
Eating Disorders Review

Marzo/Abril 2022

Volumen 32, Número 2

Scott Crow, Editor en Jefe

La Utilización De Internet Para Llegar A Las Personas Con Riesgo De Padecer Trastornos Alimentarios

¿Una nueva forma de llegar a las personas?

La mayoría de las veces, las personas con trastornos alimentarios no buscan tratamiento (Clin Psychol Rev. 2011. 31:727). El estigma y la vergüenza, la falta de motivación para el cambio, la ausencia ánimo por parte de los demás, y las barreras prácticas del coste y la falta de transporte son solo algunas de las razones de fondo para que duden en buscar ayuda.

Hoy en día, los investigadores están buscando formas de llegar a las personas con síntomas de un trastorno alimentario, incluido el uso de Internet. Al hacerlo, puede ser posible evitar una serie de barreras que impiden que las personas busquen ayuda a través de los medios tradicionales. Para todo el esfuerzo dirigido (adecuadamente) a reforzar nuestros tratamientos actuales, los enfoques que aumentan el uso real de éstos deberían tener efectos muy grandes (UED. 2017. 50:1378). Un estudio reciente reportado por la Dra. Kathina Ali e investigadores en la Flinders University en Adelaide, Australia, destaca algunas de las promesas y desafíos de los enfoques no tradicionales para el tratamiento.

El programa ProYouth, desarrollado por primera vez en Alemania, fue diseñado para promover la salud mental en jóvenes de 18 a 25 años, y está específicamente relacionado con la alimentación saludable, la satisfacción corporal y los trastornos alimentarios. El programa ProYouth OZ en Australia ofrece diversos módulos de información y apoyo en línea a los jóvenes sin ninguna interacción cara a cara.

Entre los retos que plantea el uso de Internet para el contacto se encuentran los problemas de captación, las bajas tasas de adhesión y las altas de abandono.

Los investigadores desarrollaron un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en Internet utilizando tres condiciones del estudio:(1) ProYouth OZ, sin apoyo entre pares, (2) ProYouth OZ Peers, con apoyo entre pares, y (3) un grupo en lista de espera que actuó como control (J Eat Disord. 2021. 10:1). El resultado se midió con el Eating Disorder Examination Questionnaire.

Los adultos jóvenes de 18 a 25 años fueron reclutados durante un período de 12 meses a partir de octubre de 2016, y el estudio estuvo abierto a todos los pacientes australianos. Los autores anunciaron el estudio en dos importantes universidades, mediante folletos impresos, y en las redes sociales y a través de varias organizaciones de salud mental, como la National Eating Disorders Collaboration, la Butterfly Foundation, y Headspace, una aplicación de conciencia plena que ofrece un sitio interactivo para personas con problemas relacionados con el alcohol y las drogas. Sólo fueron elegidos aquellos con riesgo de

desarrollar un trastorno alimentario, mientras que se excluyeron los que tenían un diagnóstico actual, un índice de masa corporal (IMC) inferior a 17 kg/m², o atracones/vómitos/uso de un laxante más de una vez a la semana o una vez a la semana durante más de 3 meses, o un tratamiento actual para un TCA.

El programa ProYouth OZ

Aquellos asignados aleatoriamente al grupo ProYouth OZ (sin contactos entre pares) tuvieron acceso al programa de prevención basado en Internet durante 6 semanas. Los anuncios para este grupo se dirigían a adultos jóvenes con alto riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, como aquellos con preocupaciones de peso y forma superiores a lo normal y con síntomas tempranos, pero que no cumplían los criterios de diagnóstico de un TCA.

Los participantes tenían acceso a la supervisión y a la retroalimentación diseñadas para evaluar los síntomas relacionados con los trastornos alimentarios, permitir la detección temprana del aumento de éstos, y proporcionar una intervención mínima mediante el uso de la retroalimentación de apoyo. Los que recibieron seguimiento y retroalimentación también recibieron 6 invitaciones semanales para completar 8 preguntas que evaluaban los aspectos cognitivos y conductuales de la insatisfacción corporal, la preocupación excesiva por el peso y la forma, la mala nutrición/dietas y los atracones con conductas compensatorias. Después de que los participantes respondieran a través de una escala Likert de 4 puntos, recibieron mensajes de retroalimentación generados automáticamente. Los mensajes estaban diseñados para motivar y animar al participante a mantener actitudes y comportamientos alimentarios positivos, para proporcionarle apoyo y para reforzar el cambio positivo. Un ejemplo es "Piensa en tres cualidades positivas que tengas y que los demás valoren".

