

---

# **Eating Disorders Review**

## **Mayo/Junio 2021**

### **Volumen 32, Número 3**

#### **Scott Crow, Editor en Jefe**

\*\*\*\*\*

---

## **Efectos del COVID-19 en pacientes con trastornos alimentarios en el Reino Unido**

### ***Un pequeño estudio identificó tres efectos principales del encierro en los pacientes***

A medida que la pandemia mundial de COVID-19 continúa, los investigadores de la University of Edinburgh trataron de determinar cómo afectaba la pandemia a los pacientes con trastornos alimentarios. Para ello, realizaron entrevistas en detalle y en persona a 10 adultos (de 24 a 38 años) con un trastorno alimentario autodeclarado durante el encierro (*Appet. 2021. 104977*) Debido a las restricciones internacionales, la Dra. Sienna Marisa Brown y su equipo limitaron sus entrevistas a pacientes con trastornos alimentarios que vivían en el Reino Unido (5 en Gran Bretaña y 5 en Escocia)

El equipo y dos entrevistadoras utilizaron entrevistas individuales por Skype, que fueron grabadas y transcritas. Antes de las entrevistas, los autores enviaron un formulario de una semiestructurada a los participantes por si querían más información sobre la pandemia o muestras de los tipos de preguntas que podrían hacerse durante las mismas.

#### **Tres áreas de mayor efecto**

El equipo de investigación identificó tres efectos principales del encierro en los pacientes con trastornos alimentarios: restricciones sociales y funcionales, así como un acceso restringido al apoyo profesional. El distanciamiento social tuvo claramente la influencia más decisiva en el bienestar de los participantes. Esto era especialmente cierto para los pacientes con TCA que vivían solos. Los encuestados citaron a menudo la soledad como factor que interfiere en su deseo de contacto social. Estar solo mientras se lucha contra un trastorno alimentario se relacionó con la tendencia de la persona a centrarse aún más en la comida y en el TCA. Los pensamientos sobre la comida aumentaron a medida que el paciente ocupaba el tiempo que antes se habría dedicado a interacciones y actividades sociales.

Los investigadores también observaron cambios en la responsabilidad de los participantes en el estudio. Dependiendo de su situación de vida, los participantes se sintieron más o menos responsables ante los demás por su comportamiento durante el encierro. Una participante utilizó la falta de contacto normal cara a cara para participar activamente en los trastornos alimentarios, lo que fue una forma de alivio para ella. Por el contrario, otro paciente, que vivía con su pareja, informó de un mayor sentido de la responsabilidad. Compartir las comidas con otra persona promovió que éstas fueran regulares.

#### **Menos apoyo profesional**

Debido a las restricciones y al distanciamiento social, los participantes tuvieron menos apoyo profesional o lo modificaron, y en su lugar utilizaron mayoritariamente el teléfono o Internet para comunicarse con amigos y familiares. La mayoría de los participantes dijeron haber aumentado su responsabilidad personal, pero los efectos diferían según su situación vital, la gravedad de su trastorno alimentario y la

accesibilidad a la ayuda profesional. Debido al encierro, los participantes tuvieron que establecer nuevas rutinas, como la compra de alimentos y el horario de las comidas. Según los autores, la mayoría de los retos de los pacientes tenían que ver con las rutinas alimentarias. Los hábitos alimentarios poco saludables se volvieron más severos y los participantes informaron estar desconcertados al tener que deconstruir regímenes rígidos para adaptarse a la situación actual. En función de su situación personal, los participantes informaron de un aumento del secretismo, la culpa y el miedo.

### **Pero, ¿también un efecto positivo?**

El tercer impacto importante fue el cambio en el acceso al contacto y apoyo profesional. Aquí la respuesta fue mixta. Si bien algunos participantes del estudio creían que su situación no era tan grave como la de las personas que enfrentan los síntomas de COVID, no recibieron tanta atención como quisieran. A otros les gustaron las restricciones y dijeron que les gustaba evitar las citas en persona. Algunos disponían de recursos poco idóneos para utilizar los servicios en línea. A una paciente le daba vergüenza revelar su necesidad de apoyo; pero como vivía sola, también se sentía libre de hablar de su necesidad de soporte sin ser escuchada por los demás.

