
Eating Disorders Review

Mayo/Junio 2023

Volumen 34, Número 3

Scott Crow, Editor en Jefe

Cambiar los prejuicios sobre el peso corporal: cosas que perjudican y que ayudan de peso neutro para TA/BED

Sandra Wartski, PsyD, CEDS

El grave estigma y los prejuicios asociados a los cuerpos más grandes están bien establecidos en la literatura sobre trastornos alimentarios^{1,2} y somos conscientes de que las numerosas consecuencias negativas de tales actitudes son de gran alcance. Los profesionales de los trastornos alimentarios somos especialmente conscientes de este prejuicio, ya que se entrelaza en nuestro trabajo con personas en recuperación de cualquier tamaño. A menudo tenemos la sensación de estar librando una ardua batalla con nuestros clientes cuando intentamos cambiar las actitudes sobre la aceptación del cuerpo. Sin embargo, también sabemos que este prejuicio va mucho más allá de nuestros clientes: este movimiento social desenfrenado afecta negativamente a todo el mundo.

Puede entristecernos, pero nos sorprende del todo, oír hablar de un estudio sobre niños que afirman que preferirían perder un brazo antes que estar gordos, o un titular de prensa que relata el trágico final de una persona acosada por su peso.³ Los clínicos saben de primera mano cómo la estigmatización y la vergüenza conducen a mayores -y no menores- dificultades con la alimentación, la autoestima, el estado de ánimo y la salud mental en general.^{4,5} Recientemente me desanimé aún más cuando me enteré de un nuevo informe sobre los resultados del Implicit Association Test que revisa los cambios positivos en los prejuicios sexuales y raciales. Desafortunadamente, no hubo cambios en el prejuicio del peso corporal.

Nuevos hallazgos sobre los prejuicios corporales

El Implicit Association Test (IAT, por sus siglas en inglés) se describe como una forma de medir "actitudes y creencias que las personas pueden no estar dispuestas o no pueden informar." Muchas personas se consideran imparciales y sin prejuicios, pero se cree que todos tenemos actitudes implícitas subyacentes de las que no somos conscientes. Project Implicit® fue fundado en 1998 por tres científicos, el Dr. Tony Greenwald, el Dr. Mahzarin Banaji, y el Dr. Brian Nosek. **Project Implicit Health** (anteriormente Project Implicit Mental Health) se lanzó en 2011 y está dirigido por los doctores Bethany Teachman and Matt Nock. La misión del Project Implicit es educar al público sobre los prejuicios y proporcionar un "laboratorio virtual" para recopilar datos en Internet. Project Implicit es una forma de que los científicos "produzcan investigaciones de gran impacto que constituyan la base de nuestros conocimientos científicos sobre los prejuicios y las disparidades."⁶ La recopilación de datos se ha realizado de forma continua en Internet desde 2007; desde entonces, se han realizado más de 40 millones de pruebas, lo que ha creado un conjunto de datos mucho más amplio de lo que el investigador esperaba.

Uno de los científicos que fundó Project Implicit es Mahzarin Banaji, PhD, Profesora de ética Social en el Department of Psychology en la Harvard University, y pionera en el estudio del prejuicio implícito. Ella es la autora, con Anthony Greenwald, PhD, del libro de 2013 *Blindspot: Hidden Biases of Good People*.⁷

La Dra. Banaji fue entrevistada recientemente en el podcast del American Psychological Association, "Speaking of Psychology." Episode 199 de título "¿Se pueden desaprender los prejuicios implícitos?" y cubre una amplia gama de hallazgos interesantes, pero su referencia brevemente mencionada al prejuicio del cuerpo más grande se sintió especialmente relevante para los profesionales de los trastornos alimentarios.⁸

La Dra. Banaji compartió los resultados del análisis de seis grupos, analizando los prejuicios contra los homosexuales, raciales, sobre el tono de la piel, sobre la edad, la discapacidad y sobre el peso corporal (prejuicios contra las personas con sobrepeso) Se revelaron varios hallazgos interesantes y sorprendentes, y los investigadores están estudiando por qué algunas creencias cambian más rápido que otras. El mayor cambio se produjo al constatar que los prejuicios contra los homosexuales se han reducido en un 64% entre 2007 y 2020, un descenso enorme. La raza y el tono de la piel se han reducido aproximadamente un 25% durante ese mismo periodo.

Los tres prejuicios que no han cambiado mucho son: el prejuicio contra las personas mayores es ligeramente inferior, pero no significativamente, mientras que los prejuicios contra la discapacidad y el peso corporal permanecen completamente invariables. La Dra. Banaji señaló que el prejuicio del peso corporal parece tan estable que "pensamos que éste va a seguir existiendo". Si avanzan a este ritmo, no veremos cambios hasta dentro de 200 años. Esa es nuestra predicción". Por muy emocionante que sea el hecho de que algunos prejuicios importantes hayan disminuido y estén empezando a cambiar de forma importante, sobre todo porque a menudo se ha considerado que los prejuicios implícitos son menos movibles, el continuo prejuicio contra los cuerpos más grandes es desalentador.

