
Eating Disorders Review

Julio/Agosto 2022

Volumen 32, Número 4

Scott Crow, Editor en Jefe

Transición a los servicios para adultos con AN

Tres estudios identifican las barreras para los pacientes de AN, los profesionales sanitarios y los padres.

En algún momento del tratamiento, a veces a una edad preestablecida, un paciente con anorexia nervosa puede pasar a los servicios para adultos. Este tipo de transferencia asistencial es problemática en muchos ámbitos de la medicina, lo que ha dado lugar a recomendaciones destinadas a mejorar el proceso (incluida una del Britain's Royal College of Psychiatrists sobre este mismo tema) La transición puede ser suave, pero a veces no lo es, según el Dr. Anthony P. Winston y sus colegas en el Aspen Centre and Coventry and Warwickshire Trust, Warwick, UK.

El Dr. Winston y su equipo señalan que las transiciones problemáticas pueden provocar el abandono del tratamiento, la interrupción del mismo y reingresos evitables en el hospital. El grupo británico también descubrió que sólo existen unos pocos servicios que derivan a los pacientes infantiles y adolescentes de los servicios de salud mental (CAMHS, por sus siglas en inglés) a los servicios especializados para adultos. Según su teoría, esto puede deberse a la relativamente escasa inversión en servicios para adultos en el Reino Unido (*BJ Psych Bulletin*. 2022 doi:10.1192/bjb.2021.109).

El Dr. Winston y su equipo distribuyeron un cuestionario de autoevaluación diseñado para establecer cuántos equipos de niños y adolescentes cumplían realmente las recomendaciones del Royal College of Psychiatrists para gestionar la transición entre los centros de tratamiento de jóvenes y los servicios de adultos para trastornos alimentarios. Los autores distribuyeron las recomendaciones del Royal College a 70 equipos de Inglaterra que ofrecen tratamiento para los trastornos alimentarios. Treinta y ocho servicios aceptaron participar en el presente estudio.

Edad en el momento de la transición

Entre los centros participantes, el 97% tenía establecido un límite máximo de edad para la transición del tratamiento que oscilaba entre los 16 y los 25 años, siendo los 18 años la edad más común. La mayoría de los centros CAMHS establecen su límite de transición para que coincida con el del servicio de adultos previsto. Un poco más de la mitad de los pacientes jóvenes acudieron a los servicios especializados en trastornos alimentarios, y el resto fueron trasladados a los equipos de atención sanitaria de la comunidad.

Un poco más de la mitad de los centros del CAMHS tenían un protocolo de transición específicamente diseñado para los jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria y el 68% tenía un protocolo genérico para todos los jóvenes que se trasladaban a los servicios de adultos. Veintiocho servicios declararon haber mantenido conversaciones activas con el servicio de adultos, comenzando al menos 6 meses antes de la transición prevista.

Cómo se combinan los servicios

Los autores también encontraron una gran variedad de intervenciones terapéuticas entre los CAMHS y los centros de tratamiento para adultos: El 97% de los participantes de los CAMHS informaron de diferencias en los modelos/orientación terapéutica entre sus protocolos y los servicios para adultos. La mitad de los servicios CAMHS tenían un enfoque centrado en la familia, mientras que los servicios para adultos se centraban más en el paciente individual. La mayoría de los centros del CAMHS (71%) dijeron tener un buen conocimiento de los servicios para adultos. (Sin embargo, los autores señalaron que muchos centros no respondieron a esta pregunta.)

El tiempo para la transición

Treinta y uno (88%) de los servicios informaron que el momento de la transferencia dependía de las necesidades del joven. Veintinueve centros de CAMHS informaron que podían retrasar la transición, y la mitad reportó que el tiempo de transición podía adelantarse cuando el joven paciente estaba en crisis. Más de la mitad de los centros contaban con un protocolo escrito para ello.

Brechas en el servicio

Los autores descubrieron que los servicios CAMHS lo hicieron razonablemente bien en cuanto a la identificación previa de las necesidades individuales de los jóvenes pacientes. Muchos informaron de que la transición incluía el trabajo con los servicios para adultos para gestionar el traslado antes de que éste se produjera. Sin embargo, los autores también encontraron que el 22% de los servicios no utilizaban formularios de transición individualizados, y el 26% no proporcionaba apoyo transitorio a la familia y los cuidadores. La mayoría ofrecía los servicios de un coordinador de transición para ayudar al joven durante el cambio al centro de adultos. Dado que la atención coordinada es muy difícil de mantener con una interrupción en los servicios, los autores se preocuparon al encontrar que casi el 24% de los servicios informaron de una discrepancia entre el momento en que los servicios CAMHS terminaban y los servicios para adultos comenzaban. Esto sólo aumentó las posibilidades de que los jóvenes perdieran el contacto con los servicios de tratamiento para TCA. Los autores señalaron que esta fragmentación también hizo imposible iniciar intervenciones como el programa Episodic Rapid Early Intervention for Eating Disorders, o el FREED, por sus siglas en inglés. [ver "*Un programa prometedor para adultos emergentes con TCA*", en la edición de mayo-junio de *EDR*.]

Un aspecto importante a tener en cuenta es que sólo unos pocos servicios informaron que sus clientes jóvenes son siempre transferidos a un servicio especializado en trastornos alimentarios para adultos. En cambio, los pacientes fueron remitidos a un servicio genérico, presumiblemente en función de la gravedad percibida del servicio de TCA.

Algunas de las limitaciones del estudio fueron que sólo se encuestó a los servicios del Reino Unido y que la tasa de respuesta global fue sólo del 58%, lo que podría ser una fuente de sesgo, dicen los autores. También habría sido útil disponer de datos desde un punto de vista más amplio, desde los servicios para trastornos alimentarios de adultos y desde los padres y los pacientes.

