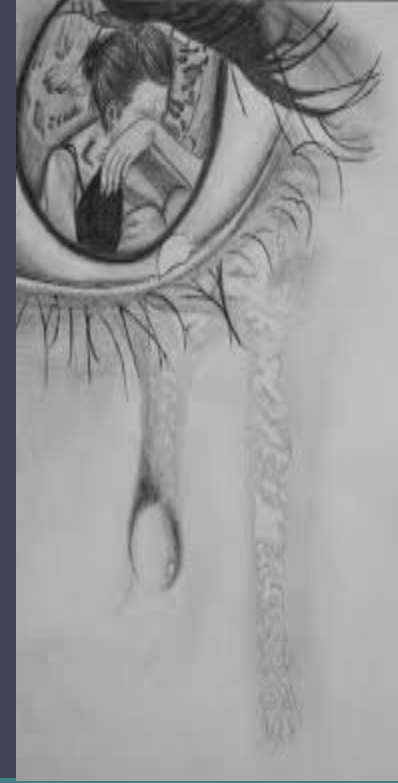


TRAUMA Y TCA. ABORDAJE Y EVOLUCIÓN



Trauma y TCA

- La AN y BN se consideran trastornos de etiología multicausal. La existencia de trauma temprano no es una condición necesaria ni suficiente para el desarrollo de un TCA.
- Se encuentran altas tasas de antecedentes de trauma entre las personas con TCA, con estimaciones que oscilan entre 37 y 100% (Dalle Grave, Rigamonti, Todisco y Oliosi, 1996; Reyes, Rodríguez et al., 2011).
- Diferentes estudios que han demostrado que el abuso sexual y otras experiencias traumáticas son factores de riesgo para el desarrollo de TCA (Brewerton, 2007; Jacobi, Hayward, de Zwaan, et al. 2004).

Factores mediadores Trauma y TCA

- Varios estudios han demostrado que la relación entre el abuso infantil (particularmente el abuso emocional y sexual) y los trastornos alimentarios posteriores puede estar mediada por la desregulación de las emociones (Mills, Newman, Cossar, Murray. 2014; Moulton, Newman, Power, Swanson, Day. 2014) **ira** (Feinson, Hornik-Lurie .2016), **experiencias disociativas** (Moulton et al. 2014), así como **impulsividad y compulsividad** (Dworkin, Javdani, Verona, Campbell. 2014)
- También hay evidencia de que las cogniciones desadaptativas, como la **autocrítica** (Feinson, Hornik-Lurie. 2016), **desconfianza, abandono, inhibición emocional** (Waller, Hamilton, Elliott, Lewendon, Stopa, Waters, et al. 2001) **o ineficacia** (Groleau , Steiger, Bruce, Israel, Sycz, Ouellette, et al. 2012) **funcionarían como factores mediadores.**

Factores mediadores Trauma y TCA

- Asimismo hay otros factores mediadores implicados, por ejemplo, en el caso de abuso sexual: la edad en que se produjo el episodio, la relación con el perpetrador, los métodos utilizados por éste para guardar el secreto, el mantenimiento del secreto por la víctima y el manejo que de éste hace la familia cuando es desvelado (Hyde & Kaufman, 1984). Otros factores pueden ser, el número de agresores, la falta de apoyo familiar, el grado de amenaza a la vida de uno mismo y/o la familia y/o el nivel de violencia asociada al abuso sexual.

Antecedentes traumáticos y TCA

- Un metanálisis (Molendijk, Hoek, Brewerton y Elzinga, 2017) analizó a 13.059 personas con TCA, 15.092 controles sanos y 7736 controles psiquiátricos
- Resultados: Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la exposición a cualquier tipo de maltrato infantil (abuso emocional, físico, sexual) y la aparición de todo tipo de TCA.
- La prevalencia de MI fue mayor en cada tipo de TCA (prevalencia: 21-52%) en relación con los controles sanos (prevalencia: 7-13%) y los controles psiquiátricos (prevalencia: 12-30%).
- Los sujetos con TCA que informaron de MI tenían una probabilidad significativamente mayor:
 1. Ser diagnosticados con un trastorno psiquiátrico comórbido.
 2. Tentativas suicidas.
 3. Informar una edad más temprana de inicio del TCA,
 4. Tener una forma más severa del trastorno.
 5. Tener una mayor frecuencia de atracones y purgas en comparación con individuos con TCA sin antecedentes traumáticos.