Cosas que pueden hacer más daño

Varios factores dificultan este proceso de cambio de actitudes sobre el peso corporal, y la mayoría de nosotros reconocemos que el impacto de los factores socioculturales es enorme. Las noticias sobre una "nueva dieta buenisima" o los comentarios públicos sobre el cuerpo de alguien (normalmente destacando la pérdida de peso o criticando el aumento de peso) refuerzan la noción de que las cosas están mal entre las personas de determinadas tallas o formas corporales. Todos sabemos que ciertamente no falta este tipo de sobre-enfoque, y con el verano siendo estratégicamente programado para tener la dieta-cuerpo-odio-cambio-enfoque, el sobre-enfoque básicamente se mantendrá durante todo el año, especialmente con la exposición extremadamente aumentada ahora disponible con el Internet y las redes sociales. La cultura de la dieta exalta la delgadez, menosprecia los cuerpos más grandes y normaliza muchos comportamientos alimentarios desordenados. Sabemos que aunque alguien no llegue a ser diagnosticado de un trastorno alimentario, nuestra sociedad gordofóbica sigue mostrando una opresión, prejuicio y discriminación considerables.

En enero de 2023, la American Academy of Pediatrics (AAP) publicó "**Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescent Obesity.**" Es un ejemplo de un factor que tiene el potencial de afectar negativamente cualquier pequeño paso de cambios que hayan comenzado a ocurrir más con HAES (Salud en todos los tamaños®) y el movimiento neutral en peso. La *Guideline* insta a los pediatras a hablar con los niños y sus familias sobre dietas, medicamentos e incluso de la cirugía para perder peso. Ante todo, los principios de la AEES promueven un acceso seguro y equitativo a la asistencia sanitaria para las personas, independientemente de su tamaño, estado de salud y objetivos saludables. Afortunadamente, varios grupos han expresado su seria preocupación por las recomendaciones actuales. Se están firmando peticiones en contra de las directrices, y las reuniones de la Eating Disorders Coalition (EDC) con la American Academy of Pediatrics (AAP) han empezado a dar lugar a cambios positivos.

Cosas que pueden ayudar

Las actitudes pueden cambiar y las creencias se pueden modificar. De hecho, sería difícil mantener la

esperanza y el optimismo sobre el tratamiento de los trastornos alimentarios si en última instancia no consideráramos viable el cambio. Sin embargo, desaprender los prejuicios es más difícil de lo que se suele pensar. En realidad, los clínicos nos encontramos en esta amplia brecha dialéctica: sabemos que los seres humanos a menudo se resisten al cambio y se sienten incómodos con él y, sin embargo, el trabajo de nuestra vida se centra básicamente, al menos en parte, en ayudar a los individuos a cambiar.

Dar pequeños pasos

Aunque a veces creemos que la gente tiene que cambiar sus creencias antes de poder cambiar sus comportamientos, la ciencia apoya la idea de que dar pequeños pasos en el comportamiento puede preceder a modificar las creencias. Discutir sobre los prejuicios propios o ajenos no suele funcionar y, de hecho, la mayoría de las personas acaban aferrándose con más obstinación a algunas de esas creencias, como bien saben muchos clínicos. También sabemos que hay mucha psicoeducación que cubrir en el trabajo de los trastornos alimentarios, pero la educación por sí sola rara vez ha permitido a alguien hacer cambios sostenibles. Por lo tanto, esos pequeños cambios de comportamiento, como salir de casa aunque uno no se sienta presentable o hablar de uno mismo con compasión aunque no se lo crea, pueden ser comienzos importantes.

Los pequeños pasos cuentan. Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de dar pequeños pasos hacia el cambio. Muchos clientes dirán: "No hay manera de que pueda amar a mi cuerpo," pero a veces pueden aceptar una intención más pequeña, como centrarse más en honrar o confiar en una señal corporal (la sed, orinar o dormir, por ejemplo) Del mismo modo, no podemos esperar que la sociedad sea capaz de dar saltos inmediatos hacia una cultura que tenga más en cuenta el peso, pero la sociedad podría empezar a considerar cómo la salud se mide con más precisión en los comportamientos que por un peso o una talla concretos. Incluso un grado de cambio modifica significativamente la trayectoria.

Disonancia cognitiva

Encontrar formas de crear disonancia cognitiva también puede ser útil. Leon Festinger, a quien se atribuye el desarrollo de la teoría de la disonancia cognitiva en los años 50 y 60, señaló que cuando nos enfrentamos a dos ideas aparentemente disímiles, debemos cambiar una u otra.⁹ Esta incomodidad en las cogniciones incoherentes resulta ser en realidad motivadora. Volviendo a algunos de los resultados del Implicit Association Test (IAT), al intentar descubrir por qué algunos prejuicios cambian más rápidamente (como el prejuicio antigay, que disminuye rápidamente), los científicos han propuesto que cuando la sexualidad se hizo más personal y más personas empezaron a "salir del armario" ante sus seres queridos, el prejuicio de la sexualidad pudo modificarse más rápidamente. A medida que la gente "salía del armario", las familias y los amigos se veían obligados a enfrentarse a su propia disonancia cognitiva. Del mismo modo, podemos encontrar más formas de que las personas de todas las tallas sean respetadas por lo que son y por lo que hacen (como científicos, profesores, profesionales sanitarios, buenos padres, colegas serviciales y seres humanos amables), con el fin de ampliar la noción actualmente más limitada basada únicamente en el peso.

