



GACETA

SO
DE
PSI

SEPTIEMBRE 2020

**Trastorno de alimentación:
identificación y primeras intervenciones
para los profesionales de salud**

Patricia Cordella

(Rev GPU 2020; 16; 1: 94-108)

Trastorno de alimentación¹: identificación y primeras intervenciones para los profesionales de salud

(Rev GPU 2020; 16; 1: 94-108)

Patricia Cordella²

Los trastornos de la alimentación e ingesta (TAI) son un complejo conjunto interdimensional de enfermedades mentales que afectan el rendimiento corporal, mental y social. El núcleo de la enfermedad es el miedo a ganar peso. Las estrategias de control de ingesta varían entre: restricción, selección y purga alimentaria. Afectan diferentes sexos, razas, etnias y edades. Con mayor frecuencia en adolescentes y mujeres jóvenes (9: 1). Presentan alta mortalidad, comorbilidad mental y conflictos familiares asociados. Debido a que los profesionales de salud de diferentes áreas podrían ser el único contacto que el/la paciente busca para aliviar alguna dolencia aparentemente no relacionada con TAI, es necesario lograr identificar y diagnosticar los estadios patológicos e indicar las primeras conductas, así como hacer una referencia exitosa. El retraso en el diagnóstico causa alteraciones severas y crónicas en la fisiología, el comportamiento, la cognición y el funcionamiento psicosocial. Reconocer tempranamente el cuadro TAI puede detener el curso patológico y los potenciales daños. Los objetivos de este estudio son: a. Presentar, en forma integrada, la información disponible de modo de facilitar a los profesionales de la salud la detección precoz de los TAI; b. Ofrecer un conjunto de acciones útiles que faciliten el diagnóstico TAI; c. Organizar la comprensión del riesgo TAI en un diagrama que facilite la construcción de la derivación utilizando las dimensiones: cuerpo, mente, relaciones; d. Mostrar las alternativas psicoterapéuticas en uso e. Proveer información para realizar las primeras intervenciones.

1 Publicado en versión original en ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas, 44(2), 51-60.

2 Psiquiatra psicoterapeuta de familias y parejas. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. mpcordella@gmail.com

Introducción

Los trastornos de alimentación e ingesta (TAI) son un grupo de patologías psíquicas con consecuencias físicas graves. Afectan transversalmente a cualquier individuo independiente de su género, edad, clase social, raza o cultura. Su frecuencia es mayor durante la adolescencia probablemente mediada por los cambios normativos del neurodesarrollo y las dinámicas sociales que ese grupo etario concentra. La infancia y la menopausia son otros momentos sensibles por la vulnerabilidad fisiológica y los ajustes psicosociales (Mangweth-Matzek, et al., 2014). La prevalencia es mayor en mujeres (9:1) aunque cada vez se reportan más hombres. La prevalencia estimada en la vida es 0,5%-1,0% para anorexia nervosa [AN] y 0,5%-3,0% para bulimia nervosa (BN) presentando severidad en sus complicaciones médicas y psiquiátricas incluido el suicidio (Swanson et al., 2011). En estudios de prevalencia a los 17 años hay aproximadamente 2,5% niños y 13-15% niñas que sufren de un TAI (Stice et al., 2013). Un hijo de madre con TAI se encuentra también en riesgo de psicopatología (Easter et al., 2013).

La mortalidad es alta 5,9 por 1000 personas en un periodo de 14,2 años, la mayoría derivadas de complicaciones nutricionales, cardíacas y por infecciones severas (Arcelus et al., 2011). En una cohorte sueca de 5251 mujeres (1973 y 2003) es 6 veces más que en la población normal por causas naturales y 9 veces más por causas no naturales (Papadopoulos et al., 2013). Los intentos de suicidio y los suicidios completados son más comunes en pacientes con conductas de atracones y/o purgas, aunque es la AN la que se asocia con la mayor tasa de mortalidad que cualquier otro cuadro psiquiátrico (Steinhausen et al., 2009).

El DSM5 ha descrito y tipificado 7 tipos de TAI, aunque la anorexia nervosa (AN), la bulimia (BN) y los trastornos por atracón (TA)

siguen siendo los más prevalentes y estudiados. Todos tienen en común el temor a subir de peso o ingerir alimentos, utilizando variados métodos para lograrlo, además de una idea y vivencia del propio cuerpo no correspondiente con la realidad. La AN controla y restringe la ingesta; la BN descontrola la ingesta y purga; el TA descontrola la ingesta sin purgar. Entre los otros TAI están: la Pica, que selecciona no-alimentos para ingerirlos; la Rumiación, que ingiere y devuelve para volver a ingerir lo mismo; el ARFID (en inglés: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder), un cuadro de evitación y restricción de alimentación en la infancia en el cual el niño selecciona y rechaza alimentos necesarios para crecer. Hay, también, una serie de cuadros parciales (que no cumplen con todos los criterios) y otros no especificados que se aconsejan igualmente tratar (APA, 2013).

La importancia de hacer el diagnóstico a tiempo es porque la pronta intervención previene la cronicidad, baja la mortalidad y aumenta la calidad de vida (Treasure et al., 2011; Nazar et al., 2017).

La intervención precoz es un importante predictor del resultado a largo plazo del tratamiento (Vall et al., 2015) incluyendo la recuperación cognitiva y (Tchanturia et al., 2014) la conexión social (Cardi et al., 2015) y el comportamiento alimentario (Turton et al., 2016). Los trastornos emocionales y cognitivos son previos y se profundizan con la duración del cuadro (Phillipou et al., 2014) (Treasure et al., 2015).

Los moderadores del resultado del tratamiento están relacionados con: la duración de la enfermedad; la edad de presentación y la severidad de la co-morbilidad psiquiátrica (Steinhausen et al., 2009). Las/los pacientes que no son atendidas a tiempo alargan la enfermedad, empeoran su pronóstico y suman además de los problemas en la imagen corporal, las alteraciones de ingesta y alimentación; ánimo bajo; angustia; diversas compulsiones

incluido el uso de drogas y alteraciones en el funcionamiento social (Treasure et al., 2015).

