

Edición actual

Puntos importantes del simposio de la iaedp 2014: registro de los cambios en el diagnóstico y tratamiento

Actualización: cambios necesarios en el tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y trastornos por abuso de sustancias

Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos

Trastornos de la conducta alimentaria y consumo excesivo de bebidas dietéticas

El IMC de los hijos está relacionado con la conducta alimentaria de los padres

Evaluación de la atención proporcionada a los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en Canadá

Conductas alimentarias disfuncionales identificadas en adultos con enfermedad celíaca

Estudiantes de dietética y nutrición: ¿corren un mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria?

Aumento de los trastornos de la conducta alimentaria observado en Gran Bretaña

Predicción de la recuperación de un trastorno de la conducta alimentaria

¿Qué aumenta el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en los atletas de sexo masculino?

Preguntas y respuestas: cuando no existe una conducta alimentaria saludable

Puntos importantes del simposio de la iaedp 2014

Registro de los cambios en el diagnóstico y tratamiento

En la conferencia de la Asociación Internacional de Profesionales de Trastornos de la Conducta Alimentaria (International Association of Eating Disorders Professionals, iaedp) realizada del 27 de febrero al 2 de marzo en TradeWinds Island Resort, St. Petersburg, Florida, se desafió a más de 500 participantes con nuevos métodos de tratamiento, historias convincentes de recuperación de los pacientes y los hallazgos más recientes sobre la investigación genética. El tema de la conferencia, “Olas de cambios”, reflejó el rápido cambio en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Un nuevo centro enfocándose en la terapia familiar

El Dr. Craig L. Johnson, PhD, miembro de la Academia para Trastornos de la Conducta Alimentaria (Fellow of Academy for Eating Disorders, FAED), especialista certificado en trastornos de la conducta alimentaria (Certified Eating Disorder Specialist, CEDS) y director clínico del Eating Recovery Center de Denver, realizó una presentación sobre el uso de la terapia basada en la familia (family-based therapy, FBT).

En su presentación principal y en un taller de tres partes, el Dr. Johnson habló sobre una serie de modelos de tratamiento muy conocidos, entre ellos, el modelo estructural, el modelo sistemático, el modelo de Maudsley y la Terapia Basada en la Familia (FBT). El Dr. Johnson, que ha proporcionado tratamiento a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria durante más de 30 años, señaló que las nuevas tecnologías ayudan a las familias a encontrar fuentes de apoyo entre ellas. Posteriormente, describió el desarrollo de la terapia familiar y el rol de los grupos de apoyo desde la década de 1960 hasta el año 2010.

Los datos obtenidos en diversos estudios, especialmente el Estudio de Colaboración del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH) de Lock y otros (*Int J Eat Disord* 2012; 45:202), han demostrado que, gracias a la terapia conductual familiar, los pacientes adolescentes presentaron menores tasas de abandono del tratamiento, menores tasas de recaídas, y una buena satisfacción de los pacientes y de los padres con respecto al tratamiento. En general, la FBT demostró ser superior en comparación con otras intervenciones al final del tratamiento y seguimiento.

El Dr. Johnson informó cuatro predictores positivos para una FBT exitosa: adolescentes más jóvenes (de 15 años o menos), una menor duración de la enfermedad (menos de 13 meses), pérdida de peso de leve a moderada (89% del índice de masa corporal o IMC) y expresiones afectuosas de parte de los padres. Por el contrario, entre los predictores negativos para la FBT se incluyeron antecedentes de bajo peso (<80 % de IMC), adolescentes mayores con una duración prolongada de la enfermedad y comorbilidad psiquiátrica. Otros factores con efectos negativos incluyeron niveles altos de crítica de parte de los padres e imposibilidad de los pacientes de aumentar aproximadamente un 3 % de peso poco tiempo después de comenzar la terapia. Además, señaló que los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y los que provienen de familias desunidas necesitan más tratamiento.

Los trastornos de la conducta alimentaria representan cuestiones éticas y legales desafiantes

El Dr. John Dolores, JD, PhD, Director del Center for Hope of the Sierras en Reno, Nevada, informó que los médicos que proporcionan tratamiento a los pacientes que tienen trastornos de la conducta alimentaria deben tratar cuestiones éticas y legales exclusivas relacionadas con la confidencialidad, el consentimiento informado, la protección de las historias clínicas y las diversas relaciones que entablan con otros profesionales médicos. Uno de los desafíos que se presentan es mantenerse al día con los aspectos legales de la atención y con la tecnología en constante cambio. El Dr. Dolores también señaló que los códigos éticos varían entre las diferentes organizaciones profesionales, por ejemplo, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association), la Asociación Médica Estadounidense

(American Medical Association) y la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (National Association of Social Workers).

Algunos indicadores prácticos de la ética de las relaciones interprofesionales incluyen la obtención de autorizaciones para realizar todos los procedimientos, el contacto con cada departamento para obtener registros, el análisis de la impresión diagnóstica y el desarrollo de un plan de tratamiento. Es importante tener en claro quién es el paciente y cuál es su rol como médico y terapeuta, y ser coherente con ello, agregó.

El Dr. Dolores también habló sobre la Regla Omnibus que incluye la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), y el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CRF) sobre la confidencialidad y el abuso de sustancias. La Regla Omnibus, que entró en vigencia a fines de septiembre de 2013, prohíbe la venta de la información de salud del paciente, a menos que esté autorizada, amplía las tareas de elaboración de informes y permite la aplicación de sanciones más estrictas por violación de la confidencialidad del paciente. Estas reglamentaciones establecen quiénes tienen acceso a la información de salud individual de los pacientes (ninguna persona, a menos que esté específicamente autorizada), e incluye sanciones más estrictas por incumplimiento de las reglamentaciones y las tareas de elaboración de informes de mayor alcance.

El Dr. Dolores les informó a los participantes del taller que es importante utilizar un enfoque basado en pruebas para el consentimiento informado. Por ejemplo, al analizar las opciones de tratamiento con un paciente, es importante informar la eficacia del tratamiento según la investigación validada empíricamente, en vez de utilizar la frase antigua “Según mi experiencia...”. Y cuando se ofrezca un tratamiento validado no empíricamente, se debe informar de ello al paciente, y se deben analizar las opciones de tratamiento alternativo. El acuerdo sobre el consentimiento para recibir tratamiento debe redactarse de modo que sea razonablemente comprensible para el paciente. Para el tratamiento obligatorio, se debe proteger la identidad del paciente. Además, añadió: “Un formulario firmado no sustituye al consentimiento”.

En cuanto a las historias clínicas, un paciente no puede establecer qué se incluye en la historia clínica. Les recomendó a los participantes que utilicen documentos integrales, incluida la justificación del tratamiento seleccionado, y los motivos por los que no se eligieron un tratamiento o tratamientos alternativos. Otras recomendaciones incluyeron el hecho de que las historias clínicas deben reflejar profesionalismo y relevancia para el caso. Los registros deben ser precisos y nunca deben alterarse. La historia clínica también debe incluir la información de seguimiento, agregó el Dr. Dolores.