Dos estudios noruegos se hacen eco de los obstáculos al proceso de transición

Dos estudios de la Dra. Veronica Lockertsen y colegas en Oslo, Noruega, analizaron las experiencias de profesionales de la salud mental y padres de pacientes con AN que se mudaron de los servicios de CAMHS a los servicios para adultos (*BMC Health Services Research*. 2020. 20:890; *J Eat Disord*. 2021. 9:45). Muchos de los problemas se debieron a una comunicación no muy buena entre los profesionales sanitarios de los centros CAMHS y los de los servicios de tratamiento para adultos.

En las entrevistas grabadas y a través de los grupos de discusión, los profesionales de la salud mental informaron de cuatro barreras principales en el proceso de transición: (1) los padres se incluían en diferente grado en los distintos centros; (2) la desconfianza entre los servicios de CAMHS y los de adultos creaba una falta de colaboración y predictibilidad para la transferencia; (3) los clínicos informaron de una falta de autoconfianza entre los profesionales, lo que afectaba a la continuidad de la atención; y, por

último, (4) había una falta de confianza entre los servicios y/o no se prestaba suficiente atención a la creación de una nueva alianza, lo que provocaba un efecto negativo en los pacientes con AN.

Barreras parentales

Uno de los problemas en la transferencia involucra a los padres, quienes son reconocidos como una parte importante de los programas de CAMHS y teóricamente deberían estar implicados desde la primera reunión. Algunos de los servicios de tratamiento de adultos tenían pocos recursos y, por tanto, menos tiempo para incluir a los padres. Además, a algunos centros les resultaba difícil dar prioridad a la colaboración con los padres y también se sentían inseguros sobre cómo utilizar la información proporcionada por ellos. Y, después de los 18 años, los pacientes suelen optar por no incluir a sus padres en el tratamiento. Esto puso a los profesionales en una posición difícil y, como señaló uno de ellos, "cuando no se incluye a los padres, éstos no lo gestionan y se echan atrás." Una de las respuestas a esto fue enfatizar la importancia del nivel de madurez del paciente y su preparación para el tratamiento en un centro de adultos. Sin embargo, cuando se le daba tanta responsabilidad al paciente con demasiada rapidez, a menudo se producían recaídas. Cuando se hizo demasiado énfasis en la autonomía y la voluntariedad del tratamiento, algunos pacientes informaron de que sólo "querían estar a solas con mis síntomas."

Los profesionales también declararon sentir una falta de confianza entre sus pacientes y ellos mismos. Aunque tanto los profesionales como los pacientes trabajan estrechamente y colaboran durante la transición, los profesionales de los CAMHS se sentían incómodos al trasladar a un paciente después de haber trabajado tanto tiempo con él. Para facilitar la transición a los profesionales y a los pacientes, los autores sugieren que los profesionales de los centros CAMHS y de los centros de tratamiento para adultos elaboren una lista escrita de procedimientos.

Lo que los padres necesitaban

En su segundo estudio, el equipo de la Dra. Lockertsen encontró varias áreas problemáticas señaladas por los padres. Los padres tienen un importante papel de cuidadores, el cual cambia cuando sus hijos entran en los servicios para adultos. Por ejemplo, en los programas CAMHS, los padres son responsables de las comidas y del restablecimiento del peso; sin embargo, en el tratamiento de adultos, el paciente tiene la responsabilidad de estas áreas. Con frecuencia, tanto los pacientes como los padres no están preparados para estos cambios de responsabilidades.

Los padres enumeraron varias áreas que les gustaría ver mejoradas durante y después del traslado a los servicios para adultos. En primer lugar, el alta del CAMHS a los servicios de adultos a menudo parecía extremadamente abrupta para los padres. En segundo lugar, los padres informaron de que la falta de continuidad solía ir seguida de un deterioro y de recaídas de su hijo/a. La falta de implicación y de información era preocupante para los padres. Además, los padres necesitaban más conocimientos sobre el TCA y la transición a la atención de adultos y consideraban que esto era importante para desarrollar una relación de confianza entre ellos y los clínicos de los centros de atención de adultos. Por último, los padres se sentían abrumados por sus múltiples responsabilidades y consideraban que necesitaban apoyo profesional. Las emociones fuertes, el miedo y la frustración eran comunes entre los padres.

Al igual que en el estudio anterior sobre los profesionales sanitarios, el conocimiento fue una parte muy importante del proceso de transición. Los autores señalan que los clínicos que tratan a pacientes con AN en transición deben equilibrar las necesidades de independencia de los pacientes con el grado de participación de los padres en el tratamiento. De alguna manera, mientras que los padres necesitan estar informados y contar con el apoyo profesional, los jóvenes pacientes con AN necesitan seguir desarrollando su autonomía e independencia en el tratamiento de adultos.

La Dra. Lockertsen y su equipo recomiendan que los clínicos implicados en la transición tengan en cuenta el importante papel que tienen los padres como centro de seguridad para los adolescentes en este

periodo turbulento de sus vidas. "Establecer un apoyo familiar dentro de los servicios sanitarios podría disminuir los aspectos negativos del cuidado durante el periodo de transición," señalaron.

¿Qué obtenemos de este trabajo?

De estos estudios se destacan varios temas. En primer lugar, el estudio del Reino Unido sugiere que es posible crear un programa reflexivo. En realidad, el uso real del programa varía. En segundo lugar, la comunicación en equipo parece primordial, pero puede ser difícil de conseguirla. En tercer lugar, el cambio a un nuevo equipo de tratamiento suele producirse en un momento en el que los pacientes con AN experimentan una nueva autonomía. La implicación (y la capacidad de decisión) de la familia puede disminuir considerablemente. Estos estudios y la experiencia clínica demuestran que esto conlleva muchos retos y frustraciones.