ProYouth OZ Peers

Los jóvenes adultos asignados al grupo ProYouth OZ Peers también tuvieron acceso durante 6 semanas a los componentes del programa ProYouth OZ, así como al apoyo en línea entre pares. Se les animó a asistir a sesiones de chat semanales de una hora de duración dirigidas por un compañero y un profesional sanitario formado con más de 5 años de experiencia en la moderación de grupos de chat en línea. En este grupo, los adultos fueron dirigidos por un compañero en recuperación, que compartió sus experiencias y oportunidades de aprendizaje. El trabajo del profesional formado era garantizar un entorno seguro para los participantes. Los participantes recibieron directrices específicas, como no compartir sus pesos, y no se discutieron los comportamientos poco saludables. Al principio de cada sesión, se invitó a los participantes a ver un breve vídeo de compañeros, que estaba diseñado para proporcionar mensajes de esperanza, comprensión y sentido de pertenencia. Los vídeos también pueden haber contribuido a reducir el estigma al fomentar el debate sobre las preocupaciones acerca del estigma y la vergüenza (Internet Interv. 2015. 2:351).

Los participantes podían retirarse del estudio sin dar explicaciones enviando un correo electrónico al director del proyecto. Después de que los dos grupos hubieran completado la intervención de 6 semanas y el seguimiento de 3 meses, se siguió el mismo procedimiento descrito para la condición ProYouth OZ sin pares, para los que habían sido asignados al grupo de control de la lista de espera. Los participantes fueron evaluados con cuestionarios de autoevaluación en línea antes y después de la intervención y en los contactos de seguimiento a los 3 y 6 meses de la intervención. La mitad del grupo total declaró que volvería a utilizar el programa y que probablemente lo recomendaría a sus amigos.

Desafíos

Los autores se encontraron con una serie de retos, como problemas de reclutamiento, bajas tasas de adhesión y altas de abandono. La mayoría de los adultos jóvenes, el 51%, que estaban inicialmente interesados, fueron excluidos debido a sus graves síntomas de trastornos alimentarios. Los que respondieron manifestaron una preocupación por el peso y la forma significativamente mayor que los reclutados a partir de estrategias no online. Puede ser que los que buscaron ayuda a través de ProYouth

OZ en línea estuvieran buscando más activamente información y apoyo relacionados con los trastornos alimentarios.

La finalización de la evaluación fue baja: sólo el 30% de los participantes completaron las medidas posteriores a la intervención (el 24% de los grupos de intervención frente al 44% del grupo de control).

Por otra parte, el examen caso por caso de los limitados datos de los resultados sugiere que a menudo hubo una mejora en los que recibieron apoyo de los compañeros (pero no en el grupo de estudio que carecía de apoyo de los compañeros) Los desafíos pueden ser una mezcla de problemas específicos de la investigación (evaluación del seguimiento y no finalización) y problemas relacionados con la aplicación o el efecto del tratamiento (abandono del tratamiento en sí y falta de respuesta) Es necesario seguir trabajando, ya que el potencial de los enfoques que aumentan el alcance del tratamiento es grande.

ACTUALIZACIÓN

Trastornos alimentarios en personas que reciben Medicare

El gasto sanitario de los adultos mayores es importante, incluido el costo de la atención a los trastornos alimentarios, según un estudio reciente de Johns Hopkins School of Health y la Columbia University School of Medicine. El estudio analizó la prevalencia, las características sociodemográficas y clínicas, y el gasto sanitario entre un amplio grupo de afiliados a Medicare (Int J Eat Disord. 2022. Jan 13. doi:10.1002/eat.23676. Publicado en línea antes de la impresión)

Tras analizar los datos de casi 12 millones de afiliados a Medicare, los investigadores descubrieron que el 0.15% tenía TCA, en comparación con los que no tenían un diagnóstico de éste. En un análisis de 2016, una mayor cantidad de personas con TCA eran mujeres que los hombres (73.8% frente al 54.3%, respectivamente), menores de 65 años (41.6% frente al 15.5%, respectivamente), y eran doblemente elegibles para Medicaid por discapacidad o bajos ingresos (48.0% frente al 19.6%, respectivamente)

