
Eating Disorders Review

Enero/Febrero 2022

Volumen 34, Número 1

Scott Crow, Editor en Jefe

Una nueva forma de ver la anorexia nervosa

Los nuevos enfoques globales buscan causas neurobiológicas

La anorexia nervosa sigue teniendo una de las tasas de mortalidad más elevadas entre los trastornos psiquiátricos, hasta un 4% entre las mujeres y un 1.3% entre los hombres. (*Curr Opin Psychiatry*. 2021. 34:515). Es probable que los trastornos alimentarios estén infrarreportados e infratratados, especialmente en los hombres, lo que puede sesgar las estadísticas y llevar a subestimar la mortalidad. Otro problema es que las tasas de mortalidad por AN suelen calcularse sobre la base de los individuos en tratamiento, lo que probablemente produzca el mismo efecto.

La recaída es frecuente y no se ha encontrado un tratamiento ideal. Dos estudios de seguimiento a largo plazo de 22 y 30 años (*J Clin Psychiatry*. 2017. 78:184; *Br J Psychiatry*. 2020. 216:97) han revelado algunos resultados positivos, aunque 1 de cada 5 pacientes todavía tenía enfermedad crónica después de 22 años. Y, en el seguimiento de 30 años, sólo el 64% de los pacientes se había recuperado totalmente de la AN. No hubo muertes, y aunque algunos individuos habían estado libres de un trastorno alimentario durante 10 o 20 años, se produjeron recaídas tardías.

Un nuevo enfoque de la AN y otros trastornos alimentarios utilizará la identificación de genes sospechosos y la biología del intestino para resolver algunos de los retos que plantean el diagnóstico y el tratamiento de la AN.

Grupos internacionales persiguen una causa genética para la AN

La Dra. Cynthia M. Bulik, directora fundadora del University of North Carolina Center for Excellence for Eating Disorders, Chapel Hill, NC, y sus colegas están trabajando para analizar la genética y la microbiota intestinal de pacientes con anorexia nervosa (*Nat. Neurosci*. 2022. 25:543; *Psychiatry Clin Neurosci*. 2019. 73:518). Están explorando posibles vías biológicas para el desarrollo y el resultado de la AN. Se espera que los estudios estimulen el desarrollo de fármacos dirigidos a la biología básica de la AN, así como a la de los pacientes con bulimia nerviosa (BN) y del trastorno por atracón (TA). Evaluar la compleja microbiota del intestino (microbiota intestinal) subyacente a los mecanismos biológicos puede aportar nuevos conocimientos sobre la desregulación extrema del peso y nuevos "puntos de entrada para el tratamiento de la AN," según los autores.

El Eating Disorders Genetics Initiative, o EDGI, es un estudio de investigación global en curso sobre la genética de los trastornos alimentarios. La iniciativa es actualmente el mayor estudio de investigación sobre las causas genéticas y del entorno de los trastornos alimentarios. El objetivo es identificar cientos de genes que influyen en el riesgo de desarrollar AN, BN y TA. (sitio web: edgi@unc.edu)

Duración de la enfermedad y edad como factores de predicción de los resultados

Mientras tanto, prosigue una valiosa labor de investigación más tradicional. El Dr. Adrian Meule y sus

colegas de varios hospitales alemanes están comparando la duración de la enfermedad y la edad como factores predictivos del resultado del tratamiento a corto plazo. Reclutaron a 902 mujeres hospitalizadas de 12 a 73 años con AN para el estudio. (*Eat Disord.* 2022. Sept 30; 1-11. Publicado en línea antes de la impresión). Los pacientes que tuvieron AN durante períodos más prolongados ganaron menos peso, tuvieron mejoras menores en el funcionamiento global y disminuciones menores en los síntomas de trastornos alimentarios autoevaluados. Sin embargo, la duración de la enfermedad se correlacionó casi perfectamente con la edad de los pacientes. Los resultados sugieren que padecer AN durante un período más prolongado se relaciona efectivamente con un peor resultado del tratamiento a corto plazo en pacientes hospitalizados con esta enfermedad.

Los hallazgos de los autores apoyan además que la supresión de peso es un sólido indicador del aumento de peso además de -y en interacción con- el peso corporal actual. Dado que la supresión de peso puede evaluarse fácilmente en el momento del ingreso, los autores sugieren que esta supresión podría ayudar a anticipar el curso del tratamiento y el resultado en pacientes con AN. (*J Psychosom Res.* 2022. doi: 10.1016/j.jpsychores.2022.110924).

Estos hallazgos son importantes para la forma en que pensamos acerca de la "AN severa y duradera." Los esfuerzos por relacionar la duración con el resultado han sido desiguales, pero en este amplio estudio se observó cierta relación entre la duración de la enfermedad y un peor resultado.

