
Eating Disorders Review

Marzo/Abril 2023

Volumen 34, Número 2

Scott Crow, Editor en Jefe

Trastornos alimentarios en la edad adulta

Por Kirsten Book, PMHNP, FNP-BC

Los trastornos alimentarios suelen diagnosticarse durante la adolescencia y la edad adulta temprana, pero lo cierto es que los trastornos alimentarios no discriminan por edad, sexo o raza. Los trastornos alimentarios pueden presentarse a cualquier edad en mujeres y hombres. Desafortunadamente, el estigma social puede impedir que las personas mayores reciban la ayuda que necesitan.

Betsy Brenner, autora de *The Longest Match: Rallying to Defeat an eating disorder in Midlife* (Stillwater Publications, 2021), describe su propia lucha en la mediana edad, cuando empezó a combatir los pensamientos y comportamientos relacionados con los trastornos alimentarios. Cuenta que cuando era adolescente y adulta joven tenía pensamientos negativos ocasionales sobre su peso o la comida. La abrumadora cantidad de factores estresantes de su mediana edad parecieron desencadenar los trastornos alimentarios.

Hay cuestiones únicas a considerar cuando se trata a un paciente que está en la mitad o más tarde de la vida. Por ejemplo, las mujeres mayores pueden necesitar ayuda para adaptarse a la perimenopausia y a los cambios normales del ciclo vital. La mediana edad y la edad madura están llenas de transiciones. Al igual que la adolescencia y la edad adulta temprana, cada etapa de la vida conlleva muchos retos nuevos, a medida que el individuo se esfuerza por llegar a la siguiente etapa de la vida.

Las mujeres de mediana edad pueden estar solteras, divorciadas, desempleadas, en un matrimonio infeliz o vivir con muy pocos sistemas de apoyo saludables. En la mediana edad, las mujeres parecen estar constantemente haciendo varias cosas a la vez, y cuidando de sus hijos y familias incluso mientras mantienen a sus padres enfermos o mayores. Puede que trabajen fuera de casa o hagan varias cosas a la vez en el hogar, mientras intentan de alguna manera cuidar de sí mismas como individuos.

Viñeta del paciente: Una batalla contra el estrés

Elizabeth, una mujer de 48 años, nunca había tenido problemas de peso ni dificultades con la comida, la dieta, el ejercicio o los trastornos alimentarios. Siempre ha afrontado su ansiedad corriendo. En el último año se había divorciado, a su padre anciano le diagnosticaron cáncer de colon y su hijo de 14 años empezó a tener problemas en la escuela. Elizabeth empezó a aumentar sus distancias de carrera y la frecuencia de sus entrenamientos. Pronto empezó a hacer ejercicio casi dos horas y media al día.

Estaba tan estresada que apenas tenía tiempo ni energía para comer, y con frecuencia tomaba barras de proteínas o batidos. No fue hasta que Elizabeth se desmayó en una carrera larga cuando se dio cuenta de que realmente estaba luchando no sólo contra el estrés, sino que podría padecer un trastorno alimentario potencialmente mortal.

En el trabajo, no tenía más tiempo libre remunerado; era la única que podía cuidar de su padre, y su

exmarido se había mudado fuera del estado. Utilizó todas estas razones para explicar por qué no podía acudir a una terapia ambulatoria o a un dietista. Tras seguir anteponiendo su trabajo y su familia a su propia salud, los trastornos alimentarios y el estrés le dificultaban el funcionamiento. Tras hablar con un nuevo terapeuta, decidió que tenía que hacer algunos cambios en su vida para sobrevivir.

El reto de aceptar ayuda en la mediana edad

A una persona de mediana edad le resulta más difícil aceptar que necesita ayuda. Al igual que con Elizabeth en la viñeta del paciente, el trabajo, los niños, los padres y los factores estresantes diarios de la vida a menudo se interponen en el camino. Cuando estas personas sienten que su vida está desequilibrada, es posible que intenten recuperar el control a través de la comida y los problemas corporales. Muchas veces, la pregunta sigue siendo: ¿Los síntomas y la presentación representan una continuación de un trastorno de por vida o una enfermedad de inicio tardío?

Según la Dra. Holly Grishkat, especialista en trastornos alimentarios en la mediana edad, la mayoría de las mujeres que los padecen en la tercera edad pueden haber tenido un TCA durante toda su vida, incluso desde que eran jóvenes. Otras pueden haber desarrollado trastornos alimentarios por primera vez en la mediana edad. Un historial de lucha contra trastornos alimentarios en el pasado puede predisponer a una persona a recaer más adelante.