En el análisis más reciente, la Dra. Rachel Presskreischer y sus colegas informaron de que los estadounidenses de edad avanzada con TCA también tenían tasas más altas de afecciones comórbidas que los que no tenían trastornos alimentarios, especialmente arritmias cardíacas (35.3% frente a 19.9%, respectivamente), artritis (40.1% frente a 25.6%, respectivamente) y afecciones tiroideas (32.2% frente a 19.4%, respectivamente) En general, el gasto fue más de tres veces mayor para los afiliados a Medicare con TCA en comparación con los que no tenían diagnósticos de éstos: 29.456 dólares frente a 7.418 dólares, respectivamente.

Desde El Otro Lado Del Escritorio: Algunas ventajas del uso de Internet para los TCA y el trato con un paciente desafiante

Algunos programas de trastornos alimentarios han recurrido a la tecnología para llevar el tratamiento a pacientes que de otro modo estarían fuera de su alcance. Algunas de las barreras que impiden a los pacientes buscar tratamiento son el estigma, la falta de transporte, el costo y la geografía.

Hoy en día, los investigadores buscan formas de llegar a las personas con síntomas de trastornos alimentarios, incluyendo el uso de Internet. De este modo, es posible evitar una serie de obstáculos que impiden a las personas buscar ayuda por medios tradicionales. Los programas de prevención basados en

Internet para los trastornos alimentarios son prometedores, según un estudio reciente reportado por la Dra. Kathina Ali e investigadores.

Los programas basados en Internet ayudan a los médicos como la Dra. Kathina Ali y sus colegas a superar estas barreras. La pandemia de COVID solo ha acelerado este esfuerzo. El estigma y la vergüenza, la falta de motivación para el cambio, la falta de ánimo por parte de los demás, y las barreras prácticas del coste y la falta de transporte son sólo algunas de las razones de fondo para que duden en buscar ayuda. La Dra. Ali y sus colegas (véase "Uso de Internet para llegar a las personas con riesgo de padecer trastornos alimentarios" en otro apartado de este número) recurrieron a Internet para intentar derribar algunas de estas barreras.

Otro grupo ha recurrido a las aulas en un esfuerzo por mejorar o reducir la preocupación por la imagen corporal entre los adolescentes (véase "Los efectos de las clases en la escuela sobre la imagen corporal") ¿Podrían los programas educativos basados en la comunidad ayudar a mejorar los factores de riesgo? Un grupo británico informó de los efectos positivos del uso de un programa basado en la escuela: la mejora en los niños dura al menos 6 meses, el más largo de todas las intervenciones anteriores sobre la imagen corporal dirigidas por los profesores. Llegaron a la conclusión de que cambiar las intervenciones a programas comunitarios y escolares como el suyo podría ayudar a mejorar la imagen corporal de los adolescentes.

Por último, también en este número, vea un ensayo personal sobre cómo afrontar retos inesperados en medio del tratamiento de problemas emocionales complejos. El Dr. Roy Ehrlichman comparte sus experiencias en un ensayo llamado acertadamente "Sentirse Estancado," en el que describe cómo se enfrentó a los complejos problemas que surgieron con un paciente de larga duración.

— MKS

Hacia Una Mejor Definición Del Síndrome De Alimentación Nocturna

Un estudio recomienda estudiar la alimentación nocturna como un trastorno independiente.

El síndrome de alimentación nocturna, o NES, fue descrito por primera vez por Mickey Stunkard en 1955 (antes incluso de la descripción del BED) y sigue siendo definido y debatido. La definición más reciente fue publicada en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Las mejores definiciones de NES han sido poco claras, por lo que para definir las mejor el DSM-5 propone una serie de criterios. Estos son: (1) hiperfagia nocturna, o comer el 25% o más del total de calorías diarias después de la cena, y/o un promedio de dos ingestas nocturnas, de media, a la semana; (2) conciencia de los propios comportamientos alimentarios; y (3) al menos 3 de los siguientes criterios: (a) la anorexia matutina, (b) el deseo de comer entre la cena y el irse a dormir (c) el insomnio antes de dormirse, (d) la creencia de que se necesita comer para conciliar el sueño; (e) estado de ánimo deprimido o disminución del estado de ánimo por la tarde y la noche; (f) angustia o deterioro del funcionamiento; (g) 3 meses o más en estas condiciones; y (h) condiciones no secundarias a ninguna condición médica.