Actualización: La Ley 21st Century CURES

Todo comenzó cuando los senadores estadounidenses Amy Klobuchar (D-MN), Shelley Moore Capito (R-WV), Tammy Baldwin (D-WI), y Thorn Tillis (R-NC) introdujeron una legislación bipartidista que autoriza el establecimiento de un Centro para la Excelencia en Trastornos de la Conducta Alimentaria. El Centro se diseñó para ofrecer formación y otro tipo de asistencia técnica al personal sanitario, profesores, padres y otras personas sobre cómo identificar los trastornos alimentarios y apoyar a los pacientes en proceso de recuperación. Como resultado, en 2018 se fundó el Centro Nacional para la Excelencia en Trastornos Alimentarios, dirigido por la Dra. Christine Peat, tras esfuerzos adicionales de las senadoras Klobuchar, Capito y Baldwin.

La Ley Anna Westin Legacy Act se promulgó como parte de la Ley 21st Century CURES Act. La Ley Anna Westin Legacy, establecida en febrero de 2022, autoriza la financiación del Centro en 5 millones de dólares para cada año fiscal desde 2023 hasta el año fiscal 2027. El acto honra a Anna Westin, de Chaska, MN.

Los fondos se destinarán a adaptar la detección, la intervención breve y la derivación a tratamiento de los pacientes pediátricos. Así se ampliarán los módulos de formación presencial y en línea sobre trastornos alimentarios.

El objetivo es llegar a los profesionales de primera línea y prevé la consulta con el Departamento de Defensa y el Departamento de Asuntos de los Veteranos, para prevenir, identificar y tratar los TCA de los veteranos y los miembros del servicio militar, e integrar la detección, la intervención breve y el tratamiento mediante sistemas de historiales médicos electrónicos.

En una acción más reciente, las tres senadoras recurrieron a las redes sociales en octubre. Las senadoras Klobuchar, Capito y Baldwin enviaron una carta a Facebook (ahora Meta), propietaria de Instagram, en la que expresaban su preocupación por el hecho de que la información del sitio web de la empresa fomente los trastornos alimentarios entre los jóvenes seguidores, en particular adolescentes y niñas. En septiembre, la vicepresidenta de Seguridad Global de Facebook, Antigone Davis, admitió que la empresa conocía los hallazgos, pero no tomó medidas inmediatas para ayudar a proteger a los adolescentes de

este tipo de mensajes.

Del otro lado del escritorio

La anorexia nervosa tiene una larga historia. Su origen se remonta al ayuno religioso de la época helenística y, al parecer, afectó a Catalina de Siena en el siglo XIII y a María, Reina de Escocia, a mediados del siglo XV. Aunque se atribuye a Richard Morton la descripción de la AN en 1689, fue Sir William Gull, uno de los médicos personales de la reina Victoria, quien publicó un artículo sobre la AN en 1873, con una serie de descripciones de casos y tratamientos. En el mismo año, el médico francés Ernest-Charles Lasaigne publicó su artículo sobre AN, *De l'Anorexie Hystérique*.

Hoy en día, la investigación sobre la AN se dirige a las posibilidades genéticas, y sus rastros al microbioma humano. Según los Institutos Nacionales de la Salud, estos análisis revelan que cada individuo tiene su propia microbiota que desempeña un papel en la salud y la enfermedad (véase "Una nueva forma de ver la anorexia nervosa," en otra parte de este número).

Y, también en este número, un programa piloto con terapia multifamiliar para la bulimia nervosa está dando resultados positivos. Esta terapia es menos intensa que la terapia multifamiliar para la AN, y también reduce la sensación de aislamiento del paciente. Los efectos del aislamiento durante el "confinamiento" del COVID empeoraron los síntomas de los trastornos alimentarios, como han demostrado muchos estudios recientes. Este número incluye dos de los muchos estudios de este tipo, entre ellos uno en el que el aislamiento hacía a algunas personas más vulnerables a la violencia de pareja (véase "La soledad, el aislamiento social y su relación con la violencia de pareja").

El Año Nuevo nos recuerda los prometedores avances que se están produciendo en la investigación de los trastornos alimentarios para combatir estos antiguos desórdenes

—MKS

El confinamiento por COVID-19 y los síntomas del trastorno alimentario

Dos estudios mostraron los efectos del aislamiento

A medida que ha ido avanzando la pandemia de COVID-19, han prosperado las investigaciones sobre sus efectos en los trastornos alimentarios, y ahora es posible revisar algunos efectos del confinamiento. ¿Empeoró el confinamiento de la pandemia los síntomas de los trastornos alimentarios entre quienes los padecen? Sí, según los resultados de dos estudios recientes.

Los síntomas empeoraron durante el confinamiento

Un equipo de investigadores australianos dirigido por el Dr. Yunqi Gao de la Australian National University, Acton, Australia, informó que los síntomas del trastorno alimentario empeoraron durante el período de aislamiento (*J Public Health*. 2022. [Doi.org/10.1007/s10389-022-01704-4](https://doi.org/10.1007/s10389-022-01704-4)). El equipo concluyó esto después de evaluar 132 estudios de Gran Bretaña, Italia, España, Bélgica y Portugal.

Según los autores, el confinamiento por la pandemia alteró las rutinas del estilo de vida y provocó aislamiento social, menor acceso a las redes de apoyo habituales, acceso limitado o nulo a los servicios sanitarios y de salud mental, y ansiedad social. El aislamiento provocó un empeoramiento de los síntomas, así como depresión y ansiedad entre los pacientes con TCA. El aislamiento social incluía trabajar desde casa o estar desempleado durante el periodo de confinamiento, así como interacciones

limitadas con amigos y familiares.

