ejercicio sospechosos y cómo manejaban la situación.

En uno de los pocos estudios sobre el conocimiento de los centros fitness sobre posibles trastornos alimentarios, la Dra. Flora Colledge y sus colegas de la University de Basel, Switzerland, se pusieron en contacto con 140 centros en las regiones de habla alemana del país, mediante un cuestionario en línea. Los autores preguntaron si algún empleado del centro fitness había notado algún comportamiento sospechoso que pareciera relacionado con los trastornos alimenticios o el exceso de ejercicio y, en caso afirmativo, qué medidas se habían tomado (J Eat Disord. 2020; 8:8)

Noventa y nueve empleados (60 hombres y 39 mujeres) respondieron al cuestionario e informaron de que habían encontrado al menos un cliente que padecía un trastorno alimentario o que hacía ejercicio de manera excesiva. La buena noticia era que el 65% de los empleados se habían enfrentado a esos clientes al menos una vez. Los que evitaron confrontar al cliente informaron que no sabían qué decir, y unos pocos sintieron que no era su responsabilidad. La mayoría de los encuestados informaron de que podían diferenciar entre un trastorno alimentario y el ejercicio excesivo. La edad jugó un papel importante, ya que los empleados de más edad y con más antigüedad eran mucho más propensos a actuar según sus sospechas. Sin embargo, menos de la mitad conocía alguna guía sobre cómo actuar cuando sospechaban de patrones de ejercicio desordenados, y la mayoría quería más información sobre qué hacer con sus sospechas, además de cómo abordar los síntomas de los trastornos alimentarios frente al ejercicio excesivo.

Una oportunidad única de observar posibles TCA

Los empleados de los centros de fitness están en una posición única para observar los signos de un trastorno alimentario. Según los autores, esto es particularmente cierto para los clientes del gimnasio con AN, que pueden tener signos físicos, como una capa de lanugo, o vello corporal fino y oscuro, además de signos de semi-inanición. Del mismo modo, los que tienen BN pueden tener el signo de Russell en la mano, callos en los nudillos o en el dorso de la mano, por vómitos inducidos. Otros tipos de trastornos alimentarios, como el TA o la ortorexia, ofrecen pocas pistas de este tipo y ningún signo físico claro. El ejercicio excesivo puede considerarse saludable e incluso loable, o puede parecer una etapa de la preparación de un atleta de alto nivel.

Acercarse a los clientes

En un estudio previo de 143 empleados de un gimnasio canadiense, el 62% reportó haber visto a un cliente que pensaban que sufría de AN; sin embargo sólo el 25% había sido entrenado en cómo lidiar con esta situación. (J Eat Disord. 2015; 3:40) Esto sugiere que la información sobre cómo manejar tal preocupación sería útil. En el estudio suizo, todos los empleados de fitness estuvieron de acuerdo en que les gustaría recibir una formación más detallada sobre cómo gestionar los clientes en riesgo, junto con una descripción detallada de los síntomas, las técnicas de gestión y una lista de recursos. Acordaron unánimemente que esa información debería estar disponible en todos los centros fitness o de entrenamiento.

Cuando un empleado del gimnasio sospechaba que un individuo tenía un trastorno alimentario o hacía ejercicio excesivo, la primera respuesta era mostrar preocupación por la salud del cliente y sugerirle que dejara la sesión y considerara la posibilidad de tomarse unos días libres en sus programas de fitness. Sus razones para sospechar de un trastorno alimentario o de un ejercicio excesivo diferían. En el caso de los TCA, las pistas incluían la forma del cuerpo y los signos físicos, mientras que en el caso del ejercicio excesivo, los signos reveladores eran la frecuencia y la duración del entrenamiento.

Ya sea que se trate de un cliente sospechoso de ejercicio excesivo o de un presunto trastorno alimentario, los profesionales del fitness informaron casi unánimemente que necesitaban más información sobre cómo sacar el tema. Hay un número de organizaciones y centros de fitness que han colaborado con esa información. Por ejemplo, Fitness Australia ha colaborado con el Centro de Trastornos Alimentarios para publicar directrices sobre la forma de dirigirse a los miembros del gimnasio que se sospecha que padecen trastornos alimentarios o de ejercicio (Marks and Harding, 2004), y la National Eating Disorders Association, o NEDA, ha lanzado un kit de herramientas para aquellos que trabajan con programas deportivos escolares y centros fitness. El kit de herramientas da ejemplos de los pasos a seguir y de conversaciones sobre los TCA y el ejercicio excesivo (<https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/help/coaches-trainers>). Los autores también sugieren que una vez que se sospeche que hay un TCA, se pueden practicar de antemano directrices y conversaciones de muestra antes de acercarse a los clientes.