Los trastornos alimentarios en la mediana edad pueden causar los mismos estragos emocionales y físicos que en los pacientes más jóvenes. Desafortunadamente, los trastornos alimentarios son igual de mortales para el adulto mayor, pero con ellos vienen más vergüenza y pudor, que se han convertido en las principales barreras para buscar ayuda (Rowel, 2020).

Desencadenantes

Los eventos de vida estresantes y la depresión parecen ser los acontecimientos desencadenantes más comunes en los trastornos alimentarios de aparición tardía. Según un estudio de Lapid y colegas (Int Psychogeriatr. 2010. 22:523), el 54% de los pacientes afirma haber sufrido un acontecimiento estresante antes de desarrollar un trastorno alimentario.

Factores desencadenantes como el divorcio, la muerte de uno de los padres o del cónyuge, las finanzas, el "síndrome del nido vacío" y un cuerpo visiblemente más envejecido, junto con la presión social para mantenerse delgado y joven, contribuyen en gran medida al estrés. Debido a las presiones profesionales, económicas y familiares, a las mujeres mayores les resulta difícil dedicar tiempo al tratamiento. Además, a una edad más avanzada, las mujeres pueden ser más introvertidas y no darse cuenta de que sus trastornos alimentarios son un problema.

Con frecuencia, tanto para la población joven como para la de más edad, los trastornos alimentarios se convierten en una de las principales habilidades de afrontamiento. Muchos adultos mayores pueden aislarse y comenzar a utilizar conductas relacionadas con trastornos alimentarios después de haber reducido la interacción social con otras personas. Este comportamiento también puede actuar como una forma de recuperar el poder que sienten que han perdido debido al envejecimiento. Tristemente, los trastornos alimentarios pueden ser incluso una forma lenta de suicidio.

Insatisfacción corporal

Uno de los principales factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la edad madura es la insatisfacción corporal. Las mujeres parecen ser más críticas con su cuerpo y lo comparan con los suyos "más delgados, jóvenes y deseables". Muchas mujeres de mediana edad y mayores pueden tener dificultades para aceptar los cambios corporales normales que se producen a lo largo de la vida. Los signos del envejecimiento (arrugas, caída del cabello, cambios en el cuerpo) comienzan en las etapas media y tardía de la vida. Al mismo tiempo, las mujeres viven en una sociedad que valora la delgadez. Así, la mujer mayor puede compararse constantemente no sólo con su yo más joven, sino con muchas

otras mujeres más jóvenes.

El miedo a envejecer está definitivamente relacionado con los trastornos alimentarios, y el afán por la delgadez aumenta en las mujeres de mediana edad y mayores. Hay quien sostiene que las mujeres de mediana y avanzada edad empiezan a sentirse más devaluadas por la sociedad a medida que pasa el tiempo. Esto se manifiesta como sentimientos de vergüenza, pena y pérdida, y una mayor preocupación por la imagen corporal. Otras mujeres pueden incluso buscar más control y atención a través de trastornos alimentarios.

Comorbilidades

La depresión y la ansiedad son frecuentes en las mujeres con trastornos alimentarios que aparecen más tarde en la vida. Algunos estudios demuestran que las mujeres con trastornos alimentarios a mediana o avanzada edad son menos propensas a tener problemas de consumo de sustancias, conductas autolesivas e intentos de suicidio, pero tienen más problemas de ansiedad, depresión y otros trastornos del estado de ánimo. (<https://www.verywellmind.com/midlife-eating-disorders-4177137>)

Además, aunque las complicaciones médicas de los trastornos alimentarios tardíos son las mismas que los de aparición temprana, el riesgo de muerte por trastornos cardiovasculares, metabólicos, gástricos y óseos es considerablemente mayor entre los pacientes de más edad.

El impacto de las hormonas

Las fluctuaciones hormonales que se producen durante la premenopausia también pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo o el mantenimiento de trastornos alimentarios en la mediana edad. Es bien sabido que las hormonas sexuales ejercen un papel fundamental en el control de las conductas alimentarias. En particular, los estrógenos reducen la ingesta de alimentos, mientras que la progesterona y la testosterona la aumentan, favoreciendo la bulimia y la obesidad abdominal. (Aging Dis. 2014. 6:48)

Estigma

Desafortunadamente, los pacientes de mediana y avanzada edad que luchan contra un trastorno alimentario se enfrentan a una doble estigmatización. Primero, los propios trastornos alimentarios están muy estigmatizados. Además, como se considera un trastorno de la población más joven, existe una mayor estigmatización debido a la avanzada edad del paciente. La vergüenza puede paralizar a los adultos mayores, aislándolos aún más y evitando que busquen ayuda.