Antecedentes traumáticos y TCA

- El trauma también se asocia positivamente con otros aspectos de la psicopatología en personas con TCA, incluida la ansiedad, la desconfianza interpersonal, la conciencia interoceptiva (Matsunaga et al., 1999), la depresión (Fullerton et al., 1995) y un aumento de la comorbilidad psiquiátrica (Brewerton, 2007).
- Otros estudios encuentran una tasa más lenta de recuperación (Castellini, Lelli, Cassioli, et al. 2018), riesgo de tasas de abandono o recaída fue, respectivamente, 10 y 3 veces mayor (Rodríguez et al., 2005), presencia de déficits cognitivos, afectivos e interpersonales más graves que las personas con TCA que no han experimentado trauma (Matsunaga et al., 1999), mayor evitación experiencial y déficits en la atención plena (Scharff et al.)

Antecedentes traumáticos y TCA

- Estudio Nacional de la Mujer (NWS. Dansky et al., 1997). Los eventos traumáticos fueron más propensos a ser anteriores al inicio de los síntomas TCA. Cuando ocurrió la primera violación durante la adolescencia (12-17 años), ocurrió antes del primer atracón en el 96% de los casos. Del mismo modo, cuando se produjo la primera violación durante la infancia (<12 años), el primer atracón ocurrió después en el 100% de los casos.

Antecedentes traumáticos y TCA

Hicks, White, Pratt y Cottrill (2018). N-182. Resultados:

- 35% habían experimentado uno o más eventos traumáticos durante su vida.
- El acoso fue el tipo más frecuente de trauma (10%), seguido de muerte/pérdida significativa (9%) y abuso sexual (8%).
- Adolescentes con cualquier tipo de trauma tenían un mayor índice de masa corporal (IMC), percentil de IMC y porcentaje de peso corporal esperado (%EBW) en comparación con aquellos sin traumas previos.
- Pacientes con BN eran más propensas a reportar exposición al trauma que aquellas con otro diagnóstico de trastorno alimentario.

Trauma y TCA. Comorbilidad

- Existe bastante evidencia de la asociación entre TLP y TCA.
- La presencia de trauma infantil en el paciente con trastorno alimentario aumenta la probabilidad de psicopatología TLP comórbida.
- Papel de las alteraciones de la imagen corporal (reparación del cuerpo) y de los comportamientos de autodaño (alivio, evitación dolor emocional) (Sansone y Sansone, 2007)
- Estudios como los realizados por Nagata y cols. (2000), Paul y cols. (2002) y Rodríguez, Pérez y Díaz (2005) han relacionado los comportamientos de autodaño con el antecedente de trauma temprano y muy ligados a fenómenos disociativos.
- La presencia de autolesiones parece sugerir la existencia de un cuadro de peor pronóstico, mala respuesta al tratamiento, abandonos tempranos y aumento de recaídas por la gravedad de las comorbilidades acompañantes (Rodríguez y Guerrero, 2005)

Trauma y TCA. Comorbilidad

Las tasas de TEPT secundario en pacientes con TCA varían entre 9-24% (Isomaa, Backholm, Birgegård, 2015; Karr, Crosby, Cao, et al. 2013; Welch, Jangmo, Thornton, et al 2016).

Son más altas en mujeres con BN (37%) y Trastorno por atracón (21%), en comparación con mujeres sin TCA (12%) (Dansky et al., 1997).

Pacientes con más síntomas de TEPT/TEPT-C reportaron mayor gravedad de los síntomas del trastorno alimentario, peor funcionamiento pisco-social, mayor comorbilidad psiquiátrica (TUS, TLP, Depresión) menor sentido de coherencia, perturbación de la autoimagen (Backholm, Isomaa, & Birgegård, 2013; Mitchell et al., 2012; Tagay et al 2014) y el uso de un mayor número de conductas de purga en mujeres con BN (Brewerton, Dansky, O'Neil y Kilpatrick, 2015)