Desde el otro lado del escritorio

De la transición a la atención de adultos al tratamiento del paciente vegano

La transición siempre es difícil, especialmente el paso de la adolescencia a la edad adulta; esto puede ser especialmente difícil para los adolescentes mayores que reciben atención hospitalaria y que deben trasladarse a centros de atención para adultos. Este es un problema que se encuentra en toda la atención sanitaria y el tratamiento de los trastornos alimentarios no es una excepción. En este número, "*La transición a los servicios para adultos*," destaca las directrices de autores británicos y noruegos para facilitar el paso a los pacientes, los profesionales sanitarios y los padres por igual. Un área de mejora es reconocer el papel cambiante de los padres en la transición.

En otro estudio, incluso con todas las herramientas y pruebas disponibles, los investigadores descubrieron que no había ningún método de detección rápida para descubrir un trastorno de la conducta alimentaria en pacientes embarazadas. Ver "*Una nueva herramienta de detección identifica los TCA en pacientes embarazadas*." El estudio muestra cómo una prueba rápida que utiliza solo 12 preguntas se puede agregar fácilmente al estudio del paciente.

Una pregunta habitual es el impacto a largo plazo que la AN puede tener en el corazón, como la pérdida de grosor del músculo cardíaco, los cambios en el modo de contracción del corazón y la alteración de la conducción eléctrica. Un artículo de *Preguntas y Respuestas* en este número aborda precisamente este tema. Busca "Efectos a largo plazo de la anorexia nervosa en el corazón."

Por último, algunos clínicos que tratan a pacientes con trastornos alimentarios restrictivos pueden encontrar problemas insospechados con pacientes que se identifican como "veganos." Ver "*Los pacientes veganos y la alimentación restrictiva*." Este artículo ofrece pistas útiles sobre cómo estas personas pueden implicarse más en su propio tratamiento.

— MKS

Actualización: Buscando el rol del cerebro en los atracones

La corteza prefrontal del cerebro es el lugar donde se toman muchas decisiones ejecutivas, como centrar la atención, predecir las consecuencias de una acción, controlar los impulsos, gestionar las reacciones emocionales y coordinar comportamientos complejos.

Un equipo en el Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York City, está investigando el rol que desempeña la corteza prefrontal en mujeres con BN y pérdida de control (LOC, por sus siglas en inglés) severa de los atracones. Su objetivo es comprender mejor los mecanismos neuronales que podrían explicar por qué algunos individuos no pueden dejar de dar un bocado o sorbo más durante los episodios de atracones.

La Dra. Barbara A. Berner y sus colegas utilizaron una nueva técnica de imagen cerebral portátil, la espectroscopia funcional de infrarrojo cercano (fNIRS), para medir la actividad en las cortezas prefrontales de 23 mujeres con BN y 23 controles sanos. Las mediciones se realizaron durante dos tareas, una tarea "go-no-go" que requería la inhibición de las respuestas de comer y una tarea estándar "go-no-go" que requería la inhibición de las respuestas de pulsar botones.

Las mujeres diagnosticadas con BN cometieron más errores en ambas tareas. Los subgrupos de BN con el grado más severo de LOC (n=12) y los que sentían más fuertemente que comían compulsivamente durante la tarea (n=12) tenían una activación anormalmente reducida de la corteza prefrontal ventromedial bilateral y de la corteza prefrontal ventrolateral derecha asociada a la inhibición de las respuestas alimentarias.

La reducción de la activación del córtex prefrontal puede contribuir directamente a un control específico de la alimentación más severo en la BN. Por primera vez, según la Dra. Berner, "este método nos ha permitido medir lo que ocurre en el cerebro de las personas con BN cuando intentan inhibir sus respuestas alimentarias, pero no pueden hacerlo." Los autores creen que sus hallazgos apuntan a las áreas del córtex prefrontal que podrían ser objetivos útiles para el tratamiento de los atracones LOC.

Una nueva herramienta de detección identifica los TCA en pacientes embarazada

El objetivo era desarrollar una prueba rápida y no amenazante.

Con las muchas herramientas de detección disponibles para las pacientes embarazadas y para las personas con trastornos alimentarios, hay una que se ha pasado por alto. Hasta ahora, se carecía de un método para detectar rápidamente los trastornos alimentarios subyacentes en las pacientes embarazadas. Los trastornos alimentarios son frecuentes durante el embarazo. Las pruebas de detección existentes son excesivamente largas (en el caso de la prueba SCOFF) o pueden dar falsos positivos entre las embarazadas. Ahora, una detección rápida para detectar un trastorno de la conducta alimentaria ha sido desarrollada por investigadores de la University of West Virginia. Utilizando sólo 12 preguntas, la prueba puede identificar de forma fiable y sensible los TCA en todos los trimestres.

Como se describe en un artículo reciente por la Dra. Elizabeth A. Claydon e investigadores de la West Virginia School of Public Health, Morgantown, WV, el Prenatal Eating Behaviors Screening, o PEBS, por sus siglas en inglés, proporciona una prueba sensible, rápida y específica que los clínicos pueden usar para identificar posibles trastornos alimentarios en pacientes embarazadas (*Arch Womens Mental Health*. 2022. doi.org/10.1007/s00737-0022-1230-y).