Estos resultados ponen de manifiesto la naturaleza compleja y variable del impacto de la pandemia en las personas con TCA. En general, la interrupción de la vida habitual y los efectos en los patrones de comida, las rutinas y la actividad física tuvieron un impacto en las vidas del grupo de estudio y en sus síntomas de TCA. Aunque los informes anteriores han hecho hincapié en los efectos negativos del encierro de COVID-19, los autores lo consideraron como un "catalizador para la recuperación" de las conductas alimentarias desordenadas. Algunos pacientes estaban motivados y tenían una sensación de logro al manejarse sin apoyo profesional. No todos los participantes experimentaron esto y algunos no mejoraron sus trastornos alimentarios graves. Las percepciones individuales del impacto negativo dependían en gran medida de cómo los participantes veían sus síntomas actuales de TCA. Los autores también señalaron que "explorar cómo los servicios de apoyo profesional existentes pueden adaptarse mejor para ayudar a quienes padecen trastornos alimentarios a gestionar estas dificultades sería valioso de cara al futuro." Uno se pregunta, con base en estos resultados, si un regreso a la prestación de atención médica más habitual tendrá impactos igualmente variables a medida que la naturaleza de la pandemia cambie con el tiempo.

---

## **Actualización: Investigando la genética de los trastornos alimentarios**

Cada vez conocemos mejor las bases genéticas de la AN, pero sabemos mucho menos sobre los atracones. Al analizar el genoma de decenas de miles de personas que viven en Gran Bretaña, un equipo dirigido por los Drs. Christopher Hayward y Nadia Micali y sus colegas en la University of Geneva, y otras tres universidades han descrito ahora las similitudes y diferencias entre las bases genéticas de la AN, la BN y la TA y otros trastornos psiquiátricos.

Los investigadores también utilizaron datos sanitarios y respuestas a cuestionarios de salud de más de 20.000 voluntarios, todos ellos extraídos del UK Biobank. Con esta información, el equipo calculó más de 250 puntuaciones poligénicas para cada persona. (Cada puntuación poligénica suma los genes de riesgo implicados en un rasgo específico, como la depresión)

Asociaciones importantes fueron evaluadas para su réplica en el Avon Longitudinal Study of Parents and Children (hasta 217 casos y 3.018 controles) Los investigadores encontraron que los trastornos alimentarios difieren en su asociación genética con rasgos antropomorfológicos, como el peso, la circunferencia de la cintura y el índice de masa corporal. (*Int J Eat Disord.* 2021.54:785)

En general, los resultados del estudio muestran que, si bien existen fuertes similitudes genéticas entre la AN, la BN y el TA, también hay notables diferencias. Una de las principales diferencias se refiere a la genética asociada a la regulación del peso corporal, que es opuesta entre la AN por un lado y la BN y la TA por otro. Según los investigadores, estos últimos están relacionados con un alto riesgo genético de obesidad y un elevado IMC. Añadieron que los resultados del estudio también apoyan una clara relación genética entre el TA y el trastorno por déficit de atención, que se ha observado clínicamente en el pasado.

### **Desde el otro lado del escritorio**

Mientras nuestra atención vuelve a la vida pre-pandémica, podemos regresar a los esfuerzos constantes de investigación sobre las causas de los trastornos alimentarios. Un estudio reciente, realizado por los doctores Christopher Halm y Nadia Micali y sus colegas, encontró fuertes similitudes genéticas entre las personas con anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastorno por atracón. Sin embargo, la genética de la regulación del peso corporal es opuesta entre la AN y la BN por un lado y la BN y la TA el por otro. Otro amplio estudio realizado en Suecia examinó los factores genéticos y ambientales que determinan el cruce de diagnóstico entre la BN y la AN. Los investigadores señalan que tanto los efectos genéticos como los ambientales son relevantes, y que se sobrepone en las personas con AN y BN. También se siguen investigando los efectos de COVID-19 en pacientes con trastornos alimentarios. No es de extrañar que un estudio realizado en Gran Bretaña descubriera que el distanciamiento social era lo que más influía en el bienestar de los participantes en el estudio. Esto era especialmente cierto para los pacientes con trastornos alimentarios que vivían solos. Estar solo mientras se lucha contra un trastorno alimentario estaba relacionado con una tendencia aún mayor a centrarse en la comida y en el propio TCA.