Trauma y TCA. Comorbilidad

- Son más propensos a tener resultados de terapia más pobres, recaídas en el tratamiento, y/o dejar el tratamiento en comparación con sus pares sin TEPT (Fichter & Quadflieg, 2004; Mahón, Bradley, Harvey, Winston, y Palmer, 2001).
- Estrategias de regulación emocional desadaptativas como mecanismo común.
- En el Estudio Nacional de la Mujer, también se encontraron vínculos entre trauma, síntomas disociativos y BN (Dansky et al.1999). Los sujetos con BN informaron significativamente más “olvido” de eventos traumáticos (27%) que los sujetos con TA(12%) o los sujetos sin TCA (11%). En una regresión lineal múltiple, "olvidar" predijo fuertemente la presencia de antecedentes de TEPT, violación infantil, depresión mayor, abuso sexual, problemas emocionales en la familia, abuso de laxantes, mayor número de experiencias de victimización y edad más joven.

Trauma y TCA. Comorbilidad

- La presencia de abuso de sustancias y el antecedente de traumas tempranos se asocian a un patrón complejo de comorbilidades de predominio impulsivo y afectivo con mayor riesgo de intentos de suicidio, otros comportamientos parasuicidas, recaídas o abandono temprano del tratamiento.
- Estudio Rodríguez Guarín (2009). N =578 (201 pacientes presentaban AN= 201, BN= 220, TA=121 y 36 cuadros incompletos de anorexia o bulimia.
 - 210 (36,3%) reportaron, por lo menos, un evento traumático previo a la aparición de los síntomas alimentarios.
 - De estos una proporción significativamente mayor de pacientes expuestos a eventos traumáticos, 44,4% abusaban de sustancias frente al 34,4% de los no abusadores.

Dificultades en la evaluación y Tratamiento

1. Reticencia a preguntar sobre eventos y síntomas traumáticos porque estas preguntas no son parte del protocolo de evaluación.
2. No saber cómo responder terapéuticamente a la comunicación de una experiencia traumática.
3. Subestimación o falta de apreciación del impacto del trauma en la salud física y mental.
4. Percepción distorsionada de lo se que califica como agresión sexual.
5. No reconocer los síntomas comunes asociados con el TEPT.
6. La creencia de que el tratamiento del TCA debe abordarse primero y exclusivamente, antes de tratar otros trastornos.
7. La creencia de que el tratamiento debe centrarse únicamente en tratar síntomas en lugar de explorar los posibles orígenes o agravadores de los síntomas.
8. Falta de capacitación y / o sentimientos de incompetencia en el tratamiento de problemas relacionados con el trauma.

Dificultades en la evaluación y Tratamiento

1. Falta de un lenguaje común.
2. Preocupación de que si se identifica un TEPT se requerirá un tratamiento q el terapeuta/programa no puede ofrecer.
3. Tiempo insuficiente para la evaluación para explorar historias o síntomas de trauma.

Aspectos a tener en cuenta...

- Importancia de una evaluación-detección del trauma.
- La incorporación de intervenciones que promuevan la seguridad y la estabilización y aborden específicamente el trauma. Brewerton (2007) ha argumentado que para permitir la recuperación total del TCA en individuos con TEPT concurrente, el tratamiento debe abordar por completo ambos trastornos.
- Es importante tener en cuenta que tratar a los pacientes que han experimentado un trauma puede activar o exacerbar la angustia del paciente durante y después del tratamiento.
- Los aspectos intrusivos son un poderoso desencadenante de la recaída en el trastorno de la alimentación.

Aspectos a tener en cuenta...

- El papel principal del terapeuta es modular la emergencia y ritmo de afectación. Monitoreo antes y después de las sesiones.
- Reevaluación periódica de los antecedentes de trauma y TEPT.
- Detener la victimización.
- Papel de los síntomas. Mecanismos maladaptativos que facilitan la evitación, el embotamiento y el olvido de los recuerdos traumáticos y suelen acompañarse de elementos disociativos.

¿Cómo empezar a abordar el trauma?

