
Eating Disorders Review

Septiembre/Octubre 2021

Volumen 32, Número 5

Scott Crow, Editor en Jefe

Trabajar con pacientes con trastornos alimentarios graves y duraderos

Quiénes rechazan un tratamiento adicional

Por Joel Yager, MD

University of Colorado School of Medicine, Denver, Colorado

De vez en cuando, los clínicos se encuentran con pacientes con trastornos alimentarios graves y duraderos ("SEED") que rechazan el tratamiento. Además de los diagnósticos de trastornos alimentarios, estos pacientes suelen cumplir los requisitos para recibir otros diagnósticos, muchos de ellos en el espectro del estado de ánimo, la ansiedad, el trauma, la personalidad, el trastorno por uso de sustancias y el trastorno obsesivo-compulsivo. Estos pacientes con SEED que rechazan el tratamiento se dividen en dos grandes categorías.

Pacientes que rechazan cualquier tratamiento

La primera categoría incluye a los pacientes que se niegan rotundamente a comprometerse, de cualquier manera, con sus proveedores profesionales. Puede que simplemente abandonen el tratamiento y desaparezcan. Algunos de estos pacientes consiguen seguir llevando una vida restringida durante bastante tiempo, mientras que otros mueren en pocos meses o años, normalmente por desnutrición o suicidio. En mi experiencia, los pacientes que optan por abandonar el tratamiento por completo son una minoría. Pocos pacientes evitan todo contacto con los proveedores de la salud.

Pacientes que se enfrentan un SEED

El segundo grupo, que se encuentra con más frecuencia, son los pacientes que se enfrentan al SEED y que siguen queriendo *algo* de los profesionales, normalmente (al menos) contacto, atención y medicamentos. Pero, tras años y años de fracasos en el tratamiento o de modestas mejoras seguidas de inevitables retrocesos desmoralizadores, este grupo de pacientes puede negarse enérgicamente a seguir los programas de tratamiento que se centran exclusivamente en lograr la recuperación total o que exigen aumentos de peso. Estos pacientes consideran que ambos resultados son inalcanzables. Muchos de estos pacientes han pasado de un centro de tratamiento a otro, de una medicación a otra, de una terapia a otra y de un protocolo "basado en la evidencia" a otro. Después de ser repetidamente lastimadas en sus serias batallas con sus trastornos, están "hartas".

En consecuencia, estos pacientes pueden negarse a seguir trabajando con los clínicos que insisten en los objetivos orientados a la recuperación, y a menudo consideran que los clínicos que siguen creyendo en la posibilidad de su plena recuperación son ilusos y demasiado optimistas. Por el contrario, basándose en sus largas y duras experiencias, estos pacientes "saben" que volver a participar en tratamientos orientados a la recuperación sería inútil, y que tales esfuerzos les abocarían al fracaso, a la vergüenza, a la humillación y, no menos importante, también les impondrían una considerable carga económica.

Estas consecuencias previsibles contribuyen a una larga lista de daños iatrogénicos potenciales no intencionados pero reales. Este grupo de pacientes considera que su pesimismo se basa en la realidad.

¿Qué es éticamente posible?

Éticamente, ¿qué podrían hacer los clínicos para ayudar a estos pacientes? Mientras que algunos clínicos y programas se niegan a tratar a los pacientes que se niegan a comprometerse con los objetivos orientados a la recuperación, el simple hecho de negarse a tratar a estos pacientes conlleva sus propios problemas éticos, que a veces rozan el abandono. Del mismo modo, intentar tratar a estos pacientes imponiendo la hospitalización y el tratamiento involuntarios también está plagado de retos éticos, legales y prácticos.² Por ejemplo, pocos (si los hay) programas en cualquier lugar del país están dispuestos o son capaces de asumir la responsabilidad del tratamiento coercitivo prolongado de pacientes hospitalizados involuntariamente que pueden requerir alimentación por sonda nasogástrica, pero se niegan sistemáticamente.

Afortunadamente, existen enfoques alternativos, soportables y justificables para ayudar a estos pacientes. Uno de los primeros fue detallado en el Community Outreach Partnership Program (COPP) desarrollado en el St. Paul's Hospital y la University of British Columbia en Vancouver, Canadá. En contraste con los tratamientos centrados en la recuperación, los objetivos declarados del programa COPP fueron:

- Respetar las preferencias del paciente en cuanto a los objetivos y el ritmo del tratamiento (en lugar de confiar en los objetivos determinados por el equipo de tratamiento).
- Favorecer las prácticas de reducción de daños por encima de la reducción de síntomas.
- Mejorar la calidad de vida mediante programas de capacitación y rehabilitación psicosocial.
- Establecer parámetros fisiológicos de seguridad para iniciar la estabilización médica.
- Tratar a los pacientes en su propio entorno (en el hogar y en la comunidad) (es decir, evitar generalmente las hospitalizaciones, excepto para estabilizaciones médicas breves si son necesarias para mantener la vida)

Estos métodos están incluidos en las guías de práctica formales desarrolladas para el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios publicadas por la provincia de British Columbia.