También se atribuye a Hollywood haber contribuido a cambiar el prejuicio antigay revelado en los resultados del IAT mucho más rápidamente que cualquiera de los otros prejuicios invariables. Como explicó la Dra. Banaji: "Hicieron películas y programas de televisión, no sólo normales, sino en los que el personaje gay era más simpático, inteligente y genial que los heterosexuales de la serie. La gente los veía y se daba cuenta de que esto se estaba normalizando." Disponer de más tipos de cuerpos en la televisión y el cine parece un objetivo importante y valioso que podría empezar a cambiar lenta pero progresivamente la mentalidad fóbica hacia la gordura. Los seres humanos son adaptables, y los modelos respetados pueden ayudar en esta evolución.

También podemos volver a reconocer que los prejuicios se aprenden. Los bebés no nacen con prejuicios, pero acaban siendo moldeados por las familias y las sociedades de forma explícita e implícita. Aunque

queremos contribuir a que los ciudadanos actuales desaprendan algunas nociones nocivas, también podemos influir en los cuidadores de las nuevas generaciones para que sean más reflexivos sobre cómo se transmiten los prejuicios sobre el peso corporal desde el principio. Superar los pasados supuestos, crear nuevas normas y cuestionar el statu quo formarán parte de la creación de un mundo más justo y no discriminatorio en muchos ámbitos.

Mirando hacia el futuro

Puede que pase mucho tiempo antes de que podamos esperar realmente que la atención que incluye el peso y las conversaciones neutrales con respecto este se conviertan en la norma, pero afortunadamente hay algunos pequeños pasos conductuales que podemos dar para aumentar la conciencia y apoyar los cambios lentos. Puede que aún nos encontremos en un punto más rudimentario en el intento de evitar daños en las directrices de los tratamientos médicos o de reducir el impacto negativo de alguna tendencia tóxica de las redes sociales, pero la esperanza en la reducción de otros prejuicios proporciona cierto optimismo sobre un posible pronóstico positivo también en los prejuicios sobre el peso corporal.

Como Lindo Bacon, de HAES (Health at Every Size), un activista y autor, ha señalado tan sabiamente, “La única manera de resolver el problema del peso es dejar de hacer éste un problema, dejar de juzgarnos a nosotros mismos y a los demás por nuestro tamaño. El peso no es una medida eficaz de atractivo, carácter moral o salud.”¹⁰

Referencias

1. Fruh SM, Nadglowski J, Hall HR, et al. 2016. Obesity stigma and bias. *J Nurse Pract.* 12:425.
2. Puhl RM, Heuer CA. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity.* 17:941.
3. Solovay S. 2000. *Tipping the scales of justice: Fighting weight based discrimination.* Prometheus. SoundCloud.
4. Flament MF, Henderson K, Buchholz A, et al. 2015. Weight status and DSM-5 diagnoses of eating disorders in adolescents from the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 54:403.
5. Puhl RM, Lessard LM. 2020. Weight stigma in youth: prevalence, consequences, and considerations for clinical practice. *Curr Obes Rep.* 9:402.
6. Project Implicit website: <https://implicit.harvard.edu/implicit/aboutus.html>
7. Banaji M, Greenwald A. 2001. *Blindspot: Hidden Biases of Good People.* Delacorte Press, New York, NY
8. Banaji M. 2022. Speaking of psychology. Can we unlearn implicit biases? podcast on implicit bias: <https://www.apa.org/news/podcasts/speaking-of-psychology/implicit-biases>
9. Festinger L. 1962. *A Theory of Cognitive Dissonance.* Stanford University Press, Stanford, CA.
10. Bacon L. 2010. *Health At Every Size: The Surprising Truth About Your Weight.* BenBella Books, Dallas TX.

The Author

Sandra Wartski ha estado trabajando con trastornos alimentarios durante los últimos 25 años. Ella es una psicóloga licenciada que trabaja como terapeuta ambulatoria en Silber Psychological Services en Raleigh, NC. Le gusta dar presentaciones y escribir artículos sobre una variedad de temas de salud mental, particularmente con los relacionados con los trastornos alimentarios.

Desde el otro lado del escritorio

La relajación de las normas de confinamiento a medida que la epidemia de COVID ha ido disminuyendo

ha sido muy útil para acabar con el aislamiento de tantas personas, en particular de las que padecen trastornos alimentarios. El aislamiento fue una de las principales consecuencias negativas de la epidemia y a menudo se le atribuye el fuerte aumento de los casos de trastornos alimentarios. Uno de los resultados positivos de esta situación ha sido la aparición de iniciativas a escala nacional para desarrollar programas que permitan identificar antes los trastornos alimentarios (véase "Actualización").