1. Establecer cronología/ secuencia de eventos significativos, traumas e inicio de síntomas.
 2. Psicoeducar a los pacientes / familiares sobre los síntomas.
 3. Identificar vínculos funcionales adaptativos entre síntomas / trastornos. P.ej. los atracones, las purgas y el hambre pueden servir como posibles estrategias para facilitar la evitación y el adormecimiento, disminuir la hiperactivación y regular los estados relacionados con el trauma ("hipótesis de la automedicación")
 4. Dar prioridad a las conductas /situaciones potencialmente peligrosas.
 5. Valorar que el paciente puede comenzar a procesar información emocional y cognitivamente.
 6. Los síntomas del TCA del paciente están mejorando significativamente / relativamente bajo control;
 7. El paciente demuestra un nivel adecuado de tolerancia al estrés.
 8. El paciente demuestra una disposición para comenzar el trabajo de trauma
- (Brewerton, 2004; Trim et al., 2017).

Tratamiento-TEPT Guías NICE

Niños y adolescentes: 7-17 años TCC enfocada en el trauma con un diagnóstico de TEPT o síntomas clínicamente importantes de TEPT que se hayan presentado entre 1 y 3 meses después de un trauma incluso más de 3 meses. Considerar EMDR si TCC no resulta eficaz.

Adultos:

- TCC enfocada en el trauma con un diagnóstico de TEPT o síntomas clínicamente importantes de TEPT que se hayan presentado a partir de 1 mes.
- EMDR entre el primer y tercer mes tras el suceso traumático, o más allá del tercer mes, siempre que no sea un trauma relacionado con conflicto bélico y si la persona prefiere este tipo de intervención.
- Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, en formato de teleterapia, más de tres meses desde el suceso traumático, que prefieren esta modalidad de intervención, frente a la terapia cara a cara, siempre que no tengan síntomas severos de TEPT (ante todo, síntomas disociativos) y no tengan riesgo de dañarse a sí mismos o a los demás.

Tratamiento-TEPT Guías NICE

- Tratamientos manualizados validados.
- Profesionales formados y supervisados.
- 6-12 sesiones.
- Adaptarse a la edad y el desarrollo del niño o joven.
- Involucrar a los padres o cuidadores.
- Psicoeducación sobre las reacciones al trauma, las estrategias para controlar la activación, los flashbacks, y la planificación de seguridad.
- Elaboración y el procesamiento de los recuerdos traumáticos.
- Procesamiento de emociones relacionadas con el trauma.
- Reestructurar los significados relacionados con el trauma.
- Proporcionar ayuda para superar la evitación.
- En adultos restablecer el nivel de funcionalidad.
- Planificación de sesiones de refuerzo si es necesario.

Tratamientos

- Trottier et al (2017) integraron la terapia cognitiva conductual (TCC) (Fairburn et al. 2008) para los trastornos alimentarios y el TEPT (CPT; Resick, Monson y Chard, 2014) en su estudio piloto (N=10)
- Tratamiento intensivo hospitalario TCC (6-8 semanas) + 16 sesiones de seguimiento- terapia de procesamiento cognitivo para el TEPT.
- Resultados: Después de las 16 sesiones, sólo 2 participante experimentó un empeoramiento en las cogniciones TCA en el transcurso del tratamiento integrado. 80.0% de los participantes experimentó mejoras confiables de TEPT, al tiempo que mantiene la remisión conductual de los síntomas alimentarios.
- Los resultados de este estudio brindan apoyo preliminar para la eficacia de una TCC integrada para el TEPT-DE.
- Cuando se trata del tratamiento de pacientes con TEPT-C en TCA hay incluso menos orientación disponible, aunque se ha informado que CPT, PE y TF-CBT mejoran el TEPT-C en ensayos controlados (Hendriks et al., 2017; Resick, Nishith y Griffin, 2003).

Table 1
Individual Pre- and Postintegrated Treatment Scores of Project Recover Pilot Participants