Un problema importante para las personas con trastornos alimentarios era la reducción del tratamiento en persona. Como señalan los autores, aunque los pacientes podían recibir tratamiento en línea a través de la teleterapia y la videoconferencia, estos enfoques no podían sustituir al apoyo tradicional que obtenían de las visitas en consulta. Además, durante la pandemia, algunos centros psiquiátricos se redujeron, se cerraron o se convirtieron en centros de tratamiento para pacientes con COVID.

El confinamiento alteró las condiciones de vida normales, provocando aislamiento social y soledad, dificultades económicas y patrones alimentarios poco saludables. Los autores informaron de que la mayoría de los estudios mostraban un impacto de moderado a extremo en las personas con TCA, y que muchos pacientes tenían dificultades para obtener servicios sanitarios, incluida la atención mental.

Una de las limitaciones del estudio fue que todos los informes evaluados por el Dr. Gao y sus colaboradores se realizaron en Europa, por lo que los resultados pueden no ser generalizables o aplicables a otros entornos geográficos, donde la normativa puede ser diferente o incluso no existir.

Un segundo estudio: las consultas se triplican

En una "Letter to the Editor" del Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (March 2022), los doctores Jake Reed y Katherine Ort proporcionan un valioso ejemplo del mundo real del aumento de las demandas de servicio durante las primeras etapas de la pandemia. Informaron un aumento de tres veces en el número de consultas por trastornos alimentarios restrictivos, de 5 a 15, en el servicio de enlace de consulta de psiquiatría infantil y adolescente en su hospital durante un período de 6 meses. Estos pacientes tenían entre 5 y 18 años y la mayoría tenía diagnósticos de AN.

Los autores sugieren varios factores que contribuyen a ello, como la transición de sus métodos de prestación de asistencia sanitaria a la telesalud, el mayor conocimiento de los síntomas del TCA por parte de los padres y la mayor necesidad de supervisión de los niños en casa.

Hacia una mejor definición de la adicción a la comida

La única herramienta disponible actualmente es la Escala de Adicción a la Comida

¿La adicción a la comida, o FA, a menudo definida formalmente como un trastorno por consumo de sustancias, está realmente relacionada con un trastorno alimentario, especialmente con el trastorno por atracón, o TA? La Dra. Ester di Giacomo de la University of Milan, Milan, Italy y sus colegas intentaron recientemente responder a esta pregunta con una revisión y un meta-análisis. Analizaron si la adicción a la comida se presenta con un trastorno alimentario específico o como una entidad separada, o si es comórbida con trastornos alimentarios u otras afecciones como la obesidad, y si la FA existe en la población general. (*Eat Weight Disord.*2022. 27:1963).

"Adicción a la comida" es un término acuñado para demostrar un comportamiento que se asemeja al del trastorno por consumo de sustancias. La definición de trastorno por abuso de sustancias incluye un fuerte impulso a consumir, que empeora con la abstinencia, seguido de la incapacidad para limitar el consumo (en este caso, de alimentos) a pesar de ser consciente de los efectos secundarios. Una persona con FA come a pesar de sentirse saciada, tiene antojos sin hambre y tiene sentimientos de culpa o vergüenza poco después de ingerir cantidades excesivas de comida. Como señalan los autores, muchos estudios neurobioquímicos y neurogenéticos han demostrado que los mecanismos típicos de la FA son cruciales en la nutrición problemática. Se han identificado similitudes genéticas entre comer en exceso y la adicción a sustancias como variantes en los genes que codifican el receptor D2 de la dopamina.

La adicción a la comida aún no está categorizada en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, o DSM, pero comparte muchos criterios coincidentes con el Trastorno por Consumo de Sustancias del *DSM-5*, entre los que se incluyen una sustancia consumida en cantidades mayores y durante un periodo más largo de lo esperado, un deseo persistente o repetidos intentos fallidos de dejar de consumir en exceso la sustancia, una gran cantidad de tiempo empleado en obtener, consumir o deshacerse de una sustancia, y síntomas de abstinencia, entre otros.

Una escala para categorizar la FA

La Yale Food Addiction Scale (YFAS) fue desarrollada en un intento de categorizar el concepto de FA. Este cuestionario de autoevaluación de 25 ítems adapta los criterios diagnósticos de dependencia de sustancias descritos por el DSM-IV-TR a la conducta alimentaria o al abuso de alimentos específicos y es la única herramienta validada disponible actualmente para evaluar la "adicción a la comida". Los autores señalan que más del 11% de la población general puede mostrar síntomas de FA, mientras que entre el 25% y el 42% de los pacientes obesos cumplen los criterios del YFAS.

Los autores identificaron seis estudios en los que participaron 2476 sujetos (539 afectados por TA, 178 por BN, 18 por un trastorno alimentario no especificado (TANE), 65 por AN de tipo restrictivo, 33 por AN de tipo purgativo, 442 con obesidad y 1146 de la población general, que no presentaban trastornos alimentarios).