Para definir mejor NES, la Dra. Jasmine J. Kaur y sus colegas en la University of Melbourne, Australia, recientemente diseñaron una revisión sistemática de la literatura de pacientes con NES, obesidad y TA (Front Psychol. 2022. 12:766827.doi: [10.3389/fpsyg.2021.766827](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.766827), publicado en línea antes de

imprimir).

NES y TA

A diferencia de otros TCA, el NES no depende del índice de masa corporal (IMC, kg/m²) y se produce en una amplia variedad de pesos corporales. Sin embargo, se encuentra con mayor frecuencia en personas obesas, y es un factor de riesgo para la obesidad de inicio temprano. El NES también está relacionado con mayores tasas de depresión y menor autoestima. NES parece ser bastante común. Las tasas oscilan entre el 3% y el 15% en la mayoría de los estudios.

Un problema en la literatura se centra en la clasificación de NES como un trastorno alimentario o como un trastorno del sueño (Expert Rev Endocrinol Metab. 2019. 14: 351). Esto es especialmente controvertido debido a la superposición de los síntomas de NES con los síntomas del trastorno alimentario relacionado con el sueño (SRED)

Los pacientes con NES y SRED presentan atracones nocturnos, un aumento de peso y trastornos del sueño. Además, ambas afecciones son altamente prevalentes entre las mujeres y a menudo son comórbidas con depresión. Algunos argumentan que estas similitudes en los síntomas pueden indicar que los dos trastornos son realmente un trastorno previamente estudiado a través de dos lentes diferentes en la literatura.

La única diferencia clave entre SRED y NES que los autores encontraron en su búsqueda bibliográfica fue el grado de conciencia que los individuos tenían durante los episodios de alimentación nocturna. Mientras que los pacientes con NES son plenamente conscientes de su(s) episodio(s) de ingesta nocturna, los pacientes con SRED sólo tienen una conciencia parcial o nula de su(s) episodio(s) de ingesta nocturna. Apoyando esta afirmación, investigadores como Latzer y Tzischinsky (2012) creen que la NES debe considerarse un trastorno alimentario debido a la presencia de características psicopatológicas relacionadas con la alimentación desordenada (como los atracones y la alimentación emocional) Sin embargo, los autores señalan que las diferencias entre NES y SRED siguen siendo poco investigadas.

Comer de noche y el trastorno por atracón

Los estudios que evaluaron el NES y el TA mostraron que los dos trastornos se diferenciaban por la forma en que los pacientes se involucraban en la alimentación emocional. Los pacientes con TA tendían a comer emocionalmente con más frecuencia que los pacientes con NES. Esto era una respuesta a las emociones negativas, a las situaciones de estrés y a la pérdida de control sobre la comida. Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que, aunque las conductas observables entre TA y NES pueden coincidir, es probable que las dos condiciones tengan motivaciones subyacentes distintas para comer o alimentarse de manera desordenada. En el caso de los pacientes con TA, estas motivaciones pueden ser diferentes debido a los niveles más altos de emociones y a la pérdida de control de la alimentación.

En comparación, los pacientes con NES tienden a "picar" en momentos anormales (es decir, después de la cena); sin embargo, demuestran un mayor control sobre sus comportamientos alimenticios anormales que los pacientes con TA. Tal vez la razón por la que los comedores nocturnos se dedican a picar por la noche radique en la vergüenza que les produce ceder a la tentación de comer compulsivamente y en el miedo a ser sorprendidos comiendo compulsivamente durante el día. Sin embargo, hay pocos estudios que exploren las motivaciones que están detrás de las conductas alimentarias nocturnas en los pacientes con NES, una cuestión clave que debe explorarse en futuros estudios. También se ha demostrado otra diferencia clave entre los dos trastornos. (Surg Obes Relat Dis. 2019. 15:1374) Los autores descubrieron que los síntomas depresivos mediaban por completo la relación entre TA y la inseguridad alimentaria, pero sólo lo hacían parcialmente en la relación entre NES y la inseguridad alimentaria.