Establecimiento de directrices prácticas canadienses para niños y adolescentes

Los tratamientos más recomendados fueron los basados en la familia.

En cualquier caso, se trataba de un proyecto de enormes proporciones: el establecimiento de directrices prácticas canadienses para el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos alimentarios. Un panel encabezado por la Dra. Jennifer Couturier en la McMaster University, Hamilton, Canadá, junto con un panel de médicos, investigadores, padres y aquellos que tenían experiencia en la vida real con los

trastornos alimentarios, asumieron recientemente la tarea en todo el país.

El panel desarrolló una lista de sugerencias, incluyendo fuertes recomendaciones para la Terapia Basada en la Familia (FBT), así como la atención proporcionada en el entorno menos intensivo (J Eat Disord. 2020; 8:4) Otros tipos de tratamiento, como la Terapia Multifamiliar, la Terapia Cognitiva Conductual, la Psicoterapia Centrada en los Adolescentes, el Yoga complementario y el uso de antipsicóticos atípicos tuvieron recomendaciones más débiles.

Los investigadores observaron que, a pesar de la gravedad y la prevalencia de los TCA, así como la necesidad de un diagnóstico temprano, no existían directrices de práctica canadiense que ayudaran a los clínicos a tomar decisiones de tratamiento. Cuando evaluaron las pautas clínicas desarrolladas por el National Institute of Health and Care Excellence, éstas no incluían ninguna forma de calificación de la evidencia. Directrices de la Academy of Eating Disorders se centraron en la gestión médica, no en intervenciones psicoterapéuticas/psicofarmacéuticas.

Tratamiento basado en la familia

De todos los tratamientos examinados para la AN, el grupo encontró que el FBT tenía la mayor evidencia para apoyar su uso en adolescentes y niños (ver también "Cuando el tratamiento basado en la familia fracasa", en otra parte de este número) En cuanto a la bulimia nervosa, cuando se comparó la FBT con la TCC, las tasas de remisión fueron significativamente mejores en el grupo FBT (39% vs. 20%) (Child Adolesc Psychiatry. 2015; 54:886)

Recomendaciones

El grupo recomendó fuertemente la FBT para la mayoría de los niños o adolescentes con AN o BN, especialmente aquellos enfermos por menos de 3 años. El grupo reconoció que existen desafíos al implementar FBT, incluyendo la necesidad de personal especializado, bien capacitado, el acceso a la atención y los costos de capacitación, agregando que la Terapia Familiar Centrada en los Padres, donde el paciente es visto por separado de la familia, puede ser tan efectiva como el FBT tradicional, en donde se trata a la familia. Concluyeron que la Terapia Familiar Estructural y Sistémica podría ser útil para los niños y adolescentes con AN, pero la evidencia no muestra que sea superior al FBT, especialmente cuando se consideran los costos.

El grupo también enumeró algunas terapias prometedoras que tienen algunos datos, pero que necesitan más investigación antes de que se puedan hacer recomendaciones definitivas sobre ellas:

- FBT para niños con AN atípica
- FBT para niños con trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (ARFID)
- FBT para niños de todo el espectro de géneros, incluyendo aquellos que son variantes de género o no conformes con el género
- Terapia de remediación cognitiva, terapia artística y TCC para niños y adolescentes con AN
- Terapia familiar centrada en las emociones para BN y AN
- Otras formas de terapia familiar, como la terapia multifamiliar y la TCC.

Se han identificado algunos medicamentos potenciales

Según el panel, el uso de olanzapina o aripiprazol podría ser una opción razonable para ciertas poblaciones de adolescentes y niños con AN, especialmente cuando se vigila cuidadosamente. Algunos medicamentos prometedores, que necesitan más investigación, son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (como la fluoxetina para la BN), la risperidona y la quetiapina para la AN, los antipsicóticos atípicos para su uso en el ARFID y la mirtazapina para los pacientes con AN. Algunos medicamentos no tienen pruebas de eficacia o (en un caso) podrían ser dañinos, como los inhibidores

selectivos de la recaptación de norepinefrina, los estabilizadores del estado de ánimo y el bupropión (riesgo elevado de convulsiones).

Es importante señalar que la revisión identificó la escasa naturaleza de la literatura de psicofarmacología en esta área.