Los pacientes afirman que cuando revelan sus trastornos alimentarios a sus médicos, muchos se muestran incrédulos, confundidos y escépticos. Además, los sitios web y los centros de tratamiento se consideran poco útiles, ya que se centran únicamente en los pacientes más jóvenes. Es difícil e incómodo acudir a un centro de tratamiento donde la mayoría de los pacientes tienen menos de 35 años. Muchos adultos de mediana edad o mayores se sienten incómodos participando en este tipo de sesiones de grupo. Por ello, muchos adultos mayores no son aptos para tratamientos dirigidos específicamente a adolescentes y adultos jóvenes.

Buscar ayuda en Internet puede no ser útil, ya que la mayoría de los artículos e investigaciones están, una vez más, orientados a la población adolescente y adulta joven. Por otra parte, muchas de las adolescentes y mujeres en edad universitaria no pueden relacionarse con los retos a los que se enfrentan las que están en la mediana edad o mayores. Por último, muchas mujeres de mediana edad en adelante pueden sentirse avergonzadas de revelar que están luchando contra un trastorno alimentario.

Hombres mayores con trastornos alimentarios

Los hombres mayores también se ven afectados por trastornos alimentarios. Aproximadamente 1 de cada 3 personas que experimentan un trastorno alimentario es hombre, según la National Eating Disorders Association (NEDA; <https://www.healthline.com/health/eating-disorders/eating-disorders-in-men#Why-are-body-concerns-among-men-on-the-rise?>). Los hombres con frecuencia presentan

trastorno por atracón (TA/BED) y anorexia. Los hombres mayores también pueden tener diferentes motivaciones para restringir. Por ejemplo, la ira puede ser un problema subyacente, posiblemente debido a objetivos y expectativas no alcanzados.

Los hombres suelen definirse por sus ocupaciones, y la jubilación puede dejar en el hombre una sensación de pérdida de objetivos, lo que puede llevarle a comer en exceso o a restringir la ingesta de alimentos. Además, debido al estigma y la vergüenza que rodean a los trastornos alimentarios, muchos hombres no buscan ayuda.

Lamentablemente, algunos individuos pueden tener menos objetivos futuros de recuperación porque se ven a sí mismos en una fase final de la vida y ya prevén una futura mala salud o la muerte. Recuperarse de un trastorno alimentario puede ser mucho más esperanzador para los adultos jóvenes, ya que hay toda una vida por delante. Los jóvenes adultos tienen una visión más optimista de un futuro mejor (si optan por la recuperación).

El reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado de los trastornos alimentarios en pacientes de mediana y avanzada edad son esenciales para reducir el impacto psicosocial y médico del trastorno y mejorar la calidad de vida del paciente. Es esencial que encuentren un programa de tratamiento o un terapeuta en el que sientan que pueden confiar.

La recuperación de los trastornos alimentarios siempre es posible, especialmente en un programa de tratamiento que aborde las necesidades y los retos específicos a los que se enfrentan las mujeres y los hombres mayores. Muchos piensan que pueden superar los trastornos alimentarios por arte de magia cuando dejan la adolescencia. Nada más lejos de la realidad.

Lecturas sugeridas

Baxter E. Eating Disorder Hope.

<https://www.eatingdisorderhope.com/blog/men-and-women-aging-and-developing-eating-disorders>.

Brenner B. The Longest Match: Rallying to Defeat an Eating Disorder in Midlife (Amazon Books, 2021).

Eating disorders in late life: implications for clinicians. Psychiatric Times. 2014. 31:11.

<https://www.psychiatrictimes.com/view/eating-disorders-late-life-implications-clinicians>.

Healthline.

<https://www.healthline.com/health/eating-disorders/eating-disorders-in-men#Why-are-body-concerns-among-men-on-the-rise?> Eating Disorders in Men Are Not Talked About Enough — and They're on the Rise.

Lapid MI, Prom MC, Burton MC, et al. Eating disorders in the elderly. Int Psychogeriatr. 2010. 22:523.

Lowell S. Eating Disorders and Older Adults. CSA J. 2020. 78: 15.

Luca A, Luca M, Calandra C. Eating Disorders in Late-life. Aging Dis. 2014. 6:5.

Muhlheim L. 2021. Eating disorders in midlife. <https://www.verywellmind.com/midlife-eating-disorders->

Sitios web para adultos mayores con TCA

- <https://www.aarp.org/.../midlife-eating-disorders.html>
- <https://www.emilyprogram.com>
- <https://www.ncoa.org/article/eating-disorders-dont-discriminate-on-the-basis-of-age-or-gender/>
- <https://www.montenido.com/how-eating-disorders-affect-elderly/>

4177137.