Las recaídas son frecuentes a lo largo de la vida, pudiendo aparecer distintos TAI o presentándose el mismo cuadro durante crisis normativas o no normativas (Herzog et al., 1997; Keel et al., 2005; Zipfel et al., 2000).

La comorbilidad psiquiátrica agrava el cuadro y lo mantiene: factores genéticos, epigenéticos, apego inseguro; temperamento difícil; mal manejo emocional familiar; relaciones interpersonales conflictivas además de eventos vitales traumáticos. La norma es encontrar alteraciones médicas, psíquicas y relacionales-sociales. Esto requerirá de un coordinado y coherente equipo de profesionales para tratarlo (Cordella, 2016).

La psicobiología del TAI sugiere un funcionamiento alterado del equilibrio entre sistemas de alarma, motivación y recompensa, funciones sociales y control central (Cordella, 2018). La urgencia del tratamiento radica en la pronta recuperación de este equilibrio antes que se consoliden circuitos patológicos y se hagan permanentes. Para la paciente crónica hay poco que ofrecer (Mander et al., 2013).

Con tratamiento oportuno, se espera que en 3 años ocurra la recuperación de peso y de calidad de vida en al menos el 60% de las pacientes. Pasados seis años de patología se habla de cronicidad (Fichter et al., 2006; Wentz et al., 2009). El tratamiento a tiempo, integrado y temprano para los pacientes y sus familias cambia el pronóstico y los resultados a largo plazo (Dermarderosian et al., 2018).

Dada la dramática diferencia en la calidad y cantidad de vida de un paciente TAI diagnosticado y tratado a tiempo es necesario iniciar cuanto antes la recuperación a través de cualquier profesional que tome contacto con el/la paciente.

Mientras antes se obtenga la remisión de los síntomas asociados a un TAI, mejor pronóstico, respuesta y remisión a largo plazo. El tiempo es la esencia del tratamiento. Más larga la duración del TAI peor el pronóstico, especialmente en AN. El médico no especialista en TAI, así como otros profesionales de la salud, pueden pesquisar y acelerar este proceso.

Para sospechar, indagar, diagnosticar, intervenir y derivar un TAI es necesario comprender el cruce entre tres dimensiones de modo de examinar el cuerpo o soma; preguntar acerca de la psiquis o funcionamiento mental; observar y la calidad de las relaciones interpersonales cercanas o funcionamiento psicosocial.

Examinar, preguntar y observar para crear una configuración ajustada del paciente, que permita tomar decisiones clínicas acertadas.

En este trabajo se expondrán las formas de recoger información somática, psíquica y relacional de modo de disponerla a significar con sentido clínico.

La llegada del paciente a la consulta del profesional de salud

Los/las pacientes TAI presentan quejas y complicaciones médicas, psicológicas y odontológicas durante el curso de un cuadro no diagnosticado que pueden motivar la consulta con distintos profesionales de la salud.

En este contacto no siempre se sospecha un TAI. Un grupo de preguntas son útiles para recoger la anamnesis (Tabla N° 1). A continuación, se enumeran síntomas que podrían hacer sospechar de un TAI. Estos síntomas requerirían realizar las acciones que se describen en la Tabla N° 2 y Tabla N° 3:

Tabla N° 1. Preguntas útiles para evaluar TAI en tres dimensiones: cuerpo-psiquis-relaciones Interpersonales

DIMENSIÓN	PREGUNTA
CUERPO	¿Cómo anda tu salud y tu cuerpo?; ¿Te preocupa su forma o tamaño?; ¿Alguien te ha molestado por algo relacionado con tu cuerpo o peso?
PESO	¿Cómo ha sido tu peso a lo largo de tu vida ¿Cuánto es lo que más has pesado? ¿Cuándo? ¿Qué peso es cómodo para ti? ¿Cuánto crees que deberías pesar? ¿Usas mucho tiempo en pensar esto durante el día? ¿Alguna vez te has obsesionado por el peso o los ejercicios? ¿Sientes que tu identidad está relacionada con el peso?
RESTRICCIÓN Y PURGAS	¿Has intentado cambiar tu peso? ¿Cómo? ¿Has intentado deshacerte de lo que has comido? (laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo).
SISTEMA DIGESTIVO	¿Sabes cuando estás saciado y cuando tienes hambre? ¿Has tenido problemas para ir al baño? (diarrea o constipación).
SISTEMA VASO VAGAL	¿Te has desmayado o mareado últimamente?
SEXUALIDAD	¿Cómo andan tus períodos? ¿Cómo tu vida sexual y libido (Si corresponde)?
PSIQUIS	¿Hay algo que te preocupe mucho? ¿Piensas que puede tener solución? ¿Te has sentido con ánimo bajo? ¿Tienes un sentido en tu vida? ¿Has deseado no existir? (si corresponde) ¿Te cuidas? ¿Duermes bien? ¿Usas tabaco, marihuana alcohol u otras drogas? ¿Alguna vez has tenido black outs o comas?
RELACIONES INTERPERSONALES	¿Cómo te llevas con tus padres / amigos/ pareja/ autoridades? ¿Te gusta pasar tiempo con tu familia? ¿Es posible solucionar los conflictos que puedan surgir?