Otra área desafiante es el proceso de suspensión del tratamiento. Algunos motivos justificables para suspender un tratamiento incluyen el hecho de que el paciente no se esté beneficiando del tratamiento y podría salir perjudicado al recibirlo. O bien, el paciente ya no necesita tratamiento, o ha amenazado al proveedor o a otras personas. Por el contrario, el “abandono” se produce cuando, de forma inadecuada, se deja de recibir el tratamiento necesario. Los médicos también deben asegurarse de analizar las cuestiones financieras por adelantado. Las llamadas por

suspensión del tratamiento con una anticipación razonable, que suele considerarse de alrededor de 30 días, y las recomendaciones del tratamiento, los recursos y las historias clínicas forman parte de la documentación necesaria que se debe presentar junto con la suspensión del tratamiento.

Si el paciente suspende el tratamiento en una situación que no sea de crisis, se aplican todos los pasos de la suspensión del médico, salvo el aviso con 30 días de anticipación. Además, si el paciente se encuentra en una situación de crisis, el proveedor debe actuar y resolver dicha crisis, si es posible.

El Dr. Dolores también habló sobre la importancia de proteger los sistemas de correo electrónico con profesionales de TI de una organización, y aplicar las medidas preventivas razonables a las comunicaciones por Internet. El cifrado es especialmente importante en las comunicaciones entre pacientes, señaló.

Trastornos de la conducta alimentaria, comportamiento autodestructivo y trauma

Según el Dr. John L. Levitt, PhD, director clínico del Hospital Linden Oaks en Naperville, Illinois, si un paciente presenta un trastorno de la conducta alimentaria en combinación con un antecedente de trauma y comportamiento autodestructivo, los médicos deben trabajar con el “lado más oscuro” del perfil de un paciente, lo que incluye disociación, autodesprecio intenso, ira y odio. La clave es utilizar un método de tratamiento que sea flexible y, a la vez, lo suficientemente estructurado como para guiar la toma de decisiones clínicas, ya que será necesario tratar tanto los comportamientos del trastorno de la conducta alimentaria como el lado más oscuro y los estados emocionales más desafiantes. El Dr. Levitt ha tratado este tipo de pacientes complejos durante más de 30 años.

En un taller, el Dr. Levitt observó que el modelo de proceso estructural proporciona capacidades a dichos pacientes para aprender maneras de tomar el control y, finalmente, descubrir su propio control y poder saludable. Como explicó el Dr. Levitt, el empoderamiento no es algo que el terapeuta *le* hace a un paciente; al contrario, es el resultado de interacciones observadas, analizadas y representadas de forma reiterada que llevan al paciente a descubrir su propio poder y capacidades. De esta manera, el paciente se convierte en el “experto” en su propia recuperación.

El enfoque también apunta al rol que pueden estar jugando las emociones ya que las emociones, directa o indirectamente, afectan nuestras relaciones con nosotros mismos, con nuestro entorno y con los demás, señaló. En los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que presentan autolesiones, abuso de sustancias y trastornos traumáticos, sus emociones a menudo constituyen un misterio. El Dr. Levitt indicó que el Modelo de Proceso Estructural utiliza la educación y el entrenamiento para organizar el entorno terapéutico de maneras que tengan sentido para los pacientes. Los pacientes aprenden a utilizar sus propios pensamientos, habilidades y capacidades para cumplir sus objetivos. Al mismo tiempo, señaló el Dr. Levitt, el terapeuta debe respetar el derecho de los pacientes de tomar la decisión de no cambiar.

La terapia también se centra en ayudar a los pacientes a que aprendan a autocontrolarse y a cuidarse a sí mismos, acciones que periódicamente se analizan y en las que se hace hincapié, y que en realidad se utilizan como una metáfora para la recuperación. Se motiva y orienta a los

pacientes reiteradamente para que se involucren de forma activa y sean sus propios custodios. El Dr. Levitt señaló que “queremos ayudar a los pacientes a establecer de qué manera los comportamientos y patrones se adaptan a sus vidas, y a examinar sus objetivos y el significado para los pacientes”. Y agregó que el objetivo es ayudar a los pacientes a comprender que, al analizar sus patrones, se hace referencia a todos los comportamientos compensatorios utilizados para autocontrolarse, y que estos no son entidades discretas o separadas.

El Dr. Levitt también observó que los profesionales médicos deben hacerse algunas preguntas difíciles cuando se enfrentan a este tipo de pacientes por primera vez. Deben estar preparados no solo para tratar a un paciente, sino también para no “deshacerse” de él y derivarlo a un colega simplemente porque se trata de un paciente difícil. Otro error es tratar a un paciente durante un período en el que realmente debería estar recibiendo tratamiento en otro entorno. Estas son otras preguntas difíciles que el profesional médico debe hacerse: ¿puede uno decidir ética y legalmente no tratar a un paciente? Y si el clínico acepta tratar a un paciente, ¿qué abordaje debe utilizar? Debido a que no todos los pacientes se deben tratar cuando se presentan por primera vez, es importante evaluar si es un paciente que se debe aceptar o a quien se debe seguir tratando, y tener criterios identificables desde el comienzo, señaló el Dr. Levitt. Además, uno debe evaluar con atención si un paciente está preparado para cambiar o si simplemente contempla la idea del cambio. ¿Cuáles son las opciones de no recibir tratamiento, y cuál es el riesgo de tratar al paciente? La última pregunta fundamental que un clínico debe hacerse es la siguiente: ¿estoy preparado para trabajar con este paciente, posiblemente durante largos períodos de tiempo, y experimentar sus ataques de dolor, terror o ansiedad?

La relación entre padre e hija en un país en vías de desarrollo

Al enfrentarse a la falta de recursos, dos profesionales de los trastornos de la conducta alimentaria de Jamaica demostraron algunos de los métodos innovadores que utilizan para tratar a los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Jamaica no cuenta con centros de tratamiento para trastornos de la conducta alimentaria, y solamente tres especialistas, solo tres, están capacitados para tratar dichos trastornos.

En su sesión del taller, Caryl James, psicóloga y especialista en trastornos de la conducta alimentaria de la Universidad de West Indies, Mona, Jamaica, y Abigail Natalie Harrison, pediatra y especialista en medicina para adolescentes de la Universidad de West Indies, observaron que, además de la falta de recursos, muchos profesionales, por ejemplo, los sociólogos jamaíquinos, no reconocen que existe un problema. Además, los mitos culturales dificultan el diagnóstico y tratamiento.

Jamaica es principalmente un país matriarcal, señalaron las Dras. James y Harrison, y aunque las madres fueron hábiles para proporcionar atención normal a sus hijos, no pudieron producir un cambio duradero en el trastorno de la conducta alimentaria que presentaban. Sin embargo, las Dras. James y Harrison se acercaron a los padres y los involucraron en el cuidado de sus hijos, lo que logró que el tratamiento fuera más satisfactorio. Una vez que los padres se dieron cuenta de que los niños estaban enfermos, se conectaron con los terapeutas y colaboraron mucho con ellos.