Pietrangelo A. Eating disorders plaguing older women. 2023. <https://www.healthline.com/health-news/eating-disorders-plaguing-older-women#There-is-a-way-out>

Rowel S. 2020.

https://cdn.ymaws.com/www.csa.us/resource/resmgr/docs/journals/journal_78/Rowell.pdf.



La autora

Kirsten Book, PMHNP, FNP-BC

Kirsten Book es una enfermera practicante de familia y de psiquiatría certificada igualmente por la junta, quien se especializa en el tratamiento de adolescentes y adultos que luchan contra los trastornos alimentarios, el consumo de sustancias y los trastornos concurrentes. Tiene una consulta privada ambulatoria en Chicago y es Medical Liaison para iaedp. A menudo da charlas en colegios locales para ayudar a educar a los adolescentes y al personal sobre la prevención y el tratamiento de los trastornos alimentarios.

Del otro lado del escritorio

Propuesta de diagnóstico de la anorexia nervosa terminal

En cada número, informamos sobre artículos que creemos que serán de su agrado y que ofrecen nuevos enfoques y/o técnicas. Algunos estudios producen resultados controvertidos, pero nosotros intentamos encontrar aquellos que aportan información útil para ayudar a los lectores en sus prácticas. El artículo original puede ofrecer detalles más detallados. También nos gusta incluir enlaces a información en la red y a sitios web que también pueden ser útiles.

En este número también se incluye un artículo original sobre el reto actual de identificar y tratar a mujeres y hombres de mediana edad con riesgo de padecer trastornos alimentarios, escrito por Kirsten Book (véase: "Trastornos alimentarios en la edad adulta") Algunas de las barreras para los pacientes de más edad incluyen la vergüenza y la pena, la comparación con pacientes más jóvenes o la creencia de que sólo los adolescentes y los adultos jóvenes desarrollan trastornos alimentarios. En el caso de los hombres, las reacciones ante los signos de un trastorno alimentario en medio de la jubilación o los cambios corporales naturales del envejecimiento pueden incluir la restricción de la ingesta de alimentos y el exceso de ejercicio. La vergüenza puede impedirles buscar ayuda para los trastornos alimentarios. Otra barrera puede ser la ira subyacente.

Por último, un estudio más reciente examina los factores genéticos en las personas con trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria, o TERIA/ ARFID. Los autores de un estudio sueco afirman que sus resultados muestran que TERIA/ARFID es "uno de los trastornos psiquiátricos más hereditarios".

ACTUALIZACIÓN

La nueva guía para el tratamiento de los TCA publicada recientemente por la American Psychiatric Association (APA) ofrece sugerencias para tratar a los pacientes con trastornos alimentarios. La American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, 4^ª edición

sustituye a las directrices que no se revisaban desde hace algún tiempo, y la nueva edición es bienvenida. Estos datos pueden influir en las decisiones de cobertura de los proveedores de atención y, presumiblemente, en las decisiones de tratamiento de los éstos, por lo que son importantes para el sector. El grupo de redacción de las directrices estuvo liderado por la Dra. Catherine Crone y sus colegas. (Am J Psychiatry. 2023. 180:167)

Las nuevas recomendaciones comienzan con las sugerencias para la evaluación física, incluida la revisión de los signos vitales, como la temperatura, la presión arterial, el pulso ortostático y la presión arterial ortostática.

La APA desglosa el enfoque para la anorexia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN) y el trastorno por atracón (TA/BED), señalando que los numerosos estudios sobre trastornos alimentarios que evaluaron no examinaron los datos por separado para los subgrupos ni excluyeron a los pacientes con comorbilidades. La nueva directriz enfatiza los planes de tratamiento culturalmente apropiados y centrados en la persona, que incluyan conocimientos médicos, psiquiátricos, psicológicos y nutricionales, utilizando idealmente un equipo multidisciplinar.

Para AN:

Adultos: la guía recomienda la psicoterapia focalizada en el TCA dirigida a normalizar la alimentación y el mantenimiento del peso, la recuperación de éste, así como abordar factores psicológicos como el miedo a engordar y la dismorfia corporal. Para los adolescentes y adultos jóvenes, el enfoque de la APA basado en la familia y la educación de los cuidadores se centró en la normalización de la alimentación y el mantenimiento del peso, así como en el restablecimiento del peso.

Para BN:

Adultos: la APA recomienda iniciar el tratamiento con terapia cognitivo-conductual TCC centrada en el TCA. Además, la APA recomienda prescribir un inhibidor de la recaptación de serotonina, como la fluoxetina, 60 mg al día, si el paciente prefiere la medicación, o cuando la respuesta a la psicoterapia sola es escasa o nula al cabo de 6 semanas. Para adolescentes y adultos jóvenes: Se recomienda el tratamiento familiar centrado en el TCA para aquellos que tienen un cuidador involucrado.