TAI: Trastorno de alimentación e ingesta

Tabla N° 2. Tres Dimensiones TAI para evaluación del profesional de salud

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	PUNTOS A EVALUAR
SOMA	Se entiende el funcionamiento fisiológico del ser vivo como simplemente un organismo. Se diferencia del cuerpo en que este ha sido modelizado por la costumbre de ser.	a. IMC (peso/talla al cuadrado); b. la frecuencia, intensidad y ritualidad del ejercicio físico; c. uso de sustancias para adelgazar o purgar, otros fármacos; frecuencia cardiaca, presión arterial; d. historia del peso desde el nacimiento (especialmente cambios bruscos de peso) e. Ingesta: porciones, frecuencia, hábitos, rituales, temores, tipos (vegetariana, vegana, otros). Exámenes de laboratorio: hormonas sexuales, (FSH, LH) si amenorrea: estradiol, progesterona; testosterona, tiroideas (T3 libre, T4, TSH), cortisol, prolactina vitaminas (zinc, magnesio, vit B12, folato eritrocitario, ferremia, Vit D), hidro- electrolitos Na, K, Cl), hemograma, perfil bioquímico y lipídico. ECG.
PSIQUIS	Instancia que interpreta las vivencias tanto del cuerpo como relacionales. Su objetivo es sostener el bienestar vital manteniendo en equilibrio el cuerpo y las relaciones interpersonales.	a. Experiencia corporal actual (comodidad/ incomodidad); b. Calce y grado de satisfacción entre la figura ideal y la real; c. otras bases de la autoestima; d. Control impulso; e. Motivación y deseos; f. sentido vital y esperanza.

RELACIONES INTERPERSONALES	Relaciones significativas que modulan el equilibrio del bienestar general.	a. Experiencias de sostén y contención; b. Frecuencia de afectos positivos; c. Resolución de conflictos; d. Negociación respetuosa; e. Humor Antecedentes de enfermedades psiquiátricas (incluidos los TAI)
-----------------------------------	--	--

TAI: Trastorno de alimentación e ingesta

Tabla N° 3. Acciones a realizar frente a sospecha diagnóstica de TAI

ACCIÓN	ESENCIAL	EN CASO DE	ESPECIALMENTE SI HAY
Historia médica y psiquiátrica	Enfermedades médicas y psiquiátricas durante el desarrollo	Antecedentes de cuadro psiquiátrico anterior: Entrevista estructurada siguiendo criterios diagnósticos DSM 5.	Historia familiar de trastornos mentales
Examen físico	IMC, FC, PA	-Edema severo: albumina, proteínas totales. -Cronicidad: Densitometría ósea. -Sincope: TAC cerebral, Resonancia Nuclear magnética de SNC. -Dolor torácico y síntomas abdominales: Rx torácica, ultrasonido abdominal, endoscopia gástrica.	Baja aguda de peso en adolescentes (>1kg a la semana)
Sangre	VHS, hemograma, perfiles bioquímico, lipídico, hepático, creatinina, hormonas sexuales, vitaminas, perfil tiroideo, prolactina, cortisol, zinc, magnesio, vit. B12, folato eritrocitario, ferremia, vit. D. Electrolitos: Na, K, Cl, Ca, Mg, P.	- IMC bajo 12 y en fase de rehabilitación nutricional: monitorizar Na, K, P semanal; - amenorrea: estradiol, progesterona; - sexo masculino: testosterona; - creatinina elevada: clearance de creatinina.	Purga: vómito, diuréticos, laxantes, bebidas energizantes; abuso de agua
Evaluación cardiovascular	ECG	-Anormalidades cardiovasculares: Holter ECG, ecocardiograma	Baja aguda de peso; ejercicio excesivo; purga; bradicardia; hipotensión; uso de cafeína excesiva; medicación; debilidad muscular; desbalance hidroelectrolítico; previas arritmias

IMC: índice de masa corporal; FC: frecuencia cardiaca; PA: presión arterial; VHS: velocidad sedimentación; ECG: electrocardiograma; Na: sodio; K: potasio; Cl: cloro; Ca: calcio; MG: magnesio; P: fósforo. Basado en parte en Zipfel (2000).

Sospecha de TAI en síntomas:

a. Neurológicos: síncope, mareos o cefaleas como la compresión del nervio ciático por disminución de grasa.

b. Gastroenterológicos: dispepsia, disfagia, reflujo, retardo vaciamiento gástrico; disminución de vaciamiento del colon (uso crónico de laxantes); sangramiento esofágico secundario a vómitos bulímicos; diarrea o constipación por cambios en la motilidad colónica.

c. Odontológicos: caries en superficies linguales y oclusales; aumento de la amilasa sérica y del volumen parotídeo, secundarios a inflamaciones de mucosa por ácido clorhídrico derivado de vómitos frecuentes.

d. Endocrinológicos a alteraciones tiroideas (T3, T4); de la hormona del crecimiento; hormonas sexuales (estrógeno, testosterona) secundarias a disfunciones hipotálamo hipofisarias. Osteopenia y osteoporosis por caída de Vit. D, calcio y proteínas transportadoras.

e. Cardiológicos: a arritmias secundarias a cambios hidroelectrolíticos, QT alargado; prolapso de la mitral; hipotensión ortostática. bradicardia sinusal secundarias a desnutrición; hipercolesterolemia.

f. Ginecológicos: irregularidad menstrual; amenorrea; ovario poliquístico; alteraciones en la libido; vaginitis atrófica por alteraciones en las hormonas sexuales.

g. Inmunológicos: alteraciones en la competencia inmunológica; enfermedades autoinmunes.

h. Nutrición: pedido de una nueva dieta o medicamentos anorexígenos.

i. Psiquiátricos: depresión o trastornos de ansiedad; abuso de alcohol o drogas;

compras compulsivas además de psicosis y trastorno obsesivo compulsivo y mala evaluación de sí mismo; imagen corporal alterada; mala relación con los padres; imposibilidad de sostener una pareja estable.

El adolescente, construyendo su identidad, podría presentarse dentro de un continuo que va desde la legítima preocupación por la imagen y el peso hasta la completa captura que hace la patología de su atención y conductas. Es posible que no presente todos los criterios diagnósticos y que, sin embargo, esté con alto riesgo y requiera pronta atención si se encuentra abrumado con esta idea y su familia pasa por un momento disfuncional.