(En la siguiente edición, se presentan más puntos importantes del encuentro de la iaedp, incluidos el trastorno por atracón, la terapia de aceptación y compromiso, y el desafío de tratar el trastorno por atracón).

Actualización

Cambios necesarios en el tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y trastornos por abuso de sustancias

Según la Dra. Amy Baker Dennis, profesora clínica adjunta de psiquiatría y ciencias del comportamiento de la Universidad del Sur de Florida, Tampa, los centros de tratamiento para el abuso de sustancias financiados a nivel público y privado no proporcionan ni incluyen tratamientos multidisciplinarios basados en evidencia para los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Conforme a lo observado por la Dra. Dennis en una presentación que tuvo lugar en el reciente simposio de la iaedp 2014 en Florida, este tipo de tratamiento integrado falta también en los programas de tratamiento de hospitalización, residencial, hospitalizaciones parciales y programas intensivos ambulatorios. Añadió que el tratamiento integrado es necesario para combatir las altas tasas de comorbilidad observadas en estos pacientes. Además, señaló que el 50 % de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria presentan abuso de sustancias. Este porcentaje constituye una tasa cinco veces mayor que la de la población general.

Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos

Esta nueva categoría del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5) involucra a pacientes más jóvenes con un peso considerablemente más bajo que el normal, quienes se diferencian claramente de aquellos que presentan anorexia nervosa (AN) y bulimia nervosa (BN).

Una de las nuevas categorías de diagnóstico del *DSM-5* es el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID). Estos pacientes presentan síntomas de alteraciones de la conducta alimentaria que no coinciden con los criterios de los trastornos de la conducta alimentaria tradicionales. En su lugar, presentan problemas clínicamente significativos con la alimentación y la comida y los niños muy pequeños tienen problemas con la alimentación. Como consecuencia, la dieta del paciente no proporciona la nutrición o las calorías suficientes. Los adultos que presentan ARFID bajan de peso; es posible que los niños más pequeños no bajen de peso, pero no pueden aumentar de peso y posiblemente no crezcan como se espera.

Los problemas causados por el ARFID van mucho más allá de los problemas con los alimentos. Los efectos de los problemas con la conducta alimentaria pueden afectar a los adultos en el trabajo y en su vida social. Por ejemplo, en el trabajo, evitan los almuerzos de trabajo, y evitan encontrarse con amigos o con la familia en eventos sociales donde generalmente hay comida.

Los niños presentan problemas similares en la escuela, por ejemplo, problemas con las tareas escolares debido al tiempo adicional que necesitan para almorzar en la escuela.

Un estudio de control de casos intenta proporcionar una mejor definición del ARFID

A fin de aclarar las diferencias entre los niños y adolescentes que presentan ARFID, y los pacientes con anorexia nervosa (AN) y bulimia nervosa (BN), el Dr. M.M. Fisher y sus colegas llevaron a cabo un estudio de control de casos retrospectivo con niños y adolescentes de 8 a 18 años utilizando un algoritmo de diagnóstico. Estos investigadores compararon a todos los alumnos con ARFID que se presentaron en siete programas para trastornos de la conducta alimentaria y medicina del adolescente durante 2010, con una muestra de pacientes adolescentes con AN y BN seleccionada al azar. El grupo final incluyó 712 personas.

Noventa y ocho adolescentes (13,8 %) cumplieron con los criterios del *DSM-5* para ARFID. El grupo con ARFID presentó una serie de características distintivas. Por ejemplo, eran menores que los pacientes que tenían AN (n = 98) y BN (n = 66) (12,9 años en comparación con 15,6 años, frente a 16,5 años, respectivamente). El grupo al que se le diagnosticó ARFID también tuvo la enfermedad durante un tiempo más prolongado que los grupos con AN y BN (33,3 meses, 14,5 meses y 16,5 meses, respectivamente). Además, los varones eran más propensos a recibir un diagnóstico de ARFID (29 %, 15 % y 6 %, respectivamente), y presentaron un peso corporal medio que se encontraba entre el peso de los pacientes que tenían AN o BN (86,5 lb, 81,0 lb y 107,5 lb, respectivamente).

A medida que los investigadores realizaban más evaluaciones a los pacientes con ARFID, hallaron que más de un cuarto de ellos tenían antecedentes de conducta alimentaria selectiva (“quisquillosos”) desde los primeros años de la niñez. Además, presentaron ansiedad generalizada (21,4 %), síntomas gastrointestinales (19,4 %), antecedentes de temor a vomitar o ahogarse con comida (13,1 %) y alergias alimentarias (4,1 %). Los adolescentes con ARFID eran más propensos a desarrollar comorbilidades médicas o trastornos de la ansiedad (58 %, 35 % y 33 %, respectivamente), pero eran menos propensos a presentar trastornos del estado de ánimo (19 %, 31 % y 58 %, respectivamente).

Por lo tanto, los autores hallaron distinciones clínicas claras entre los adolescentes con ARFID, y los que presentaron AN o BN. Al igual que en un estudio llevado a cabo anteriormente por Norris y otros (*Int J Eat Disord.* 2013; Dec. 16 doi:10.1002/eat.22217), el Dr. Fisher y sus colegas hallaron que aquellos a quienes se les diagnosticó ARFID tenían un peso considerablemente más bajo que el normal, y eran mucho más propensos a presentar síntomas psiquiátricos o de comorbilidades médicas. Los resultados del estudio anterior también sugirieron que una proporción de estos pacientes desarrollaron AN a medida que el tratamiento avanzaba.

Trastornos de la conducta alimentaria y consumo excesivo de bebidas dietéticas

El consumo es particularmente alto entre los pacientes con bulimia.

Los estadounidenses consumen 4000 millones de galones de bebidas dietéticas al año (*Boston Globe*, 11 de abril de 2013), y ACTUALMENTE se están llevando a cabo muchos estudios para investigar los posibles efectos secundarios poco saludables de dichas bebidas dietéticas. La investigación continúa analizando los posibles riesgos elevados de pérdida ósea, fracturas y caries dentales, y la posibilidad de que el fosfato, y los endulzantes artificiales y colorantes de las bebidas puedan agravar afecciones preexistentes. Las personas que presentan trastornos de la conducta alimentaria se encuentran entre los grupos que consumen la mayor cantidad de bebidas dietéticas todos los días.

¿Por qué las personas con trastornos de la conducta alimentaria consumen tanta bebida dietética? Las Dras. Tiffany A. Brown y Pamela Keel de la Universidad del Estado de Florida investigaron algunos de los posibles factores en un grupo de 240 personas que presentaron trastornos de la conducta alimentaria de por vida y un grupo control de 157 personas sin antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria (*Eat Disord.* 2013; 21:265).

