
Eating Disorders Review

Septiembre/Octubre 2023

Volumen 34, Número 5

Scott Crow, Editor en Jefe

Desde el otro lado del escritorio

El otoño ya está aquí, y llega con algunos cambios nuevos para el *Eating Disorders Review (EDR)*. Por ejemplo, tus ideas para artículos, artículos para consideración, sugerencias y comentarios nos llegarán mucho más rápido que antes, gracias a varias incorporaciones al sitio web.

A partir del número de noviembre-diciembre, el *Eating Disorders Review* tendrá una serie de novedades que creemos te gustarán. Tenemos tres nuevos coeditores, y estamos añadiendo enlaces para tus comentarios, así como un enlace directo para futuros autores.

Lamentablemente, nos despedimos del Dr. Scott Crow, a quien extrañaremos mucho. No puede dejarnos fácilmente porque tenemos la intención de seguir en contacto con él, y hemos disfrutado de todos los más de 10 años que ha guiado tan hábilmente a *EDR*.



Dr. Scott Crow

El Dr. Scott Crow, nuestro Editor Médico durante los últimos 10 años, ha visto la transición del *EDR* a una publicación en línea y ha hecho muchas contribuciones a la ésta. Actualmente es

Profesor Adjunto de Psiquiatría en la University of Minnesota, y Vice Presidente para Psiquiatría de Accanto Health. Se retirará como editor médico de *EDR* este otoño.

Además, conozca a nuestros tres nuevos coeditores, **Anne Marie O'Melia, MS, MD, CEDS-S** (medicina), **Leah Graves, RDN, LDN, CEDS-S, FAED** (nutrición), and **John Levitt PhD, CEDS-S, FAED** (psicoterapia) Véase el artículo, "Coeditores se unen al equipo del *EDR*", en otra parte de este número. Los tres aportan conocimientos y experiencia especializados a nuestras páginas.

En este número también se incluyen artículos sobre la ira y la agresividad en adolescentes con bulimia; la eliminación del estigma del peso en el tratamiento de la AN; así como un informe sobre el aumento de los trastornos alimentarios restrictivos entre los adolescentes, entre otros.

—MKS

Coeditores se unen al equipo del EDR

Anne O'Melia

Anne Marie O'Melia, MS, MD, CEDS-S, se unió al equipo médico en el Eating Recovery Center, Denver, en 2014. Es una doctora con una triple certificación por la Junta de Pediatría y Psiquiatría en general. También posee certificaciones de subespecialidad en psiquiatría infantil y adolescente, así como en medicina psicosomática. Antes de cursar estudios de medicina, obtuvo un máster en consejería



psicológica en la University of Kentucky College of Education y luego ejerció como psicóloga en regiones rurales de Kentucky. Obtuvo su título de medicina con distinción de la University of Kentucky College of Medicine, y completó su entrenamiento de residencia en el Triple Board Program de la University of Utah. La Dra. O'Melia ha sido coautora de múltiples artículos y capítulos de libros sobre trastornos alimentarios, ha participado como coinvestigadora en varios ensayos clínicos relacionados con la psicofarmacología en el tratamiento de los trastornos alimentarios y los del estado de ánimo. La Dra. O'Melia ha sido nombrada una de las

"Best Doctors in America" todos los años desde 2007.



John Levitt

John Levitt PhD, CEDS-S, FAED tiene más de 40 años de experiencia trabajando con trastornos alimentarios, autolesiones, traumas y pacientes complejos. Ha participado activamente en el campo de los trastornos alimentarios y el trauma como clínico, desarrollador de programas, supervisor/formador y presentador. Ha impartido numerosas clases, es coautor de un libro y coeditor de otros tres, además de numerosas publicaciones. El Dr. Levitt ha impartido conferencias a nivel nacional e internacional sobre trastornos alimentarios, traumas, autolesiones, sintomatología compleja, evaluación e intervención. El Dr. Levitt se especializa en el trabajo con

personas que luchan con problemas relacionados con el trauma, trastornos de la alimentación y/o autolesiones, proporcionando un ambiente seguro, respetuoso y de apoyo donde los clientes pueden aprender a desenvolverse por sí mismos y mejorar la calidad de sus vidas.