Reducción del daño

El centro de este programa es la reducción de daños. Aceptando que "lo perfecto es enemigo de lo bueno", la reducción de daños intenta ayudar a los pacientes a mantener su peso en niveles que les permitan vivir si no pueden: alcanzar el peso ideal saludable, sufrir menos episodios de atracones y purgas si no pueden abstenerse totalmente, disminuir su consumo de alcohol y otras sustancias nocivas si no pueden abstenerse, y reducir la frecuencia de otros comportamientos autolesivos para mitigar los daños. Las tácticas incluyen varios elementos de diversas psicoterapias y el uso prudente de medicamentos.

Los enfoques de reducción de daños no anulan la responsabilidad de los clínicos de buscar y ofrecer curas definitivas o de motivar a los pacientes para que participen en tratamientos útiles, en caso de que existan. Los clínicos que practican la reducción de daños tampoco "permiten" el comportamiento de la enfermedad simplemente aceptando los deseos del paciente de seguir autolesionándose sin cesar. Más bien, de forma pragmática, los enfoques de reducción de daños se aplican mientras los clínicos esperan mejores tratamientos. Los clínicos que practican la reducción de daños hacen lo que pueden para aplicar férulas a los egos fracturados, ya que éstas no sólo pueden proporcionar alivio, sino que, casualmente, pueden ayudar a estos egos a curarse de la mejor manera posible. Eliminar la presión para "curarse" puede ser notablemente beneficioso para estos pacientes, y de hecho puede conducir a modestas

mejoras.

Los principios del COPP son coherentes con las filosofías de los tratamientos centrados en el paciente para quienes padecen SEED. La falta de enfoques basados en la evidencia para tratar a estos pacientes y la necesidad de flexibilidad en su atención ha sido enunciada por otros. 4-7 Esta flexibilidad suele favorecer el uso de enfoques de "baja intensidad", en contraste con los enfoques de "alta intensidad" centrados en la recuperación.

En algunos casos, los enfoques flexibles han incluido la inscripción formal de pacientes debilitados por sus enfermedades en programas formales de cuidados paliativos bajo la atención de clínicos especializados (que suelen colaborar plenamente con los profesionales de los trastornos alimentarios) Aunque se reconoce que las intervenciones modificadoras de la enfermedad podrían aparecer en escena, los enfoques paliativos para los pacientes con trastornos alimentarios graves y duraderos se centran en la calidad de vida, el control del dolor y los síntomas, y la importancia de tratar a los pacientes con respeto y dignidad. En casos extremos, por ejemplo, cuando se espera que los pacientes vivan menos de 6 meses, estos pacientes pueden incluso recibir cuidados paliativos.

'Testimonio compasivo'

En mi propio trabajo, todas estas perspectivas se expresan en el compromiso de apoyo a los pacientes a través de un enfoque que he llegado a llamar "testimonio compasivo". Esta alianza terapéutica comienza con un alto grado de sintonía interpersonal, contención empática y consideración positiva sin juicios de valor. Mi objetivo es reducir el miedo existencial de los pacientes a estar solos en el mundo mediante la validación humana, afirmando sus percepciones y experiencias. Más allá del apoyo constante, estoy a favor de ligeros toques de entrevista motivacional, junto con esperanzas y ánimos realistas (no tipo demasiado optimistas), proporcionando información y acceso a las opciones sanitarias y sociales que los pacientes puedan desear, llamando su atención sobre nuevas posibilidades de tratamiento y recursos. A la vez que invito a los pacientes a explorar las opciones, les advierto de los juicios irracionales. Puedo ser directo, e incluso invocar-selectivamente- el humor, y, dependiendo del paciente, a veces aun el humor negro-generalmente-es bien apreciado. A medida que los pacientes declinan fisiológicamente, reconozco y exploro explícitamente los hechos y los sentimientos asociados a su inevitable fallecimiento, que experimentarán como todo el mundo en algún momento. Como es conveniente, veré e involucraré a los miembros de la familia, honraré sus experiencias también e intentaré reparar las relaciones cuando sea posible.

En resumen, mi propósito aquí ha sido documentar que los clínicos tienen mucho que ofrecer a los pacientes con trastornos alimentarios graves y duraderos. Estos pacientes no deben ser rechazados precipitadamente como casos "sin esperanza". Como clínicos, deberíamos estar preparados para ayudar a aliviar su considerable sufrimiento. El hecho es que hay muchas cosas que *podemos* hacer.

Sobre el autor

Joel Yager, MD

Actualmente, es Profesor de Psiquiatría en el University of Colorado, Denver. También es profesor emérito en ambas UCLA's Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences y en el Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of New Mexico, Albuquerque. Un ex presidente de la Academy of Eating Disorders, es presidente y Autor Principal de la American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Eating Disorders (tres primeras ediciones) Y, por último, pero no menos importante, el Dr. Yager será familiar para los lectores como el editor de toda la vida del *Eating Disorders Review*. Como uno de los fundadores de esta publicación, actualmente es Editor en jefe Emérito del *Eating Disorders Review*.

