

---

# Eating Disorders Review

## Noviembre/Diciembre 2019

### Volumen 31, Número 6

#### Scott Crow, Editor en Jefe

---

\*\*\*\*\*

---

## El tratamiento de la pandemia y los trastornos alimentarios: ¿Una oportunidad para el crecimiento?

Por Sandra Wartski, PsyD, CEDS

El año 2020 ha demostrado ser un año inusualmente difícil por muchas razones, y la mayoría de los clínicos han notado que los síntomas se han vuelto mucho más severos. Para nuestros clientes con trastornos alimentarios, los desafíos de un mayor aislamiento, menos rutinas de comida, más tiempo a solas con el espejo y mensajes en los medios sociales como "Cuidado con no aumentar el peso de la cuarentena 15"\* han creado aún más angustia. Afortunadamente, algunos clientes han podido utilizar este extraordinario tiempo para abordar su recuperación de maneras nuevas y positivas. Los siguientes casos demuestran algunos de los increíbles conocimientos adquiridos por personas valientes que siguen trabajando en el proceso de recuperación en medio de esta pandemia a menudo confusa y caótica.

### Anne

***"Estar en cuarentena es como estar en tratamiento residencial. Ya no puedo distraerme tanto con otras cosas de mi vida, y me veo obligado a centrarme más en la recuperación".***

"Anne" había estado en tratamiento durante varios años, y había hecho algunos progresos hacia la disminución de la alimentación restrictiva, pero a menudo señalaba que su ajetreada vida profesional interfería con su capacidad para llevar a cabo varias tareas y oportunidades de práctica. Haber estado en cuarentena significó que muchas de sus actividades diarias se detuvieron repentinamente, obligándola a mirar sus rutinas de auto cuidado de una manera completamente nueva. Se dio cuenta de que enfrentarse a las comidas, al tiempo, a los objetivos y a sí misma no se trataba sólo de no haber tenido tiempo para hacerlo, sino también de una fuerte sensación de evasión y miedo.

Sin las excusas habituales de "no tengo tiempo para preparar un almuerzo" o "estaba demasiado cansada para hacer un diario sobre eso", se ha lanzado a una forma muy diferente de abordar las habilidades que hemos estado dando vueltas durante años. Continúa luchando por acercarse a estas habilidades de manera más consciente y abierta, pero el mayor tiempo alejada de su agitado trabajo ha permitido un nivel de conciencia totalmente nuevo y ha creado algunas grietas en las viejas creencias que tenía sobre la posibilidad de cambio.

### Jaycee

***"Tener este virus ha sido terrible, pero no poder probar mi comida ha sido revelador".***

"Jaycee", una joven adulta, había estado atrapada en ciclos de atracones y purgas durante muchos de sus años de adolescencia y había hecho un buen trabajo al intentar reducir la velocidad, saborear la comida y aceptar la saciedad. Sin embargo, no fue hasta que contrajo COVID-19 y tuvo los signos reveladores de ausencia de olfato o gusto que pudo experimentar de repente la comida de una forma

totalmente nueva. Contraer el virus la obligó a ir más despacio y a estar más atenta porque ahora estaba muy fatigada y lenta, pero lo más importante, Jaycee se vio obligada inesperadamente a experimentar con el comer porque tenía hambre. Sus viejos patrones de sentir la necesidad de atracarse con sus alimentos favoritos o de adormecer los sentimientos con la comida cambiaron abruptamente. Ella notó con asombro, "No recuerdo la última vez que comí sólo por hambre!" A medida que ha comenzado a sentirse mejor y lentamente ha comenzado a tener más receptores del olfato y del gusto despiertos, ha notado que ha regresado parte de la antigua urgencia de comer de forma más descuidada.

Por lo tanto, ahora estamos trabajando en formas de mantener algunos de los momentos de epifanía de tener el virus y en encontrar maneras de entrelazarlos en nuevas formas de enfocar su trabajo hacia la recuperación.

## Lauren

***"¡No puedo creer que a tanta gente le importe sólo mi aspecto!"***

A pesar de la preocupación expresada por su equipo de tratamiento, el año pasado "Lauren" decidió seguir adelante y someterse al procedimiento quirúrgico de pérdida de peso que esperaba que la hiciera más querida y que también pudiera curar su trastorno alimentario. Dadas las recomendaciones de dieta restrictiva prescritas por el cirujano, quien desafortunadamente parece no tener mucha comprensión acerca de los trastornos de la conducta alimentaria a pesar de varios intentos informativos de llamadas telefónicas y cartas, Lauren había perdido una cantidad significativa de peso. Ella ha estado satisfecha con algunos de los cambios del cuerpo; sin embargo, sus problemas de trastornos de la conducta alimentaria, no es sorprendente que ahora se intensifiquen y aumenten en espiral.

Durante la cuarentena, no ha podido ver a tanta gente en persona, dando el cambio a trabajar en línea, lo que hace que vea a sus familiares y amigos con mucha menos frecuencia. Cada vez que ve a los demás, ha empezado a notar cómo hacen muchos comentarios desencadenantes, como "¿Te ves genial!" y "¿Sigue así!" y "¿Cuál es el secreto de tu dieta?" También se da cuenta de que no le preguntan cómo se siente y cómo le va durante esta época de aislamiento e incertidumbre de nuestro mundo. Aunque Lauren siempre ha buscado este tipo de reconocimiento en el pasado y sigue en la tóxica búsqueda de la delgadez, la experiencia de oír a otros enfocarse sólo en lo externo mientras ignoran la importancia de su mundo interno ha proporcionado una visión significativa. Esta experiencia ha sido triste pero aleccionadora, y esperamos poder seguir trabajando en formas de reformular y reajustar algunas de las prioridades de su vida.

Vivir una pandemia mundial ha sido una experiencia intensa tanto para los clínicos como para los clientes, y sigue habiendo muchas dificultades y angustias. Sin embargo, encontrar algunos de los aspectos positivos y oportunidades de crecimiento permite que algunos momentos de esperanza brillen.