— MKS

---

## **Trabajando hacia una mejor definición de la ortorexia**

Un pequeño estudio holandés pretende delimitar mejor las vías que conducen de un estilo de vida saludable a un trastorno alimentario. Según Google Trends, un sitio web de Google, el número de búsquedas del término "Cómo comer sano" casi se ha triplicado en los últimos 16 años (Google, 2018) Esta búsqueda de una alimentación más sana también puede acarrear problemas cuando estas ideas se llevan demasiado lejos. Una de las posibles consecuencias del aumento de la popularidad de la tendencia a comer sano entre diversas poblaciones es el riesgo de desarrollar una preocupación problemática por la calidad percibida de los alimentos. La ortorexia nervosa (ON) ha sido sugerida como la manifestación suprema de esto, pero se necesita más trabajo para entender su definición e implicaciones.

La Dra. Emma R. Douma y sus colegas en el Athena Institute, Vrije University, Amsterdam, recientemente han estudiado los factores que contribuyen a pasar de una alimentación sana a una poco saludable y a una excesiva preocupación por la alimentación sana, o a la ON (Appetite. 2021. 105008)

### **No existe una definición clara**

Una distinción importante que se dice que separa la ON de los trastornos alimentarios establecidos, como la AN y la BN, es el hecho de que la preocupación no está relacionada con la cantidad de comida o la pérdida de peso, sino con la calidad percibida de los alimentos consumidos. Sin embargo, según los autores, no existe un consenso sobre una definición clara de la ON, ni siquiera unos criterios de diagnóstico claros. Las principales características de este fenómeno son: (1) pasar una cantidad excesiva de tiempo pensando, buscando y preparando la comida; (2) sentirse superior a los que tienen otros hábitos alimentarios; (3) Seguir rígidamente una determinada dieta de alimentos saludables; realizar restricciones compensatorias para suplir las indiscreciones dietéticas; (4) asociar la autoestima con el cumplimiento de la dieta; y, por último, (5) Convertir la "alimentación adecuada" en un objetivo central de la vida.

El estudio de la Dra. Douma recogió las perspectivas de los clínicos sobre la ON. En primer lugar, se realizaron entrevistas cualitativas a 10 profesionales de la salud de entre 27 y 60 años, entre los que se encontraban nutricionistas, un nutricionista/terapeuta, un psicólogo, un psicólogo nutricional, un pediatra, un profesor especializado en trastornos alimentarios y un trabajador de apoyo con experiencia personal en el trabajo en un centro de tratamiento de trastornos alimentarios.

A continuación, los autores administraron un cuestionario en línea a los 101 profesionales de la salud. Cada fase del estudio se centró en las etapas hipotéticas de la evolución de la ON: en la discusión de cada etapa, los autores buscaron factores biológicos, psicológicos, interpersonales y contextuales que desempeñaran un papel en la vida de los pacientes y que pudieran haber contribuido al desarrollo de los patrones alimentarios de la ON.

Para explorar los riesgos iniciales para que las personas desarrollen ON, se pidió a los entrevistados que identificaran qué caracterizaba a los pacientes que habían encontrado. En todos los casos, la paciente era una mujer de entre 16 y 35 años con un nivel educativo medio o alto. Tener un estilo de vida activo y un tipo de personalidad ambiciosa fueron también características destacadas (ambas mencionadas en seis entrevistas). Algunos profesionales de la salud profundizaron en el tipo de personalidad ambiciosa, mencionando el perfeccionismo y el hecho de dar mucha importancia a los estudios o al trabajo (mencionado en tres y dos entrevistas, respectivamente). En cuanto al peso corporal, los profesionales de la salud obtuvieron resultados contradictorios. Cuatro mencionaron que sus pacientes siempre habían tenido un peso saludable, mientras que tres mencionaron que todos sus pacientes tenían sobrepeso. También se observaron opiniones opuestas sobre la confianza en sí mismo: tres mujeres dijeron tener un alto grado, mientras que cuatro dijeron tener un bajo nivel.

### **Etapas que conducen al desarrollo de conductas de ON**

Hubo un mayor consenso sobre el desarrollo de las conductas de ON. Los autores propusieron dos grandes etapas que conducen al desarrollo del comportamiento relacionado con la ON. La primera fue una elección relativamente inofensiva de seguir una dieta sana, y la segunda fue una obsesión insana que evolucionó a partir de la primera elección de estilo de vida aparentemente sana e inofensiva. Los autores concluyeron que, con el tiempo, ON tiene una vía de desarrollo de dinámica biológica, psicológica y social. Al igual que en estudios anteriores, no obtuvieron resultados concluyentes cuando buscaron alguna asociación entre la edad, el sexo, el nivel educativo y la ON. También informaron de que una mejor comprensión de las dos fases propuestas de la ON, "ortorexia sana" y "ortorexia nervosa", sería beneficiosa para la práctica clínica y terapéutica. Los profesionales en su estudio sí coincidieron en que la edad joven, el sexo femenino y un alto nivel de educación, junto con el perfeccionismo y el uso regular de las redes sociales, eran riesgos básicos para la ON. También en el estudio actual, los profesionales de la salud informaron la pérdida de peso como un síntoma más que como una motivación para participar en un comportamiento similar al de ON.