Una conexión con TA

Los autores descubrieron que los pacientes con TA tenían una mayor prevalencia de cumplir los criterios de FA en comparación con los pacientes con otros trastornos alimentarios. TA, BN y FA tienen síntomas superpuestos. "Es crucial subrayar que la FA también se detecta en personas sin trastornos alimentarios ni obesidad, pero también en personas de la población general que no tienen problemas psiquiátricos," dicen los autores. Los autores interpretan que estos resultados demuestran que la FA es una entidad diagnóstica separada y distinta.

El hallazgo de síntomas de FA independientes de tener otros síntomas de TCA es un punto interesante e importante. Sin embargo, al considerar una posible entidad diagnóstica también interesa establecer la validez predictiva: ¿Informa el diagnóstico de FA sobre el resultado o la respuesta al tratamiento? Esto será fundamental para apoyar la FA como diagnóstico independiente.

La detección temprana podría ayudar a detectar los trastornos alimentarios

En un estudio, niños y niñas de tan sólo 10 años presentaban signos de trastornos alimentarios.

¿Qué tan comunes son los trastornos alimentarios entre los preadolescentes en los Estados Unidos? Sabemos mucho sobre la prevalencia de los TCA en adolescentes y adultos, pero en el caso de los preadolescentes, la respuesta es en gran medida desconocida. Un estudio reciente en la University of Southern California, Los Angeles, ha añadido datos nuevos y útiles. Los investigadores de la USC buscaron agregar nuevas estimaciones de los TCA en preadolescentes mediante el uso de datos transversales de la muestra de primer año del estudio nacional Adolescent Cognitive Brain Development (ABCD, por sus siglas en inglés) El ABCD es un importante estudio nacional que examina el desarrollo cerebral de casi 12.000 niños que entraron en el estudio cuando tenían entre 9 y 10 años. La evaluación exhaustiva de los participantes permite examinar un sinnúmero de preguntas. Por ejemplo, los datos permitieron a Murray y sus colegas calcular la incidencia de la anorexia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN), el trastorno por atracón (TA) y otros marcadores subclínicos específicos de los trastornos

alimentarios entre los niños de 10 a 11 años de Estados Unidos (*J Adolesc Health*. 2022. 70:825).

El TA era más frecuente en preadolescentes

Los investigadores descubrieron que los TCA completos o de umbral de diagnóstico completo son relativamente poco frecuentes entre los niños de 10 a 11 años en Estados Unidos. De todos los fenotipos de TCA que evaluaron, el más prevalente fue el TA, con un 1.1%. No hubo casos de AN, y pocos de BN (*JAMA Pediatr*. 2019. 173:100). Sin embargo, los casos umbral de diagnóstico fueron mucho más frecuentes: 6%, 0,2% y 0,5% para AN, BN y BED subumbral, respectivamente.

Estos hallazgos subrayan la importancia de la detección temprana del TA y otros TCA entre los preadolescentes. Según los autores, una detección temprana también podría "contribuir a frenar la obesidad pediátrica y los efectos secundarios relacionados en la adolescencia tardía". Observan que la prevalencia de TCA no es notablemente mayor en las mujeres preadolescentes que en los hombres, a diferencia de los casos observados a edades más avanzadas. Se trata de otro hallazgo realmente interesante que podría concordar bien con la investigación sobre gemelos (realizada por Klump y sus colegas, entre otros), que muestra un riesgo diferencial según el sexo a distintas edades.

Terapia multifamiliar para la bulimia nervosa: un estudio piloto

Algunos beneficios y obstáculos de la terapia multifamiliar

La terapia multifamiliar (MFT, por sus siglas en inglés) es un enfoque más reciente para pacientes adolescentes con bulimia nerviosa (BN). Se diferencia del más conocido tratamiento de la BN basado en la familia por ofrecer un tratamiento que puede incluir a varias familias, en lugar de a una sola. Las familias se reúnen semanalmente, durante 20 semanas, con un equipo de clínicos.

Este enfoque contrasta con el de la terapia multifamiliar para la anorexia nervosa (AN), que es mucho más intensa y a menudo implica reunirse durante 4 o 5 días completos consecutivos de intervención, a los que luego pueden seguir días independientes de ellas durante varios meses. En Gran Bretaña, la MFT se recomienda ahora para los pacientes con AN; un estudio anterior mostró que ofrecer MFT-AN con terapia familiar para la AN conduce a mejores resultados que la FT-AN sola. (*BMC Psychiatry*. 2016. 16:422).

Investigadores del Hospital Maudsley de Londres invitaron recientemente a los participantes de dos grupos multifamiliares de su hospital a compartir sus experiencias en un grupo de discusión o en entrevistas cualitativas individual (*J Eat Disord*. 2022.10:91).