\*Más sobre la reformulación Quarantine 15 (en formato de video blog o de artículo):

[membershare.iaedp.com/video-blog-reframing-quarantine-15-by-sandra-wartski-psy-d-ceds/](https://membershare.iaedp.com/video-blog-reframing-quarantine-15-by-sandra-wartski-psy-d-ceds/)

## Sobre el autor

**Sandra Wartski, PsyD, CEDS**, una colaboradora frecuente de Eating Disorders Review, ha estado trabajando con pacientes con trastornos alimentarios durante los últimos 25 años. Es una psicóloga licenciada que trabaja como terapeuta ambulatoria en Silber Psychological Services en Raleigh, NC. Le gusta hacer presentaciones y escribir artículos sobre diversos temas de salud mental, en particular sobre temas relacionados con los trastornos alimentarios.

---

# ACTUALIZACIÓN: Dismorfia corporal y anorexia

# nerviosa

Dos estudios recientes nos han dado nuevos datos sobre posibles conexiones entre la AN y el trastorno dismórfico corporal (TDC) El TDC es un enfoque intenso en la apariencia y la imagen corporal que interfiere con la vida normal. Los pacientes con TDC se miran repetidamente en los espejos y buscan confirmación por sus defectos percibidos, que rara vez son evidentes para los demás. Los hombres a menudo sienten que sus cuerpos son demasiado pequeños o no lo suficientemente musculosos (dismorfia muscular) Claramente, existen vínculos entre el TDC y los trastornos alimentarios, aunque no son sinónimos, y se necesita más información. Claramente, existen vínculos entre el TDC y una alimentación desordenada, aunque no son sinónimos, y se necesita más información.

Investigadores de la Anglia Ruskin University, East Anglia, UK, han señalado que las personas con TDC tienen 12 veces más probabilidades de preocuparse por los defectos que se perciben en su apariencia física que otras personas que no padecen el trastorno (*Eat Wt Disord.* 2020. DOI: 10.1007/s405 19-020-01018-y) El Dr. Mike Trott, investigador de ciencias del deporte en Anglia Ruskin University y sus compañeros de investigación comenzaron con un estudio en línea de los usuarios de los clubes de salud. Estos investigadores encontraron que alrededor del 30% de los participantes en su estudio tenían un trastorno alimentario latente, y el 76% tenía TDC. El Dr. Trott señaló que la dismorfia corporal puede conducir a la ansiedad, el estrés y la reducción de la calidad de vida. Añadió que hay poca información sobre cualquier correlación entre la dismorfia corporal y la AN o la BN.

En un segundo estudio, el Dr. Teena Moody y James Feusner y sus compañeros de trabajo en el Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior en la University of California, Los Angeles, reportaron patrones de la función cerebral en personas con AN y aquellos con TDC (*Brain Imaging and Behavior.* 2020. DOI: 10.1007/s11682-020-00323-5) El Dr. Feusner y sus colegas reclutaron 64 participantes femeninas para su estudio: 20 con AN que recuperaron su peso, 23 con TDC, y 21 controles sanos. Todos los participantes vieron imágenes de cuerpos masculinos y femeninos mientras que los investigadores utilizaron imágenes de resonancia magnética para seguir su actividad cerebral. Los participantes vieron tres tipos de imágenes: fotos normales sin retocar o fotos modificadas para que los bordes y los detalles de las imágenes se acentuaran o difuminaran.

Los cerebros de los participantes con AN y TDC mostraron una actividad y conectividad similar en las redes cerebrales visuales y parietales, diferentes de los controles sanos. Cuanto más graves eran los síntomas, más pronunciados eran los patrones de actividad cerebral y conectividad cuando se veían las imágenes. Esto fue especialmente cierto para las imágenes de bajo detalle. Los investigadores informaron que los cerebros de los pacientes con AN y los que tienen TDC procesan anormalmente imágenes con niveles de detalle altos, bajos o normales. Las imágenes con el menor nivel de detalle tienen la relación más directa con la gravedad de los síntomas y la percepción del cuerpo.

El siguiente paso será explorar si, después de la psicoterapia y la medicación, la actividad cerebral de los pacientes con AN y TDC comienza a normalizarse o de alguna manera cambia para compensar las anormalidades subyacentes.

---

## Desde el otro lado del escritorio

La pandemia de 2020 continúa, trazando un espectro desde la oscuridad del número de casos crecientes y muertes relacionadas con el COVID hasta la luz de las vacunas aprobadas que estarán disponibles en los próximos meses. El EDR ha abordado el tema en numerosos números de este año. En este número, Sandra Wartsky detalla el enfoque positivo que están adoptando algunos de sus pacientes y los beneficios que están experimentando como resultado de ello (véase "El tratamiento de la pandemia y los trastornos

alimentarios: ¿Una oportunidad para el crecimiento?")

Detrás de los titulares, continúa la investigación sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Nos enteramos de que la AN y la BN que se reportaron en Japón en el siglo XVIII, y que se remontan a la actualidad, además de cómo una historia previa de un trastorno de ansiedad puede llevar a un trastorno de la conducta alimentaria. Dos especialistas británicos en trastornos alimentarios señalan que aún hoy en día algunos criterios de diagnóstico de los mismos necesitan ser actualizados. Otro equipo explora cómo un antecedente de AN comportamientos alimentarios en la infancia pueden actuar como una señal para futuros trastornos alimentarios.

Nuestras esperanzas en vacunas efectivas y ver los progresos que se hacen cada día en la investigación de los TCA sólo puede hacernos mirar hacia el 2021 para un año mucho más saludable y con más progreso en los desafíos del diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Feliz 2021 a todos

— MKS

---

## Seguimiento de la respuesta temprana en adolescentes con bulimia nervosa

### ***La respuesta temprana al tratamiento puede ser un indicador de la mejora de los resultados.***

Hasta un 3% de los adolescentes cumplen con los criterios para la bulimia nervosa parcial o total, y tienen serios problemas médicos, como desequilibrios electrolíticos y riesgos cardíacos. (*Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54:403; *J Abnormal Psychol*. 2009; 118:587) Notablemente, la mayoría de las investigaciones sobre el tratamiento de BN se han centrado en los adultos. Es bien sabido que la respuesta temprana a la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el BN es un indicador de resultados favorable para los adultos.