Según las autoras, las tres posibles explicaciones de la ingesta excesiva de bebidas dietéticas entre las personas con trastornos de la conducta alimentaria son el aumento del impulso del apetito, una mayor preocupación por aumentar de peso, y la sobrevaloración del peso corporal y de la figura. El estudio realizado por las Dras. Brown y Keel buscaba respuestas a tres preguntas: (1) ¿las personas con trastornos de la conducta alimentaria realmente consumen más bebidas dietéticas que las personas del grupo de control?; (2) ¿el consumo de bebidas dietéticas difiere según los diagnósticos individuales del DSM-5 de anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (eating disorders not otherwise specified, EDNOS)?; y, por último, ¿qué efectos tienen el impulso del apetito y las preocupaciones relacionadas con el peso o la figura en la ingesta de bebidas dietéticas?

La primera etapa de este estudio de dos etapas incluyó completar un cuestionario corto sobre la cantidad de bebidas, dietéticas u otras, que se consumen todos los días y completar el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Inventory, EDI). La escala de bulimia en el EDI refleja la parte de la conducta del impulso del apetito o la tendencia hacia el consumo de alimentos en exceso. La subescala del impulso para adelgazar se utilizó como un indicador de las preocupaciones relacionadas con el peso. En la segunda etapa del estudio, se utilizó la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del *DSM-IV* (Structured Clinical Interview for *DSM-IV* Axis I, SCID-1) para evaluar los trastornos de la conducta alimentaria de por vida. Las investigadoras incluyeron todas las secciones en la sección de AN, independientemente de la respuesta proporcionada por el participante en el punto relacionado con el bajo peso. Las preguntas sobre las frecuencias de los atracones y comportamientos de purgación se codificaron, independientemente de que se haya alcanzado o no el umbral de dos veces por semana durante 3 meses. Este método les permitió a las investigadoras captar las formas subclínicas o parciales de AN y BN definidas por el *DSM-IV*, relegadas de los diagnósticos subclínicos completos en el *DSM-5*.

Las personas con trastornos de la conducta alimentaria consumían más bebidas dietéticas que las del grupo de control

Las personas que tenían un trastorno de la conducta alimentaria de por vida, especialmente las que tenían BN, consumían más bebidas dietéticas por día que las del grupo de control. Y todas las personas que tenían un trastorno de la conducta alimentaria consumían más bebidas dietéticas

por día (media: 4,48 latas) que las del grupo de control (media: 2,48 latas por día). Los individuos con BN consumían un promedio de 6,9 latas de bebida dietética por día.

Los síntomas asociados con las preocupaciones por el peso y el impulso del apetito se relacionaron con un aumento de la ingesta de bebidas dietéticas; el temor a aumentar de peso o engordar tuvo un efecto intermedio. Los aumentos del impulso para adelgazar se asociaron a una mayor ingesta de bebidas dietéticas. No se observó ninguna relación en cuanto a la subescala de bulimia, pero se produjo una interacción significativa entre la bulimia y el impulso para adelgazar.

Implicaciones para los médicos

Las autoras informaron que sus hallazgos tienen algunas posibles implicaciones en la práctica clínica. Por ejemplo, hacen referencia a un trabajo anterior que sugiere que en los pacientes con AN el consumo de alimentos densos de mayor energía predijo el éxito del tratamiento (*Am J Clin Nutr.* 2008; 87:810). Las autoras sugieren que este hallazgo puede ser especialmente verdadero en los pacientes que tienen BN. Para estos pacientes, la ingesta excesiva de bebidas dietéticas no solo puede agravar problemas médicos, sino que también puede mantener patrones de conducta alimentaria desregulados o contribuir a dichos patrones.

Las Dras. Brown y Keel concluyen que los pacientes con BN pueden consumir bebidas dietéticas como una manera de saciar el impulso del apetito o para “llenarse” sin agregar calorías. Por lo tanto, como las autoras han teorizado, una combinación de alto impulso del apetito y preocupación por un peso alto entre los pacientes que tienen BN puede implicar un consumo excesivo de bebidas dietéticas.

El IMC de los hijos está relacionado con la conducta alimentaria de los padres

Los datos de los participantes del estudio familiar de Quebec demostraron dos factores de riesgo clave.

La obesidad, que generalmente se define como un índice de masa corporal (IMC) mayor que 30 kg/m², afecta a 600 millones de adultos y de 40 a 50 millones de niños en todo el mundo (consulte también el cuadro a continuación). En un estudio reciente sobre las conductas alimentarias de los padres en Quebec, los investigadores observaron que los IMC de los hijos mayores podrían atribuirse a factores del entorno familiar, como las conductas alimentarias de los padres (*Int J Obesity.* 2013; 37:1422). Por lo tanto, el cambio en dichos factores puede ayudar a prevenir la transmisión de la obesidad dentro de las familias.

La Dra. A. R. Gallant y sus colegas de la Universidad de Laval analizaron la hipótesis de que las características de la conducta alimentaria de los padres, especialmente el control estricto y la desinhibición, están asociadas a los IMC de los hijos, e intervienen en la relación entre el IMC de los padres y el de los hijos. Se seleccionaron participantes de la segunda fase (de 1989 a 1995) y la tercera fase (de 1997 a 2005) del estudio familiar de Quebec, un estudio prospectivo de cohorte longitudinal que investigó los factores genéticos de la obesidad. Se incluyó un total de

192 días de padres e hijos. Un aspecto particularmente importante de este estudio es que los hijos tenían de 10 a 37 años al momento en que se realizó el estudio, por lo que en esta relación se analizó la vida de los hijos en el hogar y fuera del hogar.

La Dra. Gallant y sus colegas hallaron que el control estricto de los padres y la desinhibición, no así las puntuaciones con respecto al hambre, estaban relacionados de forma positiva con el IMC de los hijos después de controlar las edades de los niños, el sexo y la actividad física, el IMC de los padres, la edad de los padres, y el género y número de hijos por familia. Los autores indicaron que este control estricto en realidad es un “pseudocontrol” debido a que no se planifica de forma eficaz “y adopta un método de todo o nada en cuanto a la conducta alimentaria que deja poco espacio para la versatilidad”. Este tipo de control fuerte y estricto con respecto a la conducta alimentaria puede provocar, irónicamente, la sobrealimentación. La hipótesis planteada por los autores implica que un alto control estricto y una alta desinhibición producidos simultáneamente provocan que los padres alternen entre una “conducta alimentaria autocontrolada y estricta” y períodos de sobrealimentación. Los autores observaron que en otros estudios las personas con sobrepeso u obesas habitualmente informan puntuaciones de control estricto y desinhibición más altas, al igual que el caso indicado en el estudio actual. Este hallazgo implicaría que puede ocurrir un entorno de alimentación no saludable con mayor frecuencia en las familias con padres que son obesos o tienen sobrepeso.

La Dra. Gallant y sus colegas concluyeron que los padres que demuestran un control estricto y desinhibición tienen hijos más fuertes, independientemente del peso de los padres, y que estas características fuertes tienen un impacto importante en los hijos mayores. La evaluación de las características de la conducta alimentaria no saludable, especialmente el control estricto y la desinhibición en las familias, puede ser importante para la prevención y el tratamiento de la obesidad en la niñez, y para que esta enfermedad se pueda reducir.