La Dra. Kaur y sus colegas han encontrado apoyo para la noción de que NES es altamente prevalente en aquellos que sufren de obesidad y TA, y entre aquellos que se someten a la cirugía bariátrica. Sin

embargo, en la mayoría de los casos, las personas con NES no son conscientes de su condición, y los profesionales de la salud están distraídos con las condiciones comórbidas. Por lo tanto, las personas con NES a menudo no reciben una atención de salud mental adecuada, lo que se ve agravado por la escasez de investigaciones sobre las modalidades de tratamiento para ellos. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben ser conscientes del NES y de su alta prevalencia en las poblaciones relevantes. Además, según los autores, los profesionales de la salud deben estar capacitados para evaluar a los pacientes para NES mediante el uso de herramientas de detección validadas como el Night Eating Questionnaire (Eat Behav. 2008. 9:62).

Para guiar la toma de decisiones clínicas, los autores recomiendan que los investigadores consideren una gama más amplia de síntomas para los pacientes con NES. Además, sugieren que NES y TA se consideren como dos TCA distintivos a pesar de la alta tasa de comorbilidad. Por lo tanto, los profesionales de la salud mental deben incluir las características fundamentales tanto de los pacientes con NES como con TA en el tratamiento, para proporcionar la atención más individualizada y adecuada a estos pacientes.

Los autores llegaron a tres conclusiones generales.

Los autores llegaron a varias conclusiones y señalaron diversos puntos débiles de su estudio. En primer lugar, escriben: "Dado que el DSM-5 se rige por el pensamiento occidental y la mayoría de los estudios incluidos se realizaron en estos países, los resultados pueden no ser generalizables a los países no occidentales". Los antecedentes sociales y culturales se consideran factores importantes que contribuyen al desarrollo de las TCA. Teniendo en cuenta esto, dichos factores diferirían significativamente en los países no occidentales, y la investigación futura debería centrarse en la identificación de la presentación clínica de la NES entre los individuos de una gama de diferentes orígenes culturales y étnicos.

En segundo lugar, los autores no se centraron en la búsqueda de pruebas para resolver el debate en torno a cómo debe clasificarse el NES en el DSM-5 -como un trastorno del sueño- o si debe clasificarse como un TCA independiente. Según los autores, los estudios futuros se beneficiarían de encontrar respuestas a estas cuestiones cruciales.

Además, todos los estudios incluidos en esta revisión fueron transversales; por lo tanto, no se pudo determinar la causalidad y la dirección de la relación de los síntomas y las comorbilidades evaluadas. Por lo tanto, se considera necesaria la realización de estudios de replicación utilizando diferentes métodos de recolección de datos, incluidos diseños experimentales longitudinales y más rigurosos.

En tercer lugar, la mayoría de los estudios incluidos en la revisión examinaron principalmente a pacientes mujeres con NES (que oscilaron entre el 65% y el 100% de las muestras) Sin embargo, dado que la NES es igualmente común en hombres y mujeres, y que se han sugerido diferencias en la presentación clínica entre estos dos géneros, se necesita investigación futura que utilice una muestra de género diverso para llegar a hallazgos generalizables.

A diferencia de la mayoría de los estudios que emparejan el NES con el TA, estos autores descubrieron que el TA puede diferenciarse del NES por la mayor incidencia de la alimentación emocional, las preocupaciones relacionadas con el cuerpo y los episodios alimentarios anormales entre los que padecen TA.

Parece razonable concluir que se necesita más trabajo para definir mejor estas preguntas. Sin embargo, llama la atención la frecuencia con la que se declaran síntomas de NES.

Ejercicio Compulsivo Y Dismorfia Muscular

Un estudio en curso espera apuntar a mejores pautas

para el tratamiento.