La Dra. Brittany E. Matheson y sus colegas en la Stanford University School of Medicine y de la University of Chicago examinaron esta pregunta en adolescentes con BN (*Front Psychiatry*. 2020; 11:92) Los investigadores dieron seguimiento a 71 adolescentes con un diagnóstico de BN o BN parcial basado en el *DSM-IV*, que fueron inscritos en un estudio de tratamiento de dos sitios. Los participantes informaron sobre los atracones y las purgas de la semana pasada. Los participantes tenían entre 12 y 18 años y la mayoría eran mujeres (93%) y no hispanos (75%) Los adolescentes fueron asignados al azar a uno de los tres grupos de tratamiento: TCC para adolescentes (TCC-A), tratamiento familiar para la BN (FBT-BN) o psicoterapia de apoyo (SPT, por sus siglas en inglés) *The Eating Disorder Examination* (EDE) se administró al inicio, al final del tratamiento y nuevamente 6 y 12 meses después. Los participantes informaron a su terapeuta del estudio sobre la frecuencia de sus atracones y purgas durante la semana anterior. Un buen resultado fue definido como abstinencia de atracones y comportamientos compensatorios (vómitos auto-inducidos y uso de laxantes, píldoras de dieta, diuréticos, ejercicio compensatorio y ayuno) durante los 28 días previos a la evaluación.

### **Los primeros cambios predijeron la abstinencia posterior al tratamiento**

Al ingresar, el promedio de episodios de atracones notificados en los 28 días anteriores fue de 22, y no hubo diferencias estadísticas entre los grupos de tratamiento. Los participantes completaron un promedio de 14 sesiones de tratamiento, y el número de éstas no difirió por grupo de tratamiento. La reducción de los atracones reportados en las sesiones 2 a 10 se asoció significativamente con la abstinencia al final del

tratamiento. La reducción de los síntomas de purga en las sesiones 2, 3 y 4 también se asoció significativamente con la abstinencia al final del tratamiento. Los datos de la cuarta sesión de tratamiento fueron el indicador más fuerte de la abstinencia de los atracones.

La gran mayoría de los que lograron la abstinencia al final del tratamiento tuvieron una disminución casi total de los episodios de purga (casi el 97%) en la segunda sesión de tratamiento.

Por lo tanto, las reducciones significativas en los síntomas de atracones y purgas muy temprano en el tratamiento sugieren un mejor resultado para los adolescentes con BN al final del tratamiento, independientemente del enfoque de tratamiento utilizado.

Los resultados de este estudio mostraron una respuesta al tratamiento más temprana de la que se había informado en el único estudio anterior de BN en adolescentes. En ese estudio se observó que los síntomas cambiaron en la sexta sesión.

### **Razones para cambiar de tratamiento**

La identificación de los predictores tempranos de la respuesta tiene un enorme potencial para acelerar la recuperación, disminuir la deserción del tratamiento y reducir los costos; se necesitan urgentemente más esfuerzos de investigación de este tipo.

---

## **Riesgo de cáncer en personas con anorexia nervosa**

### ***¿La restricción calórica reduce el riesgo?***

Sabemos desde hace tiempo que la anorexia nervosa conlleva muchos riesgos médicos, como problemas cardíacos, osteoporosis, aumento del riesgo de muerte y otros. Aún no está claro si el riesgo de cáncer es mayor, menor o el mismo para las personas con AN. Un artículo reciente (Catala-Lopez, et al., *JAMA Network-OPEN* 2019 Jun 2(6) e195313) describió un meta-análisis que combinaba los resultados de múltiples estudios para responder a esta pregunta.

En el estudio, los datos de 7 grandes estudios de cohorte se combinaron en un conjunto de datos con 42.062 participantes con AN. En comparación con la población general, la tasa general de cáncer no difería en las personas con AN. Sin embargo, el riesgo relativo (RR) de cáncer de mama fue menor (RR=0,6) y los riesgos de cáncer de pulmón (RR=1,5) y de cáncer de esófago (RR=6,1) fueron mayores. Es importante señalar que la fiabilidad estadística del riesgo de cáncer de pulmón y de esófago era relativamente baja, debido al número de casos.

Estos resultados son importantes, en parte porque los estudios en animales han sugerido que la restricción calórica disminuye ampliamente el riesgo de cáncer; sin embargo, el artículo de la *JAMA* no apoya ese fenómeno en las personas con AN.

---

## **Un camino desde el trastorno de ansiedad a un trastorno alimentario**

### ***La detección a mediados de la adolescencia fue más predictiva.***

Los trastornos de ansiedad y los trastornos alimentarios restrictivos, particularmente en pacientes con AN, a menudo van de la mano (*Clin Psychol. Science and Practice*. 2011; 18:183; *Int J Eat Disord*. 2003; 33:257) La alimentación restrictiva es una característica esencial de la AN (American Psychiatric

Association, 2013) Se ha sugerido que la restricción dietética se desarrolla a medida que los pacientes tratan de aliviar su ansiedad. Luego, con el tiempo, la restricción dietética puede ser utilizada como una forma de controlar la ansiedad que se centra cada vez más en la alimentación y el peso (*Medical Hypotheses*. 2017; 108 [suppl 3]: 144; *Medical Hypotheses*. 2012; 78:580) Un diagnóstico de ansiedad detectado en la adolescencia temprana se mantiene a lo largo del tiempo, y puede predecir el futuro comportamiento de ayuno. E. Caitlin Lloyd, PhD, del Centre for Exercise, Department of Nutrition and Health Science, University of Bristol, Bristol, UK, y colegas analizaron a 2406 adolescentes con el Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC; <http://www.bristol.ac.uk/alspac/>) en tres etapas: 13-14, 15-16, y 17-18 años (*Eur Eat Disord Rev*. 2020; 8:269). [Ver otro estudio basado en ALSPAC data, "Comportamientos alimenticios durante la infancia pueden predecir trastornos de la alimentación", en otra parte de este número]