Referencias

1. Yager J. The futility of arguing about medical futility in anorexia nervosa: the question is how would you handle highly specific circumstances? *Am J Bioeth.* 2015. 15(7):47-50. doi: 10.1080/15265161.2015.1039724. PMID: 26147266.
2. Williams KD, Dobney T, Geller J. Setting the eating disorder aside: an alternative model of care. *Eur Eat Disord Rev.* 2010. Mar; 18(2):90-6. doi: 10.1002/erv.989. PMID: 20099264.
3. Couturier J, Isserlin L, Norris M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord.* 2020. Feb 1;8:4. doi: 10.1186/s40337-020-0277-8. PMID: 32021688; PMCID: PMC6995106.
4. Yager J. Why defend harm reduction for severe and enduring eating disorders? Who wouldn't want to reduce harms? *Am J Bioeth.* 2021. Jul; 21(7):57-59. doi: 10.1080/15265161.2021.1926160. PMID: 34152907.
5. Lopez A, Yager J, Feinstein RE. Medical futility and psychiatry: palliative care and hospice care as a last resort in the treatment of refractory anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2010. May; 43(4):372-7. doi: 10.1002/eat.20701. PMID: 19444903.

Actualización: Un desafío para el tratamiento actual de la anorexia

Los efectos generales de los enfoques psicológicos actuales para tratar a los adultos con anorexia nervosa se examinaron recientemente en un meta-análisis en red realizado por un estudio internacional que analizó inicialmente 14.003 ensayos, y luego un grupo final de 13 ensayos clínicos aleatorios comparativos con 1049 pacientes. Los ensayos controlados seleccionados compararon las terapias psicológicas con el tratamiento habitual en adultos que reciben terapia ambulatoria para la AN. Las intervenciones psicológicas del estudio incluían la terapia cognitivo-conductual (TCC), los tratamientos centrados en la familia, los tratamientos psicodinámicos, una forma de TCC dirigida al ejercicio compulsivo y la terapia de remediación cognitiva seguida de TCC. Otros enfoques durante hasta un año de seguimiento incluyeron el tratamiento Maudsley AN para adultos (MANTRA), y el manejo clínico de apoyo especializado (SSCM) (*Lancet Psychiatry.* 2021. 8:215)

Los investigadores descubrieron que algunos tratamientos tenían beneficios modestos para los pacientes, pero las terapias recomendadas actualmente en el National Institute for Clinical Excellence (NICE) y en las guías de tratamiento internacionales, no diferían significativamente del tratamiento habitual de los expertos en cuanto a la retención en el tratamiento, la recuperación del peso o el cambio de otros síntomas del TCA.

La Dra. Andrea Cipriani, de la University of Oxford, autora principal del estudio, señaló que el objetivo de este era poner de manifiesto las "brechas en las pruebas actuales y la necesidad de investigar más y mejor las terapias psicológicas para tratar la anorexia". La Dra. Cipriani añadió que, debido a la relativamente baja calidad y cantidad de datos disponibles, los resultados deben considerarse "exploratorios" y no como una confirmación de que las terapias psicológicas actualmente disponibles son ineficaces para los pacientes con AN.

Se trata de un análisis importante que pone de manifiesto la magnitud de la necesidad de desarrollar tratamientos para adultos con AN.

Desde el otro lado del escritorio

Cuando los pacientes rechazan el tratamiento

En este número, nuestro artículo principal centra la atención en uno de los desafíos de tratamiento más difíciles en los TCA: el cuidado de los pacientes que rechazan el tratamiento. Los pacientes con trastornos alimentarios graves y duraderos que rechazan el tratamiento generalmente se dividen en dos categorías: aquellos que rechazan todo el tratamiento y aquellos que rechazan el tratamiento, pero en realidad quieren algo de los profesionales. Esto puede incluir contacto personal, atención atenta y medicamentos. Como señala el Dr. Joel Yager, el mero hecho de negarse a tratar a estos pacientes plantea problemas éticos, mientras que intentar tratarlos con una hospitalización involuntaria conlleva retos éticos, legales y prácticos. Se puede hacer mucho, según el Dr. Yager.

Otro artículo en este número pone el foco en las redes sociales, en este caso, la aplicación móvil, Tik Tok. Algunos adolescentes pueden sentirse inspirados por lo que ven en la página de inicio de Tik Tok, pueden ser redirigidos; el algoritmo aún no puede discriminar entre el contenido inofensivo y el dañino, y el adolescente puede dejarse llevar por los vídeos pro-ana, en los que los usuarios se apoyan y animan mutuamente a perder peso. Algunos vídeos dañinos están bloqueados, pero no todos: uno de los pacientes de los autores se coló accidentalmente en la red de seguridad y se volvió anoréxico.

Finalmente, busque un artículo que describa una nueva medida de autoinforme para la ortorexia nervosa, o una fijación en la "alimentación saludable" que va demasiado lejos. Los autores creen que esta prueba de detección, la TON-17, es prometedora como forma de evaluar la gravedad de la ortorexia y puede ser útil para el tratamiento.

—MKS

Inseguridad alimentaria y trastornos alimentarios

Hay pocos datos disponibles, pero un estudio mostró vínculos definitivos entre los dos.