Algunos hechos sobre la obesidad en EE. UU.

- El predominio de la obesidad, por estado, osciló entre el 20,5 % en Colorado y el 34,7 % en Louisiana en 2012. Ningún estado tuvo una prevalencia de obesidad menor que el 20 %. Nueve estados y el Distrito de Columbia tuvieron tasas de prevalencia de obesidad que oscilaron entre el 20 % y el 25 %. Trece estados (Alabama, Arkansas, Indiana, Iowa, Kentucky, Louisiana, Michigan, Mississippi, Ohio, Oklahoma, Carolina del Sur, Tennessee y West Virginia) tuvieron prevalencia de la obesidad equivalente al 30 % o superior.
- Se hallaron mayores prevalencias de obesidad en adultos en la zona del Medio Oeste (29,5 %) y en el Sur (29,4 %). Se observaron menores prevalencias en el Noreste (25,3 %) y en el Oeste (25,1 %). Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

Evaluación de la atención proporcionada a los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en Canadá

Las restricciones presupuestarias limitan el tratamiento diario, y el tiempo de espera promedio para la visita es de 6,5 semanas.

La creación de la Asociación para el Trastorno de la Conducta Alimentaria de Canadá (Eating Disorder Association of Canada) hace 5 años les proporcionó a los investigadores la oportunidad de explorar el estado actual del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en todo el país. Los miembros de la Asociación se reúnen cada 2 años para comparar las notas. Según los resultados obtenidos en una encuesta reciente sobre los programas de tratamiento intensivo del trastorno de la conducta alimentaria en centros de atención terciaria, las prácticas de tratamiento difieren, al igual que las estructuras del programa en Canadá, y aún no se ha llegado a un consenso en cuanto a las mejores prácticas para el tratamiento médico o psicológico de adolescentes con graves trastornos de la conducta alimentaria.

El Dr. Mark Norris del Hospital de Niños de Ontario del Este (Children's Hospital of Eastern Ontario) en Ottawa, Ontario, y sus colegas diseñaron recientemente una encuesta de 90 preguntas con el fin de analizar los servicios de trastornos de la conducta alimentaria para adolescentes. El cuestionario fue completado por directores clínicos y coordinadores del programa provenientes de 11 instituciones de atención terciaria en todo el país (*J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 310).

Las respuestas del cuestionario demostraron que los 11 programas tratan a pacientes con anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (EDNOS). Todos los programas ofrecen tratamiento para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios, y todos ellos utilizan un método multidisciplinario basado en el equipo para proporcionar tratamiento a los adolescentes que presentan trastornos de la conducta alimentaria. Por el contrario, solo 4 instituciones ofrecen tratamiento para adolescentes con trastorno por atracón. Apenas más de la mitad de los programas también proporcionan programas de hospitalización diaria o parcial, y el 91 % ofrece servicios de asesoramiento dentro del hospital para los pacientes que no se encuentran en el programa para trastornos de la conducta alimentaria. Solo un poco más de la mitad de los programas diarios están activos actualmente, lo cual probablemente se deba a las restricciones presupuestarias, según indicaron los autores.

Cuando el Dr. Norris y sus colegas investigadores evaluaron las referencias y evaluaciones del tratamiento, hallaron una gran discrepancia entre la cantidad de referencias establecidas que se recibieron y las que se completaron durante el año 2009. La discrepancia en las cantidades de pacientes que recibieron tratamiento con los programas fue muy grande, y no se podría explicar fácilmente con el tamaño del área donde se prestaron los servicios o el grado de recursos disponibles del programa. En la mayoría de los programas, el tiempo promedio desde la primera evaluación hasta que se le da de alta y vuelve a recibir atención de un médico de atención primaria es de 2 años. Nueve de los 11 programas ofrecen medidas psicológicas para el paciente o los padres al momento de la evaluación, más frecuentemente el Inventario de Trastornos de la

Conducta Alimentaria-3 (Eating Disorder Inventory-3) (64 %), el Inventario sobre Depresión en los Niños (Children's Depression Inventory, CDI) (45 %) y una escala basada en la motivación (la escala individual utilizada por el centro de tratamiento) (36 %). Siete centros recopilan información cuando un paciente ingresa al programa o abandona una parte del programa (por ejemplo, el tratamiento diario), como también cuando es dado de alta del programa.

La terapia basada en la familia y terapia cognitivo-conductual (cognitive behavioral therapy, CBT) se ofrecen con más frecuencia

Las 11 instituciones proporcionan estabilización médica, como también restauración nutricional, y utilizan diversos métodos terapéuticos. La mayoría de los programas utilizan la terapia basada en la familia (91 %), ya sea el método de terapia Maudsley tradicional o la terapia familiar con carácter oficial (Lock & LeGrange, 2001) para los pacientes que tienen AN. Otros abordajes incluyen la terapia cognitivo-conductual (100 %), los modelos motivacionales (55 %), la terapia narrativa (45 %), los abordajes interpersonales y psicodinámicos (36 %), y la terapia multifamiliar (27 %).

Los 11 centros de tratamiento canadienses adoptaron distintos métodos en cuanto a la nutrición del paciente. Por ejemplo, algunos permitieron que los pacientes siguieran una dieta vegetariana a lo largo de todo el tratamiento, mientras que otros permitieron que los pacientes conservaran sus dietas vegetarianas sólo si ya eran vegetarianos antes de ser admitidos al tratamiento. Si bien contaban con suplementos líquidos de altas calorías disponibles en todos los programas diarios y para pacientes hospitalizados, 4 instituciones no utilizaron suplementos dietéticos para los pacientes ambulatorios. Todos los programas utilizaron la alimentación enteral a través de tubos nasogástricos, y todos emplearon la terapia de sostén de comidas.

Áreas de oportunidad

Algunas áreas definitivamente podrían utilizar mejoras, según indican los autores, lo que incluye una mejor estandarización de los fondos asignados a los programas para el trastorno de la conducta alimentaria. Hubo tres provincias que no pudieron participar en la encuesta debido a que no tenían disponible un tratamiento intensivo estratificado para el trastorno de la conducta alimentaria para los jóvenes. Además, los 11 programas continúan teniendo listas de espera, y algunos pacientes deben esperar un año entero para recibir el tratamiento. Ocho centros, o el 73 % de los centros encuestados, informaron que tenían listas de espera regulares para obtener un lugar como paciente hospitalizado, y el promedio de espera era de 6,5 semanas.

Conductas alimentarias disfuncionales identificadas en adultos con enfermedad celíaca

Las conductas alimentarias disfuncionales eran más frecuentes entre las personas con enfermedad celíaca no tratada.