El equipo de investigación formuló la hipótesis de que la presencia del trastorno de ansiedad sería útil para predecir futuros episodios de ayuno que podrían poner a los adolescentes en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. El ayuno se midió aproximadamente 2 años después de cada uno de los 3 puntos de tiempo de evaluación de la ansiedad utilizando el *Development and Wellbeing Assessment Questionnaire* (DAWBA; *J Child Psychol and Psychiatry*. 2000; 41:645) En la onda 13-14, los padres informaron de los síntomas del adolescente y los investigadores evaluaron los informes para determinar la presencia del trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, fobias secundarias y el trastorno de ansiedad por separado. En la onda 15-16, el adolescente reportó sus propios síntomas, y los investigadores evaluaron la presencia del trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y fobia específica, trastorno de pánico y la agorafobia. En la última onda, de 17-18 años, se evaluó el ayuno.

### **Se estableció un vínculo entre la ansiedad y el ayuno**

Los resultados del estudio apoyaron una asociación entre los trastornos de ansiedad y el ayuno. Las pruebas estadísticas de una asociación entre el trastorno de ansiedad a los 13-15 años no eran sólidas, pero las personas que padecían un trastorno de ansiedad a los 15-16 años corrían un mayor riesgo de ayunar, a partir de los 17-18 años. (Los autores notaron que los informes de los padres sobre los síntomas de los trastornos de ansiedad en la onda 13-14 podrían no haber sido completamente precisos, pero también parece posible que exista un vínculo en edades más avanzadas que no operan en la onda 13-15)

Otros estudios han demostrado que las evaluaciones de los padres y los síntomas comunicados por los adolescentes no suelen correlacionarse bien. En este caso, las observaciones de los padres pueden representar un aspecto diferente del trastorno de ansiedad que uno centrado en el ayuno. Los síntomas de los trastornos de ansiedad comunicados por los padres en la onda 13-14 también podrían reflejar síntomas no físicos que no podrían ser articulados por sus hijos. O bien, es posible que los resultados no observables no se hayan comunicado; otros estudios han informado de esta misma tendencia (*J Acad Child & Adolesc Psychiatry*. 2004; 43:878)

Al igual que en estudios anteriores, los resultados subrayan el hecho de que los adolescentes con AN tienen más probabilidades de haber desarrollado previamente trastornos de ansiedad en comparación con los adolescentes sin AN (*J Am Acad Child & Adolesc Psychiatry*. 2015; 54:652) Las asociaciones bidireccionales que parecen vincular los trastornos de ansiedad y la AN podrían ser un reflejo de mecanismos de riesgo compartidos, según los autores. Esta opinión también está respaldada por estudios que muestran que los familiares de las personas con AN tienen más probabilidades de que se les diagnostique un trastorno de ansiedad en comparación con los familiares sin AN (*Int J Eat Disord*. 2007; 41:S246).

### **Algunas limitaciones, pero también un potencial de intervención**

Este estudio tuvo algunas limitaciones, como la comparación de los síntomas de ansiedad de los

adolescentes y de los padres, que difirieron en cada onda del estudio. Y, las mediciones del ayuno se hicieron con cuestionarios, lo que podría haber afectado la validez. Por último, es posible que las conclusiones no se generalicen a otras poblaciones, dado que los participantes en el ALSPAC no son representativos de la población general del Reino Unido debido a su origen étnico. Muchas personas que ayunan no cumplen con los criterios de un diagnóstico de AN.

A pesar de estas limitaciones, el estudio demostró que en las mujeres los trastornos de ansiedad detectados a mediados de la adolescencia predicen un comportamiento de ayuno que es un factor de riesgo para la AN. Así pues, los autores señalan que la prevención o el tratamiento de los trastornos de ansiedad en las adolescentes podría disminuir el desarrollo posterior de un trastorno alimentario.

---

## Los criterios del diagnóstico de algunos TCA necesitan ser actualizados

### ***Se necesita más investigación para los nuevos trastornos de la conducta alimentaria.***

Una conocida clínica e investigadora, la Dra. Phillipa Hay, de la Western Sydney University y del Campbelltown Hospital, Sydney, Australia, recientemente evaluó los cambios en los criterios de diagnóstico de numerosos trastornos de la conducta alimentaria. Por ejemplo, AN y BN se caracterizan por la internalización de la idea de delgadez y los comportamientos de control de peso extremo.

### ***Cambios sutiles en el DSM-5 y el CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades)***

La Dra. Hay reportó que los cambios en los criterios de diagnóstico de la AN en el *DSM-5* y el *CIE-11* son sutiles, pero es importante señalarlos. Por ejemplo, la amenorrea ya no es un criterio obligatorio para diagnosticar la anorexia, porque a menudo no se aplica, por ejemplo, en los hombres y en las mujeres que toman anticonceptivos hormonales. En el *DSM-5*, por ejemplo, también hay criterios de gravedad para el AN basados en los niveles de IMC y/o su equivalente en niños, pero no se da un límite superior definido para éste y el hecho de que una persona tenga o no un peso inferior al normal se convierte en un asunto a juicio clínico. Aquellos con un IMC en el rango normal, pero que por lo demás se asemejan a personas con AN pueden recibir en cambio un diagnóstico de AN atípica, un tipo de Otros Trastornos alimentarios especificados (OSFED, por sus siglas en inglés)

En cuanto a la BN, los criterios se han ampliado y el trastorno por atracón (TA) con conductas de pérdida de peso compensatorias puede ocurrir ahora, tan sólo una vez a la semana; sin embargo, esta conducta debe ocurrir durante 3 meses en el criterio *DSM-5* o durante 1 mes en el criterio *CIE-11*. Del mismo modo, para establecer un diagnóstico de TA, es obligatorio la marcada angustia asociada a los atracones.