Leah Graves

Leah Graves, RDN, LDN, CEDS-S, FAED, es actualmente Vicepresidenta de Nutrición y Servicios Culinarios en Accanto Health, el Emily Program, y el Veritas Health, Saint Paul, MN. Miembro fundador de la Academy for Eating Disorders, Leah ha tratado a pacientes con trastornos alimentarios durante más de 30 años. Anteriormente, fue Gerente de Eating Disorders Nutrition Therapy para el Laureate Eating Disorders Program, Tulsa, OK. Se graduó con la más alta distinción de la

University of Oklahoma Health Sciences Center en 1985, y después empezó a trabajar con personas con trastornos alimentarios. Es autora de varias publicaciones relacionadas con la nutrición y los trastornos alimentarios, y tiene experiencia especial en terapia médica nutricional, consejería nutricional, supervisión clínica e investigación. A lo largo de su carrera, la motivación de Leah para trabajar con personas con trastornos alimentarios se ha centrado en la misión de ayudar a los pacientes, apoyándoles para que aprendan a comer de un modo que favorezca su capacidad para desenvolverse en la vida: el trabajo, el amor y el juego.

Actualización: Adicción al smartphone

Aunque a veces pueda parecer que todos somos adictos a nuestros teléfonos móviles, un reciente estudio chino ha relacionado los efectos secundarios de la verdadera adicción a los smartphones con los trastornos alimentarios (*Front. Public Health* 11:1111477. doi: 10.3389). En un estudio transversal de 1112 estudiantes universitarios de entre 17 y 29 años, de varias universidades de Chengdu (China), casi el 23% de los estudiantes se identificaron como adictos a sus smartphones, y el 10% de estos estudiantes corrían el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Los investigadores utilizaron la versión china del *Mobile Phone Addiction Index* (MPAI) y el *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26) (*Front*

Las puntuaciones totales del EAT-26 de los estudiantes con adicción a los smartphones fueron superiores a las de otros sin dicha adicción. Los estudiantes con adicción a los smartphones omitían el desayuno con mucha más frecuencia que los sujetos normales, y la frecuencia de consumo de refrescos carbonatados era mayor. El tiempo dedicado a Internet, al uso del smartphone durante los fines de semana y durante los días entre semana (horas al día) fue significativamente mayor en los estudiantes con adicción a éstos. Las personas con adicción a los smartphones utilizaban sus teléfonos una media de 5 horas al día y 6 horas los días de fin de semana. Cuando se les preguntó por la finalidad del uso del teléfono, los estudiantes declararon que lo utilizaban para ver música/vídeos/redes sociales durante 292 minutos al día; para jugar, 270 minutos; para ir de compras, 185 minutos, y para estudiar, 243 minutos.

La mayoría de los estudiantes son conscientes de su excesiva dependencia de los smartphones; sin embargo, en el estudio señalaron que es difícil controlar este comportamiento por sí mismos. (*Modern Prev Med.* 2021. 48:491). Además, varios estudios han descubierto que utilizar un smartphone durante las horas normales de sueño altera el sistema circadiano y el flujo sanguíneo cerebral, e incluso provoca cambios en el ritmo cardíaco y patrones de sueño negativos. (Las recomendaciones actuales sugieren mantener los smartphones a una distancia mínima de 1 metro del cuerpo mientras se duerme) Además, la investigación demostró que la procrastinación a la hora de acostarse desempeñaba un papel intermedio entre la adicción a los smartphones y la mala calidad del sueño.