En el pasado, a muchas personas con trastornos alimentarios se les aconsejaba evitar el ejercicio. Este enfoque de abstinencia podría verse como análogo al enfoque común utilizado en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias. Recientemente parece haber más interés en incluir la actividad física y el ejercicio saludable como una parte normal del tratamiento del TCA. El Dr. Jordan Andre Martenstyn, de la University of Sydney y sus colegas están llevando a cabo una revisión sistémica de esto. El ejercicio compulsivo se refiere generalmente a un impulso rígido de hacer ejercicio, combinado con la percepción de que uno es incapaz de dejar de hacerlo a pesar de conocer sus riesgos. Entre los pacientes con trastornos alimentarios, el riesgo de ejercicio compulsivo oscila entre el 17% y el 85% en los adolescentes y entre el 32% y el 80% en los adultos (Compr Psychiatry. 2008. 49:346). El ejercicio no saludable es también una característica central de la dismorfia muscular, una condición en la que una persona tiene un miedo intenso a no ser lo suficientemente grande o a no ser más musculoso que la persona promedio. Los fisicoculturistas lo llaman bigorexia.

Para las personas con trastornos alimentarios, el ejercicio no saludable puede conducir a un peor pronóstico, una menor calidad de vida, hospitalizaciones más largas, mayor riesgo de comportamiento suicida y mayor riesgo de recaída (Psychol Med. 2004. 34:671) A pesar del mal pronóstico, señalan los autores, no existe una definición clara de "ejercicio excesivo" unido a un TCA.

Se necesitan pautas para el ejercicio seguro.

Se necesita con urgencia información sobre muchas cuestiones. La práctica actual aboga por introducir el ejercicio seguro en un programa de tratamiento de TCA cuando sea apropiado (J Eat Disord.2018. 6:34) Aunque muchos estudios han delineado intervenciones de tratamiento para el ejercicio compulsivo entre los pacientes con trastornos alimentarios, los autores señalan que ninguna revisión sistemática lo ha resumido aún, por lo que se necesitan urgentemente directrices. La revisión de los autores incluye estudios con muestras de adolescentes, definidos como mayores de 10 años y/o participantes adultos de ambos sexos diagnosticados con un TCA o dismorfia muscular.

Otro objetivo del estudio es observar los cambios en el ejercicio compulsivo desde antes hasta después de la intervención. Los autores incluyeron solo estudios que miden el ejercicio compulsivo mediante pruebas estandarizadas, como el Compulsive Exercise Test (Eur Eat Disord Rev. 2011. 19:256), el Exercise Addiction Inventory (Br J Sports Med. 2005. 39:e30) o el Obligatory Exercise Questionnaire (Eat Disord. 1999. 7:219). Además, incluso las mejores definiciones de ejercicio no saludable, así como la relación entre el ejercicio compulsivo y la dismorfia corporal, siguen siendo poco claras. Los autores esperan que la revisión arroje luz sobre estas cuestiones relativas al ejercicio compulsivo en los trastornos alimentarios y la dismorfia muscular.

Diferencias de sexo en el tratamiento de los trastornos alimentarios

Una recomendación para establecer pautas individualizadas para pacientes masculinos

Los hombres reciben tratamiento para un TCA con más frecuencia que en el pasado. ¿En qué medida (si es que hay alguna) deben diferir los enfoques de tratamiento para los hombres y las mujeres? Dr. Jason M. Nagata de la University of California, San Francisco, y sus colegas concluyeron que existen (y probablemente deberían) algunas diferencias (Int J Eat Disord. 2021. doi: 10.1002/eat.23660. Publicado en línea antes de la impresión).

En este estudio, se revisaron los registros de 601 personas de 9 a 25 años que recibían tratamiento hospitalario por trastornos alimentarios. Los autores trataron de determinar las diferencias de sexo en los resultados de la realimentación (es decir, la rehabilitación nutricional a corto plazo) entre los adolescentes y adultos jóvenes hospitalizados con trastornos alimentarios. La atención se centró en los factores nutricionales y relacionados con el aumento de peso.



Los hombres tenían unas necesidades energéticas estimadas más altas que las mujeres.

Se incluyó en el estudio un grupo final de 588 adolescentes y adultos jóvenes (19% hombres).

Mayores necesidades energéticas, estancias hospitalarias más largas

Los resultados mostraron que los hombres tenían mayores requerimientos energéticos estimados que las mujeres (3694 vs. 2925 kcal, respectivamente) A los hombres y a las mujeres se les prescribieron cantidades similares de alimentos al ingreso (alrededor de 2.000 kcal), pero al alta los hombres recibieron unas 800 kcal más que las mujeres. La duración de la estancia hospitalaria también fue mayor para los hombres que para las mujeres (11 días frente a 9.4 días, respectivamente), lo que podría considerarse relativamente corto, pero es importante recordar que se trataba de un tratamiento hospitalario centrado en el manejo médico y la realimentación.