Aproximadamente 1 de cada 100 adultos en el mundo occidental tiene enfermedad celíaca, una enfermedad intestinal inmunológica inflamatoria crónica que puede causar una amplia variedad de síntomas gastrointestinales y extragastrointestinales. La enfermedad celíaca también implica la intolerancia al gluten, proteína que se encuentra en el trigo, la cebada, la avena, el arroz y la

malta. Un estudio llevado a cabo en dos ciudades italianas es el primero en demostrar la presencia de conductas alimentarias disfuncionales entre los adultos con enfermedad celíaca no tratada (*Gastroenterology Research and Practice*. 2013; 491617). La Dra. V. Passananti y sus colegas de la Universidad Federico II de Nápoles y la Universidad de Salerno, Italia, diseñaron el estudio de control de casos para investigar una posible relación entre los factores psicológico-emocionales de pacientes con enfermedad celíaca no tratada y la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria.

En el período de enero de 2011 a enero de 2012, se reclutaron 100 pacientes adultos (72 mujeres y 28 hombres) con enfermedad celíaca no tratada y 100 pacientes sanos del grupo de control (68 mujeres y 32 hombres) para realizar el estudio. Todos los participantes tenían entre 18 y 60 años. Los investigadores recopilaron información clínica y midieron el índice de masa corporal (IMC). Los sujetos completaron una evaluación psicológica estructurada y recibieron puntuaciones en 7 cuestionarios, que incluyeron el Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos de la Investigación Prospectiva Europea sobre Cáncer y Nutrición (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition, EPIC), la Escala de Atracónes (Binge Eating Scale, BES), la Prueba de Actitudes Alimentarias, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, versión 2 (Eating Disorder Inventory, EDI-2), las mediciones para clasificar el grado de depresión y ansiedad, y la Lista de verificación de síntomas (Symptom Check List, SCL-90).

IMC más bajos y puntuaciones de EAT-26 más altas

Los pacientes con enfermedad celíaca presentaron IMC considerablemente más bajos y síntomas gastrointestinales más frecuentes que los pacientes sanos del grupo de control. Se obtuvieron resultados muy similares en los dos grupos en todos los demás aspectos, incluidos el nivel de actividad física, el consumo de alcohol, la ingesta de alimentos y las puntuaciones de las BES.

La Prueba de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT-26) demostró resultados muy diferentes. El grupo de pacientes celíacos obtuvo puntajes medios de la EAT-26 considerablemente más altos que las de los pacientes sanos del grupo de control. Además, el porcentaje de puntajes patológicos de la EAT-26 fue considerablemente diferente entre los pacientes celíacos y los pacientes sanos del grupo de control: 16 % en comparación con 4 %, respectivamente; $P = 0,01$.

En el EDI-2, en comparación con los pacientes sanos del grupo de control, las mujeres con enfermedad celíaca presentaron diferencias significativas en varios aspectos, como el impulso para adelgazar, la inseguridad social, el perfeccionismo, las sensaciones de ineptitud y la desconfianza interpersonal. Cuando estos aspectos se consideraron en conjunto, apuntaron a una tendencia a una fuerte preocupación por la figura y la ingesta de alimentos. La situación fue un poco distinta en los hombres con enfermedad celíaca: la única diferencia en comparación con los pacientes sanos del grupo de control fue la Conciencia interceptiva. Las puntuaciones generales y patológicas obtenidas en la SCL-90 fueron considerablemente diferentes entre las dos poblaciones del estudio.

Estos hallazgos indicaron que la conducta alimentaria disfuncional es más frecuente entre las personas que presentan enfermedad celíaca no tratada en comparación con las personas sanas del grupo de control. La conducta bulímica se detectó solo entre los hombres con enfermedad

celíaca, y los hombres y mujeres con enfermedad celíaca no tratada informaron un mayor consumo diario de carbohidratos que los hombres y mujeres sanos del grupo de control. Los autores observaron que este hallazgo puede respaldar la hipótesis de que la ingesta de alimentos con alto contenido de gluten se produce antes del inicio de la enfermedad celíaca entre las personas que están genéticamente predispuestas a la enfermedad.

Los resultados de este estudio reafirman la importancia de realizar pruebas de conductas alimentarias disfuncionales en las personas con enfermedad celíaca.

Estudiantes de dietética y nutrición: ¿corren un mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria?

En un estudio portugués, se halló un área de preocupación.

Algunos estudios previos han sugerido que los estudiantes de dietética y nutrición pueden ser especialmente vulnerables al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Vanessa Mealha y un equipo del laboratorio de nutrición y metabolismo de la Universidad de Lisboa diseñaron un estudio transversal de observación para evaluar la conducta alimentaria, los hábitos alimentarios y la actividad física en tres grupos de mujeres (*Nutr Hosp.* 2013; 28:1558). Entre las 189 mujeres, se incluyeron estudiantes de dietética y nutrición (dietetics and nutrition, DN), estudiantes de medicina nuclear y ortopedia, y estudiantes de ingeniería ambiental y agrícola. Todas las participantes completaron cuestionarios validados, incluido el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EAT). Además, los investigadores evaluaron la composición corporal para determinar el estado nutricional entre las mujeres.

Se midió el peso, la estatura y la circunferencia de la cintura de las participantes, y se calculó el índice de masa corporal. Se evaluó la composición corporal con el análisis de impedancia bioeléctrica (bioelectrical impedance analysis, BIA) bipolar. La ingesta de alimentos habitual se midió con una versión modificada del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos. En este estudio, los 86 alimentos se reorganizaron en 21 grupos (en vez de la cantidad habitual de 8 grupos) con la intención de obtener información más detallada. Para evaluar la actividad física, las participantes del estudio completaron la versión corta del cuestionario internacional de actividad física, que proporciona información sobre el tiempo que se utiliza para caminar, realizar actividades de intensidad moderada y alta, y el tiempo de inactividad.

Preocupación por el peso corporal

Un tercio de los sujetos estudiaban para obtener un título de dietética y nutrición (DN), el 34,9 % cursaba otras carreras de salud y el 31,8 % estudiaba para recibir un título no relacionado con la salud. Las actitudes alimentarias entre las estudiantes de DN y las estudiantes de otros departamentos fueron similares, y no se observaron diferencias en cuanto a la motivación por bajar de peso o conductas bulímicas. Sin embargo, las estudiantes de DN obtuvieron puntajes

promedio más bajos en la medición de la presión social por comer. Una situación similar surgió en las estudiantes que obtuvieron una puntuación en el EAT de 19 o más (el 6,3 % eran estudiantes de DN, el 4,5 % cursaba otras carreras de salud y el 1,7% pertenecía a departamentos no relacionados con la salud). Las estudiantes de DN tenían los hábitos alimentarios más saludables y el porcentaje de peso normal más alto, no presentaron riesgos cardiometabólicos y, además, informaron que realizaban actividades físicas moderadas o intensas con más frecuencia que los otros dos grupos. Por lo tanto, las diferencias se observaron en los grupos en las variables de actividades físicas y alimenticias, pero pocas diferencias se observaron en las variables del trastorno de la conducta alimentaria.

Aumento de los trastornos de la conducta alimentaria observado en Gran Bretaña

Algunas implicaciones importantes en cuanto a la prestación de atención médica.