La inseguridad alimentaria es la falta de acceso constante a suficientes alimentos nutritivos para que cada persona de un hogar pueda llevar una vida activa y saludable. En la actualidad este problema afecta a más de 1 de cada 10 hogares en Estados Unidos, y en 2019 esto equivale a más de 37 millones de estadounidenses y 11 millones de niños (US Department of Agriculture Economic Research Service) [Disponible en línea en: <https://www.ers.usda.gov/webdocs/publications/94849/err-270.pdf?v=963.1>]

La inseguridad alimentaria conlleva riesgos para la salud, como la diabetes de tipo 2, y riesgos para la salud mental, como los trastornos alimentarios. (*Int J Eat Disord.* 2019; 52:28) La Dra. Vivienne M. Hazzard y sus colegas del Sanford Center for Biobehavioral Research, Fargo, ND, y de la University of Michigan School of Public Health, Ann Arbor, recientemente reportó los resultados de su estudio para definir mejor el vínculo entre la inseguridad y los trastornos alimentarios. Utilizaron datos de la *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) (*Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021; doi.org/10.1007/s00127-021-02126-5; publicado en línea)

Entre febrero de 2001 y abril de 2003, 9282 adultos en todo Estados Unidos participaron en la NCS-R. Los trastornos alimentarios se evaluaron en una submuestra de participantes seleccionados al azar de personas que completaron la Parte II de la NCS-R. La inseguridad alimentaria en doce meses se analizó en 5 áreas modificadas a partir del formulario corto del *US Household Food Security Survey Module* (*AJPH.* 1999. 89:1231) Todos los participantes respondieron a la siguiente pregunta: "¿Cuántos meses en los últimos 12 redujo el tamaño de sus comidas o se saltó comidas porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?"

Una visión demográfica

La muestra fue representativa y diversa a nivel nacional. Entre los adultos que respondieron, el 46.6% eran hombres y el 53.4% mujeres; el 74.3% eran blancos no hispanos; el 11.5% eran negros no hispanos, el 10.2% eran hispanos/latinos y el 4% entraban en la categoría "otros". Entre la muestra, el 11.1% había experimentado inseguridad alimentaria; además, utilizando los criterios del *DSM-IV*, el 1.5% cumplía los criterios de un trastorno alimentario de espectro bulímico, el 8.7% cumplía los criterios de un trastorno del estado de ánimo y el 19% cumplía los criterios de un trastorno de ansiedad.

Los resultados mostraron que la inseguridad alimentaria aumentaba el riesgo de BN en 3.8 veces. Los riesgos de depresión y trastornos de ansiedad también fueron elevados, pero en menor grado (alrededor de 2.5 veces y 1.7 veces, respectivamente) El informe de los autores corrobora el creciente número de evidencias que indican una relación entre la inseguridad y los trastornos alimentarios (*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012. 51:1293)

Queda mucho por investigar, pero como la inseguridad alimentaria afecta de forma desproporcionada a las minorías raciales y étnicas, los autores sugieren que cualquier intervención debe incluir también el trabajo para eliminar los cambios en otros factores negativos que pueden conducir a la inseguridad alimentaria, como la vivienda deficiente, la educación, el desempleo y la justicia penal. Los autores también señalan que el uso de los criterios del *DSM-IV* para la BN, el trastorno por atracón y la anorexia nervosa puede haber llevado a subestimar la inseguridad alimentaria.

Supresión de peso después del tratamiento para la AN

Un estudio sugiere centrarse en un método probado y verdadero para normalizar el peso.

La supresión de peso (peso más alto menos el peso actual) ha recibido mucho interés en nuestro campo y se ha relacionado con enfermedades más graves. La mayor parte de este trabajo se ha realizado en pacientes con BN, y la importancia de la supresión de peso para aquellos con AN, y su tratamiento son menos claros.

Para ayudar a aclarar este problema, un equipo dirigido por el Dr. Blair Unilacke of Columbia University Irving Medical Center, New York City, estudió a 93 mujeres restauradas de peso con AN que habían participado en un estudio de prevención de recaídas, donde recibieron fluoxetina o placebo con terapia cognitivo-conductual (TCC) durante un año, o hasta que experimentaron una recaída. Cuando ingresaron al estudio, todos los participantes habían alcanzado índices de masa corporal (IMC, mg/kg^2) de al menos 19. Se pesaron antes de la aleatorización, y luego en cada sesión de terapia semanal. La recaída se definió como un IMC igual o inferior a 16 durante 2 semanas consecutivas o un deterioro físico o psicológico severo durante ese tiempo. El mantenimiento exitoso del peso requirió que el participante no hubiera recaído y que el IMC nunca cayera por debajo de 18.5 durante 4 semanas consecutivas. La supresión de peso se calculó restando el peso actual de la paciente (en libras) de su mayor peso declarado cuando no estaba embarazada. También calcularon la supresión de peso utilizando la diferencia entre el IMC previo más alto del paciente y el actual. Quince mujeres en el momento de la aleatorización mostraron estar por encima de su peso más alto antes del tratamiento agudo para AN.