El TAI se origina, apoya y sostiene en el temor a subir de peso y éste en una vulnerabilidad del eje hipotálamo-pituitaria- corteza adrenal (HPA) que regula la alarma general del organismo (Guarda et al., 2015) manteniendo un tono adrenal alto, de difícil modulación psíquica, fisiológica y relacional (Cordella, 2018). Este tono es leído en la conciencia como un afecto negativo y esta experiencia reiterada produce desde incomodidad hasta estados depresivos colonizando la idea de sí mismo y restándole valor. La auto-estima se malogra y buscando un arreglo al problema, el/la paciente, intenta cambiar su imagen corporal. Piensa que, si esta imagen se acerca al ideal cultural, aumentará su autoestima y se librará de estas sensaciones negativas. En este camino de control de ingesta y los cambios fisiológicos que esta produce, el/la paciente quedan atrapados. Así comienza la patología (Cordella, 2016).

Los adolescentes al encontrarse en un momento del neurodesarrollo de máximo cambio son población sensible a la patología, pero también lo son al tratamiento y deben ser evaluados e intervenidos a la brevedad.

Los niños que presentan el síndrome de rechazo y evitación de la comida (ARFID, en inglés) dejan de crecer y también requieren una

intervención rápida para recuperar cuanto antes sus parámetros nutricionales, sociales y psíquicos.

Es menos frecuente que este trastorno se diagnostique por primera vez en la adultez, aunque puede acontecer en momentos de cambio bio-psico-social como en la menopausia o postcirugía bariátrica (Conceição et al., 2015).

Las preguntas que facilitan la anamnesis de un TAI

Para diagnosticar hay que sospechar e indagar con las preguntas y el examen físico preciso. Ingresar al mundo subjetivo del cuerpo requiere las preguntas precisas (Tabla N°1) y unos minutos más de atención de modo de seleccionar las adecuadas para ese paciente chequeando su comodidad/ incomodidad al ingresar a esa esfera de su experiencia corporal que puede estar cargada de vergüenza o culpa, especialmente si ha sido violentada en su desarrollo por maltrato o abuso. Diversas investigaciones utilizan un breve test (SCOFF) que es autoaplicado y generalmente anónimo con las siguientes preguntas:

- 1- ¿Usted se provoca vómitos cuando se siente llena?
- 2-¿Le preocupa haber perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?
- 3-Ha perdido recientemente más de 7 kg en 3 meses?
- 4- ¿Cree que está gorda, aunque los demás el digan que está delgada?
- 5-¿Usted diría que la comida domina su vida? (Rueda et al., 2015).

Para el uso en clínica estas preguntas habría que suavizarlas, por ejemplo: ¿Alguna vez durante su vida le ha pasado de perder el control sobre la cantidad de comida que está

ingiriendo, más allá de sentir que comió mucho, sentir que no podía parar? ¿Qué pensó o sintió después? ¿Esto ha influido en su peso? ¿Como ha estado su peso en los últimos 3 meses? ¿Es algo que le preocupa demasiado? Si le preocupa tanto diría que ¿es algo que gobierna su vida? ¿Le angustia mucho engordar, piensa seguido en ello? Una vez que hemos comprobado que el paciente está dispuesto a ser ayudado se hace la pregunta: ¿usted alguna vez se ha provocado vómitos o tomado sustancias para dejar de sentir la sensación de llena?

Diagrama tridimensional para comprender y evaluar riesgo TAI

Para acertar con el diagnóstico es necesario evaluar las dimensiones somáticas, psíquicas y relacionales y disponerlas en una configuración dinámica. Los TAI son un grupo de enfermedades tridimensionales. Una lógica de causa-efecto lineal no es suficiente para comprender, diagnosticar y resolver.

Se presenta un modelo –mapa (Fig. N°1) que asista la comprensión y toma de decisiones del TAI. El modelo presentado es una integración de investigaciones clínicas, metaanálisis, modelos animales, imágenes y estudios caso-control y cohortes, combinados para otorgar sentido en la práctica clínica.

Se distinguen tres dimensiones implicadas: la biológica o somática (Soma) la psíquica o mental (psiquis) y la relacional significativa psicosocial (relacional). En los modelos complejos que usaremos un mismo elemento puede ser causa, efecto, gatillante, mantenedor, mediador, modulador o sanador. Más que el elemento mismo es combinación entre ellos que eleva el riesgo y contribuye a la urgencia (Tabla N° 4).