El diseño multifamiliar se basa en el modelo unifamiliar, con algunas diferencias. En primer lugar, se ofrecen a las familias sesiones semanales. Una vez establecidos, los grupos están cerrados a nuevos participantes. Las sesiones de 90 minutos incluyen terapia familiar sistémica, terapia cognitivo-conductual y terapia conductual dialéctica. En este estudio, se invitó a participar a participantes de dos grupos consecutivos de MFT-BN. La muestra elegible incluyó 7 madres, 2 padres, 1 hermano mayor y 9 adolescentes con diagnóstico de BN. La mayoría (15 de los 19) participaron. Los adolescentes que participaron en el estudio tenían entre 13 y 17 años; 4 tenían BN y 2 BN atípica. Los participantes en la MFT-BN señalaron que presenta ventajas evidentes, pero también algunos obstáculos. Lo positivo es que tanto los pacientes como los cuidadores describen el valor de conocer nuevas perspectivas, compartir sus propias experiencias y aprender nuevas habilidades. A los adolescentes y a los padres/cuidadores les gustaron algunos beneficios del enfoque multifamiliar: una menor sensación de aislamiento, la

oportunidad de aprender nuevas técnicas unos de otros, la mejora del funcionamiento y de las habilidades de afrontamiento, y también las habilidades prácticas. Un tema final fue "lo que no se dice". Los padres/cuidadores señalaron que a sus hijos adolescentes les resultaba difícil hablar de los síntomas de la BN, tanto con sus familias como en grupo. Para los adolescentes fue un reto abordar activamente emociones como la vergüenza o la culpa.

Los adolescentes tenían algunas reservas

Los adolescentes se sentían incómodos compartiendo conductas poco útiles relacionadas con los trastornos alimentarios, especialmente cuando otros adolescentes del grupo se encontraban en diferentes etapas de BN o en recuperación. Los adolescentes también expresaron algunas reservas directas sobre MFT-BN. Varios sintieron que la estructura y el proceso del grupo a veces interfieren con su capacidad de expresarse. Un equilibrio entre apertura, confidencialidad y riesgo también fue difícil de navegar para algunos adolescentes. Su preocupación por que los padres o los clínicos "reaccionaran exageradamente" los llevó a omitir ciertos detalles y experiencias, especialmente en torno al tema del "riesgo." Varios expresaron su deseo de tener más tiempo no estructurado durante las sesiones, sobre todo con un grupo de compañeros, lejos de los adultos. Aunque consideraban que el enfoque estructurado era bueno, querían compartir sus experiencias de una forma más desestructurada.

Los autores subrayan que se necesitan más investigaciones para explorar la experiencia de la MFT-BN y sus resultados en una gama más diversa de familias y en diferentes entornos de tratamiento.

Reseña del libro

Terapia basada en el temperamento con apoyo para la anorexia nervosa. Un tratamiento novedoso

(Por Laura L. Hill, Stephanie Knatz Peck, and Christina E. Weirenga. Cambridge University Press, 2022. Ediciones de bolsillo y kindle disponibles.)

Numerosos tratamientos han demostrado ser útiles para las personas con anorexia nervosa, pero se necesitan más, y más eficaces. Por lo general, los tratamientos existentes han contado con un buen respaldo de la investigación, pero hasta la fecha no se han desarrollado realmente a partir de nuestra base de conocimientos sobre los fundamentos neurocientíficos de los síntomas del TCA. Este nuevo libro, de gran valor, describe un nuevo enfoque basado en este tipo de conocimientos en constante evolución.

Las doctoras Hill, Peck y Weirenga exponen un nuevo enfoque que han desarrollado y probado. Será un valioso recurso para los clínicos.

La Introducción ofrece una visión accesible y clara de los conceptos de temperamento, personalidad y carácter. A continuación, se describen las ideas neurobiológicas básicas que subyacen al tratamiento. Los autores señalan que cada vez hay más pruebas a favor de la terapia basada en el temperamento con apoyo (TBT-S, por sus siglas en inglés), pero que aún no se dispone de resultados de ensayos controlados. El tratamiento se presenta en dos formas: una para "adultos" de entre 17 y 27 años, y otra para aquellos con AN severa y duradera. Esto parece una verdadera fortaleza; muchos tratamientos se presentan de una sola forma para todos los casos, pero los clínicos son muy conscientes de las diversas presentaciones que se ven en la práctica.

El tratamiento propiamente dicho se describe en los capítulos siguientes. Se ofrecen módulos de psicoeducación neurobiológica. Se presenta la capacitación en habilidades y los enfoques dietéticos. El manual aborda diversos factores "situacionales," como los grupos multifamiliares, el uso en distintos niveles de atención, la incorporación a programas existentes, el uso para personas con AN severa y

duradera, etc. También se proporcionan valiosos apéndices. Son un punto fuerte del libro y constituyen casi la mitad del volumen.

Se trata de una valiosa aportación a la bibliografía, además de muy legible. [Como nota aparte, las autoras han dedicado el libro al Dr. Walter Kaye.] Una característica especialmente agradable es que los puntos clave se resumen de forma claramente marcada. Hemos aprendido mucho hasta la fecha sobre los fundamentos neurobiológicos del TCA, y este maravilloso volumen proporciona un método para aprovechar estos descubrimientos en el tratamiento

—SC

Insuficiencia de vitamina D en los hombres con TCA

Una insuficiencia que afectó a casi la mitad de los pacientes

En la actualidad, los hombres con trastornos alimentarios no suelen pasar desapercibidos, pero sí su estado vitamínico, según los resultados de un reciente estudio realizado en la University of California-San Francisco.