Los autores sugieren que la ON tiene una vía de desarrollo y, por tanto, no aparece de forma repentina. En cambio, su desarrollo puede interpretarse como una interacción continua de dinámicas biológicas, psicológicas y sociales a lo largo del tiempo. Se trata de información útil que describe las experiencias de los clínicos que se encuentran con personas con síntomas de ON, pero será valioso medir estos mismos factores potenciales en las propias personas con dichos síntomas.

---

## **Recaída después del tratamiento de AN**

Es bien sabido que las recaídas son frecuentes en las personas que han sido tratadas por AN, pero un nuevo estudio ayuda a aclarar el curso temporal de las recaídas.

B. Timothy Walsh, MD, y sus colegas han publicado un análisis de seguimiento de los datos de un estudio de dos centros sobre el tratamiento con fluoxetina para prevenir la recaída en aquellos con AN (*Am J Psychiatry. 2021; AJP-in-Advance*) El estudio original de 2006 (*JAMA. 2006; 295*) mostraron que la fluoxetina no prevenía las recaídas. El nuevo análisis examina detalladamente el tiempo para la recaída y descubre que el riesgo de ésta aumenta rápidamente tras el final del tratamiento agudo (en este caso, en régimen de hospitalización) y alcanza su punto máximo tras unos 60 días, para luego descender gradualmente.

---

## **Una intervención sobre la imagen corporal para preadolescentes**

### ***Resultados de una intervención de 5 sesiones administrada por profesores.***

La insatisfacción con la imagen corporal es particularmente común durante la preadolescencia, o durante el período comprendido entre los 11 y los 14 años, y esta insatisfacción puede predecir futuros problemas de salud psicológica y física. Un estudio realizado en escuelas británicas demostró que la intervención con sesiones impartidas por los profesores podía mejorar la autoestima corporal de los alumnos y reducir el grado de burlas basadas en la apariencia (*J Adolesc Health. 2021. 68:331*)

Phillippa C. Diedrichs, PhD, y un grupo de investigadores de la University of the West of England y de la University of Bristol, ambas en Bristol, UK, diseñaron el estudio como un ensayo de eficacia de dos brazos, con control aleatorio. Participaron seis centros de enseñanza media con lecciones dirigidas por el profesor e impartidas durante el horario de clase, sin criterios estrictos de exclusión de los alumnos. Los estudiantes participantes y los de control fueron evaluados al inicio y en los seguimientos de 2, 6, 12, 24 y 36 meses. El grupo de estudio incluyó a 1.495 estudiantes de séptimo y octavo grado de 11 a 13 años de edad. Un grupo de control tuvo clases escolares como de costumbre, sin intervención.

### **Un taller de 5 sesiones**

Para probar su teoría de la intervención, los autores seleccionaron el programa de "Dove Confident Me: 5-Session Workshop for Body Confidence", que implica cinco sesiones interactivas de 45 minutos utilizando ayudas visuales, diapositivas de PowerPoint, videos y hojas de actividades. Con una duración total de 225 minutos, este programa es más corto que las intervenciones anteriores de varias sesiones. Los alumnos aprendieron sobre los modelos de apariencia y la obsesión por tratar de parecerse a sus modelos de aspecto. Los alumnos aprendieron sobre los modelos de apariencia y la obsesión por tratar de parecerse a sus modelos de aspecto. También estudiaron los mensajes de los medios de comunicación y practicaron cómo enfrentarse a las comparaciones sociales relacionadas con la apariencia. Aprendieron a eliminar la "charla sobre el cuerpo", para ayudar a los alumnos a comprender las consecuencias negativas de participar en una conversación sobre el cuerpo e incluso de escucharla. Los grupos se comprometieron a evitar la "charla sobre el cuerpo". Por último, se les instó a que se convirtieran en "campeones de la confianza en la apariencia física" identificando y comprometiéndose a desafiar los ideales de la apariencia, y a planificar una campaña para compartir los mensajes de los talleres con un público más amplio. La última lección se dedicó a diseñar un proyecto de "acción" en grupo, para promover la confianza en el cuerpo en la escuela de los estudiantes y en las comunidades cercanas.