Tabla Nº 4. Evaluación de riesgo en TAI por profesional de salud

COMPROMISO	SOMA	PSIQUIS	RELACIONES INTERPERSONALES
BAJO	Sin compromiso somático excepto bajo IMC >17 (AN)	-Acepta comer con dificultad (AN). -Conciencia de atracones y deseo de controlarlos (BN y TA). -Imagen corporal alterada tolerable. -Animo estable. -Angustia controlable con ansiolíticos SOS infrecuentes.	-Conflicto manejable y tolerable.
MEDIANO	-En AN: IMC: 16.99 a 15; Exámenes normales PA > 90/60 T° normal. -En BN: IMC Normal Alteraciones hidroelectrolíticas leves y compensables con ingesta Sin alteraciones ECG.	-Solo come con supervisión (AN). -Sin conciencia de atracones ni deseo de controlarlos (BN y TA). Miente acerca de los síntomas. -Imagen corporal alterada No tolerable, con crisis de angustia y agitación en relación a imagen. -Ánimo inestable. -Angustia controlable con ansiolíticos o bajas dosis de neurolépticos.	-Conflicto familiar en relación con la ingesta. -Manejo inestable del conflicto familiar. -Padres no logran el cuidado en relación con la patología. Tendencia al aislamiento social bajo estrés.
ALTO	-En AN: IMC < 14.99 PA < 90/60 cambio postural PA <10 FC < 50 ECG prolongación QT T° < 36° Alteraciones ECG, arritmia. Glicemia :0.54mg/dl SGOT SGPT levemente elevadas -En BN: Alteraciones hidroelectrolíticas y renales. -Deshidratación	- No se logra ingesta (AN) o reducir purgas o atracones (BN, TA). -Imagen corporal muy alterada con rechazo del cuerpo (asco de si misma). -Ánimo bajo, ideas de desaparecer, ser un estorbo. -Angustia cede con dosis altas de neurolépticos diurna y nocturna.	-Conflictos familiares en subsistemas: conyugal, fratría, parental. -Convivencia alterada más allá de la alimentación. -Manejo ineficiente del cuidado parental. -Tendencia al aislamiento social.
URGENCIA	-En AN: IMC < 14; Rush purpúrico PA sistólica < 80. Diastólica < 50; Cambio postural de PA > 20; FC < 40; ECG con prolongación de QT; Extremidades cianóticas; T° < 35° Glicemia <.0.45 mg/dl SGOT SGPT >500 -En BN: K < 2,5. Na < 130	-Focalización del pensamiento: deseo y pensamientos solo expresan el temor a subir de peso. -Intento de suicidio, fuga, agitaciones psicomotoras. Angustia que no cede con ansiolíticos y neurolépticos usados ambulatoriamente.	-Violencia Intrafamiliar; Familia con temor y sin control sobre la enfermedad. -Completo aislamiento social.

AN: Anorexia nervosa; BN: Bulimia nervosa; TA: Trastorno por atracón; IMC: Índice de masa corporal; ECG: electrocardiograma.

El IMC en niños y adolescentes: Usar el % IMC promedio menor 70% (= IMC promedio paciente/ %IMC promedio p 50 curvas OMS) según las recomendaciones de la Sociedad Americana para la Salud y Medicina del Adolescente (Golden, 2015) (Norma para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años de edad. Ministerio de Salud 2016).

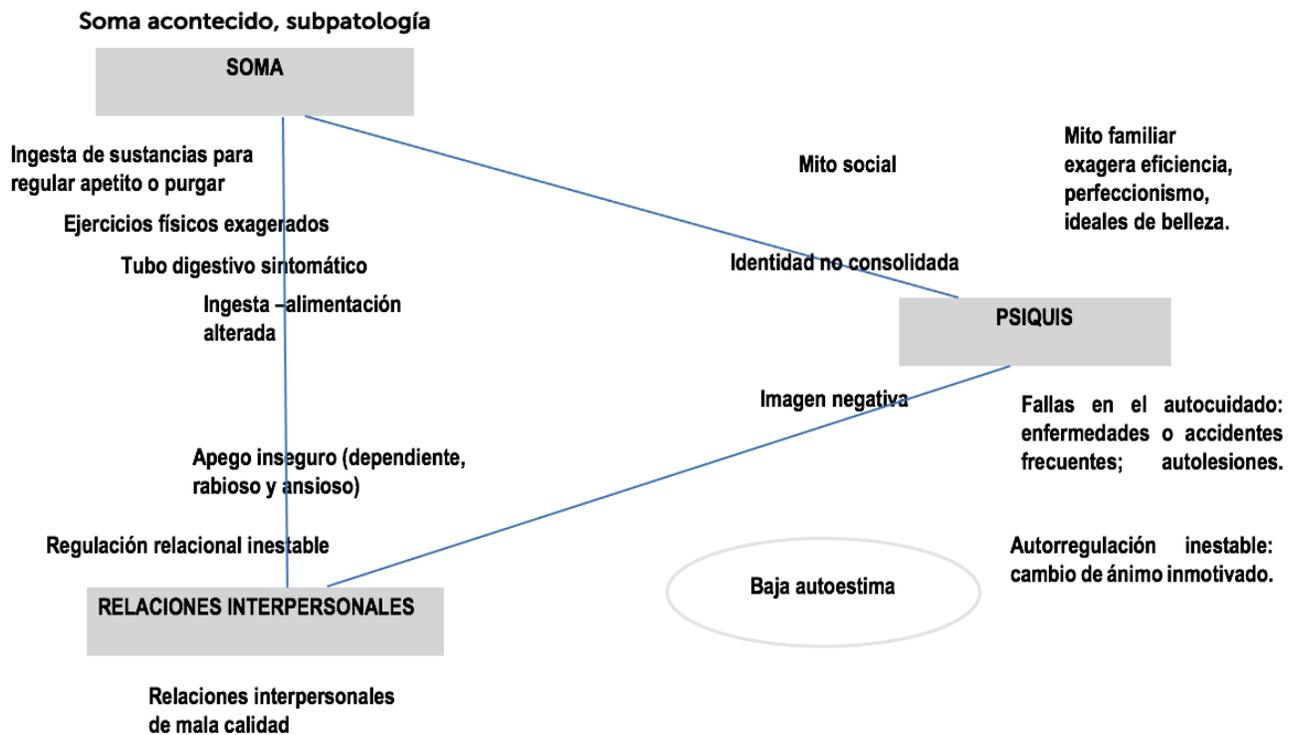
No son solo los parámetros somáticos los que deciden el riesgo y conductas de hospitalización, sino los psíquicos y relacionales. Un paciente estable fisiológicamente puede estar muy deprimido o la familia estar en una crisis caótica y corresponder a una urgencia. Lo mismo ocurre con la edad y el inicio de la enfermedad entre más joven y aguda más urgente (Golden et. al, 2015).

La historia clínica se enriquece y aclara si además del paciente hacemos participar un familiar significativo (madre-padre-pareja). Ellos aportan información negada, ocultada o desconocida por el/la paciente. Si en una primera entrevista el/la paciente acude sola y sospechamos el diagnóstico, será conveniente citarlos para ampliar la información y entregar psicoeducación.