Una prueba más corta y adaptada al lenguaje

Los autores desarrollaron una serie de preguntas tomadas de fuentes existentes, como los cuestionarios

Madres con AN activa: se puede reducir el riesgo de complicaciones

Es una creencia común que las mujeres con AN activa tienen menos probabilidades de quedar embarazadas. Un

EDE-Q y SCOFF, así como de su propio trabajo anterior, y diseñaron la prueba para incluir un lenguaje apropiado para las mujeres a lo largo de su embarazo. La revisión de los expertos en contenido garantizó que las preguntas abordan AN, BN, TA y los trastornos alimentarios no especificados, o EDNOS, por sus siglas en inglés. Como parte de la encuesta, se preguntó a los participantes si alguna vez se les había diagnosticado con un trastorno de la conducta alimentaria.

Uno de los retos de todas las herramientas de detección es la brevedad, y para ello los autores redujeron su cuestionario original de 25 ítems a 12 preguntas. En la muestra de desarrollo se identificaron 190 mujeres, la mayoría de las cuales tenían entre 25 y 34 años, casadas (n=164), blancas, 140; 74.4%), y tenían seguro privado (n=129, o

68%). La semana media de embarazo entre las mujeres fue de 19.26 semanas, según informó la propia paciente (primer trimestre, semanas 4-13; segundo trimestre, semanas 14-27; y tercer trimestre, semanas 28-40).

Las mujeres que obtuvieron al menos 39 puntos en la herramienta de detección abreviada tenían casi 16 veces más probabilidades de que se les diagnosticara un trastorno alimentario no detectado que las mujeres con puntuaciones más bajas. El American College of Obstetricians and Gynecologists afirma que sus proveedores de atención médica "deben sentirse cómodos examinando y reconociendo a los pacientes con un trastorno alimentario." Los autores sugieren que un "profesional experto" haga el diagnóstico final (ACOG 2018). El objetivo del estudio de los autores era precisamente ese, ayudar a los clínicos de atención primaria a detectar un trastorno alimentario y remitir a la paciente embarazada a un experto en TCA para recibir atención futura.

Los autores señalaron que su estudio era limitado porque la muestra sólo incluía participantes de habla inglesa y se utilizó un muestreo de conveniencia. Los datos recogidos para la muestra de desarrollo y la de validación se llevaron a cabo en momentos ligeramente diferentes, pero con pocos meses de diferencia (y un punto fuerte importante es la provisión de amplios datos psicométricos).

Investigación futura

ésta es una nueva y valiosa herramienta de detección. Los próximos pasos identificados por los autores son la distribución de folletos informativos sobre cómo utilizar la herramienta PEBS y de traducciones para que pueda utilizarse en poblaciones más diversas.

equipo del Townsville Hospital and Health Service, Townsville, Australia, realizó una revisión sistemática que mostró que las mujeres con AN activa tienen la misma probabilidad de quedar embarazadas que las que no tienen un trastorno alimentario. Las mujeres con AN activa tienen un perfil diferente de complicaciones durante el embarazo en comparación con las mujeres desnutridas y las mujeres en diversas etapas de inanición (*J Eat Disord.* 2022 10:25)

El Dr. Jeremy Ryan Pan y sus colegas recomiendan que los clínicos tengan una discusión temprana con los pacientes con AN sobre la fertilidad y las complicaciones que pueden ocurrir durante el embarazo. Esto puede ayudar a mejorar los síntomas físicos y psicológicos de la AN, así como la deficiencia nutricional durante el embarazo, y a garantizar una ingesta calórica adecuada y el bienestar y la salud general de la madre y el bebé. También recomiendan un seguimiento psiquiátrico después del parto para las madres con AN porque sus síntomas también pueden aparecer durante el periodo perinatal.

Síndrome del comedor nocturno combinado con BN y TA

Un estudio buscó conexiones con perfiles de personalidad.

El *DSM-5* ha descrito un grupo específico de síntomas de NES-Síndrome del comedor nocturno- y lo ha asignado a la categoría de otros trastornos alimentarios o de la alimentación especificados, o OSFED, por sus siglas en inglés (*DSM 5*. 2013. American Psychiatric Publishing, Washington, DC). Este patrón puede causar una angustia significativa y puede afectar al funcionamiento general (*Ann NY Acad Sci*. 2018. 1411:96). Se ha descubierto que el NES es un factor de riesgo para la aparición temprana de la obesidad y está relacionado con tasas de depresión más altas de lo habitual y una menor autoestima (*Int J Eat Disord*. 2009. 42:720).

Todavía sabemos relativamente poco sobre el síndrome del comedor nocturno, al menos en comparación con lo que sabemos sobre el TA o la BN. Esto es sorprendente, ya que Albert Stunkard describió la alimentación nocturna unos años antes de describir por primera vez los atracones (y, por supuesto, ambos fueron descritos 20 o más años antes de la BN). Dos estudios recientes ayudan a esclarecer aún más el NES.

Búsqueda de rasgos de personalidad en mujeres con NES, BN y TA

Un equipo encabezado por Natasha D. Melunsky en University College, London, y sus colegas en Christchurch, New Zealand, analizó un ensayo de psicoterapia ambulatoria de 111 mujeres con BN o TA para ver si los trastornos de la personalidad estaban asociados con los síntomas de NES (*Eat Weight Disord*. 2022. 27:803). Los autores señalaron que se dispone de pocas investigaciones que hayan medido las asociaciones entre los rasgos de personalidad y NES.

Las medidas previas al tratamiento de los rasgos de personalidad se midieron con el *Temperament and Character Inventory-revised* y los síntomas de alimentación nocturna se registraron con el *Night Eating Diagnostic Questionnaire* (www.researchgate.net/publication/319186992). Se utilizó un análisis de regresión para comprobar las asociaciones entre las dos variables de alimentación nocturna y BN o TA, y se ajustó por edad, etnia y otras variables.