El Dr. Jason M. Nagata y sus colaboradores informaron recientemente que los registros médicos electrónicos de mayo de 2012 a agosto de 2020 mostraron que casi la mitad de los hombres de 9 a 25 años admitidos en el Hospital UCSF para el tratamiento de la desnutrición secundaria a trastornos alimentarios tenían niveles bajos de 25-hidroxivitamina D (*J Eat Disord.* 2022. 10:104). Los hombres eran más propensos que las mujeres a tener insuficiencia severa de vitamina D. (Los autores creen que éste es el primer estudio que informa sobre los niveles de vitamina D específicamente en una muestra de hombres con trastornos alimentarios, y el primero que examina las diferencias de sexo en las concentraciones de 25-hidroxivitamina D.)

[Nota: Existe un gran debate sobre el diagnóstico de la deficiencia de vitamina D basado únicamente en los niveles sanguíneos. Aunque los niveles sanguíneos indican insuficiencia, sin síntomas clínicos de deficiencia, ese diagnóstico concreto no puede corroborarse. La vitamina D es uno de los muchos síntomas hormonales y dietéticos de carencia y uno de los muchos que contribuyen a la densidad ósea y la osteoporosis.

Diferencias de género

¿Qué tiene de importante la carencia de vitamina D, sobre todo en los hombres? Según los autores, la fisiología desempeña un papel. La vitamina D es una vitamina liposoluble que se distribuye en el tejido adiposo y muscular y puede retenerse en el tejido graso. Por lo tanto, una mayor grasa y masa muscular a menudo se asocia con niveles séricos más bajos de vitamina D. La vitamina D influye en el crecimiento celular y la función inmunitaria, ayuda al organismo a absorber el calcio y es esencial para el funcionamiento del sistema nervioso. Una mayor ingesta de proteínas y ejercicio de construcción muscular podría conducir a niveles séricos bajos de vitamina D, en comparación con los comportamientos restrictivos. Al igual que las mujeres, los hombres con trastornos alimentarios tienen complicaciones esqueléticas, como fracturas óseas y deficiencias de densidad mineral ósea.

El Dr. Nagata y sus colegas recopilaron datos de las historias clínicas electrónicas de 601 pacientes (93 hombres, 472 mujeres) que acudieron al programa de trastornos alimentarios de su hospital para ser hospitalizados. Los pacientes tenían entre 9 y 25 años en el momento del ingreso y el diagnóstico de los trastornos alimentarios fue realizado por un psiquiatra o psicólogo. El grupo final del estudio incluyó 565 pacientes (93 hombres y 472 mujeres).

La edad media fue de 15.5 años, y el 44% de los hombres tenían niveles de 25-hidroxivitamina D <30 nanogramos (ng)/ml; el 18% tenían niveles <20 ng/ml, y el 9% tenían niveles <12 ng/ml. Se encontraron niveles de deficiencia severa, o niveles <12 ng / ml) en aproximadamente el 9% de los hombres en comparación con solo el 1.9% de las mujeres. Los niveles medios de calcio fueron ligeramente más bajos entre las participantes femeninas (9.0 vs. 9.5 ng/ml, respectivamente), y los niveles medios de fósforo fueron similares. Solo el 3% de los hombres tomaban suplementos de vitamina D o calcio inmediatamente antes del ingreso; Tres veces más tomaban multivitaminas. En general, menos del 11% de los hombres (frente al 17% de las mujeres) declararon haber tomado algún suplemento de calcio o vitamina D o multivitamínico antes de ingresar en el hospital.

Una deficiencia que afectó a casi la mitad de los pacientes

Este patrón era muy común: casi la mitad de los hombres y mujeres adolescentes y adultos jóvenes con trastornos alimentarios que requerían estabilización médica hospitalaria presentaban deficiencia o insuficiencia de vitamina D en el momento del ingreso y, sin embargo, sólo el 3% tomaba suplementos de calcio o vitamina D específicos.

Además de los niveles bajos de vitamina D y calcio, se han relacionado otros factores con la densidad mineral ósea en las mujeres y los hombres con trastornos alimentarios. La supresión del eje hipotalámico-pituitario-gonadal puede ocurrir con una baja ingesta de energía, lo que lleva a niveles más bajos de estrógeno y testosterona tan críticos para el crecimiento óseo durante la adolescencia. Los niveles elevados de cortisol también pueden causar alteraciones adicionales en el metabolismo óseo.

El Dr. Nagata y sus colegas subrayan la importancia de evaluar los niveles de vitamina D entre los pacientes con trastornos alimentarios, especialmente los hombres adolescentes y adultos jóvenes con trastornos alimentarios.