Aquellos con trastornos alimentarios que no cumplen con la frecuencia conductual u otros criterios de uno de los principales trastornos de la conducta alimentaria y cuyos efectos secundarios están menos definidos (anteriormente denominado Trastorno de la Alimentación No Especificado) pueden ahora ser clasificados bajo la categoría de OSFED o FED No Especificado (UFED) en el *DSM-5* o como Otro Trastorno alimentario especificado en la *CIE-11* (World Health Organization. 2019; International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 11th revision) De acuerdo con la Dra. Hay, el tratamiento para TA y el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (TERIA) está mucho menos definido (*Int Med J.* 2020; 24)

Una revisión sistemática reportó la media ponderada poblacional (y rangos) de prevalencia de por vida en el siguiente orden: (1) AN, 1.4% (0.1—3.6%) para mujeres y 0.2% (0—0.3%) para hombres; (2) BN,

1.9% (0.3%—4.6%) para mujeres y 0.6% (0.1—1.3%) para hombres; y (3) TA, 2.8% (0.6%—5.8%) para mujeres y 1.0% (0.3%—2.0%) para hombres (*Am J Clin Nutr.* 2019; 109:1402).

## El espectro de tratamiento

En el caso de todos los trastornos de la alimentación (incluido TERIA), el tratamiento principal, tal como se define en las directrices nacionales e internacionales vigentes, es una forma de terapia psicocomportamental que, por lo general, se puede proporcionar de forma ambulatoria. Los pacientes con síntomas más graves, o aquellos que no mejoran con un cuidado menos restrictivo, pueden ser tratados en un programa hospitalario especializado parcial (de día) o completo. (*Curr Opin Psychiatry.* 2017; 30:423), *Cochrane Database Sys Rev.* 2019; CD010827) Hay varios ensayos que apoyan los agentes para el tratamiento de TA y BN. Desde los primeros ensayos de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en dosis más altas (p. Ej., Fl uoxetina, 60 mg al día), ha habido un pequeño número de ensayos de topiramato y lisdexanfetamina para el trastorno por atracón. (*J Consult Clin Psychol.* 2019; S7:91) Los metanálisis respaldan la función de los antidepresivos de segunda generación y la lisdexanfetamina, pero no como tratamientos independientes. El tamaño de los efectos es de pequeño a mediano y el abandono puede ser mayor que con las terapias psicológicas. La mayoría de los usos farmacológicos en Australia son también "off label", con la excepción de la lisdexanfetamina, que está aprobada para casos de moderados a graves de TA que están bajo la supervisión de un psiquiatra especializado. Se considera que la seguridad a largo plazo de la lisdexanfetamina está en concordancia con la de su uso en el trastorno déficit de atención con hiperactividad.

La Dra. Hay señala que además de la terapia psicológica específica, el tratamiento debe abordar importantes comorbilidades nutricionales y de salud física y mental, por lo que lo ideal es que sea tratado por un equipo multidisciplinario. Como mínimo, esos equipos contarían con un terapeuta psicológico y un médico de familia. En los casos más complejos de trastornos alimentarios, como la AN, los casos más graves de BN y TA y para los pacientes que necesitan atención hospitalaria, se requiere un apoyo interdisciplinario adicional. Este incluye un dietista registrado, un médico o pediatra especialista, un psiquiatra, enfermera (s), y un terapeuta de ejercicio, terapeuta de actividad / ocupacional y trabajador social o terapeuta familiar (*Aust NZ Psychiatry.* 2014; 48:977)

La investigación apoya ahora la optimización de la atención hospitalaria para permitir una recuperación más rápida del peso y se ha demostrado que los protocolos de alimentación más asertivos son seguros cuando se vigila cuidadosamente a los pacientes y se les administran suplementos nutricionales. Sin embargo, la autora informa de que los profesionales que utilizan esos regímenes de tratamiento tendrán que monitorear la angustia psicológica del paciente porque puede ser mayor si el aumento de peso es más rápido. La osteopenia en personas con períodos sostenidos de bajo peso y supresión de esteroides sexuales sigue siendo un riesgo médico conocido, y la pérdida de hueso puede ser irreversible, especialmente si esto ocurre durante el período crítico de crecimiento del hueso pospuberal. Aquellos con AN pueden no alcanzar su masa ósea máxima, y más tarde en la vida alcanzarán más rápidamente los niveles osteopénicos, especialmente durante los años de la postmenopausia. Se han realizado algunos ensayos con agentes antirresortivos y anabólicos, y un ensayo positivo de reemplazo de estrógeno transdérmico y teriparatida. Los estudios de aloxifeno, denosumab y otros análogos de la hormona paratiroidea, como abaloparatida, faltan o solo se examinan en informes de casos. Se ha informado de mayor éxito con los bisfosfonatos; sin embargo, los problemas de seguridad y la posible teratogenicidad advierten contra el uso de los mismos en mujeres jóvenes (*Curr Opin Endocrin Metab Res.* 2018; 3:74)

## Cerrando la brecha

La Dra. Hay señala que un gran desafío para mejorar los resultados del tratamiento es "cerrar la brecha de éste". La mayoría de las personas con AN y una gran mayoría con BN y TA retrasan la búsqueda de atención durante una década o más (*Lancet.* 2014; 383:127) Hay muchos otros factores que contribuyen a este problema, pero los aspectos importantes son los bajos niveles de conocimientos sanitarios, la



búsqueda de ayuda para el control de la pérdida de peso en lugar del trastorno alimentario, el estigma, la vergüenza, la falta de asequibilidad y la falta de acceso a terapias psicológicas basadas en evidencia. Aunque las evidencias son limitadas, la incorporación de trastornos alimentarios no reconocidos anteriormente, como TA y TERIA, tiene implicaciones para los médicos, las jurisdicciones y, más en general, para los profesionales de la salud pública.