ID	ED	Index Trauma (age, years)	CAPS		PCL		EDE-Q		BMI		OBE		Vomit ^a		DASS-D		DASS-A	
			Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	AN-BP	Physical abuse (14–16)	50	10 ^{b,c}	72	5 ^b	3.23	2.73 ^c	20.9	21.2	0	0	0	0	73	15 ^b	74	14 ^b
2	OSFED	Rape & physical assault (18)	53	5 ^{b,c}	57	1 ^b	3.44	1.61 ^{b,c}	22.7	23.3	0	0	0	1	47	11 ^b	55	6 ^b
3	BN	Threat of sexual assault (13)	50	9 ^{b,c}	56	14 ^b	5.22	2.27 ^{b,c}	22.3	21.3	0	0	0	0	61	42 ^b	54	53
4	AN-R	Sexual assault (32)	53	9 ^{b,c}	61	5 ^b	2.34	0.71 ^{b,c}	20.5	19.7	0	0	0	0	63	12 ^b	71	22 ^b
5	BN	Suicide (27)	36	13 ^{b,c}	59	50	1.93	4.70 ^b	24.8	27.5	0	0	0	0	64	63	58	72 ^b
6	AN-R	Rape & physical assault (12)	54	16 ^{b,c}	65	6 ^b	2.89	1.84 ^c	21.0	20.0	0	0	0	0	65	6 ^b	60	11 ^b
7	AN-R	Sexual assault (25)	41	2 ^{b,c}	51	0 ^b	0.84	0.29 ^c	20.1	19.5	0	0	0	0	34	1 ^b	32	0 ^b
8	AN-BP	Physical & sexual assault (6–7)	53	23 ^{b,c}	42	28	2.74	–	19.0	19.9	0	8	0	5	48	60 ^b	38	63 ^b
9	BN	Physical & sexual assault (9–13)	47	24 ^{b,c}	44	24 ^b	4.64	5.17	24.7	24.4	1	0	1	0	70	51 ^b	78	67 ^b
10	BN	Rape & physical assault (18)	57	23 ^b	60	12 ^b	4.28	5.01	21.1	18.9	8	65	8	65	44	25 ^b	55	25 ^b

Note. ED = eating disorder diagnosis; AN = anorexia nervosa; BP = binge/purge type; R = restricting type; OSFED = other specified feeding/eating disorder; BN = bulimia nervosa; CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale; PCL = PTSD Checklist; EDE-Q = Eating Disorder Examination-Questionnaire global score; BMI = body mass index; OBE = objective binge episodes past month; DASS = Depression Anxiety Stress Scale (D = depression; A = anxiety).

^aVomit refers to the number of self-induced vomiting episodes in the past month. ^bReliable change > 1.96 (Jacobson & Truax, 1991), except for the CAPS-5 as needed psychometric data were not available. On the CAPS-5, reliable change was defined as ± 2 SDs from the pretreatment mean. ^cRemission defined by no longer meeting posttraumatic stress disorder diagnostic status based on the CAPS and being within 1 SD of community norms on the EDE-Q global score.

Conclusiones

- El trauma es un factor de riesgo para el desarrollo de TCA.
- El trauma es más común en pacientes con Bulimia.
- La presencia de trauma a menudo se relaciona con un peor pronóstico.
- Los hallazgos que relacionan los TCA con trauma se han extendido a niños y adolescentes con TCA.
- El trauma se asocia con una mayor comorbilidad (a menudo mediada por TEPT) en sujetos con TCA (especialmente BN)
- El trauma y el trastorno de estrés postraumático o sus síntomas deben abordarse de manera expresa y satisfactoria para facilitar la recuperación completa del TCA y toda la comorbilidad asociada.
- Limitaciones de los estudios.
- Falta de estudios acerca de tratamientos empíricamente validados para pacientes con trauma/TEPT y TCA.

CASO 1. “A”

- Mujer 29 años. Residente de medicina. BN de larga evolución.
- Restricciones ocasionales en la infancia, comienzo de atracones -purgas en la adolescencia.
- Historia de trauma:
 - Relacionada con el apego/crianza: madre enferma
 - Abusos sexuales continuados por parte de su hermano (9-12 años)

Cont

- Tratamiento: Hospital de Día con buena adherencia, dos ingresos. Terapia de grupo. Regulación hábitos alimentarios. Psicoeducación. Terapia Familiar. Terapia individual cognitivo conductual (Fairburn).
- Abordaje del trauma (nunca tratado)
 - Identificación del vínculo entre la sintomatología actual y el trauma.
 - Creación de una nueva narrativa no culpabilizadora.
 - Búsqueda de reparación y resolución (carta)
 - Paralelamente: mejora en la comunicación familiar.

- Tras 9 meses: Conciencia de enfermedad. Mejoría anímica. Mejora de las relaciones familiares. Discreta mejoría en sintomatología TCA.