Para TA/BED:

Para los adultos y adolescentes con TA/BED, la directriz señala la terapia cognitivo-conductual centrada en los trastornos alimentarios, individual o de grupo, o la terapia interpersonal. Se sugiere medicación antidepressiva, o lisdexanfetamina, para pacientes adultos con TA/BED que prefieran medicación o que no hayan respondido a la psicoterapia sola.

Las directrices también incluyen cuestiones éticas en el tratamiento de los TCA, así como una lista de recursos de Internet y libros sugeridos para los pacientes y sus familias. Es probable que estas directrices influyan en varios aspectos del tratamiento del TCA en los próximos años.

Tratamiento de peso neutro para TA/BED

El estigma del peso también se produjo en los ámbitos de la atención sanitaria

Numerosos estudios y noticias han descrito el daño que causan las burlas y el acoso a las personas con trastorno por atracón (TA/BED) por su sobrepeso. En un giro triste, pero quizá no sorprendente, algunos pacientes afirman experimentar el mismo tipo de estigma hacia el peso por parte de los profesionales clínicos en los centros sanitarios.

La Dra. Meg G. Salvia de la Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston, y sus colegas han

descrito los resultados de su estudio de 21 mujeres con TA/BED (Lancet. 2023. 56) Su objetivo era examinar si la atención de peso neutro podría mejorar los resultados psicológicos y conductuales entre las mujeres con TA/BED. Todas las participantes eran antiguas pacientes de un único centro especializado que ofrecía un programa intensivo de tratamiento ambulatorio para el trastorno por atracón (TA/BED) El 90% de las mujeres eran blancas no hispanas (edad promedio: 49 años) y padecían diabetes tipo 2 o prediabetes. El IMC promedio osciló entre 30.2 y 63.9 kg/m² Las mujeres habían completado al menos 2 semanas de un programa de tratamiento especializado en TA/BED, participaron en una entrevista en inglés y no presentaban deterioro cognitivo ni psicopatología grave que pudiera interferir en dicha entrevista. El resultado principal fueron las experiencias de los pacientes en la vida real en entornos sanitarios generales y en un programa de tratamiento de trastornos alimentarios neutro en cuanto al peso.

Calidad percibida de la atención sanitaria

Los informes de las mujeres fueron reveladores. Muchos de los participantes creían que el estigma del peso que sufrían en los entornos sanitarios disminuía la calidad de la atención que recibían. Incluso cuando intentaban perder peso, sentían vergüenza y sensación de fracaso, así como culpables de su peso y salud actuales. En cambio, en un entorno de tratamiento neutro en cuanto al peso, mencionaron elementos útiles, como la constancia en los patrones alimentarios, programas que hacían hincapié en alimentos variados, adecuados y nutritivos, educación específica y suficiente sobre el TA/BED y apoyo integral por parte de los profesionales sanitarios. Como resultado, tuvieron menos episodios de atracones, experimentaron menos vergüenza y declararon haber aumentado su capacidad de resiliencia después del tratamiento.

Los autores se mostraron especialmente preocupados por el grado de estigmatización del peso en los entornos sanitarios. Señalaron que la investigación apunta a la evidencia de que tales reacciones adversas por parte de los profesionales afectan negativamente a la atención médica y aumentan el riesgo médico.

Un énfasis erróneo en la pérdida de peso

Casi todas las mujeres informaron de que sus profesionales sanitarios hacían hincapié en los beneficios de la pérdida de peso durante las visitas y daban sugerencias demasiado simplistas que no tenían en cuenta los factores subyacentes que habían provocado el sobrepeso. Por ejemplo, las mujeres informaron de que sus médicos desestimaban o no reconocían sus intentos anteriores de perder peso. Así, los consejos estándar que recibían incluían afirmaciones como "Bueno, sólo tienes que perder peso," "reduce las calorías" o "haz más ejercicio." Otros se sintieron culpables o avergonzados en respuesta a tales comentarios e interacciones, en las que la falta de pérdida de peso se interpretaba a menudo como incumplimiento.

Los pacientes sentían que los médicos les decían con severidad que debían controlarse y tener de algún modo más fuerza de voluntad para perder peso. Otros profesionales sanitarios decían a los pacientes que ellos eran los culpables de su TA/BED y que eran " embolias" o "infartos andantes." Una participante en el estudio contó que todo iba bien mientras ella estaba bien, pero su médico se volvió muy despectivo cuando tuvo un resbalón y recuperó peso; en ese momento, el médico le dijo que estaba perdiendo el tiempo.