Tal vez sea necesario ampliar las iniciativas de prevención, la concienciación de los clínicos y la infraestructura de los servicios de salud para garantizar una identificación adecuada y la gestión del ya diverso espectro de trastornos de la conducta alimentaria. Como escribe la Dra. Hay, "Se necesita urgentemente investigación para los nuevos trastornos alimentarios, TA y TERIA".

---

## **Los comportamientos alimentarios durante la infancia pueden predecir los trastornos de la conducta alimentaria**

### ***Alimentación quisquillosa, la subalimentación o la sobrealimentación se rastrearon desde la niñez hasta la adolescencia.***

La mayoría de los padres admitirían que tratar con los "comedores quisquillosos" puede ser enloquecedor. Desafortunadamente, este patrón de alimentación también puede tener implicaciones para el desarrollo posterior de un trastorno de la conducta alimentaria. Un multicéntrico ha encontrado asociaciones claras entre los comportamientos alimentarios de la infancia durante los primeros 10 años de vida y los trastornos alimentarios a los 16 años (*Br J Psychiatry*. 2020; 126:113) Según los autores, ésta es la mayor y más completa investigación que examina la asociación prospectiva entre las conductas alimentarias de la infancia y las conductas y diagnósticos en la adolescencia. [Véase también "Un camino desde el trastorno de ansiedad hasta el trastorno alimentario", en otra parte de este número.]

El Dr. Moritz Herle, del Great Ormond Street Institute of Child Health, University College, London, y un equipo internacional de investigadores estudió datos de 4760 participantes del Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). El estudio ALSPAC, iniciado hace casi 30 años, es un cohorte longitudinal muy conocido y muy informativo de madres y sus hijos nacidos en el suroeste de Inglaterra, (*Int J Epidemiol*. 2013; 42:97)

En el análisis del Dr. Herle, se utilizaron datos de conductas alimentarias infantiles de 8 puntos de tiempo, de 1.3 años a 9 años de edad. La información sobre los trastornos alimentarios incluía informes de niños, padres y datos antropométricos medidos objetivamente cuando los participantes tenían 16 años.

### ***Definición de la sobrealimentación, la subalimentación o alimentación quisquillosa.***

Las categorías de la sobrealimentación, la subalimentación y alimentación quisquillosa fueron tomadas de medidas repetidas de comportamientos alimentarios reportados por los padres, medidos alrededor de las edades de 1.3, 2, 3.2, 4.6, 5.5, 6.9, 8.7 y 9.6 años. La alimentación quisquillosa fue clasificado por tres categorías: "ser selectivo", "rechazar la comida" y "dificultades generales de alimentación". Los padres informaron que los niños comían de más, y variaba entre comer de más o no hacerlo en la infancia (70% de los niños); baja sobrealimentación transitoria, o sobrealimentación durante los primeros 5 años de vida, que luego disminuyó a los 9.6 años. El aumento tardío de la sobrealimentación definió a los niños con bajos niveles de ésta hasta los 5 años (13%), con niveles crecientes a partir de los 5 años en adelante (12%), y aumento temprano de la sobrealimentación, o inicio temprano de ésta que progresó

con el tiempo. Se definió la subalimentación como la ausencia (24%), y la baja subalimentación transitoria, o los niños con alguna subalimentación que disminuyó a ninguna en 4.6 años. La alimentación baja y decreciente define a los niños con alimentación insuficiente durante la infancia que disminuye lentamente o por completo en 9.6 años (19%) La subalimentación altamente persistente incluía a los niños que comían menos de lo debido durante toda la infancia.

Los investigadores también dividieron la alimentación quisquillosa en 6 trayectorias, comenzando por la alimentación poco quisquillosa y la alimentación poco quisquillosa transitoria (alimentación quisquillosa en los primeros 5 años de vida, que luego desapareció hasta la no alimentación quisquillosa a los 9.6 años de edad; 15%) La alimentación quisquillosa temprano y decreciente incluyó niveles altos de comer quisquilloso a los 1.3 años que disminuyeron gradualmente (15%), mientras que el comer quisquilloso que aumentó rápidamente incluyó el comer quisquilloso a los 1.3 años que aumentó rápidamente con la edad (13%) Los altos niveles de alimentación quisquillosa definieron a los niños que fueron comedores quisquillosos a lo largo del tiempo evaluado (9%).

### ***A los 16 años, los niños proporcionaron auto-informes sobre los comportamientos de TCA.***

El Dr. Herle y sus colegas informaron de que, de acuerdo con su hipótesis original, la sobrealimentación durante la infancia se vinculaba con un mayor riesgo de atracones y de un TA a la edad de 16 años. Los niños con niveles elevados de sobrealimentación tenían un riesgo entre un 6% y un 7% mayor de desarrollar atracones que los niños del grupo de sobrealimentación persistentemente bajo. Las personas de la infancia intermedia y tardía tenían un 1% más de probabilidad de desarrollar TA en comparación con el grupo de referencia. Para los autores, esto sugería que el comportamiento de sobrealimentación ligado al desarrollo posterior de TA podría comenzar a mediados de la infancia, o alrededor de los 5 años. Sus resultados muestran cómo el aumento de las tasas de sobrealimentación en la infancia podría presagiar un posterior atracón. Esto apoya los informes anteriores que indican que comer sin hambre en la infancia está asociado con mayores atracones a los 15 años. (*Eat Behav.* 2017; 24:7)

Los autores también informaron de que los niños en la trayectoria de baja sobrealimentación tenían un riesgo estimado de referencia del 10% por atracones a los 16 años; los niños con patrones de aumento tardío de la sobrealimentación tenían un 6% más de riesgo de atracones. Los niños del grupo de sobrealimentación que aumenta tenían un 7% más de riesgo de desarrollar atracones, y los que empezaban tarde con la misma tenían un 1% más de riesgo de sufrir un TA. Los autores no encontraron ninguna asociación entre la subalimentación persistente y las conductas o diagnósticos posteriores de TCA. Esto probablemente se debió al pequeño número de niños estudiados que informaron sobre la persistencia de la subalimentación. La muestra más pequeña, la persistente trayectoria de subalimentación, sólo incluía 54 niñas, y los intervalos de confianza eran amplios (de 0 a 13%) Esto subraya el desafío que supone realizar estudios de este tipo (y al mismo tiempo, el carácter crítico de las grandes muestras de datos): el estudio comenzó con cerca de 5.000 participantes, pero las pequeñas cifras todavía dificultaron algunos análisis.