Soledad, aislamiento social y la relación con la violencia de pareja

El aislamiento social y el miedo a estar solo aumentan la susceptibilidad

El miedo a la soledad y el aislamiento social pueden ayudar a explicar la relación entre padecer trastornos alimentarios y el riesgo de una relación violenta de pareja, según un estudio reciente realizado en Madrid. (*Nutrients*. 2022.14:2611). La Dra. Janire Momene, de la Universidad de Deusto, Bilbao (España), y sus colegas de Gran Bretaña y Madrid evaluaron a 683 individuos para estudiar el papel mediador del miedo a la soledad y el peor funcionamiento social, y entre las personas con trastornos alimentarios que también deben enfrentarse a la violencia de pareja. La violencia de pareja incluye el acoso y los abusos físicos, verbales, emocionales, económicos y sexuales, reales o con amenazas.

Algunos mecanismos de afrontamiento aumentan el riesgo

Los autores observaron que las personas con trastornos alimentarios utilizan principalmente mecanismos de afrontamiento para controlar las circunstancias estresantes. El aislamiento social y el miedo a estar solo pueden hacer que una persona con trastornos alimentarios sea vulnerable a permanecer en una relación violenta. El estudio incluyó a 683 participantes (78% mujeres y 22% hombres; edad promedio: 21). Este estudio pretendía analizar el papel mediador del miedo a la soledad y los efectos de los trastornos alimentarios en la relación con una pareja violenta.

Los participantes fueron reclutados en línea y a través de redes sociales y publicidad. Las encuestas estaban disponibles a través de una plataforma en línea; los autores también utilizaron las redes sociales

y anuncios en sitios web de investigación. El reclutamiento presencial se produjo en la Universidad Computense de Madrid y en gimnasios de Madrid. Todos los participantes tenían al menos 18 años. A continuación, los autores utilizaron una serie de cuestionarios para evaluar las características de los trastornos alimentarios (Eating Disorders Inventory-2; EDQ-2); miedo a la soledad (Emotional Dependency subscale of the EDQ); evitación social del Coping Strategies Inventory (CSI); y la percepción de violencia (the Violence Received, Exercised and Perceived in Youth and Adolescent Dating Relationships Scale, o VREPS). El último cuestionario, el VREPS, califica la violencia en una escala de cinco puntos, de "nada de violencia" a "muy violenta."

Los resultados apoyaron una relación entre algunos síntomas del TCA y el riesgo de violencia, y sugieren que el miedo a la soledad a menudo ayuda a explicar dicha relación.

La pandemia también jugó un papel

Por desgracia, la pandemia y otras restricciones sociales "han limitado y privado a los individuos de interacciones sociales, lo que ha provocado una disminución del apoyo social y estrategias de afrontamiento similares," afirman los autores. [Véase también "El confinamiento de COVID-19," en otra parte de este número.] Esta falta de apoyo social, asociada a la exposición a la violencia de pareja, podría acarrear muchas consecuencias psicológicas, como depresión, trastorno de estrés postraumático, o TEPT, y ansiedad, por ejemplo. Los bajos niveles de apoyo social también se han relacionado con un mayor riesgo de síntomas de trastornos alimentarios entre las mujeres expuestas a la violencia de pareja. Los niños expuestos a situaciones violentas también parecen ser más propensos a desarrollar trastornos alimentarios.

Los autores subrayaron la importancia de desarrollar estrategias para intervenir cuando se trabaja con personas, tanto hombres como mujeres, que sufren violencia por parte de su pareja. Subrayan la importancia de desarrollar vías de intervención para quienes experimentan violencia de pareja. Los autores sugieren que los individuos expuestos a situaciones violentas en sus relaciones también pueden desarrollar síntomas relacionados con trastornos alimentarios como forma de afrontar sus situaciones adversas. Un enfoque útil para los clínicos es trabajar con el paciente, sea hombre o mujer, sobre su miedo a la soledad y al aislamiento social, para disminuir las posibilidades de establecer una relación de pareja violenta. [Nota: una amplia gama de sitios web, videos y libros están disponibles para clínicos y pacientes que están lidiando con relaciones íntimas violentas. Por ejemplo, consulte la National Domestic Violence Hotline, 1-800-799-SAFE y www.thehotline.org/get-help, the Centers for Disease Control and Prevention Strategies: Intimate Partner Violence, www.cdc.gov/violenceprevention, o, para veteranos, <https://www.veteranscrisisline.net>].

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Pacientes de mayor peso con trastornos alimentarios

P. Recientemente, he visto a varios clientes con bulimia nervosa y trastorno por atracón, que están en cuerpos más grandes. Estoy tratando de encontrar enfoques específicamente adaptados para tales pacientes. ¿Tienes alguna sugerencia? (*TS, Charlottesville, SC*)

R. Los trastornos alimentarios afectan a personas con cuerpos de todos los tamaños, pero se ha investigado poco en este campo. Según los resultados de un estudio reciente y las directrices de la National Eating Disorders Collaboration, con demasiada frecuencia se pasa por alto a quienes viven en cuerpos más grandes y, por tanto, no se les trata adecuadamente (*J Eat Disord.* 2022. 10:21). Este grupo destacó numerosas barreras para la atención de estos pacientes, y estas directrices pueden serle útiles.

El grupo, con sede en Australia, ha elaborado 21 directrices clínicas para ayudar a los clínicos en esta área poco estudiada.