Tener un peso corporal elevado también actuó como barrera para acceder a la atención sanitaria, según algunos pacientes. Algunos describieron ser rechazados en el primer examen con comentarios sobre su peso. El profesional de la salud añadió que no quería lidiar con más pacientes con sobrepeso. Otro médico dijo a la paciente que no podía ayudarla porque estaba demasiado apegada a la comida. Algunos pacientes no ayudaron a su caso al evitar mencionar que tenían BED, temiendo no poder reconocerse a sí mismos que lo tenían y que no podrían obtener ayuda si mencionaban tener episodios de atracón.

En el ámbito de la atención neutra en cuanto al peso: ¿qué habilidades ayudaron a la salud física y mental?

Entre las experiencias útiles en el entorno del tratamiento de peso neutro, las mujeres mencionaron la mejora de la salud física, como la reducción de los atracones, el autocontrol en la elección de alimentos y la disminución de la vergüenza. Uno de los componentes del programa que más gustó a los participantes fue la constancia de su comportamiento más que la necesidad de cambiar todo en su estilo de vida. No se trataba de contar calorías, sino de hacer comidas equilibradas y sanas. Algunos participantes se mostraron sorprendidos pero satisfechos de que el programa no consistiera en "perder peso". El enfoque de tratamiento neutro en cuanto al peso les proporcionó mayor autosuficiencia, mayor flexibilidad y más libertad en torno a la comida y las decisiones sobre la alimentación.

Muchos participantes afirmaron que el tratamiento de peso neutro les ayudó a reducir sus atracones durante y después del programa de tratamiento. Pero, según los autores, en el caso del TA/BED de larga duración, cuando el inicio se produjo en la adolescencia o en la edad adulta temprana, no era realista esperar que un episodio de tratamiento acabe con la conducta de atracón. Algunos pacientes sintieron que tenían que volver o al menos plantearse volver a la búsqueda de la pérdida de peso. En su grupo de personas con diabetes tipo 2, los autores creían que un enfoque centrado en el peso puede ser contraproducente y provocar una disminución de la autogestión y el autocuidado del diabético, ciclos de peso, recuperación de éste y un empeoramiento de la salud física y mental.

Este es un trabajo valioso. Destaca el riesgo de malas experiencias en el sistema médico relacionadas con el estigma del peso. Al mismo tiempo, también describe que pueden producirse experiencias positivas, quizá especialmente con un enfoque de peso neutro.

Riesgos genéticos y TERIA/ARFID

La heredabilidad fue alta entre 17.000 pares de gemelos en Suecia

La evidencia de una relación genética con los trastornos alimentarios es amplia y profunda, pero se ha centrado principalmente en la AN y la BN. Un estudio reciente ha empezado a arrojar luz sobre los factores genéticos de los afectados por el trastorno de evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria, o TERIA/ARFID (JAMA Psychiatry. 2022. doi:10:1001/jamapsychiatry. 2022.4612).

Los niños con TERIA/ARFID, a los que a menudo se califica de "comedores quisquillosos", muestran desinterés por la comida y la nutrición y tienen ciertas aversiones sensoriales o temores a atragantarse o vomitar. El TERIA/ARFID es el trastorno alimentario más común tratado en niños: entre el 5% y el 14% de los niños ingresados en programas de hospitalización y casi el 25% de los que acuden a programas ambulatorios han sido diagnosticados de TERIA/ARFID.

El estudio sueco incluyó a casi 17,000 pares de gemelos. Los datos se recogieron entre los 6 y los 12 años y mostraron que el 2.0% de los participantes tenían una manifestación consistente con TERIA/ARFID. Luego se calculó el alcance del riesgo de ARFID atribuible a factores genéticos frente a factores ambientales compartidos y no compartidos.

Se encontró una fuerte heredabilidad

La heredabilidad de TERIA/ARFID fue bastante alta: 0.79. Los autores señalan que esto hace que TERIA/ARFID sea "uno de los trastornos psiquiátricos más hereditarios". También comentaron que el uso de un grupo de marcadores en lugar de utilizar un método de diagnóstico más típico es una limitación, pero el método utilizado parece sólido, por lo que probablemente se trate de una limitación menor.

Estos resultados realmente interesantes nos dicen más sobre TERIA/ARFID y parecen subrayar su distinción de otros trastornos alimentarios. Es necesario seguir investigando sobre los factores de riesgo de la TERIA/ARFID, lo que podría contribuir al desarrollo de nuevos tratamientos.