Hasta el momento, muy pocos estudios han investigado la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria. En un estudio llevado a cabo en Gran Bretaña entre 2000 y 2009, la Dra. Nadia Micali, y sus colegas investigadores de Londres y Massachusetts hallaron que el aumento de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria varía según el sexo y el tipo de trastorno. Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (EDNOS) fueron los trastornos de la conducta alimentaria más frecuentes en hombres y mujeres, y durante esta década se observó un aumento significativo de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria tanto en hombres como en mujeres (*BMJ Open*. 2013;3:e002646).

Los investigadores utilizaron datos obtenidos de la base de datos de investigación de medicina general (General Practice Research Database, GPRD), una gran base de datos de medicina general. Esta base de datos incluye información sobre 400 prácticas de medicina general y representa alrededor del 5 % de la población general. Además, incluye el seguimiento de aproximadamente 40 millones de personas por año. Los autores identificaron a todos los sujetos de 10 a 49 años que recibieron un diagnóstico de anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) o trastornos de la conducta alimentaria no especificados (EDNOS) por primera vez. Los autores identificaron a 9120 pacientes con diagnóstico de AN, BN o EDNOS por primera vez en el período de 2000 a 2009. Las tasas de trastornos de la conducta alimentaria entre las mujeres aumentó entre los años 2000 y 2009, de 51,8 cada 100.000 personas a 62,6 cada 100.000 personas. Este incremento se justificó mediante los aumentos de la incidencia de los casos de EDNOS. Por ejemplo, en el año 2000, la incidencia de EDNOS fue de 17,7 cada 100.000 personas, en comparación con una incidencia de 28,4 cada 100.000 personas en 2009. La incidencia entre hombres y mujeres también aumentó, de 5,6 cada 100.000 a 7,1 cada 100.000 durante el período de 2000 a 2009. Al igual que en el grupo de mujeres, los EDNOS constituyeron el diagnóstico más frecuente en los hombres durante el período del estudio. La incidencia fue de 3,4 cada 100.000 en el año 2000 y de 4,2 cada 100.000 en 2009 (un aumento del 24 %).

Tal como se esperaría, la incidencia se produjo según la edad, y la incidencia de AN, BN y EDNOS fue más alta en las adolescentes de 15 a 19 años. En este grupo, la tasa de incidencia de todos los trastornos de la conducta alimentaria diagnosticados fue de 164,5 cada 100.000 personas (en casi un cuarto de estas adolescentes, el inicio de la AN se produjo entre los 15 y 19 años). Los autores calcularon que en Gran Bretaña, 2 de cada 1000 adolescentes mujeres de entre 15 y 19 años eran más propensas a recibir un nuevo diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria.

Entre las mujeres de 10 a 49 años, los EDNOS constituyeron el diagnóstico más frecuente, que alcanzó una cantidad de 28,4 cada 100.000 en 2009. Las tasas de incidencia fueron menores en los hombres que en las mujeres (7,1 cada 100.000, y la edad máxima de incidencia fue de 15 y 19 años en los hombres). Al igual que en los grupos de mujeres, los EDNOS constituyeron el diagnóstico más frecuente. Los nuevos diagnósticos de AN y BN permanecieron estables a lo largo de todo el período del estudio, pero el aumento general se produjo como consecuencia de una mayor cantidad de nuevos diagnósticos de EDNOS en el último tercio de la década.

El aumento de la incidencia, ¿fue un reflejo de un incremento real en la comunidad o simplemente el resultado de mejores métodos de detección? Los autores sugieren que la futura investigación ayudará a responder a esta pregunta, y que la pregunta tendrá implicaciones importantes para la salud pública, la prestación de atención médica y la comprensión del desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Predicción de la recuperación de un trastorno de la conducta alimentaria

Las pistas útiles pueden encontrarse en las mediciones del temperamento.

La recuperación de un trastorno de la conducta alimentaria depende de tantos factores que el curso de la enfermedad siempre es difícil de predecir. La Dra. Cristina Degura-Garcia y sus colegas indican que el resultado se evalúa principalmente en los dominios físicos y de comportamientos, mientras que no se consideran los síntomas emocionales y cognitivos, y el impacto de las comorbilidades del eje II pueden complicar aún más la situación. El temperamento de un paciente puede predecir modificaciones a largo plazo en los trastornos de la conducta alimentaria después del tratamiento, según afirman la Dra. Degura-Garcia y sus colegas (BMC Psychiatry 2013; 13:288).

A fin de examinar los efectos del temperamento en los resultados, el equipo de investigación realizó un estudio en mujeres diagnosticadas con anorexia nervosa (AN) o bulimia nervosa (BN) en la clínica para pacientes ambulatorios entre enero de 2000 y diciembre de 2012 en la Universidad Policlínica Mater Domini en Catanzaro, Italia. Todas las participantes del estudio recibieron terapia individual durante 12 meses (una vez a la semana durante 6 meses y luego cada dos semanas). Terapia de rehabilitación nutricional, psicoeducación y reestructuración cognitiva. Al finalizar los 12 meses, las pacientes visitaron a un psiquiatra y nutricionista dos veces por mes durante 6 meses, luego una vez por mes durante 6 meses y finalmente de 2 a 6 veces por año durante los siguientes 3 años.

De las 53 participantes, al 38 % se le diagnosticó inicialmente AN tipo restrictiva (AN restrictive type, ANR), al 9 % con AN, tipo atracón/ purgación (AN binge-eating/purging type, ANBP) y al 53 % BN. La edad promedio de las mujeres fue de 23 años, y el índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 18,8 kg/m² (el promedio en las pacientes con AN fue de 15,8 kg/m² y en las pacientes con BN fue de 21,7 kg/m²).

Muchos diagnósticos originales cambiaron al final del seguimiento

Al final del estudio, un alto porcentaje de las pacientes habían cambiado su diagnóstico original a un diagnóstico de EDNOS. Solo el 23 % de las participantes ya no tenía un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria en 5 años de seguimiento. Si bien las dimensiones de temperamento y mediciones del carácter no predijeron el resultado en cuanto a los criterios de diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Texto Revisado (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision, DSM-IV-TR), podrían utilizarse para predecir los cambios clínicos con éxito. Específicamente, la búsqueda de la novedad, la evitación del daño y la dependencia de la recompensa predijeron cambios subsiguientes en las puntuaciones de la subescala del EDI clínicamente relevantes. Si bien el estudio presentó algunas limitaciones, los autores sugieren que las puntuaciones bajas en la búsqueda de la novedad obtenidas en el Inventario de Temperamento y Carácter (Temperament and Character Inventory, TCI) pueden constituir un firme indicador de la falta de respuesta al tratamiento.

¿Qué aumenta el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en los atletas de sexo masculino?