Las personas con trastornos alimentarios que viven en cuerpos más grandes afirman que los profesionales sanitarios las diagnostican erróneamente y las descartan, y sufren retrasos en el tratamiento o son excluidas de los servicios de tratamiento.

Gran parte de esto se debe al estigma del peso, según la Dra. Angeliq F. Ralph del National Eating Disorders Collaboration, en Sydney, Australia, y sus colegas. El grupo informa que, con demasiada frecuencia, estos pacientes tienen toda una vida de traumas relacionados con el peso, como acoso escolar en el bachillerato o abuso emocional relacionado con el peso. Las experiencias con el estigma y la discriminación pueden llevar a estas personas a ser renuentes a hablar sobre su peso o su alimentación, por miedo a ser avergonzadas aún más y/o a que no se les crea, y debido a experiencias negativas anteriores relacionadas con su peso.

Algunas recomendaciones son: (1) tratamiento psicológico de primera línea de BN para pacientes con pesos más elevados; (2) apoyo a la actividad física para una salud física y mental positiva y una calidad de vida propia, en contraposición al ejercicio únicamente para perder peso o cambiar de forma; (3) intervenciones familiares; y (4) abordar el mal estado nutricional y la calidad de la dieta. Además, es importante que durante el tratamiento se aborde el impacto de la experiencia del paciente con el acoso y el trauma del estigma y la marginación del peso. Entre las recomendaciones del grupo está "promover la necesidad de investigar enfoques neutrales en cuanto al peso y otros enfoques de tratamiento en este campo."

—SC

Atletas de pista y campo: en riesgo de trastornos alimentarios

Los entrenadores están en una excelente posición para detectar patrones sospechosos, pero muy pocos lo hacen.

Un grupo de personas que a menudo se pasa por alto y que corre el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios son los atletas de atletismo, que suelen competir en deportes en los que la delgadez y la restricción de calorías se consideran una ventaja competitiva. Los entrenadores se encuentran en una situación ideal para identificar los TCA en los atletas. ¿En qué medida identifican los entrenadores a un atleta en riesgo y, en caso afirmativo, qué consejos de tratamiento le ofrecerían?

Un grupo de la School of Psychological Science en la University of Western Australia, Perth, adoptó un enfoque creativo para investigar hasta qué punto los entrenadores podían sospechar que un atleta corría el riesgo de padecer una alimentación desordenada/trastorno alimentario y, en caso afirmativo, las medidas que adoptarían (*BMJ Open Sport Exerc Med.* 2022.8 e001333.doi:10.1136/bmjsem-2022-001333) La Dra. Margaret Catherine Macpherson y sus colegas crearon viñetas de atletas de pista ficticios que presentaban síntomas compatibles con la anorexia nervosa (AN) y la bulimia nervosa (BN) y las utilizaron para encuestar a 185 entrenadores británicos e irlandeses. Compararon los resultados con los de un grupo de control comunitario de 105 personas que no eran entrenadores, a las que se encuestó sobre su capacidad para reconocer y responder a los síntomas de un trastorno alimentario. El grupo final de viñetas-participantes incluyó 99 hombres (53.5%) y 84 mujeres (45.4%) Se identificó a un participante como "Otro" y a otro como "Desaparecido" (ambos <1.0%).

Según los autores, los trastornos alimentarios contribuyen de forma decisiva a la Deficiencia Energética Relativa en el Deporte (RED-S, por sus siglas en inglés), un síndrome clínico que "puede acarrear graves consecuencias para la salud a largo plazo". Los resultados de un estudio estimaron que un elemento de RED-S, la prevalencia de baja disponibilidad de energía, afectaba a entre el 22% y el 58% de los atletas de pista, incluidos los deportistas de élite. (*Nutrients*. 2020. 12:835).

Entrenadores vs. no entrenadores

En general, los entrenadores no tenían más probabilidades de identificar a un atleta con síntomas de AN o BN que los no entrenadores. Una excepción fue la identificación de los síntomas de BN, donde los entrenadores identificaron con más éxito los trastornos alimentarios; no fue el caso de RED-S, donde muy pocos entrenadores identificaron correctamente a aquellos con síntomas (7 identificaron la viñeta AN y 2 identificaron la viñeta BN) Los entrenadores fueron significativamente más propensos que los no entrenadores a recomendar tratamiento profesional a un deportista que presentaba síntomas de AN. Tuvieron menos éxito con los síntomas de BN, y no fueron más propensos que los no entrenadores a detectar signos sospechosos de la misma. Entre los entrenadores, dos factores que afectaron la capacidad de referir a un atleta a tratamiento profesional fueron su grado de alfabetización en salud mental (MHL) y años de experiencia como entrenador.

Sugerencias para mejorar la detección y derivación de los atletas en riesgo

Los autores sugieren que los programas de MHL centrados en la alimentación desordenada y los trastornos alimentarios en atletas se añadan a las acreditaciones nacionales e internacionales de entrenadores. Además, la educación y la intervención deben hacer hincapié en que los hombres deportistas, al igual que las mujeres, corren el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Independientemente del sexo del atleta, los entrenadores tienen el deber de identificar estos síntomas entre todos ellos.

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com