En las comparaciones no ajustadas, no hubo diferencias significativas por sexo en las kcal prescritas por día al ingreso entre los hombres y las mujeres (2013 kcal frente a 1980 kcal, respectivamente; $p = 0,188$). Sin embargo, los hombres también tenían mayores requerimientos técnicos estimados (EER, kcal) que las mujeres: (3694 kcal frente a 2925 kcal, respectivamente; $p < .001$). En los modelos de regresión lineal que ajustan los posibles factores de confusión, el sexo masculino se asoció con un mayor número de kcal prescritas al momento del alta ($B = 835$ kcal; $p < 0,001$), un mayor cambio de peso ($B = 0,47$ kg; $p = 0,021$) y una mayor duración de la estancia ($B = 1,94$ días; $p = 0,001$) que las mujeres. Mayor edad, menor peso al ingreso, menores kcal prescritas al ingreso, mayor EER y menor frecuencia cardíaca al ingreso fueron factores asociados a estancias más largas cuando se revisaron en un modelo de regresión lineal.

Estos son resultados valiosos. Los autores recomiendan adoptar un enfoque individualizado para los hombres con trastornos alimentarios. Los autores señalan correctamente que las directrices existentes no suelen ser específicas para cada sexo, pero los resultados de este estudio sugieren que, al menos en lo que se refiere a la realimentación, deberían serlo.

Los Efectos De Las Clases Escolares En La Imagen Corporal

Un programa de base comunitaria dio buenos resultados.

La insatisfacción corporal afecta a entre el 25% y el 61% de los adolescentes, y puede conducir a una mala salud física y mental, incluyendo, por supuesto, una alimentación desordenada. La insatisfacción corporal es un factor de riesgo claramente identificable para los trastornos alimentarios y predice prospectivamente la depresión, la baja autoestima, las prácticas de control de peso poco saludables, las autolesiones, el tabaquismo y el consumo de alcohol de alto riesgo (Int J Eat Disord. 2018.5:1168). ¿Podrían los programas educativos basados en la comunidad ayudar a mejorar los factores de riesgo?

Sí, según los resultados de un reciente estudio de control aleatorio realizado por Phillippa C. Diedrichs, PhD, University of the West of England, Bristol, UK, y colegas. Los investigadores mostraron una serie de beneficios positivos del uso de un programa de intervención basado en la escuela para mejorar la imagen corporal entre los adolescentes. (J Adolesc Health. 2021. 68:331). El estudio de control aleatorio de los autores, de 36 meses de duración, se basó en el modelo del programa Dove Confident Me 5-Workshop Series for Body Confidence. Las sesiones interactivas de 45 minutos de los autores también se basaron en un programa existente, "Happy Being Me" (Body Image. 2013. 19:126). Es importante destacar que la intervención fue proporcionada en el aula por los profesores, lo que presumiblemente aumenta en gran medida la funcionalidad de la intervención en el mundo real.

El programa de los autores incluía un grupo de intervención de 848 chicos y chicas y un grupo de control de 647 estudiantes que recibieron las lecciones de clase como de costumbre. Los estudiantes en el estudio tenían entre 11 y 13 años y asistían a 6 escuelas secundarias en el sur de Inglaterra. Los estudiantes en el grupo de intervención tuvieron un total de 225 minutos de tiempo de clase, donde vieron videos, participaron en ejercicios y vieron la creación de imágenes de redes sociales y mensajes dirigidos a la imagen corporal. La proporción entre profesores y alumnos solía ser de 1 a 20. La quinta y última lección consistió en un proyecto grupal de "tomar acción" para defender la confianza en el cuerpo en sus escuelas y comunidades. El seguimiento se realizó en 7 puntos: al inicio, después de la intervención y a los 2, 6, 12, 24 y 36 meses.

El resultado primario fue la mejoría en la imagen corporal (estima corporal) En segundo lugar, los investigadores analizaron los riesgos para la imagen corporal (internalización de los ideales de apariencia, presión sociocultural y burlas y conversaciones relacionadas con la apariencia) Los resultados terciarios incluían el bienestar psicosocial, incluyendo el afecto negativo, la autoestima, la restricción alimentaria y el compromiso con la vida. Los autores señalaron que los profesores sólo recibieron 2 horas de formación (no obstante, la fidelidad a la intervención fue fuerte, en torno al 75%) y los estudiantes eran, en general, más jóvenes que en el punto de partida que los de intervenciones escolares comparables.