Los autores descubrieron que la adicción a los smartphones estaba positivamente correlacionada con los trastornos alimentarios. Además, las puntuaciones del *Mobile Phone Addiction Index* (MPAI, por sus siglas en inglés) presentaban una correlación positiva significativa con la frecuencia de consumo de comida rápida, de snacks a altas horas de la noche y de refrescos carbonatados, y una correlación negativa significativa con la frecuencia de actividad física y la duración del sueño. Estudios anteriores también sugirieron que la adicción a los smartphones puede provocar cambios en los factores relacionados con el estilo de vida, lo que se traduce en una alimentación irregular. Aunque los autores señalan algunas limitaciones de este trabajo, hay una pregunta clave. Hay muchas escalas para medir el uso problemático del teléfono móvil y no se puede discutir que el uso de estos puede ser problemático; pero ¿es mejor considerarlo una "adicción"? Los resultados del estudio confirmaron la estrecha relación existente entre la adicción a los smartphones y los trastornos alimentarios, así como entre los hábitos alimentarios y el estilo de vida de los estudiantes universitarios. De acuerdo con los resultados, se recomienda la detección temprana y la gestión del uso de smartphones entre los estudiantes universitarios. Para reducir el riesgo de adicción a sus teléfonos, padres y profesores deberían prestar más atención al estado mental de los alumnos para cultivar hábitos alimentarios y características de estilo de vida saludables y mejorar sus capacidades de autorregulación. Es necesario tener en cuenta la modificación de los hábitos dietéticos y los factores relacionados con el estilo de vida a la hora de desarrollar estrategias e intervenciones para prevenir la adicción a los smartphones entre los estudiantes universitarios.

Los autores concluyeron que la adicción a los smartphones está significativamente asociada a los trastornos alimentarios, los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Es necesario tener en cuenta la influencia de los hábitos alimentarios y el estilo de vida para ayudar a prevenir la adicción a los smartphones entre los estudiantes universitarios.

Tratamiento hospitalario para la anorexia nervosa

Tratar a las pacientes con anorexia como individuos fue

una de las claves del éxito de la atención hospitalaria.

Cuando los pacientes que reciben atención hospitalaria por AN son etiquetados como resistentes al tratamiento, es posible que no hayan recibido una atención adecuada a sus necesidades únicas. Esta fue una de las conclusiones de un estudio reciente de la Dra. Rebekah Rankin y sus colegas de la Western Sydney University School of Medicine, Sydney, Australia (*J Eat Disord.* 2023. 11:95). Los investigadores examinaron las experiencias vividas por los pacientes hospitalizados mediante una revisión sistemática de 11 estudios en los que participaron 159 personas (156 mujeres, 3 hombres) de entre 12 y 45 años.

De su investigación surgieron cuatro temas principales: (1) los pacientes sentían que no existía el tratamiento individualizado; (2) describieron que el entorno, a menudo restrictivo del tratamiento hospitalario, era como "vivir en una burbuja"; (3) también señalaron el impacto de conocer a otras personas con AN y el lado negativo de las comparaciones; y (4) además querían que el personal clínico los viera como algo más que "otra persona con anorexia."

Tema 1: Falta de tratamiento individualizado

Cuando una persona ingresa por primera vez en un centro de tratamiento para pacientes hospitalizados, naturalmente se hace énfasis en la pérdida de peso y las complicaciones de salud asociadas. Por ello, el hincapié está naturalmente en abordar los síntomas fisiológicos del trastorno alimentario. En 7 estudios, los participantes se mostraron decepcionados por este énfasis, casi exclusivo, en la rehabilitación fisiológica a costa del bienestar psicológico. Los valores y la identidad individuales, así como los objetivos del tratamiento, eran importantes para la mayoría de los pacientes, sobre todo poco después del ingreso. En un estudio de Colton y Pistrang, por ejemplo, los participantes consideraban que el objetivo principal de su tratamiento hospitalario era "engordarles" y recuperar peso en lugar de trabajar la recuperación psicológica y el bienestar (*Eur Eat Disord Rev.* 2004. 12:307). En otros estudios, los pacientes participaron en actos de resistencia para preservar su identidad.