### ***Resultados del estudio sobre la subalimentación***

Investigaciones longitudinales anteriores han sugerido que los problemas de alimentación temprana y la subalimentación en la infancia están relacionados con la AN en la adolescencia (*J Am Acad Child Psy.* 2001; 40:1434; *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 48:791) Los bajos niveles de subalimentación también se asociaron a un menor riesgo de ayuno y al desarrollo de ejercicio excesivo a los 16 años. Los niveles bajos podrían indicar un apetito saludable en los primeros años de vida; esto también podría actuar como un factor de protección, reduciendo el riesgo de una posterior AN, ayuno, purgas y ejercicio excesivo. Los autores descubrieron, sólo en las niñas, que la persistencia de una subalimentación se asociaba a un mayor riesgo de padecer AN. Al igual que en el caso de la asociación entre la sobrealimentación, los atracones y la obesidad, la vulnerabilidad genética compartida podría contribuir a

la asociación entre los niveles constantes de subalimentación en la infancia y el riesgo de padecer AN.

### **Alimentación quisquillosa temprana y AN (tal vez TERIA)**

La alimentación quisquillosa en los primeros años de vida y la inquietud persistente por la comida se asociaron con un aumento del 2% en el riesgo de AN en comparación con la falta de dicha alimentación quisquillosa. Si bien la alimentación quisquillosa durante la niñez puede ser ocasionalmente un signo temprano de una posterior AN, los autores creen que la relación entre la alimentación quisquillosa y los trastornos alimentarios es todavía desconocida. Una idea es que el grupo de alimentación persistentemente quisquilloso podría incluir a los niños con el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (TERIA), y podría existir una posible asociación entre el TERIA infantil y la AN adolescente.

Estos hallazgos sugieren que identificar a los niños con conductas alimentarias específicas podría ser un enfoque prometedor para la intervención dirigida a prevenir la progresión hacia los trastornos alimentarios y los TCA en la adolescencia.

---

## **Incluso hoy en día, los trastornos alimentarios a menudo se pasan por alto**

### **Un llamado para corregir las percepciones y conceptos erróneos sobre los TCA.**

Los trastornos alimentarios pueden quedar marginados y sub-priorizados debido a la noción incorrecta de que éstos son "trastornos de nicho" que sólo afectan a una población limitada, según los autores de un reciente y poderoso editorial en el *British Journal of Psychiatry* (*Br J Psychiatry*. 2020; 216:67)

Dasha Nicholls, FRCPsych, MD, de la NHS Foundation Trust, London, y Anne E. Becker, MD, PhD, de Harvard Medical School, Boston, se inspiraron para hablar después de la muy publicitada muerte de una joven británica de 19 años con AN. Un informe de una investigación del 14th Parliamentary Ombudsman sobre la muerte de la joven mostró cómo los servicios de urgencias son poco percibidos, poco prioritarios y poco financiados en los ámbitos clínicos y académicos en el Reino Unido. En el informe se identificaron deficiencias que son dolorosamente familiares para los lectores de los Estados Unidos y, muy probablemente, de la mayoría o de todos los demás países. Entre ellas figuran las disparidades geográficas en el acceso a la atención, la exclusión de las encuestas nacionales, la exclusión de las principales directrices de atención y la falta de atención en la formación clínica.

### **Se necesita una mejor comprensión de los TCA**

Los autores sugieren que el remedio radica en corregir el encuadre inexacto y desafortunado de los trastornos alimentarios, señalando que éstos deben entenderse como los problemas comunes y graves de salud mental que son. El Dr. Nicholls y Becker añaden que todo clínico debería estar familiarizado con el reconocimiento y el manejo de los TCA. También señalan que a los 20 años hasta el 13% de los adultos jóvenes del Reino Unido han cumplido los criterios de un trastorno alimentario. Entre las adolescentes, que son las de mayor riesgo, el 40.7% demuestra alguna forma de ayuno, purga o atracones, y el 11.3% tiene estas condiciones a un nivel compatible con un diagnóstico de trastorno alimentario (*Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018) El riesgo también está aumentando para los hombres jóvenes, al igual que un creciente reconocimiento del riesgo entre hombres y mujeres mayores.

La marginación de los trastornos alimentarios en la vigilancia de la salud del Reino Unido también es válida en todo el mundo; sin embargo, según los autores, solo un puñado de encuestas de salud mental mundial han incluido a los TCA. Además, sólo se dispone de escasos datos para registrar las estimaciones de la carga de la enfermedad. Por el contrario, los doctores Nicholls y Becker señalan que "datos sólidos"

han demostrado el riesgo de trastornos alimentarios en relación con contextos sociales particulares y la exposición, como los cambios en los ideales de la forma corporal, el entorno alimentario y el estigma del peso, así como el aumento de los desórdenes alimentarios en poblaciones que antes se creían de bajo riesgo (*Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge University Press, 2018)

### **Los TCA, a menudo, no son detectados**

A menudo los trastornos alimentarios no son detectados en los entornos clínicos, como tampoco en otras áreas. Por ejemplo, aunque la AN suele presentarse con demacración, otros TCA pueden estar presentes sin ningún signo físico o anomalías en las pruebas de laboratorio. Los trastornos alimentarios también pueden pasar desapercibidos para la familia, los amigos y los médicos, a menos que éstos pregunten directamente al paciente sobre ellos. Los autores también señalan que se perdió la oportunidad de corregir estos descuidos y conceptos erróneos cuando se omitieron los TCA de un informe muy influyente del National Health Service sobre la mejora de la salud física de los adultos con enfermedades mentales graves (Royal College of Psychiatrists, 2016)

Los autores también admiten que las dificultades para definir los límites entre la salud y la patología son probablemente "relevantes para la minimización de los trastornos alimentarios". Por ejemplo, las conductas consideradas positivas y alentadoras por alguien con sobrepeso (por ejemplo, la restricción de alimentos "no saludables", la pérdida de peso y el ejercicio vigoroso) pueden ser patológicas en algunas personas con peso inferior al normal o pueden reflejar conductas no saludables en todo el espectro de peso. Una experiencia neutra, o incluso placentera, para una persona, como la exposición a alimentos muy apetitosos, puede ser desagradable o perjudicial para otra.