Los padres y los representantes de los pacientes opinan

Los padres y los representantes de los pacientes señalaron la importancia fundamental del apoyo de los pares (padres y pacientes), especialmente durante la transición a los diferentes niveles de atención y de los sistemas de atención pediátrica a los de atención para adultos. El panel también subrayó la importancia de una continuidad coordinada de la atención, desde la ambulatoria hasta la residencial. Este grupo también señaló la falta de servicios, especialmente la falta de centros de atención residencial en todo Canadá y la gran necesidad de personas con capacidad para trabajar en servicios intensivos de hospitalización y residencia. Esto resulta especialmente esencial para los pacientes que son médicamente estables y que también tienen comorbilidades psiquiátricas, que necesitan un tratamiento a largo plazo en un entorno altamente estructurado. Por ejemplo, en Canadá (como parece ser el caso en muchos otros lugares) no hay servicios para pacientes con comorbilidad por abuso de sustancias.

El panel de directrices se encontró con varias deficiencias que, a su juicio, necesitan ser estudiadas en el futuro, entre ellas los tratamientos para las presentaciones complejas de los trastornos alimentarios, incluidas las comorbilidades como el trastorno límite de la personalidad, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por consumo de sustancias. El grupo de expertos también tuvo dificultades para recomendar los niveles de atención de los pacientes hospitalizados, señalando que esos servicios merecen un mayor estudio y una mayor expansión en todo el Canadá. Una importante área de estudio futura incluye la identificación y la atención a los jóvenes en edad de transición, un importante grupo con necesidades únicas.

Anorexia nervosa 30 años después del diagnóstico

No hubo muertes, pero alrededor del 20% tuvo un trastorno alimentario crónico.

Relativamente pocos estudios han informado sobre el curso a largo plazo del trastorno alimentario y se sabe poco sobre el resultado a largo plazo de la anorexia nervosa, según Sandra Rydberg Dobrescu y sus compañeros de trabajo en la University of Gothenburg, Sweden (Br J Psychiatry. 2020. 216:97) El grupo ha proporcionado un informe tremendamente valioso de los resultados de 30 años de las personas que tuvieron AN en la adolescencia. Los investigadores comenzaron con un grupo de 4291 individuos nacidos en 1970 que estaban en octavo grado en 1985 en Gothenburg, Sweden, cuando fueron examinados para la AN. Gothenburg es la segunda ciudad más grande de Suecia, con una población de 570.000 habitantes en la ciudad propiamente dicha y alrededor de 1 millón en el área metropolitana. Un último grupo de 24 personas se unió a 27 con AN que fueron identificadas a través de exámenes comunitarios y que nacieron en 1969 o durante 1971-1974. Se hizo un seguimiento prospectivo de las 59 personas con AN y 51 controles escolares y de género, que fueron examinadas a los 16, 21, 24 y 44 años de edad. La mayoría de los participantes (96%) aceptaron participar en el seguimiento a 30 años.

En el punto de seguimiento de 30 años, no había habido muertes por AN. De los participantes, el 19% tenía un diagnóstico de trastorno alimentario (el 6% tenía AN, el 2% tenía TA y el 11% tenía otros trastornos alimentarios), 38 tenían otros trastornos psiquiátricos y el 64% se recuperaron totalmente del desorden alimentario. La recuperación completa fue designada como libre de todo criterio de trastorno alimentario por 6 meses consecutivos.

Durante los 30 años, los participantes tuvieron un trastorno alimentario en promedio de 10 años y el 23% no recibió ningún tratamiento psiquiátrico. Los factores asociados con un buen resultado se predijeron por la edad más tardía de inicio de la adolescencia entre los individuos con anorexia nerviosa y el perfeccionismo premórbido

Este importante estudio a largo plazo sobre el curso de la AN en la adolescencia mostró un resultado favorable, sin mortalidad y con una recuperación total de los síntomas en la mayoría de los casos. Esto parece más favorable que a largo plazo. Un hallazgo negativo, sin embargo, fue que 1 de cada 5 de los participantes seguía teniendo un trastorno alimentario crónico después de 3 décadas.

¿Qué impide que los jóvenes con TCA busquen ayuda?

Los profesionales también necesitan una mayor conciencia de las barreras para la atención.

No todos los adultos jóvenes buscan ayuda para un trastorno alimentario, incluso cuando ésta puede estar cerca. Mejorar la aceptación del tratamiento, al disminuir las barreras a la atención, podría tener un impacto importante en la salud pública.

En un estudio australiano reciente que utilizó una encuesta en línea entre 291 jóvenes australianos de 18 a 25 años, se encuestó a los participantes sobre los trastornos alimentarios, las preocupaciones sobre el peso o la forma, las barreras para ayudar, las actitudes, las intenciones y los comportamientos (Int J Eat Disord. 2020; 3:894)

La Psicóloga Kathina Ali y compañeros de trabajo en la Australian National University y la Flinders University, ambas en Australia, y el University Hospital, Heidelberg, Germany, diseñaron un estudio para evaluar la búsqueda de ayuda para una variedad de preocupaciones sobre la alimentación, el peso o la forma entre los adultos jóvenes, que luego se clasificaron en cuatro subgrupos: AN, BN, TA, y otros trastornos alimentarios.