Los autores reportaron haber encontrado asociaciones entre una alta evitación del daño, una baja autodirección y un aumento de los síntomas de NES. Los autores consideran que es necesario conocer mejor la influencia de los rasgos de personalidad en el NES de las personas con TCA. Los estudios futuros y la investigación longitudinal pueden ayudar a aclarar qué rasgos de personalidad se asocian con el NES y también a validar la baja cooperatividad en aquellos con y sin TCA comórbidos.

Alimentación nocturna, obesidad y TA

En un segundo estudio, la Dra. Jasmine Kaur y sus colegas en la University of Melbourne realizó una revisión sistemática de los estudios de personas con NES, incluyendo sólo los estudios que se publicaron desde 2013 (después de que el *DSM-5* categorizara el NES) (*Front Psychol*. 2022. 12:766827). No se pudo mostrar ninguna correlación sociodemográfica asociada a NES. Sin embargo, aquellos con NES presentaban una elevada patología de TCA, incluyendo la alimentación emocional, la pérdida de control de la alimentación y una mayor presencia de síntomas depresivos en comparación con los controles.

La revisión sugirió que la presencia de preocupaciones corporales y los episodios de atracones eran distintivos que distinguían el TA del NES. Como resultado de sus hallazgos, la Dra. Kaur y sus colegas recomiendan estudiar NES como una entidad independiente, para establecer en mayor medida sus criterios de diagnóstico y opciones de tratamiento.

Síndrome de alimentación nocturna combinado con BN

y TA

Un estudio buscó conexiones con perfiles de personalidad.

El *DSM-5* ha descrito un grupo específico de síntomas del síndrome de alimentación nocturna, o NES, por sus siglas en inglés, y lo ha asignado a la categoría de otros trastornos alimentarios especificados, o OSFED, por sus siglas en inglés (*DSM 5*. 2013 American Psychiatric Publishing, Washington, DC) Este patrón puede causar una angustia significativa y/o puede afectar al funcionamiento general (*Ann NY Acad Sci*. 2018. 1411:96) Se ha descubierto que el NES es un factor de riesgo para la aparición temprana de la obesidad y está relacionado con tasas de depresión más altas de lo habitual y una menor autoestima (*Int J Eat Disord*. 2009. 42:720)

Todavía sabemos relativamente poco sobre el síndrome de alimentación nocturna, al menos en comparación con lo que sabemos sobre el TA o la BN. Esto es sorprendente, ya que Albert Stunkard describió la alimentación nocturna unos años antes de describir por primera vez los atracones (y, por supuesto, ambos fueron descritos 20 o más años antes de la BN) Dos estudios recientes ayudan a explicar e iluminar mejor el NES.

Búsqueda de rasgos de personalidad en mujeres con NES, BN y TA

Un equipo encabezado por Natasha D. Melunsky en University College, London, y sus colegas en Christchurch, New Zealand, analizaron un ensayo de psicoterapia ambulatoria con 111 mujeres con BN o TA para ver si los trastornos de la personalidad estaban asociados a los síntomas de NES (*Eat Weight Disord*. 2022. 27:803) Los autores señalaron que se dispone de pocas investigaciones que hayan medido las asociaciones entre los rasgos de personalidad y las NES. Las medidas previas al tratamiento de los rasgos de personalidad se midieron con el *Temperament and Character Inventory-Revised* y los síntomas de alimentación nocturna se registraron con el *Night Eating Diagnostic Questionnaire* (www.researchgate.net/publication/319186992) Se utilizó un análisis de regresión para comprobar las asociaciones entre las dos variables de alimentación nocturna y BN o TA, y fue ajustado por edad, etnia y otras variables.

Los autores informaron de que habían encontrado asociaciones entre una elevada evitación del daño, una baja autodirección y un aumento de los síntomas de NES. Los autores consideran que es necesario conocer mejor la influencia de los rasgos de personalidad NES de las personas con TCA. Los estudios futuros y la investigación longitudinal pueden ayudar a aclarar qué rasgos de personalidad se asocian con el NES y también a validar la baja cooperatividad en aquellos con y sin un TCA comórbido.

Alimentación nocturna, obesidad y TA

En un segundo estudio, la Dra. Jasmine Kaur y sus colegas en la University of Melbourne realizó una revisión sistemática de los estudios de personas con NES, incluyendo sólo los estudios que se publicaron desde 2013 (después de que el *DSM-5* categorizara el NES) (*Front Psychol*. 2022. 12:766827) No se pudo mostrar ninguna correlación sociodemográfica asociada al NES. Sin embargo, aquellos con NES presentaban una elevada patología de un trastorno de la conducta alimentaria, incluyendo la alimentación emocional, la pérdida de control de la alimentación y una mayor incidencia de síntomas depresivos en comparación con los controles.

La revisión sugirió que la presencia de preocupaciones corporales y los episodios de atracones eran características que distinguían al TA del NES. Como resultado de sus hallazgos, la Dra. Kaur y sus colegas recomiendan estudiar el NES como una entidad independiente, para establecer en mayor medida sus criterios de diagnóstico y opciones de tratamiento.

¿Cómo ha afectado la pandemia a los síntomas de TCA?

Surge un panorama variado, pero preocupante.

La pandemia de COVID-19 ha supuesto una serie de riesgos para los pacientes con TCA. Los riesgos incluyen el acceso limitado a las redes de apoyo durante el encierro, lo que podría llevar a una menor motivación para recuperarse y a un empeoramiento de los síntomas. Además, el mayor uso de las redes sociales puede conducir a una mayor exposición a imágenes corporales poco saludables, historias negativas y noticias locales y nacionales estresantes. Durante la cuarentena, un equipo de Australia trató de definir cómo afectaba el encierro por COVID a los pacientes con un trastorno alimentario. Como señalaron los autores, los pacientes estaban expuestos a una mayor ansiedad, aislamiento y depresión. El mayor acceso a la comida y las pautas alimentarias irregulares también aumentaron los riesgos de sufrir un TCA.