Las dimensiones para evaluar se presentan en la Figura 1 a través de preguntas o exámenes físicos y de laboratorio. Mientras se entrega esta información se registra la observación de los fenómenos relacionales (Cordella & Moore, 2015); atender las posturas de relación; la coordinación de los cuerpos; la responsividad relacional; la aceptación y el respeto mutuo además de la capacidad de negociar permite comprender el clima relacional: el medio ambiente afectivo donde transcurren las dimensiones psíquicas y somáticas de la patología. Existe un continuo aprendizaje entre adaptarse y acoplarse estructuralmente de una y otra dimensión entre unas y otras personas que al incorporar patrones se hacen leíbles por un observador.

En la figura N°1 se observan las correlaciones entre las tres dimensiones:

Figura N°1. Mapa de orientación para la evaluación de TAI por profesional de salud



TAI: Trastorno de alimentación e ingesta

El soma se manifiesta en TAI a través de molestias, quejas, enfermedades psicósomáticas y diversas patologías clínicas o subclínicas. El tubo digestivo suele estar implicado de diferentes formas (Lasegue, 1873): dolor abdominal funcional; sensación de plenitud gástrica; vaciamiento gástrico lento; dispepsia; irritabilidad intestinal; constipación. En caso de vómitos frecuentes esofagitis; hemorragia digestiva. La psiquis, dispositivo regulador entre el medio interno y el externo, falla en cuidar tanto el soma como las relaciones interpersonales presentándose con una autorregulación inestable. Los vínculos con otros son de mala calidad y existen dificultades para negociar en diferentes ámbitos de la vida familiar. Con frecuencia, los patrones internalizados de regulación emocional son derivados del apego inseguro, presentando un tipo de dependencia ambivalente, ansiedad y rabia (Tasca, 2018). La recurrencia de estos estados produce la vivencia crónica de una incomodidad basal que se organiza bajo la etiqueta de baja autoestima. En búsqueda de un mejor equilibrio, puede aparecer una solución engañosa: controlar la imagen y consecuentemente el peso. La imagen corporal es el núcleo de la autoestima. Allí se añaden, durante el desarrollo de un individuo, identificaciones, es decir, copias de aspectos (parciales o totales) de otros que han sido cargadas de valor positivo o negativo en el relato que se hace del acontecer familiar (Mito familiar). Estas imitaciones se internalizan y hacen propias construyendo la identidad personal. Por mito se entiende una narrativa que incluye personajes de una épica, el sentido de la misma, y las formas de participación. Incluyen al menos tres generaciones familiares (Andolfi et al., 1989, Palazzoli et al., 1998). Y responden a la pregunta ¿qué es lo que importa en mi familia? La cultura también se organiza en torno a mitos y ofrece modelos para identificarse.

La identidad es un proceso regulatorio que se apoya en la imagen corporal. Caída la imagen, cae la autorregulación y con ella la sensación de

bienestar. Por eso la imagen corporal se relaciona con la autorregulación y el control del peso con una pseudosolución que deja atrapado.

En la tabla N° 4 se organiza la información desde el riesgo, de modo de evaluar conductas a seguir.

Primeras intervenciones del personal de la salud

Frente a un paciente que se sospecha un TAI, se propone seguir los siguientes pasos:

Sospecha y exploración diagnóstica utilizando:

- Criterios DSM 5 para TAI (APA, 2013).
- Mapa soma-psiquis-relacional (Tabla N°3 y N°4).
- Pueden utilizarse Test auto aplicados para screening de TAI (por ejemplo, el EDDS) (Silva et al., 2013).

Si cumple con criterios diagnósticos de TAI: derivar a nutrióloga o psiquiatra, quienes lo reciben para tratamiento por equipo especializado.

Si cumple con criterios subclínicos o parciales: entregar primeras indicaciones:

- a.- Sugerir seguir estrictamente pauta de alimentación equilibrada escrita en detalle y con horarios.
- b.- Regular el ejercicio (si fuera necesario), indicar suspender laxantes, diuréticos cafeínas o bebidas energéticas explicando el riesgo cardiovascular.
- c.- Acoger las dificultades relacionales interpersonales y sugerir buscar ayuda para solucionarlas a la brevedad. Hay que explicar que el discomfort emocional que producen las dificultades relacionales están facilitando las conductas del TAI.
- d.- Acoger las dificultades de autoestima escuchando empáticamente y sugerir

buscar apoyo psicológico para solucionarlas.

e.- Control semanal de peso, chequear angustia, ánimo (deseo, sueño, concentración), relaciones familiares, vida emocional y vida social.

Control mensual / quincenal hasta salir de riesgo, si:

- Hay recuperación del peso, disminuyen o desaparecen atracones,
- No hay sintomatología psiquiátrica (ánimo, angustia, en todas sus formas),
- Disminuye el conflicto familiar asociado a las conductas patológicas y,
- La autoestima comienza a repararse.

Si en un plazo corto (no más de un mes) no hay aumento de peso (aprox. 500 g/semana) ni baja la frecuencia de atracones: derivar a especialista para tratamiento por equipo.

Cómo hacer una derivación eficiente

Para lograr que la derivación se concrete, hay que recordar que el/la paciente es ambivalente con respecto a buscar ayuda. La derivación hay que construirla con los más motivados del sistema familiar que suelen ser los padres. Tomar muy en cuenta momento vital, creencias, hábitos culturales. Los TAI tocan temas muy sensibles, como todos los relacionados con el cuerpo, son vividos con mucha vergüenza. Por lo mismo se debe extremar el respeto hacia el/la paciente: cuidar las palabras, evitar juicios y escuchar con atención. Provocar la sensación de contención es parte de los primeros auxilios emocionales.

Para tener listos los ladrillos que construirán una derivación eficiente, es útil el diagrama de las tres dimensiones que dispone la información en tres cajones: soma, psiquis,

relaciones interpersonales. Las mismas que guiarán al equipo de tratamiento.