La mayoría no sienten que necesiten ayuda.

Sólo uno de cada tres había buscado ayuda, y la mayoría de los participantes (73%) creía que no necesitaba ayuda. La barrera más comúnmente citada para buscar ayuda era la preocupación por los demás. Otras razones incluían una sensación de autosuficiencia, miedo a perder el control, negación y falta de comprensión de la gravedad de su enfermedad, junto con el estigma sobre sus síntomas y la vergüenza.

En un artículo anterior (Int J Eat Disord. 2017; 50:9), los mismos autores habían revisado sistemáticamente la literatura y concluyeron que los programas dirigidos a la prevención e intervención temprana de los trastornos alimentarios deberían centrarse en reducir el estigma y la vergüenza, educar a los individuos sobre la gravedad de éstos y aumentar el conocimiento sobre las vías de búsqueda de ayuda. Los autores informaron de que las conclusiones de ambos estudios subrayan la necesidad de educar mejor a los adultos jóvenes sobre la gravedad y las consecuencias de los trastornos alimentarios y la importancia de buscar ayuda. También señalaron la importancia de aumentar la conciencia de los obstáculos en la búsqueda de ayuda entre los profesionales que diseñan intervenciones de salud pública, así como entre los clínicos. Los autores también señalaron que las barreras para buscar ayuda pueden diferir según el tipo de síntomas del trastorno alimentario.

No se puede exagerar la importancia de bajar las barreras para ayudar. Mucho esfuerzo está dirigido a mejorar los tratamientos y este debe ser el caso.

Pero un estudio de modelado por Moessner and Bauer (Int J Eat Disord. 2017; 50:1378) ha demostrado que, dada la baja aceptación de los tratamientos para TCA, el aumento de la tasa de acceso al tratamiento (en parte mediante la reducción de las barreras para hacerlo) tendría un impacto mucho mayor, que la mejora de la eficacia del tratamiento.

Preguntas y respuestas

Buscando una mejor definición de 'adicción alimentaria'

P. Afirma que la verdadera definición debería ser la adicción a comer y que la adicción a la comida no es un verdadero trastorno alimentario, sino que en realidad es similar al abuso de sustancias. ¿Está en lo cierto? (L.H., Merced, CA)

R. Esa es una excelente, pero controvertida pregunta. El concepto de adicción a la comida, o comportamiento relacionado con la comida, fue descrito por primera vez en 1956 por Randolph y ha recibido cada vez más atención, pero su verdadera definición es todavía controvertida. La "adicción a la comida" sugiere que un individuo puede tener respuestas adictivas a la comida similares a las que se observan en el abuso clásico de sustancias. Esto puede estar asociado con la obesidad y la alimentación desordenada. Según la definición del DSM-5, este puede ser más apropiadamente un desorden relacionado con las sustancias, más cercanamente identificado como adicción a comer. Otros han propuesto que la adicción a la comida es un trastorno adictivo más que un trastorno alimentario, por lo que TA se propone como un trastorno psico-conductual mientras que la adicción a la comida es un trastorno de base biológica (Appetite. 2009; 52:430) Métodos de evaluación, como el Yale Food Addiction Scale existen ahora, pero los esquemas de clasificación y los tratamientos apropiados (e incluso si tal adicción era a la comida o a comer) siguen siendo inciertos.

En un documento reciente de Carolin Hauck y sus colegas, presentado originalmente en la reunión de invierno de la Nutrition Society y publicado en Proceedings of the Nutrition Society (2020; 79:103), se sostiene que la alimentación de tipo adictivo puede manifestarse a través del consumo repetido de alimentos complejos muy apetecibles y altamente procesados, típicamente alimentos que contienen grandes cantidades de energía, azúcar y/o grasa. Hasta ahora, la evidencia sugiere que este patrón de alimentación es similar al comportamiento observado en la dependencia conductual o de sustancias. Los autores sugieren que la adicción a la comida no parece ajustarse a los trastornos alimentarios establecidos. En cambio, la adicción a la comida puede representar un patrón distinto al trastorno alimentario y puede ser un subtipo ya existente, como el TA. Se necesitan estudios futuros para aclarar las causas, señalar el tratamiento y describir el impacto en los individuos con estos patrones de alimentación

—SC

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

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com