Esto ha sido objeto de una gran cantidad de estudios. Dr. Yunqi Gao e investigadores del Centre for Research on Ageing, Health & Wellbeing in Acton, Australia, analizaron los estudios epidemiológicos antes y después de la epidemia principal para saber cómo afectaba la epidemia de COVID-19 a los pacientes con un trastorno alimentario. (*J Public Health*. 2022.<https://doi.org/10.1007/s10389-022-01704-4>).

Los criterios de inclusión comprendían estudios epidemiológicos de pacientes con un trastorno alimentario diagnosticado y cambios informados en la gravedad de los síntomas de éstos (ya sea autoevaluados o a través de los registros médicos) antes y después del encierro. Se excluyeron los estudios que presentaban poblaciones sin un diagnóstico primario de TCA o los que no incluían una comparación de los síntomas. De esto antes y durante el encierro. De un grupo inicial de 132 artículos, 21 estudios potencialmente relevantes fueron revisados en su totalidad, y 11 estudios fueron considerados elegibles. Se trata de un número impresionante de artículos para ser concebidos, escritos y publicados en un periodo de 2.25 años.

Primeros resultados

El Dr. Gao y sus colegas descubrieron que, durante el bloqueo, las mujeres y los pacientes más jóvenes estaban más preocupados por su imagen corporal y su apariencia, tenían más dificultades para regular su alimentación y, en general, corrían un mayor riesgo de empeorar los síntomas de un trastorno alimentario. Todos los estudios concluyeron que el encierro por la pandemia se asoció con un empeoramiento del trastorno alimentario y provocó mayores niveles de ansiedad y síntomas depresivos. La gravedad de los síntomas del TCA descendió a nivel es normales durante la transición del encierro a la reapertura. Sin embargo, algunos participantes en el estudio informaron del alivio de algunos síntomas durante el periodo de confinamiento; esto fue especialmente cierto entre los pacientes con AN. La posible explicación fue que estos pacientes siguieron recibiendo terapia dirigida por Internet durante el encierro. Las restricciones también pueden haber dado lugar a relaciones familiares más estables y a menos factores de estrés social, reduciendo los síntomas de la AN.

Aislamiento social

Las órdenes de quedarse en casa empeoraron el aislamiento social y la soledad. La mayoría de los participantes en el estudio, salvo los trabajadores esenciales, tenían que trabajar desde casa o estaban desempleados. Numerosos autores, entre ellos Branley-Bell y Talbot (*J Eat Disord*. 2020. 8:44), han escrito que pasar tiempo con amigos y familiares puede ser una fuente importante de motivación en la recuperación de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria.

Otro problema importante para los pacientes de TCA durante el confinamiento fue la reducción del acceso al tratamiento presencial (*Eur Eat Disord Rev*. 2020. 28:86). Aunque algunos pacientes recibieron tratamiento en línea (por ejemplo, a través de teleterapia y videoconferencia) durante el periodo de

confinamiento, afirmaron que, aunque el apoyo en línea era una alternativa, no podía sustituir a los mecanismos de apoyo tradicionales del tratamiento presencial. Durante el pico de la pandemia de COVID-19, algunas salas de psiquiatría se redujeron, se cerraron o se convirtieron en salas para pacientes con coronavirus. Los pacientes de TCA experimentaron la suspensión de tratamientos, la cancelación de tratamientos no esenciales y la reducción de la disponibilidad de camas hospitalarias.

Restricciones dietéticas

Las medidas de confinamiento impusieron restricciones a la circulación normal y, por tanto, influyeron en la accesibilidad de los alimentos. Robertson et al. (*Appetite*. 2021. 159:105062) informaron de que dicho encierro pudo afectar a los patrones de alimentación y a la imagen corporal de las personas. La mayoría de los participantes tenían patrones alimentarios irregulares y experimentaron un empeoramiento de los síntomas del trastorno alimentario durante el comienzo del COVID-19. (*Psychol Health Med*.2020. 1-8. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1883687>). Los resultados de estos autores se alinean con los de un estudio anterior que demuestra la asociación entre los cambios en la dieta y el aumento de los síntomas del trastorno alimentario. (*Psychol Bull*. 2004. 130(1). <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>). El confinamiento puede llevar a restricciones alimentarias, hábitos alimentarios poco saludables, depresión y síntomas de ansiedad, y puede dar lugar a síntomas de alimentación cada vez más desordenados. Por lo tanto, la combinación de una crisis sanitaria (pandemia de COVID-19), el aislamiento social (encierro forzoso) y las emociones negativas podrían conducir a un empeoramiento de los síntomas del TCA y de la psicopatología general (ansiedad y depresión).

Por otro lado, se produjeron algunos resultados positivos al eliminarse las restricciones.

Es posible que se observen algunas mejoras a medida que la pandemia pierda fuerza. Por ejemplo, Fernández-Aranda et al. (*Eur Eat Disord Rev*. 2020.28:239) observaron una disminución significativa de los síntomas del trastorno alimentario entre los pacientes con AN después de que se levantaran las restricciones. Una posible explicación de este fenómeno es que los pacientes pudieron acceder al apoyo de la terapia administrada por Internet o pudieron seguir su plan de tratamiento anterior a COVID. Vivir con sus padres puede aumentar el apoyo social y mejorar y reforzar las relaciones personales (*Int J Eat Disord*. 2020. 53:1780). Además, durante el periodo de aislamiento los padres podrían haber tenido una mejor oportunidad de supervisar la dieta de sus hijos y adolescentes.