Un problema que no ha cambiado es el prejuicio del peso corporal, como señala la autora Sandra Wartsky (véase "Cambiar el prejuicio del peso corporal: cosas que duelen y ayudan," en otra parte de este número). Señala tres prejuicios que no han cambiado mucho: el prejuicio contra las personas mayores es ligeramente inferior, pero no significativamente, y los prejuicios sobre la discapacidad y el peso corporal no han cambiado. Señala que nuestra cultura centrada en las dietas exalta la delgadez, desprecia los cuerpos más grandes y normaliza muchos comportamientos alimentarios desordenados. Así, aunque alguien no llegue a ser diagnosticado de un trastorno alimentario, "nuestra sociedad gordofóbica sigue mostrando una opresión, unos prejuicios y una discriminación significativos," escribe.

Aunque muchas de las noticias actuales sobre la gordofobia pueden parecer sombrías, se han dado algunos pasos positivos: por ejemplo, investigadores de Tennessee y Pensilvania han desarrollado nuevas formas de llegar a quienes temen ganar peso (véase "Lidiando con el miedo a aumentar de peso," en otra sección de este número).

—MKS

Actualización

Varios estados, entre ellos California, Texas y Colorado, están patrocinando proyectos de ley para ayudar a aumentar la sensibilización y la investigación sobre los trastornos alimentarios. En California, por ejemplo, el proyecto de ley Assembly 10 exigiría que los distritos escolares, las oficinas de educación de los condados y las escuelas concertadas elaboren y adopten políticas y recursos sobre la vergüenza corporal antes del curso escolar 2025-2026.

En Colorado, un proyecto de ley para crear una Oficina Estatal de Prevención de los Trastornos Alimentarios está tramitándose en la legislatura. El objetivo de este programa es cerrar brechas en el tratamiento, ofrecer becas de investigación y trabajar para educar a estudiantes, profesores y padres sobre los trastornos alimentarios, incluidas las señales de alerta temprana de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Otro objetivo en Colorado es prohibir el uso del índice de masa corporal (IMC) por parte de las aseguradoras para determinar la necesidad médica de tratamiento de los trastornos alimentarios. Quienes se oponen a utilizar el IMC de este modo señalan que a las personas que no cumplen las directrices del IMC a menudo se les deniega la atención o se les expulsa prematuramente de los programas de tratamiento.

Otras propuestas de ámbito nacional incluyen prohibir a los algoritmos de las redes sociales que promocionen productos con contenidos potencialmente nocivos, prohibir la venta de píldoras para adelgazar a menores y añadir programas sobre prevención de trastornos alimentarios a los planes de estudios de secundaria y bachillerato. Uno de los factores a los que se atribuye el mayor interés por diseñar y poner en marcha este tipo de programas fue el aumento de los trastornos alimentarios registrado durante el confinamiento por COVID-19.

Lidiando con el miedo al aumento de peso

Las futuras intervenciones deberán tener en cuenta la

opinión de los pacientes

El miedo a aumentar de peso es uno de los factores cruciales que mantienen algunos trastornos alimentarios, según la Dra. Rachael M. Butler y sus colegas en la University of Louisville, KY, y Drexel University, Philadelphia (*Eat Weight Disord.* 2023. 28:29) Aunque existen pocas investigaciones sobre el papel del miedo al aumento de peso durante la terapia cognitivo-conductual mejorada (TCC-E), el estudio de estos investigadores aporta algunos datos nuevos sobre el tratamiento de este resistente síntoma.

Según los autores, el miedo a engordar puede tener su origen en una sobrevaloración de la silueta y el peso, un síntoma central de los trastornos alimentarios del espectro del atracón. Añaden que el miedo al aumento de peso también puede subrayar conductas alimentarias desordenadas a través de un ciclo de evitación, como se observa en los trastornos de ansiedad. Las personas con miedo a engordar tienden a evitar aquellos alimentos que creen que les harán ganar peso. A esto le siguen conductas alimentarias ritualizadas y el control corporal.

El grupo de estudio

El grupo del Dr. Butler reclutó a 63 adultos con trastornos de la alimentación por atracón clínicamente significativos. Los participantes (56 mujeres, 7 hombres), tenían entre 18 y 55 años, y habían tenido un promedio de un episodio de atracón por semana durante las últimas 12 semanas. Los participantes fueron excluidos cuando el 80% o más de los episodios de atracones incluían frutas y verduras crudas.

Todos los participantes recibieron 12 sesiones modificadas de TCC-E de 12 y completaron una sesión de admisión de 120 minutos; todas las demás sesiones duraron 60 minutos. A los participantes se les asignaron tareas de automonitoreo, objetivos alimentarios regulares y reducción del control de la silueta entre sesiones. También fueron asignados aleatoriamente a dos grupos, el primero para completar un entrenamiento de control inhibitorio computarizado de 10 minutos y el segundo a un entrenamiento simulado diario durante las primeras cuatro semanas, y luego una vez por semana durante el tiempo que duró el tratamiento. El entrenamiento en control inhibitorio tenía como objetivo aumentar éste hacia la comida, utilizando una tarea de "Go/No Go" durante la cual los participantes veían señales visuales de comida o de no comida y se les indicaba que respondieran lo más rápido posible, excepto cuando aparecía una señal de "No Go" (un círculo azul), siempre emparejada con estímulos que representaban los atracones de comida autoreportados por el participante. La condición simulada contenía los mismos estímulos e instrucciones, sin señales de "No Go". Esto pretendía actuar como control de la atención.