### **Resultado de las sesiones**

En comparación con el grupo de control, la intervención produjo mejoras en la imagen corporal de las chicas y los chicos que se mantuvieron durante al menos 6 meses. Los autores señalaron que se trata de la mejora sostenida más prolongada en una medida cognitivo-afectiva de la imagen corporal comunicada en una intervención escolar dirigida por profesores. Las intervenciones previas dirigidas por maestros han

llevado a mejoras en la imagen corporal hasta 3 meses después entre las chicas (*Br J Psychiatry. 2013;203:428*) o hasta 12 meses cuando se utilizan conductas de evitación de la imagen corporal autodeclaradas (*Prev Med.2019.123:3234*) En este estudio, los profesores fueron capaces de aplicar el 75% del plan de intervención original. Los profesores dedicaron más tiempo del recomendado a la primera sección de cada sesión, y el tiempo medio para completar la lección fue de 50 minutos, 5 minutos más que los 45 minutos asignados en el plan de estudio.

La Dra. Diedrichs y sus coautores también informaron de un efecto inesperado del programa. Las niñas del grupo de intervención dijeron tener más conversaciones sobre la apariencia que las niñas del grupo de control; esto se observó en el seguimiento de 12 meses. Sin embargo, la naturaleza de las conversaciones no estaba clara. Los investigadores sugieren que los futuros trabajos que analicen esta intervención de alto rendimiento examinen si estas conversaciones fueron negativas o neutras (o sugerentes y positivas).

---

## **Un recorrido desde las píldoras dietéticas y los laxantes hasta un trastorno alimentario**

### ***Los diagnósticos por primera vez aparecieron 5 años después.***

Se sabe que las píldoras dietéticas y el uso de laxantes están relacionados con los síntomas de un TCA.

Un nuevo estudio confirma un trabajo previo que nos muestra que las píldoras de dieta y los laxantes para perder peso por parte de los adolescentes predicen un diagnóstico por primera vez de un trastorno alimentario dentro de los próximos 5 a 10 años, según un estudio de la Dra. Vivienne M. Hazzard y colegas en el Sanford Center for Biobehavioral Research, Fargo, ND, y la University of Minnesota (*Int J Eat Disord. 2021. May 5. 2021; doi:1002/eat.23531. Published online ahead of print*)

La Dra. Hazzard y sus colegas utilizaron datos de 1.015 adolescentes y adultas jóvenes que participaron en el conocido PROJECT EAT (Eating and Activity in Teens and Young Adults) para examinar las asociaciones prospectivas entre el uso anterior de píldoras dietéticas y laxantes para controlar el peso y los autoinformes de un primer diagnóstico de un trastorno alimentario. Las mujeres fueron evaluadas a edades promedio de 14.9, 19.5 y 24.8 años.

Los resultados mostraron un riesgo elevado de diagnóstico posterior de un trastorno alimentario, unas 3 veces y media mayor en el caso de las pastillas para adelgazar, y algo menos de tres veces en el caso de los laxantes. Estos esfuerzos por controlar el peso se describen a menudo como poco saludables, y los resultados actuales apoyan esa caracterización.

---

## **Programas conductuales de pérdida de peso basados en la familia: ¿un riesgo para los hermanos?**

### ***¿Estos programas pondrían a los hermanos en riesgo años después?***

Los programas conductuales de pérdida de peso basados en la familia son eficaces para reducir la obesidad infantil a largo y corto plazo. Parte del programa implica cambiar el entorno del hogar. Se anima a los padres a que modifiquen tanto su alimentación habitual como su entorno de actividad física para apoyar opciones más saludables para toda la familia. Esto significa limitar el acceso a los alimentos ricos

en grasas y calorías, aumentando el consumo de frutas y verduras. Cambiar la parte de la actividad implica limitar el número de pantallas de ordenador y televisión en casa, así como el tiempo dedicado a ver la televisión, jugar a videojuegos y utilizar el ordenador durante largos periodos (*Pediatr Obes. 2019. 14:e12477*)