Resultados: Diferente de la hipótesis original

En la aleatorización, el peso corporal promedio de los pacientes fue de 119 ± 9.9 lb y el IMC promedio fue de 20.3 ± 0.51 . La supresión de peso promedio fue de 13.0 a 14.8 lb. Contrariamente a sus predicciones, la supresión de peso no se relacionó con la respuesta al tratamiento.

Los autores señalaron que ni la supresión de peso ni su interacción con el IMC se relacionaron con la

recaída. Serán útiles más trabajos para comprender mejor el papel potencial de la supresión de peso en los pacientes con AN pero, por ahora, los autores sugieren seguir centrándose en los objetivos tradicionales de recuperación de peso para estos pacientes.

Redes sociales y una alimentación desordenada

Cómo una aplicación aparentemente inocente y Tik Tok puede promover la alimentación desordenada.

Las restricciones sociales durante la pandemia de COVID han hecho que los adolescentes pasen más tiempo en las redes sociales, incluso visitando el sitio web Tik Tok. Una aplicación móvil creada en 2016, Tik Tok ahora tiene más de 800 millones de usuarios, al menos una quinta parte de los cuales son adolescentes.

Un reciente informe de un caso de Italia demuestra cómo las redes sociales, aparentemente útiles, pueden promover las lesiones no suicidas y la anorexia. Si bien muchas plataformas de redes sociales ahora están filtrando contenido pro-anorexia, Tik Tok todavía transmite temas de trastornos alimentarios y comportamientos autolesivos, aunque esto generalmente se disfraza inicialmente, según un equipo de investigadores dirigido por el Dr. Giuseppe Logrieco y sus colegas en Roma. (*Int J Environ Res Public Health*. 2021. 18:1041) La investigación del equipo ofrece una mirada útil a cómo los "videos de baile" aparentemente inofensivos en realidad pueden contener material dañino.

Perder peso para una experiencia "extrema"

Los autores describieron la experiencia de una niña de 14 años diagnosticada con AN. A partir de abril de 2020, un mes después de que las restricciones de COVID provocaran un bloqueo a nivel nacional en Italia, la chica informó de que había restringido progresivamente su ingesta de alimentos a la vez que aumentaba su actividad física a 4 o 5 horas diarias en una caminadora, comía alimentos bajos en calorías y tomaba un promedio de 8 pastillas laxantes al día, todo ello en un esfuerzo por acelerar la pérdida de peso. El Dr. Logrieco informó que cuando la adolescente fue vista por primera vez en la sala de emergencias, tenía bradicardia severa y en los últimos 6 meses había perdido 16 kg (35 lb) y actualmente tenía un índice de masa corporal de 14.2 (mg/kg^2). Había rechazado deliberadamente la comida con la intención de ser hospitalizada para perder peso, no porque tuviera una mala imagen de sí misma, sino para probar "una experiencia extrema", dijo. Explicó además que su vida siempre había sido demasiado simple y libre de sufrimiento. Su inspiración aparentemente vino de Tik Tok, explicó. Afirmó estar inspirada por los videos en Tik Tok, donde vio a muchos adolescentes compartiendo experiencias de sufrimiento profundo, a menudo centradas en autolesiones no suicidas o trastornos alimentarios. Fue hospitalizada y finalmente dada de alta a tratamiento ambulatorio.

Como explican los autores, Tik Tok registra los datos de los usuarios individuales y propone los videos que primero captan la atención de un joven creando una página "Para ti". Si un usuario ve accidentalmente un video sobre la anorexia en la página de inicio y se anima a buscar videos similares, un algoritmo le seguirá sugiriendo esos videos, como en el caso de la paciente. El algoritmo de Tik Tok todavía no puede discriminar entre el contenido inofensivo y el dañino. Los videos pro-ana, en los que los usuarios se apoyan y aconsejan y se animan a perder peso, están bloqueados por el control de contenidos de la plataforma (autolesiones, suicidios y otras acciones peligrosas), pero otros se cuelan en la red de seguridad, incluidos los que son "anti-pro-ana". Esto es lo que le ocurrió a su paciente. Durante el encierro de la pandemia tenía más tiempo libre y al principio recurrió a Tik Tok para entretenerse. Al hacerlo, se encontró con videos sobre trastornos alimentarios y autolesiones no relacionados con el suicidio.

Vigilancia de los mensajes ocultos

Aunque los autores señalaron que este era un solo caso, querían demostrar cómo las redes sociales aparentemente inocentes pueden promover la autolesión y la alimentación desordenada. Esperan concienciar sobre la influencia que las redes sociales pueden ejercer en los jóvenes adolescentes, cuyos padres no suelen ser conscientes de la conexión entre un vídeo entretenido y la promoción de una alimentación desordenada. Destacaron lo fácil que es acceder a mensajes en las redes sociales que son perjudiciales tanto mental como físicamente

Alimentación desordenada entre los atletas de élite masculinos

Por qué los patrones de alimentación irregulares a menudo se pasan por alto entre los hombres.