Se utilizó el *Eating Disorders Examination* para evaluar los trastornos alimentarios de los últimos 3 meses, y todas las pruebas se completaron en línea en las computadoras domésticas de los participantes. Los participantes también completaron la **Goldfarb Fear of Fat Scale** (GFFS, por sus siglas en inglés), una medida de 10 ítems utilizada para medir el miedo al aumento de peso o "gordura" medido antes del tratamiento, a mitad del tratamiento y después del tratamiento. Antes de cada sesión, se les pidió a los participantes que enumeraran con qué frecuencia habían tenido atracones o episodios de LOC durante la semana pasada. El índice de masa corporal (IMC, kg/m^2) se calculó a partir de la estatura declarada por los propios participantes (declarada al inicio del estudio) Se registró el peso durante las sesiones presenciales.

Las puntuaciones de la Goldfarb Fear of Fat Scale (GFFS) disminuyeron con el tratamiento

Hubo varios hallazgos notables. A lo largo del tratamiento, de la sesión 1 a la 12, el miedo a ganar peso disminuyó significativamente. Los participantes con enfermedad de espectro BN comenzaron con puntuaciones GFFS más altas y mayores descensos en el miedo al aumento de peso. Según los autores, el diagnóstico no afectó al cambio en las puntuaciones del GFFS a lo largo del tiempo. El IMC y el miedo al aumento de peso no se asociaron durante el tratamiento, lo que sugiere que los cambios en el peso de un individuo no se correlacionan con el miedo al aumento de este. Es importante destacar que, aunque el

miedo al aumento de peso se redujo durante el tratamiento, seguía siendo elevado al final del mismo. Uno se pregunta si esto podría ser un aviso importante de recaída.

Los autores señalaron que, hasta donde ellos sabían, éste era el primer estudio que examinaba el miedo al aumento de peso durante el tratamiento con TCC-E para los trastornos del espectro del atracón. También reportaron que el miedo al aumento de peso no es un objetivo directo de la TCC-E. Los estudios futuros que exploren qué componentes de la TCC-E contribuyen a la disminución del miedo al aumento de peso podrían permitir a los clínicos enfatizar ciertas partes del tratamiento para las personas con fuertes miedos al aumento de peso.

Ayudar a prevenir los trastornos alimentarios entre las mujeres jóvenes con diabetes mellitus de tipo 1

Un estudio piloto destaca la importancia de conocer a pares con experiencias vitales compartidas

Las mujeres jóvenes con diabetes mellitus tipo 1 (DM tipo 1) tienen entre dos y tres veces más riesgo de desarrollar un trastorno alimentario que las mujeres sin diabetes. Durante mucho tiempo se ha pensado que parte del riesgo está relacionado con los cambios de peso o de conducta alimentaria en torno al momento de inicio de la diabetes. Dos importantes factores de riesgo adicionales son la búsqueda del "ideal de cuerpo delgado" y la insatisfacción corporal.

Una intervención de prevención/tratamiento que ha tenido un efecto positivo es "The Body Project," un programa de prevención de los trastornos alimentarios basado en manuales que utiliza la teoría de la disonancia cognitiva. La disonancia cognitiva se produce cuando existe una discrepancia entre las propias creencias y las acciones. Este proyecto ha demostrado ser una de las intervenciones más eficaces hasta la fecha para reducir los factores de riesgo de los trastornos alimentarios y prevenir futuros trastornos en la población general (*Clin Psychol Rev.* 2017.53:46). The Body Project anima a los participantes a criticar el ideal de cuerpo delgado mediante una serie de ejercicios verbales, escritos y de comportamiento, e incluye tareas para casa.

Utilización de los principios del Proyecto Cuerpo con mujeres con Diabetes Mellitus de tipo 1

La Dra. Trine Wilge Hage e investigadores de Oslo University Hospital and the Diabetes Center, Oslo, Noruega han diseñado recientemente un estudio para explorar la viabilidad del uso de grupos de prevención de trastornos alimentarios para personas con DM tipo 1 (*J Eat Disord.* 2023.11:42). Diecisiete mujeres jóvenes participaron en grupos de discusión y entrevistas tras completar una intervención; después se analizaron los resultados. Los participantes y los investigadores destacaron los beneficios de conocer a pares con una experiencia vivida de DM de tipo 1 y preocupaciones por la imagen corporal.

Resultados del estudio y reacciones de los participantes

Treinta y cinco mujeres participaron en el estudio de viabilidad del Diabetes Body Project, en el que fueron asignadas a cinco grupos del proyecto. Veinticinco completaron las seis reuniones, incluidas las pruebas previas y posteriores (realizadas en línea) En este grupo, la edad promedio de inicio de la DM tipo 1 fue de 9.34 años. En el momento del estudio, la edad promedio era de 26 años.