Según los doctores Nicholls y Becker, la normalización de las conductas alimentarias desordenadas hace urgente la necesidad de mejorar la detección de los trastornos alimentarios. En la actualidad, cuando la guerra contra la obesidad está cobrando fuerza, se aconseja a los padres que vigilen la ingesta calórica, cuenten los pasos, reduzcan las grasas y los azúcares de la dieta y se clasifiquen de forma regular por el índice de masa corporal (IMC, mg/kg<sup>2</sup>) La obesidad es tanto un factor de riesgo como una comorbilidad con los trastornos alimentarios, sin embargo, la detección de éstos, "apenas ha recibido mención en la estampida para tomar medidas contra la obesidad", dicen los autores. Señalan que los grupos de defensa de los TCA que han tratado de hacer oír sus voces e incluso con datos convincentes, a menudo se sienten ignorados. Los autores señalan un editorial de *Lancet* de 2007 (*Lancet*. 2007; 369:1142), que preguntaba si era "el momento de un enfoque de salud pública para los trastornos de la conducta alimentaria". En 2020, la respuesta es "todavía un rotundo sí", dicen los autores.

---

## **Cómo un historial previo de AN puede afectar a los pacientes con BN**

### ***La importancia de la detección de los pacientes BN fue apoyada en este estudio francés.***

Durante algún tiempo, los investigadores han tratado de explorar las diferencias clínicas entre los pacientes BN con y sin antecedentes de AN. Los resultados de estos estudios han demostrado que los pacientes con antecedentes de AN a menudo también tienen antecedentes de abandono y abuso en la infancia, así como trastornos de ansiedad. Muchos han sido tratados y hospitalizados por depresión (*Comprehen Psychiatry*. 1990; 31:171) Un historial de AN anterior tiene implicaciones especiales para aquellos con BN actual, según un equipo de investigadores franceses. El Dr. Robert Strumila y sus colegas estudiaron 85 pacientes con diagnósticos actuales de BN, 35 de los cuales tenían un historial de vida de AN (*Eur Eat Disord Rev*. 2019; 10.1002/erv.2712) Los autores trataron de evaluar el funcionamiento general y específico del grupo de estudio a fin de predecir la calidad de vida de los pacientes. El

diagnóstico de BN se estableció según los criterios del *DSM-5*; los pacientes también completaron tareas neuropsicológicas y llenaron cuestionarios psiquiátricos validados. Además, el equipo de estudio reunió datos sociodemográficos e indicadores de enfermedades nutricionales y somáticas.

Los participantes en el estudio fueron evaluados por un psiquiatra senior y un nutriólogo senior con experiencia en la evaluación y el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Los pacientes se sometieron a una evaluación clínica no estructurada, así como a una estructurada con el *Mini-International Neuropsychiatric Interview*. Los participantes también completaron una serie de evaluaciones, entre ellas, el *Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q) Cuando se disponía de ella, se añadía la información de los registros médicos y los datos de los familiares, junto con el gasto de energía en reposo, las mediciones de la densidad mineral ósea (DMO) y los análisis de sangre.

### **Numerosas funciones se vieron afectadas por un historial previo de AN**

Según los resultados del FAST (Functional Assessment Short Test), los pacientes con BN y un historial previo de AN experimentaron numerosas disfunciones adicionales. Las personas con BN y previa AN tenían más probabilidades de tener un historial de toda la vida de intentos de suicidio, uso de tabaco y laxantes, un IMC bajo de toda la vida y más restricción dietética (señalado en el *EDE-Q*) que las personas sin un historial de AN. Sin embargo, a diferencia de estudios anteriores, no se informó de una mayor probabilidad de que se produjera depresión.

La atención, la función ejecutiva, la toma de decisiones y las capacidades visuales-espaciales se vieron afectadas entre aquellos con antecedentes de AN. Si bien los autores señalaron que estudios anteriores en personas con trastornos alimentarios han examinado la toma de decisiones, muy pocos estudios han comparado la toma de decisiones en pacientes bulímicos con antecedentes de AN y los que no los tienen. En el estudio del Dr. Strumila, un historial previo de AN en pacientes de BN se asoció con peores habilidades de toma de decisiones, en comparación con aquellos sin historial previo de AN. Los hallazgos sugieren que el tratamiento de la incapacidad para tomar decisiones debería ser diferente en los pacientes con AN y BN.

### **Indicadores nutricionales**

No se encontraron diferencias significativas en los biomarcadores nutricionales. Esto sugiere que cuando los pacientes se recuperan de la AN y del estado de inanición, incluso si desarrollan BN su estado nutricional puede recuperarse sin ningún efecto persistente aparente. Por el contrario, aquellos con un historial previo de AN con más frecuencia habían disminuido la DMO. Estos resultados sugieren que las personas con BN y un historial previo de AN deben ser evaluadas por la pérdida de mineral óseo.

### **Resultados de las pruebas neurológicas**

Este estudio mostró diferencias en las pruebas neuropsicológicas, el funcionamiento general y específico, y los parámetros somáticos de los pacientes de BN con un historial previo de AN, así como una mayor restricción, abuso de laxantes, menor IMC de por vida, y el uso de tabaco. Todos estos hallazgos hacen que sea importante evaluar cuidadosamente a los pacientes con BN para ver si tienen antecedentes de AN.

---

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

---

**IAEDP**

www.EatingDisordersReview.com