Los trastornos alimentarios y la alimentación desordenada se encuentran entre las enfermedades mentales más comunes entre los deportistas de élite masculinos y femeninos. Los trastornos alimentarios a menudo se asocian con atletas de élite femeninas, pero a menudo se pasan por alto entre los atletas masculinos de élite, según Dr. Yannis Karrer y otros en la University of Psychiatry, Zurich. Tras realizar una exhaustiva búsqueda en la literatura, el Dr. Karrer y otros identificaron 80 estudios sobre la alimentación desordenada y trastornos de la conducta alimentaria entre los atletas de élite masculinos (*BMJ Open Sp Ex Med.* 2020.0: e00801)

Si bien los atletas masculinos comparten algunas características con las atletas de élite femeninas, hay algunas diferencias reales, según el Dr. Karrer y sus colegas. Los mismos rasgos que parecen tan admirables entre los atletas de élite masculinos, como el perfeccionismo y un poderoso físico en forma de V y hombros musculosos, pueden en realidad hacer que estos atletas sean más susceptibles de sufrir un trastorno alimentario. Además, ciertos rasgos de personalidad requeridos para ser un buen atleta, como el perfeccionismo, son similares a algunos rasgos que también se encuentran en pacientes anoréxicos. El deporte individual en sí mismo puede aumentar el riesgo; por ejemplo, una mayor proporción de potencia/musculatura en el peso corporal/masa grasa suele mejorar el rendimiento. Además, la apariencia física puede influir en las calificaciones de los jueces en deportes estéticos (12). Considerando que en los deportes de categoría de peso puede ser necesario adelgazar para igualar la categoría de peso; en un estudio, el peso y la forma se atribuyeron a la mejora del rendimiento del 81% al 94% de los atletas de élite (*Eat Weight Disord.* 2017. 22:61)

Como informó el equipo, además de la presión por rendir bien, a los atletas de élite masculinos se les anima a tener un físico en forma de V con hombros musculosos y un énfasis en la parte superior del cuerpo, lo que es difícil de conseguir sin una dieta y un ejercicio serios. Entre los atletas de élite masculinos, los autores descubrieron que la insatisfacción corporal estaba relacionada con los trastornos alimentarios en 6 estudios; 3 estudios no encontraron una asociación significativa y 1 tuvo una asociación negativa.

Se encontraron dos categorías de enfermedades mentales comórbidas en los TCA de los deportistas de élite masculinos: los trastornos afectivos y los trastornos por abuso de sustancias. Los estudios de autoinforme informaron de un aumento significativo de los casos de depresión y de los estados ansio-depresivos.

Signos reveladores

En otro informe, la Dra. Madison Eichstadt y sus colegas en la West Virginia School of Medicine, Morgantown, señalaron que los hombres pueden constituir hasta el 25% de las personas con trastornos alimentarios, y que ciertos criterios diagnósticos pueden ayudar a realizarlo (*Sports Health.* 2020 12:327)

La conformidad con la percepción del atleta masculino como inquebrantable, estoico y auto sacrificado puede formar parte de la cultura deportiva y contribuir a una alimentación desordenada. Los atletas masculinos pueden evitar buscar ayuda debido a la vergüenza por los síntomas, el estigma general en torno al tratamiento de la salud mental, o incluso debido al estereotipo generalizado de que los trastornos alimentarios son un problema femenino.

Hay muchos signos y síntomas de los TCA en los atletas masculinos, según los autores. Los atletas masculinos pueden tener dolor en el pecho, palpitaciones cardíacas, dificultad para respirar, hinchazón abdominal, acidez estomacal, estreñimiento y disminución del deseo sexual. Otros signos reveladores son la intolerancia al frío, la fatiga o el letargo, o los cambios marcados en el peso o el índice de masa corporal.

Para ayudar a hacer el diagnóstico de un trastorno alimentario, la Dra. Eichstadt y sus colegas recomiendan usar el cuestionario SCOFF, un instrumento de detección de 5 ítems. Más de 2 respuestas afirmativas en el cuestionario indican la necesidad de una evaluación adicional. Otra herramienta útil que puede descubrir un comportamiento de ejercicio poco saludable en los atletas es el Compulsive Exercise Test de 21 ítems. Los autores señalan que las entrevistas clínicas pueden ser más útiles que los cuestionarios de autoevaluación porque los atletas masculinos tienden a no informar algunos síntomas en las herramientas de detección. Las preguntas directas sobre los síntomas y comportamientos del trastorno alimentario durante la entrevista clínica pueden producir información mucho más precisa.

Enfoques de gestión

Una vez que se ha identificado que un atleta tiene un trastorno alimentario, la Dra. Eichstadt y su equipo recomiendan referir al paciente para recibir tratamiento lo más rápido posible. Los obstáculos existirán, ya que el estigma es una poderosa barrera para los atletas masculinos, y contribuye a que no se denuncie y se retrase la búsqueda de atención. Sugieren utilizar un equipo multidisciplinario, que incluya dietistas registrados y un profesional de psicoterapia. Algunos elementos útiles de las entrevistas en persona incluyen un enfoque en la comida como alimentación, una estrecha vigilancia del deportista y la interrupción de las conductas de TCA, como los rituales alimentarios, los grupos limitados de alimentos, la verificación del cuerpo y las conductas compensatorias. Una nota útil es que los centros de tratamiento especializados suelen ofrecer vías de tratamiento especiales diseñadas para los atletas masculinos con trastornos alimentarios.