El estudio desarrolló un tema general, según los autores: el beneficio de conocer a pares con una experiencia vivida de DM tipo 1 y preocupaciones por la imagen corporal. En las cuatro primeras sesiones, se pidió a los participantes que definieran, debatieran y, a continuación, desafiaran los ideales de apariencia actuales, así como que incluyeran ideales de activismo corporal, discutiendo las ventajas y

desventajas de utilizar las redes sociales para combatir las preocupaciones sobre la imagen corporal. Entre los ejercicios para hacer en casa se incluye el "ejercicio del espejo", en el que los participantes se colocan frente a un espejo e intentan encontrar atributos positivos sobre sí mismos, incluidas dos reacciones positivas basadas en la apariencia.

De los grupos de discusión surgieron cuatro temas principales: (1) la necesidad de un enfoque integrado de la diabetes, la relevancia personal, proporcionar un equilibrio suficiente entre estructura y flexibilidad, y establecer una perspectiva diferente sobre el hecho de padecer la enfermedad. (2) Todos los participantes expresaron que reunirse con pares con DM Tipo 1 fue muy valioso y una experiencia muy apreciada. (3) El entorno de grupo también les proporcionó un "espacio seguro" temporal dentro de una comunidad de iguales. (4) Muchas participantes expresaron que en su vida cotidiana tenían una red limitada de otras amigas y conocidas con DM tipo 1. Esto fue tan cierto para los participantes recién diagnosticados como para los que habían vivido con DM tipo 1 la mayor parte de su vida.

Los participantes también expresaron la necesidad de un enfoque más integrado de la DM de tipo 1 en todo el Diabetes Body Project. La mayoría de los participantes pidieron que se hiciera más énfasis en la enfermedad que en los ejercicios o en abordar el ideal de cuerpo delgado. La intervención resultó valiosa para los participantes, que afirmaron haber mejorado tanto su autoconciencia como su flexibilidad. Consideraron que los ejercicios más valiosos eran la escritura de cartas, los juegos de rol y los ejercicios en el espejo.

Los autores señalaron varias limitaciones de su estudio. Sólo alrededor de la mitad (49%) de las mujeres que se inscribieron originalmente como participantes en el Diabetes Body Project participaron también en las sesiones de discusión, lo que posiblemente afectó a la información obtenida en las entrevistas. Se trata de un pequeño estudio piloto, por lo que será necesario realizar otro ensayo controlado aleatorizado para examinar más a fondo sus conclusiones.

Estos hallazgos son positivos. En este momento, la Intervención del Proyecto Corporal cuenta con un gran número de investigaciones en diversos contextos, por lo que no es de extrañar que se mostrara prometedora en este caso. Sin embargo, el riesgo de trastornos alimentarios entre las personas con DM tipo 1 se conoce desde hace tiempo, lo que representa una gran oportunidad para una intervención específica.

Adicción al ejercicio: ¿Qué es y lleva a los trastornos alimentarios?

Quedan muchos interrogantes

La adicción al ejercicio (EA, por sus siglas en inglés) se caracteriza por un entrenamiento exagerado y la pérdida de control sobre el mismo. En la actualidad, muchos estudios describen cuestiones relacionadas con el concepto de la adicción al ejercicio, pero ésta sigue sin estar incluida en la edición actual del *DSM*. Un estudio reciente intentó evaluar las razones por las que ha surgido poca información para precisar los signos diagnósticos de la adicción al ejercicio, y revisar su conexión con otras psicopatologías, en particular los trastornos de la conducta alimentaria.

Un equipo encabezado por el Dr. Aviv Weinstein de la University of Ariel, Israel, y un equipo de ELTE Eötvös Loránd University, Budapest, Hungría, revisó 1000 estudios de la adicción al ejercicio publicados en los últimos 12 años (*Dialogues Clin Neurosci.* 2023. <https://doi.org/10.1080/19585969>). Buscaron cuidadosamente las diferencias entre hacer ejercicio en exceso y la adicción a éste. Además, su estudio incluyó posibles vínculos entre la adicción al ejercicio y los trastornos alimentarios.

Signos fisiológicos

El grupo primero evaluó los signos fisiológicos de la adicción al ejercicio. En un estudio, se realizó un seguimiento de 50 futbolistas profesionales durante el entrenamiento estacional y después durante 7 días de privación de ejercicio. Durante la fase de privación, los atletas con puntuaciones altas en las medidas de adicción al ejercicio presentaban una menor actividad eléctrica del cerebro, una tensión muscular aumentada, una mayor actividad del sistema nervioso simpático y una mayor ansiedad y depresión (*Human Physiol.* 2011. 37:509). En otro estudio de 53 atletas varones, las puntuaciones de la adicción al ejercicio se correlacionaron con síntomas de trastornos alimentarios, balance energético negativo y niveles más altos de cortisol (*Open Sport Exer Med.* 2019. 5: e000439). Sin embargo, un estudio de 176 personas que realizaban ejercicios aeróbicos y anaeróbicos al menos 3 veces por semana no informó de diferencias en las puntuaciones de la adicción al ejercicio u otros síntomas entre los que realizaban estos tipos de ejercicios (*Addict Behav Rep.* 2021. 14:100369).