Tema 2: 'Vivir en una burbuja'

Según los pacientes, los horarios altamente estrictos y el entorno del tratamiento hospitalario actuaban como separadores de las experiencias externas normales. La mayoría de los participantes tenían una sensación de ambivalencia respecto al entorno hospitalario. Por un lado les hacía sentirse "atrapados" e incapaces de salir, pero por otro les proporcionaba un "espacio seguro" y una "burbuja de seguridad" que les protegía del mundo exterior y actuaba como refugio seguro. El entorno restrictivo también eliminó las oportunidades de utilizar conductas poco saludables asociadas a su trastorno alimentario.

Tema 3: Vivir con los demás y con un 'demonio similar'

Los pacientes hospitalizados que reciben tratamiento para la AN viven en un entorno similar. Según los autores, para muchos pacientes suele ser la primera vez que conocen o interactúan con otras personas con un trastorno de la conducta alimentaria. Esto con frecuencia ayuda a normalizar y validar su experiencia, les ayuda a aprender nuevas habilidades de afrontamiento y les da esperanzas de recuperación. Uno de los inconvenientes es que el trastorno alimentario también puede desencadenarse por la proximidad de otros pacientes, y uno hospitalizado puede observar los progresos, el aspecto y las prácticas cotidianas de los demás. Los pacientes en distintas fases de recuperación también pueden sufrir la angustia asociada a las comparaciones con otros pacientes.

Tema 4: 'No soy una persona más con anorexia.'

Los participantes en el estudio resaltaron la importancia de que los profesionales de la salud y los equipos de tratamiento los vieran como personas y no como un caso más de AN. Mencionaron que muchos miembros del personal estaban demasiado ocupados, sin tiempo suficiente para escuchar o preocuparse por lo que hacían, con tal de que cumplieran con el tratamiento. Sus sentimientos de no ser comprendidos por el personal clínico parecían fomentar un clima de resistencia. En contraste, cuando se sentían vistos y reconocidos como individuos, los pacientes hospitalizados tenían más probabilidades de

participar en un comportamiento orientado a la recuperación y buscar ayuda de manera más pronta y fácil.

Durante el tratamiento hospitalario, los pacientes suelen vivir fuera de casa durante varias semanas o meses. Suelen pasar por varias transiciones del tratamiento: reconciliarse con el diagnóstico de AN comprendiendo que necesitaban una intervención médica; adaptarse al tratamiento y al entorno terapéutico, así como reflexionar sobre la experiencia e integrarla. La mayoría de los pacientes tenían sentimientos positivos y negativos sobre sus experiencias. La disposición al cambio fue otro elemento importante. Algunos tuvieron que elegir si estaban dispuestos a dejar ir el trastorno alimentario para colaborar así con el tratamiento. Irónicamente, en el grupo de los que querían mejorar y dejar atrás su trastorno alimentario, algunos actuaron temporalmente como perfectos pacientes obedientes que se rendían al equipo clínico. Los autores observaron que los valores de los participantes, los objetivos del tratamiento y las conexiones con su identidad fuera del diagnóstico del trastorno alimentario también parecían influir en la forma en que percibían dicho diagnóstico y tratamiento.

El hecho de que un paciente se sometiera a un tratamiento hospitalario no dependía únicamente de que aceptara abandonar una serie de conductas poco saludables, sino de que tuviera en cuenta su identidad, sus valores y su propósito más allá del trastorno alimentario. Por lo tanto, es probable que factores independientes del tratamiento, como los acontecimientos vitales, los valores personales, la autorreflexión, los objetivos de vida y la comprensión personal de la AN como un trastorno influyan en la motivación individual para el cambio. (*Aust Psychol.* 2023. 58:1; *Int J Eat Disord.* 2013. 46:482).

Un papel importante del personal clínico

Los miembros del personal clínico tuvieron una importancia crítica en la formación de las experiencias de los pacientes. Cuando se veía a los pacientes como individuos y no como un caso más de AN, era más probable que adoptaran conductas orientadas a la recuperación. La capacidad de los miembros del personal de "mantener la esperanza" en la recuperación individual de un paciente parece ayudar a fortalecer la motivación de éste y una conexión con el sentido de sí mismo o la identidad como alguien que no es una persona con un trastorno alimentario.