Los hombres con TCA que deseen volver a su deporte deben hacerlo gradualmente y bajo estrecha supervisión, según los autores. Por lo general, un médico especialista en medicina deportiva tomará la decisión de cuándo y si un atleta puede volver a la competición activa. Los autores señalaron que la literatura existente sugiere adoptar un enfoque combinado, que incluya una amplia educación de los atletas, sus familias y entrenadores; la evaluación periódica de los parámetros psicológicos y somáticos para la detección temprana de los trastornos alimentarios, incluyendo una discusión de las consecuencias y comorbilidades. Otro paso útil es el asesoramiento profesional del atleta sobre la nutrición y los factores específicos del deporte por parte de un profesional con experiencia en el trabajo con atletas de un deporte específico. También es útil el uso de un enfoque terapéutico multimodal con psicoterapia y psicofarmacología, de nuevo por parte de un profesional de la salud mental especializado en trastornos alimentarios y que, idealmente, tenga experiencia en el trabajo con deportistas. El tratamiento de las condiciones psiquiátricas y somáticas comórbidas debe ser realizado por psiquiatras, endocrinólogos y otros profesionales. Una última sugerencia incluye la elaboración de reglamentos por parte de las federaciones deportivas, como el ajuste de las clases de peso y las reglas en los deportes por categoría de peso. Además, un avance útil serían los ajustes de criterios de evaluación en los deportes estéticos y el estricto cumplimiento de las guías de regreso al juego del Comité Olímpico Internacional (COI).

Los autores también subrayan la necesidad de realizar estudios longitudinales, que son indispensables

La genética y el entorno podrían influir en los indicadores de diagnóstico de la AN y la BN

Un estudio muestra un cruce de diagnóstico.

Aunque la bulimia y la anorexia nervosas se consideran diagnósticos distintos, los pacientes comparten una serie de síntomas comunes, y el cruce de diagnósticos también es muy frecuente. From 10% to 54% of persons with AN develop BN, and up to 27% of patients with BN go on to develop AN during their illness (*Am J Psychiatry*. 2005. 162:732) Patrones similares de comorbilidad también se observan en los dos trastornos alimentarios.

Una forma de intentar comprender la relación entre la AN y la BN es utilizar métodos genéticos. En una variación interesante de la estrategia común de investigación genética de usar pares de gemelos idénticos y no idénticos, el Dr. Shuyang Yao, del Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, y otros utilizaron diagnósticos clínicos de AN y BN en una gran muestra poblacional (782.938) de pacientes con AN y BN. Las participantes fueron hermanas seleccionadas al azar (334.433 pares) y medias hermanas (57.036 pares) nacidas de los mismos padres biológicos en Suecia entre 1970 y 2005.

La información procedía de varios registros nacionales suecos vinculados por un número de identificación individual único. Los autores utilizaron un modelo de ecuaciones estructurales para estudiar la heredabilidad de la AN y la BN y la contribución de los efectos genéticos y ambientales en cualquier superposición entre los dos diagnósticos (*Psychol Med*. 2021. 51:62) Los autores señalan que este es el primer estudio genético cuantitativo sobre la AN y la BN diagnosticadas clínicamente y su superposición.

Correlaciones fenotípicas

El estudio confirmó y amplió trabajos anteriores que mostraban un importante componente genético en el riesgo de padecer trastornos alimentarios: la heredabilidad de la AN diagnosticada clínicamente era del 43% y la de la BN del 41%. Además, hubo un componente genético muy significativo en la superposición entre AN y BN. Los autores también encontraron en su estudio efectos ambientales significativos y únicos, tanto específicos del trastorno como comunes a ambos.

Estos resultados proporcionan otro nivel de evidencia sobre la estrecha relación entre la AN y la BN, quizás incluso a un nivel causal fundamental.

TON-17: Un nuevo test de autoevaluación para la ortorexia nervosa

Una prueba abreviada ayuda a evaluar el riesgo.

La ortorexia nervosa (ON) se ha definido como una obsesión patológica, fijación o preocupación por los alimentos saludables. Sin embargo, con ON, la "alimentación saludable" va demasiado lejos y puede llevar a un trastorno alimentario. Hasta ahora, la ON no ha sido reconocida como un trastorno por separado en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* o en el *ICD-10*. ON sigue siendo un tema de debate. Por ejemplo, ¿es la ON un síndrome único de un trastorno alimentario o una variación de otros síndromes, como la anorexia nervosa, el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (ARFID), el trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno de ansiedad?

Las tendencias ortoréxicas se asocian a comportamientos alimentarios especiales, como la frecuencia de las dietas o la adopción de dietas vegetarianas o veganas y una preocupación patológica por la alimentación sana (*Eat Weight Disord.* 2019. 24: 209) La ON va más allá, al preocuparse por la forma y los materiales utilizados en la preparación de los alimentos, lo que puede dar lugar a una planificación detallada, a la compra y a la preparación de los alimentos, y a la utilización de grandes cantidades de tiempo. Debido a las numerosas restricciones dietéticas autoimpuestas y a la falta de confianza en la preparación de alimentos por parte de cualquier persona que no sea ellas mismas, las personas con ON suelen negarse a comer cuando están fuera de casa y pueden evitar las reuniones sociales, lo que conduce al aislamiento social.