Diferencias de género

Los investigadores hallaron diferencias en los síntomas disfuncionales, la calidad de vida, el estado de ánimo y el sueño entre las mujeres y los hombres que participaban regularmente en programas de ejercicio. Los hombres mostraron una mayor dedicación al entrenamiento y a ganar fuerza y vigor en comparación con las mujeres. Las mujeres del grupo anaeróbico informaron de patrones alimentarios más desordenados y tenían mayores niveles de depresión que los hombres. Sin embargo, en cuanto al tiempo de entrenamiento, como 3 horas a la semana, no se observaron diferencias de género.

Tratamiento

El principal tratamiento que se ha sugerido para el ejercicio disfuncional es la terapia cognitivo-conductual, pero los investigadores encontraron pocas pruebas de que fuera eficaz. Hallward y sus colegas han argumentado que tratar la adicción al ejercicio es esencial para tratar los trastornos alimentarios (*Eat Disord.* 2022.30:411).

El Dr. Weinstein y su equipo señalaron que queda pendiente una cuestión central: ¿Es la adicción al ejercicio una adicción conductual o un síntoma común de diversas morbilidades psiquiátricas subyacentes? Otro problema son los múltiples cuestionarios utilizados para evaluar la adicción al ejercicio, que pueden inflarla y "patologizarla en exceso". Los métodos de evaluación apropiados no parecen estar plenamente establecidos. Los autores creen que las distintas herramientas utilizadas para evaluar la adicción al ejercicio y las diferentes estructuras de los estudios han dado lugar a resultados confusos. La revisión de Weinstein y sus colegas incluye la identificación, tema por tema, de las necesidades de investigación y los pasos de acción sugeridos, para que el concepto de la adicción al ejercicio pueda comprenderse plenamente.

Mejorando el EDE-Q para hombres

En su forma actual, pueden faltar dos áreas importantes para los hombres

Dos áreas en el *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q) son las preocupaciones y la insatisfacción corporales. Ambos necesitan mejorar para detectar con mayor precisión los trastornos alimentarios entre los hombres, según un reciente estudio alemán.

La Dra. Nora M. Laskowski y sus colegas describieron recientemente el uso de la versión alemana validada del EDE-Q en hombres adultos hospitalizados con trastornos alimentarios como una mejora del actual cuestionario de detección ampliamente utilizado (*J Eat Disord.* 2023. 11:34). Informan que la versión actual del EDE-Q podría mejorarse incluyendo dos áreas específicas para los hombres. Los autores señalan que las diferencias de género pueden desempeñar un papel importante a la hora de

pasar por alto y no representar a los hombres en la investigación de los trastornos alimentarios, en gran medida porque las evaluaciones estándar se desarrollaron basándose en los síntomas de los TCA en adolescentes y mujeres jóvenes.

Un área que ha llevado a una discusión y debate continuos es la estructura del EDE-Q, donde las cuatro subescalas, Restricción, Preocupación por comer, Preocupación por la forma, y Preocupación por el peso, no incluyen las preocupaciones de los hombres sobre la musculatura y las cohortes especiales, como los hombres homosexuales, los bisexuales o los no heterosexuales. El grupo alemán estudió a 188 hombres adultos diagnosticados con trastornos alimentarios que habían sido admitidos a tratamiento hospitalario entre enero de 2018 y diciembre de 2021. La edad promedio era de 33 años, y el índice de masa corporal promedio era de 37.8 kg/m². Sus resultados sugieren una solución de cinco factores, con una versión ligeramente más corta del EDE-Q (17 ítems) El nuevo cuestionario propuesto incluía los siguientes factores: "Restricción," "Insatisfacción corporal," "Preocupación por el peso," "Preocupación" e "Importancia."

¿Está justificado un modelo de cinco factores del EDE-Q?

Los autores creen que mantener una distinción entre Preocupación por el peso, Insatisfacción corporal e Importancia está justificado en hombres con trastornos alimentarios. Aunque el EDE-Q incluye ítems que evalúan el malestar general, por ejemplo, el malestar al ver el propio cuerpo y el malestar relacionado con la delgadez, esto podría ser demasiado limitante para incluir la psicopatología del trastorno alimentario en los hombres. Añaden que los hombres están igual de preocupados por su masa corporal y su musculatura, lo que apunta a la necesidad de tener en cuenta una amplia gama de imágenes corporales en las evaluaciones de TCA.