Es necesario realizar más estudios sobre la evolución continuada de la pandemia y el periodo pospandémico para conocer mejor los riesgos y el curso de aquellos cuyos TCA empeoraron durante la pandemia (o no empeoraron, lo que podría ser informativo de diferentes maneras). También tenemos que entender lo que se puede esperar de aquellos que tuvieron un inicio de TCA durante la pandemia.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Efectos a largo plazo de la anorexia nervosa en el corazón

P. No se oye hablar mucho de los efectos a largo plazo de la AN en el corazón. ¿Hay alguna información nueva? (C.B., Sacramento, CA)

R. Sabemos que los problemas médicos y el alto riesgo de muerte son partes importantes de la AN, y una parte sustancial de esos riesgos parece estar relacionada con problemas cardíacos. Los estudios a corto plazo en adolescentes con AN han mostrado numerosos cambios cardíacos. A corto plazo, algunos de esos problemas parecen disminuir con el tratamiento. ¿Qué ocurre a largo plazo?

Un estudio reciente en el que se ha realizado un seguimiento de pacientes con AN diagnosticados por

primera vez en la adolescencia y se ha vuelto a visitarlos 20 años más tarde, nos da algunas respuestas. Flamarique y colegas (*J Eat Disord.* 2022. 10:22) informaron sobre una pequeña muestra de personas que tenían AN cuando eran adolescentes. En el estudio participaron 29 personas que habían padecido AN y 30 participantes sanos de comparación, y el seguimiento se realizó una media de 22 años después de iniciar el tratamiento. La edad media cuando los pacientes fueron atendidos por primera vez era de 13.58 años, y el IMC medio en ese momento era de 15.9 kg/m².

El bajo peso y las anomalías estructurales cardíacas eran pistas importantes de problemas cardíacos subyacentes. Las principales medidas utilizadas fueron un electrocardiograma y un ecocardiograma para evaluar la función eléctrica y la estructura del corazón. En el seguimiento, 18 de los 29 pacientes con AN se encontraban en plena recuperación. Sin embargo, 4 pacientes tenían AN; 2 tenían AN atípica; 2 fueron diagnosticados con AN en remisión; y 2 tenían BN atípica. Los pacientes con un diagnóstico de AN presentaban una disminución de las dimensiones y la masa del ventrículo y la aurícula izquierdas.

Los resultados mostraron que los corazones de los que se habían recuperado completamente eran indistintos de los de los controles, que nunca habían tenido un trastorno alimentario. En los que permanecieron con pesos bajos, persistieron algunos cambios estructurales, pero no se observaron anomalías en electrocardiograma.

Este estudio es pequeño y, en ese sentido, las conclusiones deben ser preliminares. Pero es clínicamente útil (y tranquilizador), ya que proporciona evidencia de que la recuperación revierte las complicaciones físicas de la AN y (uno supondría que disminuye el riesgo a largo plazo).

— SC

Pacientes veganos y alimentación restrictiva

Entre los nutrientes de preocupación se encuentran las vitaminas B12 y D, el yodo, el selenio y los ácidos grasos omega-3.

Por supuesto, es habitual encontrarse con personas con un trastorno alimentario que restringen ciertos alimentos de su dieta, como los productos lácteos o las carnes. Es posible que las herramientas de detección de TCA no puedan diferenciar entre la restricción dietética debida al veganismo o al vegetarianismo y la restricción debida a un trastorno de la conducta alimentaria. Por ello, los clínicos que tratan a personas con trastornos alimentarios restrictivos pueden encontrarse con problemas insospechados. Existe una relación bien conocida entre el vegetarianismo y los trastornos alimentarios (*Appetite.* 2012. 58:982).

Para aprender cuán común es el veganismo entre los pacientes con un trastorno alimentario, la Dra. Sarah J. Fuller y sus colegas en el East London NHS Foundation Trust, Schoen Clinic, Birmingham, UK, realizó una "encuesta express" para saber cuántos pacientes que reciben tratamiento especializado se autoidentificaron como veganos al ingresar en centros de atención para adolescentes o adultos (*BrPsych Bulletin*, doi.org/10.1192/bjb.2021.37). Sesenta y cinco servicios especializados, que representan 1008 pacientes con un trastorno alimentario, respondieron a la encuesta. En los servicios de adultos, el 11% de los pacientes y el 6.4% en los hospitales de día se identificaron como veganos.

Dos preguntas clave que deben hacerse los clínicos al tratar de distinguir si una persona sigue una dieta vegana o vegetariana son, en primer lugar, si las elecciones éticas se dan en los aspectos no alimentarios de la vida, como la ropa, los artículos de higiene y el uso del tiempo libre. En segundo lugar, ¿se ha incrementado la restricción dietética, por ejemplo, comenzando con hábitos alimenticios saludables,

luego evolucionando hacia el vegetarianismo y finalmente hacia el veganismo?

Realimentación y veganismo

Una dieta vegana se convierte en una preocupación cada vez mayor cuando es necesaria la realimentación. Aunque una dieta vegana no es un factor de riesgo para desarrollar el síndrome de realimentación, los veganos pueden tener que consumir una mayor cantidad de alimentos para mantener niveles saludables de vitaminas y el retraso en el vaciado gástrico puede provocar hinchazón y dolor abdominal. El autor señala que muchos veganos aceptan algunos alimentos que contienen una cantidad mínima de productos animales, como un alimento enteral a base de soja en el que el único ingrediente no vegano puede ser una vitamina como la vitamina D. Actualmente, los nutrientes clave que preocupan en estas dietas restrictivas son la vitamina B12, la vitamina D, el yodo, el selenio y los ácidos grasos omega-3. Se aconseja un seguimiento estrecho porque las personas con trastornos alimentarios restrictivos pueden no consumir suficiente cantidad y variedad de alimentos y, como resultado, pueden sufrir una carencia de nutrientes.