Tipo de seguro: una barrera para la atención de pacientes minoritarios y de bajos ingresos

Los seguros son sólo un obstáculo

La diversidad y la atención sanitaria equitativa reciben mucha atención, y por buenas razones. Aunque el acceso al tratamiento temprano de la salud mental es un primer paso necesario hacia la equidad sanitaria, los resultados de un estudio reciente mostraron que la raza/etnia y el tipo de seguro estaban significativamente asociados con la falta de atención a los trastornos alimentarios.

Cuando la pediatra Ruby Moreno y sus colegas de la University of California, en San Francisco, hicieron una revisión retrospectiva de los antecedentes de 1.060 pacientes de 11 a 25 años de diversos orígenes que acudieron a un programa urbano de especialización en medicina del adolescente, donde descubrieron que el tipo de seguro, público o privado, influía mucho en el acceso del paciente a los cuidados posteriores (J Eat Disord. 2023. 11:10).

La población del estudio incluía pacientes con una edad media de 16 años; el 86% eran niñas o mujeres, el 55% eran de raza blanca, el 17.7% eran Latinx y el 22.2% tenían una hospitalización previa. El diagnóstico más frecuente fue AN (38.4%), seguido de trastorno alimentario no especificado (27.6%), AN atípica (13.3%), trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (6.1%), BN (6.1%), otros trastornos alimentarios especificados (5.5%) y TA/BED (1.6%)

Los historiales médicos revelaron que los clínicos evaluadores, todos ellos especialistas en salud mental o en medicina de la adolescencia, recomendaron tratamiento adicional. Los pacientes diagnosticados con trastornos restrictivos de la conducta alimentaria casi siempre fueron derivados a un tratamiento basado en la familia (FBT), excepto cuando éste estaba contraindicado por antecedentes familiares de maltrato o trastorno límite de la personalidad. Para los adultos jóvenes, la terapia cognitivo-conductual (TCC) fue a menudo la primera recomendación, excepto cuando el paciente vivía en casa y prefería la FBT, o cuando se necesitaba un mayor grado de atención.

En comparación con los pacientes que tenían un seguro público, como Medicaid, los que tenían un seguro privado tenían 3 veces más probabilidades de recibir el tratamiento recomendado que los que tenían un seguro público. En comparación con los jóvenes blancos, los jóvenes de razas y minorías tenían aproximadamente la mitad de las probabilidades de recibir el tratamiento recomendado.

Los pacientes con antecedentes de hospitalización tenían casi el doble de probabilidades de recibir el tratamiento recomendado que los que no los tenían. En cambio, los pacientes con diagnóstico de "otros trastornos alimentarios" tenían la mitad de probabilidades de recibir el tratamiento recomendado que los que padecían AN. Notablemente, las personas con diagnóstico de AN tenían 14 veces más probabilidades de recibir el tratamiento recomendado que aquellas con AN atípica (ANA); se trata de un hallazgo sorprendente, dado que en muchos entornos la ANA parece ser el trastorno alimentario más frecuente.

Otras barreras al tratamiento

¿Qué otras barreras además del seguro interfirieron con el tratamiento?

Los autores informaron que muchos pacientes con seguro público en su programa no podían acceder a la FBT en su institución o en la comunidad; en cambio, estos pacientes confiaban en terapeutas con poca

experiencia en trastornos alimentarios y en terapias individuales no especializadas.

Los jóvenes de color suelen vivir en comunidades con menos proveedores médicos especializados en salud mental, y los autores reclaman más investigación para identificar los factores que pueden interferir en el acceso a una atención adecuada para estos jóvenes con trastornos alimentarios. Así, según los resultados de los autores, las personas de color tienen menos probabilidades de someterse a pruebas de detección o de recibir el tratamiento recomendado para los TCA. La cobertura del seguro por sí sola no puede garantizar la equidad en el tratamiento de los trastornos alimentarios.

El estigma y las creencias culturales sobre la atención a la salud mental pueden actuar como una barrera adicional. El posible estigma de los "trastornos mentales" también puede estar en el trabajo. La ausencia de datos debido a la histórica falta de reconocimiento de los trastornos alimentarios en la población de personas de color. Entre los pacientes latinx con seguro público, por ejemplo, los que padecían ANA tenían muchas menos probabilidades de recibir el tratamiento recomendado que los pacientes con AN.

El prejuicio del proveedor puede ser otra barrera, según los autores. Aunque los trastornos alimentarios se dan en personas de color, los hombres y las personas no binarias también se ven afectados y esto se está reconociendo cada vez más. Durante muchos años se creyó que los TCA ocurrían predominantemente en mujeres blancas. Este estudio también indica que los jóvenes de color tienen menos probabilidades de recibir el tratamiento recomendado. Estos hallazgos reflejan la necesidad de examinar el papel del racismo estructural en el tratamiento de los trastornos alimentarios.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

¿Se puede ayudar a un adolescente con AN con leptina?