Los autores sugieren que la adopción de enfoques de tratamiento centrados en la persona y orientados a la recuperación, que hagan énfasis en la seguridad y la autonomía del paciente, tendrán más éxito cuando estén en una relación balanceada con las necesidades fisiológicas y psicológicas del individuo.

Un Estudio Italiano Muestra Tasas de Mortalidad Más Bajas de Lo Habitual Entre Los Pacientes de TCA

La menor mortalidad se atribuyó a un sistema que coordina el diagnóstico y el tratamiento.

Las tasas de mortalidad entre los pacientes con trastornos alimentarios han sido motivo de preocupación durante mucho tiempo, especialmente entre los pacientes con anorexia nervosa. La tasa de mortalidad de la AN es unas 12 veces superior a la del resto de causas. (*Annual Review of Eating Disorders.* CRC Press. 2018.66-76).

Un estudio reciente realizado en Florencia (Italia) ha revelado tasas de mortalidad más bajas entre quienes padecen trastornos alimentarios (*Acta Psychiatr Scand.* 2023. 147:122). El estudio se realizó utilizando datos de la Eating Disorders Treatment Network (EDTN, por sus siglas en inglés) que presta servicio en la zona de Florencia y alrededores. En el estudio de los autores se incluyó a un total de 1277 individuos con TCA, de los cuales 368 tenían AN, 312 tenían BN y 597 padecían trastorno por atracón

(TA/BED). Veintidós pacientes (1.72%) fallecieron durante un periodo promedio de seguimiento de 7.4 años. Los participantes con AN y BN eran mayoritariamente mujeres (97.6% y 97.8%, respectivamente), y el promedio de edad fue de 22.5 años. Los hombres constituían el 13.6% del grupo de estudio, y su edad media en el momento de la evaluación clínica era de 43 años. La edad media de inicio fue de 17 años para la AN y de 17.5 años para TA/BED. La ratio de mortalidad estandarizada ("SMR", por sus siglas en inglés) fue de 2.49 entre los pacientes con AN y de 2.07 entre los pacientes con BN (estas SMR podrían sugerir riesgos algo elevados, pero debido al pequeño tamaño de la muestra, estos resultados no fueron estadísticamente significativos).

Las tasas de mortalidad entre todos los pacientes de TCA no difirieron significativamente de las de la población general de la misma edad y sexo, con una SMR) de 1.19. Entre los pacientes con BN, la tasa de mortalidad aumentó significativamente tras 10 años de evaluación clínica.

¿Qué explica que las tasas de mortalidad sean más bajas?

Hay que señalar que el tamaño de la muestra fue pequeño para estudios de este tipo y que el periodo de observación fue relativamente corto; ambos factores pueden haber influido en los resultados. Aun así, los resultados son alentadores.

El Dr. Giovanni Castellini y sus colegas investigadores de la University of Florence y de la Careggi University Hospital, Florence, atribuyen las menores tasas de mortalidad en su estudio al establecimiento de la Eating Disorders Treatment Network (EDTN) que presta servicio a la zona de Florencia y sus alrededores. La EDTN de Florencia es un centro regional de referencia para el tratamiento especializado en trastornos alimentarios, tratamiento médico hospitalario, tratamiento de rehabilitación residencial y atención en hospital de día. Las conclusiones del estudio pueden reflejar en parte los resultados de dicho enfoque coordinado. Un equipo multidisciplinar proporciona tratamiento basado en evidencias en diferentes niveles de atención: ambulatorio, tratamiento médico hospitalario, residencial y atención de día. Las conclusiones del estudio pueden reflejar en parte los resultados de ese enfoque coordinado.

Los Trastornos Alimentarios Restrictivos Están Aumentando Entre Los Adolescentes

Hace falta más información sobre los acontecimientos vitales negativos y positivos.