1- Comunicar el diagnóstico tomando aspectos del Soma, la Psiquis y las relaciones interpersonales mencionados por la familia, utilizando su forma de nombrar las conductas. Señalar que se trata de una patología mental que tiene tratamiento por un equipo;

2- Exponer la co-morbilidad y el pronóstico con o sin tratamiento;

3- Desmitificar que se trata de un deseo de belleza, aunque esto haya sido el gatillante y permanezca en el discurso;

4- Subrayar la importancia de recuperar pronto los parámetros normales de alimentación e ingesta. Exponerle los riesgos a largo plazo. Incluir el impacto familiar, escolar, laboral;

5- Explicar de qué se tratan las intervenciones a las cuales lo estamos derivando. Indicar que será hecho por un equipo conformado por nutrióloga, psiquiatra y psicoterapeuta;

6- Indicar que el tratamiento es largo, dura al menos un año, si no dos;

7- Contar un ejemplo exitoso (si lo conoce);

8- Dejar espacio para dudas;

9- Dar contactos de equipos y profesionales subespecializados,

10- Orientar acerca de la psicoterapia en TAI.

Tipos de Psicoterapia

Una vez que el/la paciente llega al equipo, será evaluado y tratado nutricional y psíquicamente. La familia será puesta a cargo del bienestar del paciente, incluidas la nutrición y la estabilidad emocional. La psicoterapia apoya y ayuda este proceso.

Si el/la paciente cumple criterios de hos-

pitalización (Murthy et al., 2017) será ingresada y tratada por el equipo de hospitalización que mantienen los criterios generales de la psicoterapia ambulatoria, pero añaden control de peso, conductas patológicas y contención emocional más intensas y frecuentes.

La evidencia ha mostrado que los siguientes tipos de psicoterapia resultan útiles, siendo sus resultados moderados. Las más utilizadas son las Familiares en la adolescencia y las Conductuales en la adultez. Entre otras: CBTE, cognitive-behavior therapy enhanced; CBT, cognitive behavior therapy; MFT, multi family therapy; FT_AN, family based treatment for anorexia nervosa; FST, Family systems therapy; MANTRA, Maudsley Model of Anorexia nervosa Treatment for Adults; IPT, Interpersonal Psychotherapy; SSCM, Specialist Supportive Clinical Management; CRT, Cognitive Remediation Therapy; FPT, Focal Psychodynamic Psychotherapy; CAT, Cognitive-Analytic Therapy; PD, Psychodynamic Therapy; MARSIPAN (management of really sick patients with AN). Se nombran en inglés ya que son conocidas así.

Los resultados en cualquier psicoterapia dependen de la coherencia y características del terapeuta más que del marco teórico de la escuela que represente (Elliot et al., 2010).

En AN no es posible realizar estudios casos-control y por lo mismo se han medido la recuperación de peso; rehabilitación cognitiva y psicosocial. Los resultados son más rápidos si se involucra la familia en adolescentes y adultos.

En adolescentes se recomienda la Terapia Basada en la Familia y la Terapia Sistémica: a.- Terapia Basada en La Familia FBT (Family Based Therapy): Enfoque pragmático que busca la desnutrición restaurando rápidamente la ingesta en AN y terminar con los atracones y las purgas en BN y TA. Su objetivo es minimizar la frecuencia de las conductas patológicas evitando

se internalicen. Se empodera y responsabiliza a los padres de la cantidad, frecuencia y calidad de la ingesta hasta que el hijo recobra la capacidad de cuidarse. Sus resultados son positivos con alta evidencia (Lock et al., 2010). b.- Terapia Sistémica Familiar: Enfoque reflexivo que interviene los patrones relacionales que han dado origen y sostienen la patología. Junto con empoderar a los padres se van destejiendo las tramas de creencias, afectos y conflictos que no dejan avanzar el desarrollo del niño o adolescente (Agras et al., 2014).

En Adultos se suelen usar enfoques más individuales entre los cuales los derivados de terapias cognitivos-conductuales. Un ejemplo es el programa MANTRA (Schmidt et al., 2015). Es un tratamiento cognitivo interpersonal que interviene aspectos cognitivos asociados al perfeccionismo y la obsesividad frecuentes en rasgos ansiosos-evitativos que mantienen una AN crónica: a.- estilo de pensamiento inflexible; excesiva atención a detalles y miedo a cometer errores, b.- deficiencias socioemocionales como dificultades en reconocer emociones y evitación de la experiencia emocional, c.- creencia que la AN puede mantenerlas en bienestar, d.- producen respuestas en los significativos como sobreinvolucración u hostilidad.

La psicoterapia tiene su mayor efecto cuando la intervención es precoz, disminuyendo sus resultados con las pacientes adultas crónicas.

Conclusión

Los profesionales de salud tienen una importante responsabilidad en la pesquisa y primeros manejos de los pacientes TAI puesto que acuden a consultar por otras dolencias y raramente por su enfermedad de base. Se presentan formas de recoger y ordenar la información para hacerla comprensible a los pacientes y familias dando la oportunidad de acceder a un tratamiento oportuno. Dado la importancia de la precocidad de la intervención es necesario que todo profesional

de la salud pueda sospechar, explorar, diagnosticar y dar las primeras indicaciones mientras el/la paciente espera ser atendida por equipo especialista. Estas intervenciones precoces que incluyen contención, educación y orientación a la familia cambian dramáticamente el pronóstico de esta enfermedad y el curso del desarrollo psicosocial del adolescente. ■