Los participantes en deportes clasificados por peso tuvieron las tasas más altas de trastornos de la conducta alimentaria

Tal como lo demostraron claramente los atletas en los Juegos Olímpicos de Sochi que tuvieron lugar recientemente, competir en juegos de élite lleva años de entrenamiento y dedicación. Para algunos atletas de élite, las conductas alimentarias disfuncionales ayudan a bajar de peso y a mantener un peso bajo. Los deportes que están a favor de un bajo porcentaje de grasa o un peso corporal bajo se han asociado al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. Un estudio reciente realizado en Brasil centró la atención en la conducta alimentaria disfuncional de los atletas de sexo masculino (Revista Brasileira de Psiquiatria. 2013; 35:237).

Según la Dra. Fernanda Reistenbach Goltz y sus colegas, los hombres “prácticamente se han ignorado” en la investigación debido a que los trastornos de la conducta alimentaria son menos frecuentes entre los hombres. Sin embargo, este concepto erróneo de que los hombres no pueden tener trastornos de la conducta alimentaria ha cambiado considerablemente, de modo tal que la proporción de hombres con respecto a las mujeres que presentan trastornos de la conducta alimentaria puede alcanzar 1:4 en la población general y 1:2 entre los atletas. Además, los autores observaron que ciertas características como la determinación, el perfeccionismo, la

obsesión y la competitividad les permiten a los atletas competir y tener éxito, pero también conllevan el riesgo de desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Para obtener más detalles sobre las alteraciones de la conducta alimentaria entre los atletas de sexo masculino, la Dra. Reistenach Goltz y sus colegas realizaron un estudio en 156 atletas de sexo masculino divididos en tres grupos: 52 que compitieron en deportes de categoría de peso (judo, karate y remo), 52 en deportes que dan importancia a la delgadez (natación, triatlón y carrera de caballos) y 52 en “deportes con ideales estéticos” (ballet, danza, gimnasia rítmica y patinaje). Se evaluó el porcentaje de grasa corporal, y los hombres completaron tres cuestionarios: la Prueba de Actitudes Alimentarias (EAT-26), la Prueba de Investigación de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh, BITE) y el Cuestionario de la Figura Corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ).

Más de un cuarto presentó conductas alimentarias disfuncionales.

Cuarenta y tres atletas (27,6 %) exhibieron alteraciones de la conducta alimentaria. El predominio fue del 30,8 % entre los que participaron en deportes de categoría de peso, 26,9 % en aquellos que compitieron en deportes que dan importancia a la delgadez y 25 % en aquellos que compitieron en “deportes con ideales estéticos”. Veintitrés atletas (14,7 %) obtuvieron puntajes elevados de insatisfacción con la imagen corporal. Aunque las puntuaciones fueron más altas de lo normal, el porcentaje fue menor de lo que se había informado en otros estudios. Otros autores, como Sundgot-Borgen y Torstveit (Clin J Sport Med. 2004; 14:25) informaron que los atletas que participaron en deportes de categoría de peso tuvieron el predominio más alto de trastornos de la conducta alimentaria y alteraciones de la conducta alimentaria.

Los atletas que tuvieron un mayor porcentaje de grasas corporales eran más propensos a estar insatisfechos con su imagen corporal, pero no hubo diferencias en la conducta alimentaria y la imagen corporal entre los atletas de distintas categorías de deportes.

Preguntas y respuestas

Cuando no existe una conducta alimentaria saludable

P. Una de mis pacientes parece estar sumamente interesada en mantener una dieta saludable. Si bien parece ser una cuestión saludable en general, creo que está yendo demasiado lejos. ¿Se trata de un tipo de trastorno de la conducta alimentaria o es simplemente una moda? (*LY, Reno, Nevada*)

R. Posiblemente esté describiendo lo que puede ser un caso de ortorexia nervosa (orthorexia nervosa, ON), un supuesto trastorno de la conducta alimentaria en el que una persona se preocupa demasiado por consumir solo alimentos “saludables”. Las personas que tienen esta afección, que fue descrita por primera vez por Bratman en 1997, aparentemente están obsesionadas con los alimentos saludables o tienen una dependencia a los alimentos saludables (Bratman S, Knight D. *Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books, 2000).

Una dieta saludable es, por supuesto, algo bueno, pero con la ON, las características obsesivas y compulsivas se vuelven patológicas y comienzan a dominar la vida de una persona. Una persona con ON busca solo alimentos “puros” y tiendas donde los vendan, y esto puede dar como resultado un estilo de vida no saludable. Algunos estudios también informaron que estos pacientes desarrollan una actitud de superioridad y un comportamiento obsesivo-fóbico. Cuando una persona que tiene ON quebranta las reglas alimenticias, siente ansiedad intensa, culpa y vergüenza, seguidos de una restricción alimentaria aún más estricta. Algunos estudios clínicos han intentado definir mejor el trastorno y diferenciarlo de una preocupación saludable acerca de la dieta personal y, de manera crítica, también de la anorexia nervosa. La diferencia parece ser la preocupación extrema por una dieta saludable y la actitud prejuiciosa hacia otras personas que no siguen una dieta “saludable” similar.

En este momento la ON no constituye un trastorno formal, y su inclusión como un trastorno mental aún es discutible. Un grupo húngaro empleó el ORTO-15, un cuestionario sobre los síntomas de la ON, con una lista de selección de alimentos que indican los alimentos que los participantes eligen para consumir y 10 preguntas adicionales relacionadas con la ortorexia (*BMC Psychiatry*. 2014; 14:59). Varga y otros observaron que la edad y el índice de masa corporal estaban considerablemente asociados con la ON. Las personas que obtuvieron puntajes más altos en el ORTO-15 también informaron que comían más cereales de trigo integral, menos cereales de trigo blanco, más frutas y verduras, y que solo compraban en tiendas de alimentos naturales. Estas personas también tenían una tendencia a recomendar sus dietas saludables a sus amigos y familiares. No se observaron diferencias significativas entre los hombres y las mujeres. Aquellos que obtuvieron puntajes más altos en el ORTO-15 también presentaron una tendencia a ver el sobrepeso como un signo de debilidad y a afirmar que se debe culpar a las personas por sus propias enfermedades.

Los autores creen que una investigación más profunda identificará el lugar correcto para la ON en el espectro de la conducta alimentaria y los trastornos obsesivo-compulsivos. En especial, será importante determinar si la ON es realmente una afección no relacionada con la AN o si es una variación de la AN. Existen varias similitudes evidentes. Algunas de las diferencias observadas, como la falta de miedo a aumentar de peso en la ON, de hecho se observan ocasionalmente en la AN. Además, se observó que las personas que tienen ON centran su atención en la calidad de la comida y no en la cantidad, pero esto también se suele observar en la AN. Por último, en las muestras de la comunidad, la ON es igualmente frecuente en hombres y mujeres, lo que sí parece ser diferente de las muestras de AN. Sin embargo, la proporción de predominio de los trastornos de la conducta alimentaria según el sexo en las muestras de la comunidad parece ser considerablemente más estrecha (es decir, 3:1, mujeres respecto de hombres) (*Biol Psychiatry*. 2012; 72:164, *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68:714) que la proporción observada en entornos clínicos. Por lo tanto, es posible que esta diferencia en la ON en comparación con las muestras de AN no sea tan grande como parece.

--S.C.