Desarrollo de una prueba de detección para ON

La Dra. Aleksandra M. Rogowska en la University of Opole, Poland, y colegas de la University of Technology, Katowice, Poland, diseñaron el *TON-17* (*J Clin Med.* 2021. 10:1637) como una nueva medida diagnóstica para la ON. Los autores señalan que los primeros estudios de ON se realizaron utilizando el *Bratman Orthorexia Test* (BOT) y el *ORTO-15* (*Eat Weight Disord.* 2005.10:28) Sin embargo, se han planteado dudas sobre la validez y confiabilidad de la prueba, y sería útil otra medida con fuertes propiedades psicométricas documentadas.

Los autores se propusieron desarrollar y validar un nuevo test para ON, el Test of Orthorexia Nervosa, o TON. Un grupo de 786 adultos (edad media: 26 años), incluidas 437 mujeres (56,98%), participaron en el estudio. Todos los participantes del estudio eran ciudadanos polacos caucásicos.

El *TON* final se desarrolló haciendo primero un conjunto de 80 preguntas que describen pensamientos y comportamientos relacionados con ON. Los investigadores utilizaron preguntas del *ORTO-15*, que mide los aspectos cognitivos, racionales, clínicos y emocionales de la ortorexia, además del *Eating Attitudes Test* (EAT-26), una versión abreviada de 26 ítems del *EAT-40* desarrollado por Garner et al. (*Psychol Med.* 1982. 12:871); el *Disordered Eating Attitude Scale* (*Percept Mot Skills.* 2010. 110:379); el Health Behavior Inventory (*World Health Org Tech Ser.* 2000. 894:1), el índice de masa corporal del participante (IMC, mg/kg²; el World Health Organization Quality of Life test; y medidas de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo (OCD) La primera versión del cuestionario de prueba (TON-40) se redujo a 17 ítems principales. Se definió la estructura factorial y se estableció la validez convergente.

Género y ON

Los puntajes totales en el *TON-17* indicaron que las mujeres obtuvieron puntajes significativamente más altos que los hombres, mientras que no se encontraron diferencias de género en el factor 3, que registra los síntomas de los trastornos. Se necesitará más investigación para confirmar cualquier diferencia de género. Se encontró una asociación positiva débil entre el IMC y el ON. El estudio examinó la relación entre la ON y varias dimensiones de los comportamientos saludables. Los participantes con ON parecen mostrar una amplia gama de comportamientos de control saludables, una actitud mental positiva y prácticas y hábitos alimenticios saludables. Casi todas las escalas en el *TON-17* se correlacionaron moderada o débilmente con comportamientos saludables. Los autores sienten que esto podría explicar por qué aquellos con un mayor riesgo de ON tienden a sobreestimar su salud. Los autores sienten que su nueva prueba ofrece una forma prometedora de evaluar la presencia y la gravedad de la ortorexia. La nueva herramienta también puede ser útil para medir el progreso del tratamiento.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Signos orales extraños

P. Una de mis pacientes más recientes, que está siendo atendida por bulimia nervosa, ha desarrollado decoloraciones oscuras en sus labios, especialmente en el labio inferior. No he visto esto antes; ¿puede explicar por qué ocurre? (J.W., *Phoenix, AZ*)

R. Muchas de las complicaciones orales de la bulimia nervosa son bien conocidas (inflamación de las glándulas salivales, daños en los dientes), pero ésta puede representar otra. La explicación más probable es que sea el resultado de la acción química irritante del vómito autoinducido. Aunque puede aparecer en otras formas de trastornos alimentarios, en la BN, con vómitos repetidos e irritantes, es la causa más común. La decoloración rojiza o púrpura aparece con mayor frecuencia en el borde del bermellón de los labios y afecta más a menudo al labio inferior. El tamaño de la decoloración y el grado de enrojecimiento varían. En los casos graves, se presenta una queilitis exfoliativa o piel gruesa y escamosa (Panico et al. (*J Psych Res.* 2018. 96:178)

Un buen artículo sobre el tema general de los signos orales de trastornos alimentarios en pacientes adolescentes se encuentra en un estudio reciente publicado en el *European Journal of Pediatric Dentistry* (2021. 22:155) El Dr. M. Monda y sus colegas en la University of Rome describen una serie de signos orales de los trastornos alimentarios, incluyendo la decoloración descrita aquí, eritema labial. Estos problemas a menudo son descubiertos por dentistas y cirujanos orales, y el conocimiento sobre el vínculo con los TCA conduce a una derivación a un profesional de trastornos alimentarios. De hecho, los profesionales dentales suelen ser los primeros en ver los problemas bucales relacionados con los trastornos alimentarios, porque las visitas al dentista suelen ser más frecuentes que otros chequeos médicos.

—SC

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com