Referencias

1. Agras, W. S., Lock, J., Brandt H, Bryson S W, Dodge E, Halmi K A, ... & Woodside B. (2014). Comparison of two-family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA psychiatry*, 71, 1279-1286.
2. Andolfi, M., Angelo, C., & García, F. L. (1989). *Tiempo y mito en la psicoterapia familiar*. Paidós, B. Aires.
3. APA American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
4. Arcelus, J., Mitchell, A.J., Wales, J., Nielsen, S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68, 724–31.
5. Cardi, V., Corfield, F., Leppanen, J., Rhind, C., Deriziotis, S., Hadjimichalis, A. & Treasure, J. (2015). Emotional processing, recognition, empathy and evoked facial expression in eating disorders: an experimental study to map deficits in social cognition. *PLoS One*, 10, e0133827.
6. Conceição, E. M., Utzinger, L. M., & Pisetsky, E. M. (2015). Eating disorders and problematic eating behaviours before and after bariatric surgery: characterization, assessment and association with treatment outcomes. *European Eating Disorders Review*, 23, 417-425.
7. Cordella, P. (2018) El comer patológico durante el desarrollo Infanto –juvenil: Atracones, Obesidad, Anorexia y Bulimia. En *Obesidad, ¿qué podemos hacer?* Ed. Mardones F, pp 171-184. Ediciones UC. (en prensa)
8. Cordella, P. & Moore, C. (2015). Patrón adaptativo obesogénico cerebral: una propuesta para comprender y evaluar la obesidad en la práctica clínica. *Revista chilena de nutrición*, 42, 60-69.
9. Cordella, P. (2016). *Anorexia, bulimia y obesidad: Experiencia y reflexión con pacientes y familias*. Ediciones UC.
10. DerMarderosian, D., Chapman, H.A., Tortolani, C., & Willis, M. D. (2018). Medical Considerations in Children and Adolescents with Eating Disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 27, 1-14.
11. Easter, A., Howe, L.D., Tilling, K., Schmidt, U., Treasure, J., Micali, N. *Growth trajectories in the children of mothers with eating disorders: a longitudinal study*. *BMJ Open*. 2014 Mar 27; 4:e004453.
12. Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy research*, 20, 123-135.
13. Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 87-100.
14. Golden, N. H., Katzman, D. K., Sawyer, S. M., & Ornstein, R. M. (2015). Position paper of the society for adolescent health and medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults references. *Journal of Adolescent Health*, 56, 121-125.

15. Guarda, A. S., Schreyer C C, Boersma G. J, Tamashiro K L, & Moran T H. (2015). Anorexia nervosa as a motivated behavior: Relevance of anxiety, stress, fear and learning. *Physiology & behavior*, 152, 466-472.
16. Herzog, W., Schellberg D, Deter HC. First recovery in anorexia nervosa patients in the long-term course: a discrete-time survival analysis. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65,169-77.
17. Keel, P. K., Dorer, D., Franko, D. L., Jackson, S. C., & Herzog, D. B. (2005). Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2263-2268.
18. Lasègue, C. (1873 a). De l'anorexie hystérique. *Archives Générales de Médecine* 1, 385-403.
19. Lock, J., Le Grange, D., Agras, W., Moye, A., Bryson, S., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 67, 1025-1032.
20. Mander, J., Teufel, M., Keifenheim, K., Zipfel, S., Giel, K.E. (2013) Stages of change, treatment outcome and therapeutic alliance in adult inpatients with chronic anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 13, 111.
21. Mangweth-Matzek, B., Hoek, H, W., & Pope, Jr. H. G. (2014). Pathological eating and body dissatisfaction in middle-aged and older women. *Current opinion in psychiatry*, 27, 431-435.
22. Murthy, L., Richardson, J., Rowark, S., & Wasielewska, A. (2017). NICE public health guidance update. *Journal of Public Health*, 1-3.
23. Nazar, B. P., Gregor, L. K., Albano, G., Marchica, A., Coco, G. L., Cardí & Treasure, J. (2017). Early response to treatment in eating disorders: A systematic review and a diagnostic test accuracy meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 25, 67-79.
24. Norma para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años de edad. ministerio de salud ,2016.
25. Palazzoli, M. S. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas: la terapia familiar* (Vol. 76). Grupo Planeta (GBS).
26. Papadopoulos, F. C, Karamanis, Brandt, L., Ekblom, A., & Ekselius, L. (2013). Childbearing and mortality among women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 164-170.
27. Phillipou, A., Rossell, S. L., & Castle, D.J. (2014). The neurobiology of anorexia nervosa: a systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 128-152.
28. Rueda, G. E., Díaz, L. A., Campo Barros, J. A., Avila, G. C., Oróstegui, L. T. & del Pilar Cadená, L. (2005). Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica*, 25, 196-202.
29. Schmidt U, Magill N, Renwick B, Keyes A, Kenyon M, Dejong H. & Watson, C. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83, 796.
30. Silva J, Behar R, Cordella P Ortiz M, Jaramillo K., Alvarado R, & Jorquera M J. (2012). Validation of the Spanish version of the

- Eating Disorders Diagnostic Scale. *Revista Médica de Chile*, 140, 1562-1570.
31. Steinhausen, H.C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 225-242.
 32. Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology*, 122, 445-448.
 33. Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, 68, 714-723.
 34. Tasca, G. A. (2018). Attachment and Eating Disorders: A Research Update. *Current opinion in psychology*.
 35. Tchanturia, K., Lounes, N., & Holttum, S. (2014). Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: a systematic review. *European Eating Disorders Review*, 22, 454-462.
 36. Treasure, J, & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 5-7.
 37. Treasure, J., Cardi, V., Leppanen & Turton, R. (2015). New treatment approaches for severe and enduring eating disorders. *Physiology & behavior*, 152, 456-465.
 38. Turton, R., Bruidegom, K., Cardi, V., Hirsch, C. R., & Treasure, J. (2016). Novel methods to help develop healthier eating habits for eating and weight disorders: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 61, 132-155.
 39. Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 946-971.
 40. Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsäter, H., Gillberg, C., & Råstam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 168-174.
 41. Zipfel, S., Lowe, B., Reas, D.L., Deter, H.C., Herzog, W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 2000; 355, 721-22.