Respetar los derechos legales

En Gran Bretaña, el veganismo está clasificado como una creencia no religiosa protegida por el artículo 9 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión). Según los autores, tratar a una persona con AN implica equilibrar el respeto por la religión o las creencias de la persona y, al mismo tiempo, asegurarse de que no sea discriminada en el tratamiento. Por ejemplo, en la mayoría de los centros de tratamiento hay una carencia generalizada de alimentos veganos a sorbos y enterales. En algunos casos para salvar la vida, la persona puede aceptar opciones de tratamiento no veganas. Si se niega o es incapaz de aceptar la alimentación enteral, debe buscarse asesoramiento jurídico.

De acuerdo con el British Dietetic Association's Mental Health Specialist Group, en algunos casos, el veganismo puede ayudar a los pacientes a recuperarse de un trastorno alimentario al ayudarles a descubrir nuevos alimentos y nuevas formas de cocinar. Esto puede incluso cambiar la forma en que perciben la cultura del veganismo. Por el contrario, también puede ser una oportunidad para que una persona con un trastorno alimentario restrictivo lo mantenga (*Appetite*. 2012. 58:982). La Dra. Fuller y su equipo señalan que, siempre que sea posible, los tratamientos para las personas con un trastorno de la conducta alimentaria deben estar centrados en la persona, y tratar con un paciente vegano ofrece la oportunidad de adaptar los planes de alimentación, ofrecer suplementos dietéticos adecuados y ayudar a estas personas a participar más en su propio tratamiento. Los autores predicen que habrá muchas más investigaciones sobre esta creciente tendencia de "alimentación sana" y la preocupación por el bienestar de los animales y el medio ambiente.

Cuando la atención virtual es necesaria

Un panel de consenso canadiense publica directrices para el tratamiento virtual de niños, adolescentes y adultos emergentes.

Un panel de consenso canadiense ha elaborado información y directrices para utilizar el tratamiento virtual en niños, adolescentes y adultos emergentes con trastornos alimentarios (*J Eat Disord*. 2021. 9:46). El contexto era el cuidado durante la pandemia, pero, por supuesto, los tratamientos virtuales tienen el potencial de abordar también los problemas de acceso a la atención a largo plazo.

La Dra. Jennifer Couturier y sus colegas de la MacMaster University, Hamilton, Ontario, Canada, en un primer momento utilizaron técnicas de revisión del alcance para examinar las bases de datos desde el año 2000 hasta el 2020, y luego evaluaron la información de un panel de personas de todo Canadá para

desarrollar sus directrices centradas en las intervenciones virtuales para niños, adolescentes y adultos emergentes con trastornos alimentarios y sus cuidadores.

La telesalud es una alternativa prometedora para prestar atención ambulatoria, pero el grupo de expertos identificó algunos de los retos del tratamiento virtual de los enfermos de trastornos alimentarios. Una de las recomendaciones más firmes fue la de continuar con la evaluación médica en persona de los niños, adolescentes y adultos emergentes con trastornos alimentarios.

El panel revisó la evidencia existente basada en otras intervenciones. En base a ello, la autoayuda guiada basada en la TCC por Internet fue la que mejor resonó entre los adultos emergentes con AN, BN, TA y EDNOS recibió una fuerte recomendación; también lo fue la TCC de autoayuda parental guiada. Se hicieron recomendaciones débiles, basadas en la base de evidencia, para una serie de otras intervenciones, incluyendo MANTRA, FBT de telesalud, uso de aplicaciones para apoyo, intervenciones de cuidadores y foros moderados.

Algunos informes han mostrado que los adultos con AN, BN y TA en EE.UU. y Holanda están preocupados por la calidad del tratamiento virtual para los trastornos alimentarios durante la pandemia, sintiendo que es "algo" o "mucho" peor que la atención habitual (*Int J Eat Disord.* 2020. 53:1780).

También existe una ambivalencia entre los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria sobre las videollamadas. Pueden experimentar una mayor autocrítica y conciencia de la apariencia corporal, lo que lleva a una experiencia negativa durante las llamadas virtuales (*Eur Eat Disord Rev.* 2020. 28:239). Aquellos con un trastorno alimentario y a sus cuidadores les preocupa, por ejemplo, la falta de responsabilidad -cara a cara- con los pesajes virtuales, así como la preocupación por el aislamiento social a largo plazo. También está el efecto negativo de las publicaciones en las redes sociales y los anuncios sobre el inevitable aumento de peso relacionado con el aislamiento y la permanencia en casa, lo que aumenta la preocupación por el peso. Por ejemplo, durante la pandemia, los hogares solían tener una semana de provisiones, lo que podía desencadenar episodios de atracones.

Contrarrestar las opiniones negativas sobre las sesiones virtuales

Para los clínicos que tratan a personas con un trastorno de la conducta alimentaria de cualquier edad, una sugerencia fue hacer hincapié en que la sesión virtual era "algo normal," especialmente para los pacientes con TCA que podrían ver las sesiones virtuales como algo secundario al tratamiento en persona. Otra sugerencia fue la de utilizar plataformas de videollamada en lugar de llamadas de audio, lo que subraya los retos asociados al COVID-19 para los que tienen un TCA. Otro enfoque útil fue utilizar la psicoeducación específica para la COVID-19 en las sesiones de TCC o de TCC mejorada. Otra sugerencia fue utilizar un enfoque centrado en la persona y de reducción de daños. Para las personas con un trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (ARFID), un enfoque sugerido consiste en escuchar atentamente a las personas, los familiares y las parejas de los afectados por el COVID-19.

El trabajo de este panel de revisión es valioso. Ofrece una visión general de lo que se sabe—y con qué grado de certeza—en este ámbito.

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com