### **¿Mayor riesgo para los hermanos?**

Un grupo liderado por el Dr. Batya Shaharabany en Maccabi Health Care Services, Haifa, Israel trató de explorar si un resultado inesperado de tales programas de pérdida de peso basados en la familia podría ser un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios entre los hermanos (*Obes Res Clin Pract. 2020. 14:279*)

Para poner a prueba su teoría, los autores diseñaron un estudio de seguimiento retrospectivo de 30 meses de duración de dos grupos (18 familias en un grupo de intervención y 26 familias en un grupo de control), y un estudio de seguimiento prospectivo de 14 meses que incluía a familias con uno o más niños obesos o con sobrepeso de 8 a 14 años de edad (42 familias y 78 niños y hermanos) Todos los padres e hijos participaron en un programa multidisciplinar llamado Maccabi Active. Los investigadores utilizaron los resultados de la versión infantil del cuestionario de actitud alimentaria (ChEAT), el cuestionario de hábitos alimentarios y de actividad de la familia (FEAHQ) y las puntuaciones z del IMC.

No se encontró un aumento de las conductas alimentarias desordenadas entre los niños con sobrepeso u obesidad o sus hermanos, lo que hace que desaparezca la preocupación por el desarrollo de trastornos alimentarios tras la participación en una intervención basada en la familia. De hecho, las mejoras en el entorno obesogénico apuntaban a posibles beneficios para toda la familia, según los autores.

---

## **Los genes y el entorno actúan en el cruce de diagnóstico de AN a BN**

### ***Un amplio estudio sueco confirma la importancia de la vigilancia del cruce de diagnóstico durante el tratamiento.***

Aunque la anorexia nervosa y la bulimia nervosa son trastornos alimentarios distintos, comparten algunos síntomas y es frecuente que se crucen. Un informe reciente de Suecia ha añadido nuevos datos que demuestran que los mecanismos genéticos y ambientales subyacen en los pacientes con AN y BN (*Psychol Med. 2010. 51:62*)

Dr. Shuyang Yao del Karolinska Institute, Stockholm, y los colegas utilizaron varios registros nacionales de salud en su estudio, incluyendo el Swedish Population Register y el Multi-generation Register, para incluir a 782.938 hermanas y medias hermanas maternas seleccionadas al azar y nacidas en Suecia entre 1970 y 2005. Los investigadores descubrieron que 6104 (0.9%) de las hermanas y 938 (0.82%) de las medias hermanas maternas habían sido diagnosticadas con AN. De las hermanas, 3142 (0.47%), y 79 de las medias hermanas maternas (0.51%) habían sido diagnosticadas con BN. Ambos trastornos se diagnosticaron en 679 (0.10%) de las hermanas y en 122 (0.11%) de las medias hermanas maternas.

Los análisis mostraron que tanto los efectos genéticos como los ambientales son relevantes y que se superponen en las personas con AN y BN. Estos resultados demuestran la contribución tanto de los factores genéticos como de los ambientales y apoyan la superposición conceptual entre la AN y la BN. Sabemos que esto es cierto a nivel de fenómeno clínico, y este estudio proporciona alguna explicación de lo que se ve clínicamente.

---

# Preguntas y respuestas: Ejercicio excesivo

**P.** Tengo un paciente joven (23 años) con AN que tiene un programa de ejercicios consistente. Sin embargo, según la descripción de su programa de ejercicios, sospecho que está haciendo en exceso. ¿Es esto inusual entre los pacientes jóvenes con TCA? (*J.W., Atlanta*)

**R.** Hacer ejercicio en exceso no es inusual entre quienes padecen anorexia nerviosa. Según un estudio reciente, Internet también puede estar contribuyendo a este exceso (*J Psych Res. 2020. 11:004*) En el estudio participaron adultos jóvenes, a quienes se agrupó como probables afectados por trastornos alimentarios con exceso de ejercicio, y un grupo de control. El estudio concluyó que los jóvenes con trastornos alimentarios y un mayor nivel de ejercicio pueden tener mayores pensamientos obsesivos de amenaza, junto con rasgos de compulsividad, e impulsividad de búsqueda de sensaciones. El estudio descubrió que los pensamientos obsesivos y los trastornos alimentarios, junto con la búsqueda de sensaciones, estaban parcialmente relacionados con el uso problemático de Internet. [Véase también el artículo sobre la ortorexia nerviosa en otra parte de este número.]

— SC

---

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

---

**IAEDP**

[www.EatingDisordersReview.com](http://www.EatingDisordersReview.com)