Mejoras en el grupo de intervención

En comparación con los miembros del grupo de control, los estudiantes en el grupo de intervención mostraron una mejoría en la estima corporal y en las burlas relacionadas con la apariencia en los seguimientos de 6 y 12 meses. estar contentos con el programa. El resultado primario de la imagen corporal y los resultados secundarios de autoestima y burlas (entre las niñas) fueron prometedores, y los estudiantes informaron estar contentos con el programa. En dos escuelas, los niveles de retención disminuyeron en el seguimiento de 24 y 36 meses: esas escuelas optaron por no ceder tiempo escolar para la investigación y abandonaron el programa. Otro motivo señalado para abandonar el programa fue el conflicto con otras actividades escolares. Sin embargo, parece probable que cualquier tipo de intervención en la escuela se enfrente a desafíos, y destacan los retos del seguimiento después de la investigación más que el impacto del programa.

Los autores señalan que la intervención mostró una mejora en la imagen corporal de las chicas y los chicos que duró hasta 6 meses, la más larga de todas las intervenciones anteriores sobre imagen corporal dirigidas por profesores. Llegaron a la conclusión de que cambiar las intervenciones a programas comunitarios y escolares como el suyo podría ayudar a mejorar la imagen corporal de los adolescentes. Las claras fortalezas prácticas de este enfoque son la modesta dosis de intervención y el hecho de que fue útil cuando se administró en un entorno del mundo real por personas con capacitación específica limitada.

Preguntas Y Respuestas

Evaluación de los cambios rápidos de los síntomas después de la TCC

P. Espero que pueda ayudarnos con una pregunta. Un paciente de 30 años con bulimia respondió muy rápidamente a la terapia cognitivo-conductual (TCC), pero con el tiempo empezamos a notar un aumento de sus síntomas. Siempre he considerado que una buena respuesta temprana es un indicador de un buen resultado a largo plazo, así que esto me tomó por sorpresa. ¿Qué pudo haber causado esto? (L.G., Dayton, Ohio)

R. Puede haber más complicaciones a tener en cuenta con la respuesta temprana durante el tratamiento. Aunque la TCC para la BN puede ser una herramienta muy eficaz para las personas con una alimentación muy irregular cuando se les atiende por primera vez, podría conducir a peores resultados a largo plazo para aquellos que no utilizan una restricción dietética significativa entre los episodios de atracones/compensación, según un estudio de la Drexel University, Philadelphia (Eat Weight Disord. 2022. doi: 10.1007/s40519-021-0138-5. Publicado en línea antes de la impresión) Este estudio analizó los patrones de respuesta en 56 personas con BN en detalle más sofisticado, no simplemente una respuesta fuerte de sí o no al tratamiento temprano. En particular, se consideraron los atracones, las conductas compensatorias y la alimentación regular.

Los autores de Filadelfia descubrieron que una clasificación más matizada de los patrones de respuesta de los resultados proporcionaba una mejor predicción. La remisión a los seis meses de seguimiento fue significativamente menos común entre los pacientes con la clase de disminución de atracones de nivel medio en comparación con otras clases.

Llegaron a la conclusión de que identificar la trayectoria de cambio de un paciente podría ayudar a desarrollar intervenciones personalizadas para mejorar los resultados a largo plazo. Y, aunque es tentador predecir que los cambios rápidos y aparentemente positivos en las conductas de trastornos alimentarios son una señal de que el tratamiento siempre conducirá a una mejora a largo plazo de los individuos con BN que están siendo tratados con TCC, esta mejora temprana puede desaparecer.

Los resultados del estudio sugieren la necesidad de enfoques más individualizados basados en una consideración más detallada de la respuesta al tratamiento. ¿Mejorará el tratamiento personalizado los resultados a largo plazo? El tiempo lo dirá, pero este caso es un recordatorio de que los enfoques de tratamiento personalizados deben ser evaluados entre los individuos con riesgo de peores resultados a largo plazo.

— SC

Reimpreso para: ***Eating disorders Review***

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com