Los autores señalaron que una de las limitaciones del estudio era que sus conclusiones se referían a hombres alemanes y podrían no ser generalizables a otros lugares. Aún así, llegaron a la conclusión de que añadir las cinco subescalas (Restricción, Insatisfacción corporal, Preocupación y Preocupación por el peso e Importancia) al EDE-Q podría ser de ayuda.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

"Nuevos" trastornos alimentarios

P. He oído hablar de "nuevos trastornos alimentarios". ¿Puede explicarlo? (*J.B., Philadelphia*)

R. Tras la pandemia de COVID, hemos observado un aumento de la incidencia de los trastornos alimentarios, junto con una edad de aparición generalmente más baja. Hay dos trastornos de los que se habla más después de la pandemia. Un editorial reciente de un grupo de pediatras y neuropsiquiatras infantiles italianos se ha referido específicamente a dos de estos "nuevos" trastornos, la anorexia nerviosa atípica (AAN) y el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria, TERIA o ARFID (*Nutrients*. 2023. 15:1307). Ambos trastornos figuran en el DSM-5 y suelen afectar a niños y adolescentes.

Según la Dra. Alessia Salatto y sus colegas de Nápoles (Italia), ambos trastornos implican patrones alimentarios restrictivos prominentes y perjudican significativamente la salud física o el funcionamiento psicosocial de niños y adolescentes jóvenes.

Aunque la AAN y el TERIA/ARFID son importantes y comunes, ninguno de los dos es un "nuevo" trastorno alimentario. Aquellos que padecen TERIA/ARFID no solían ser atendidos previamente en el ámbito de los trastornos alimentarios, sino más bien en entornos pediátricos gastrointestinales o del desarrollo. En este sentido, el TERIA/ARFID podría considerarse "nuevo" en muchas clínicas de trastornos alimentarios. Y, en

realidad, la AAN se conoce y estudia desde hace tiempo, pero a menudo se denomina "AN subumbral." Aunque técnicamente es cierto (porque las personas con AAN "no cumplen" los criterios de la AN completa), la designación de subumbral era problemática. Y lo que es más importante, sugería que estos casos eran menos graves, suponían un riesgo menor y/o necesitaban menos tratamiento. Nada de esto es cierto.

El TERIA/ARFID, que se da predominantemente en niños, implica bajo peso corporal y un estado de malnutrición y disfunción, considerándose como un trastorno psiquiátrico, aunque no esté asociado a la forma corporal. La AAN se ha incluido recientemente en el DSM; se caracteriza por un peso normal, lo que a menudo provoca un retraso en el tratamiento. Entre las pistas útiles para el diagnóstico de la AAN se incluyen los antecedentes de obesidad o sobrepeso previos y los resultados de la evaluación del índice de masa corporal del paciente.

Los autores señalan que los trastornos alimentarios pueden afectar hasta al 25% de los niños con un desarrollo psicofísico normal y hasta al 80% de los que presentan retrasos en el desarrollo (*Psychiatr Clin North Am.* 2019. 42:57). Esto puede manifestarse como una incapacidad para alimentarse adecuadamente, lo que provoca problemas para ganar peso o un retraso significativo del crecimiento. Los pacientes jóvenes pueden rechazar la comida, tirarla o mostrar una falta de interés general por la comida. Según los autores, los individuos con AN y AAN comparten grados similares de restricción calórica y malnutrición, así como presentar síntomas muy parecidos.

¿Por qué es esto importante? La mayoría de los trastornos nutricionales son transitorios, pero entre el 3% y el 10% de los niños están ligados a un riesgo de desnutrición. Además de los problemas de retraso del crecimiento, los pacientes pueden tener otros posteriores que se remontan al retraso puberal debido a la malnutrición. El aumento de los trastornos alimentarios, especialmente en sus formas más sutiles, también se ha observado en la reaparición de enfermedades "del pasado," como el beriberi o el escorbuto, ahora poco frecuentes y más difíciles de reconocer y tratar, según el Dr. Salatto y sus colegas. Uno de los principales problemas a la hora de diagnosticar un trastorno alimentario es una historia dietética inadecuada. Especialmente en el caso de los adolescentes, tener en cuenta la edad de inicio de los trastornos alimentarios y realizar entrevistas más precisas sobre la alimentación puede ser crucial para identificar el riesgo de trastornos alimentarios.

Los autores también proporcionaron una tabla de banderas rojas para los trastornos alimentarios entre los pacientes jóvenes (véase table).

Señales de advertencia para futuros trastornos alimentarios

- Un niño sólo come sus alimentos favoritos.
- La mayor parte de las calorías consumidas proceden de los líquidos.
- El niño parece distraerse mientras come.
- El niño come alimentos ocultos en otros alimentos o líquidos.
- Las comidas duran más de 30 minutos.
- Los jóvenes están excesivamente preocupados por su peso y su forma corporal.
- Se restringen determinados alimentos, sobre todo los grasos o los relacionados con la preocupación por engordar.
- El niño o adolescente hace ejercicio compulsivamente y está cada vez más ansioso por los objetivos establecidos.
- Los jóvenes se sienten culpables o se avergüenzan cuando comen con los demás.

En suma, estos "nuevos" trastornos alimentarios llevan mucho tiempo entre nosotros. Se observan con

regularidad y son una parte importante del tratamiento de los trastornos alimentarios.

—SC

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

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com