P. ¿Puede decirnos más sobre los efectos de la leptina en pacientes con AN? Una paciente adolescente mayor se salta comidas, picotea la comida y hace ejercicio en exceso. Como resultado, tiene una ingesta calórica diaria de menos de 450 kcal. Hemos probado muchos enfoques, pero ninguno parece hacer la diferencia. He oído que el tratamiento con leptina recombinante humana (metreleptina) podría ayudar. ¿Puede comentar sobre esto? (A. H., Oklahoma City)

R. Se sabe que la leptina afecta la alimentación y el peso durante algún tiempo. Recientemente, los resultados de un ensayo del uso no indicado en la etiqueta mostraron que la metreleptina (Myalept®) tenía efectos útiles en el caso de un adolescente con AN. Investigadores alemanes y suizos liderados por la Dra. Gertraud Gradl-Dietsch obtuvieron resultados muy prometedores cuando trataron a un paciente con AN de 15 años con una prueba de metreleptina no indicada en la etiqueta. La chica, que presentaba diversas dolencias y había estado hospitalizada en varias ocasiones, tenía una AN de tipo restrictiva y un índice de masa corporal (IMC) de 16.3 kg/m² cuando fue vista por primera vez. En casa se saltaba comidas y picoteaba, y tenía una ingesta calórica según su autoevaluación de menos de 500 kcal al día. Tenía amenorrea, hacía ejercicio en exceso y presentaba bradicardia nocturna (38-44 latidos/minuto) Sentía frío, cansancio, debilidad, irritabilidad, estaba deprimida y tenía ideación suicida (Obes Facts. 2023. 16:99).

Ella y sus padres aceptaron probar un tratamiento fuera de la etiqueta con metreleptina durante 9 días. La dosis del primer día de tratamiento se determinó midiendo el nivel de leptina sérica del paciente (1:16 ng/ml). Las dosis diarias fueron de 3.0-5.8 mg/día, administrados por vía subcutánea a las 9 de la mañana. El paciente autoevaluó los síntomas depresivos y de trastornos alimentarios utilizando la versión alemana del Beck Depression Inventory and the Eating Disorders Inventory. Se le pidió que eligiera el síntoma que más le molestaba, y al final del periodo de dosificación decidió trabajar para aumentar el número de alimentos que comía. Las llamadas telefónicas semanales también le permitían nombrar los

nuevos alimentos que añadía a su dieta. Se realizó un seguimiento 175 días después de finalizar el periodo de dosificación de 9 días.

Los resultados del tratamiento con metreleptina se percibieron rápidamente. A los 2 días de tratamiento, la tensión interior y el estado de ánimo depresivo autoevaluados por el paciente disminuyeron. Al cuarto día, la puntuación del BDI-II de la paciente se redujo a la mitad, mejoró su sueño y aumentaron sus interacciones sociales. Afirmó tener muchos menos cambios de humor y era menos probable que se hiciera daño a sí misma. Su apetito varió ampliamente durante el periodo de dosificación; el hambre, que había sido calificada entre 1.5 y 4.5 antes de la dosificación, alcanzó ahora un valor máximo de 9 los días 6 y 9 de la dosificación, y luego descendió a 1 tres días del periodo posterior a la dosificación. Sus ganas de vomitar se redujeron notablemente durante la dosificación y aumentaron después; los atracones fueron poco frecuentes. Dejó de cortar la comida en trozos diminutos y volvió a comer pan por primera vez en un año. También era capaz de "imaginarse comiendo alimentos antes prohibidos."

En el seguimiento final, el paciente había ganado casi 20 kg. La paciente refirió un estado de ánimo estable y recuperó la menstruación 3 meses después de suspender el tratamiento. Sus niveles de leptina estaban en un rango bajo-normal. Después de 6 meses, el adolescente había ganado 15 kg.

Los autores plantearon la hipótesis de que la metreleptina influye en el hambre y el apetito. El informe del caso sugiere que el estado de ánimo también mejoró. Quizás lo más interesante es que los pensamientos de TCA disminuyeron rápidamente tras empezar a tomar metreleptina.

La metreleptina es un fármaco con importantes efectos secundarios que han dado lugar a un régimen específico de vigilancia de dichos efectos (Risk Evaluation and Mitigation Strategy, o REMS, por sus siglas en inglés), y su uso sigue siendo experimental en personas con AN. Los autores también señalan correctamente que se necesitan estudios controlados aleatorios para definir mejor el papel de la leptina y la metreleptina en el hambre y el apetito.

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

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com