Se sabe poco sobre el papel de los acontecimientos vitales/de vida en los adolescentes y el posterior desarrollo de trastornos restrictivos de la conducta alimentaria, o REDS, por sus siglas en inglés. Lo que sí se sabe es que la incidencia está aumentando entre los adolescentes de 15 a 19 años: actualmente se registra una incidencia de 40 a 100 casos por cada 100.000 habitantes entre las mujeres y de 1 a 4 casos por cada 100.000 habitantes entre los hombres. Entre los adolescentes más jóvenes, como los que tienen entre 9 y 14 años, se han notificado REDS en el 13% de las mujeres y el 7% de los hombres (*Lancet*. 2010. 375:583). Un estudio reciente realizado en Italia concluye que obtener información temprana sobre sucesos traumáticos puede ayudar a prevenir nuevos y mejorar los resultados de los pacientes adolescentes. (*Children*. 2023. 10:376).

Costes sanitarios para los pacientes adolescentes

El coste sanitario para los pacientes adolescentes puede ser elevado: los RED tienen la tasa de riesgo de mortalidad más alta entre las enfermedades psiquiátricas, y el grado de gravedad se asocia con niveles moderados a altos de deterioro psicosocial y laboral (*Opin Psychiatry*. 2020. 33: 521). Se cree entonces que la vulnerabilidad biológica ambiental e individual está involucrada en el desarrollo de trastornos alimentarios. El reciente confinamiento por el COVID también influyó en el desarrollo y la exacerbación

de trastornos alimentarios, como la AN y la AN atípica, entre otros. En un grupo de pacientes de 8 a 18 años que fueron hospitalizados por primera vez durante la pandemia, el 33% informó que el único factor ambiental que correlacionaron con la aparición de su AN fue la experiencia de estar "confinados."

Varios estudios han demostrado la importancia del abuso físico, sexual y psicológico, así como de la negligencia emocional y física en los trastornos alimentarios. El abuso sexual en la infancia es la forma más estudiada de experiencia traumática relacionada con los trastornos alimentarios, y puede desempeñar un papel en el desarrollo de la AN. La diferencia entre los acontecimientos estresantes tempranos de la vida, sexuales y no sexuales, en la predisposición a un trastorno alimentario posterior sigue siendo un tema de investigación activa. (*BMC Psychiatry* 2021, 21, 501; *Int. J. Eat. Disord.* 2022. 55:1079).

Por otro lado: acontecimientos vitales protectores

Los acontecimientos vitales protectores podrían incluir factores ambientales familiares y el entorno social. Una importante revisión realizada en 2017 aclaró el papel que desempeñan los acontecimientos vitales personales y protectores en el desarrollo de REDS. Los acontecimientos vitales protectores pueden ser generales, como el apoyo y la cohesión familiar, o más específicos, como la importancia que da la familia a comer juntos, evitar comentarios negativos sobre el peso o crecer en una familia en la que no se da demasiada importancia a la delgadez o al atractivo físico. (*J Eat Disord.* 2017. 5:1218).

Un estudio del trauma

De marzo de 2020 a mayo de 2022, la Dra. Giorgia Baradel y sus colegas de la University of Pavia, Italy, estudiaron a 33 pacientes adolescentes de 12 a 18 años que fueron remitidos al hospital de los autores en Pavía como pacientes ingresados, ambulatorios o de hospital de día. Tras cumplimentar una serie de cuestionarios, los autores descubrieron que casi el 88% de los adolescentes declararon haber sufrido un acontecimiento traumático en el último año, tal y como se informaba en la *Coddington Life Events Scale* (CLES, por sus siglas en inglés).

Todos los pacientes jóvenes fueron entrevistados sobre sus antecedentes familiares y médicos, y 29 de los 33 adolescentes declararon haber sufrido al menos un acontecimiento de vida traumático en los 12 meses anteriores a su registro al estudio. Los acontecimientos de vida pueden ser positivos o negativos, y cada uno tener un valor específico: los más recientes tenían un mayor impacto que los más antiguos. Cuanto más altas eran las puntuaciones asociadas, más estresante era el evento de vida y más reajuste psicológico se requería superar.

Los autores señalaron que la reacción al evento también podría estar influenciada por la percepción del paciente de si éste fue positivo o negativo. Estos acontecimientos vitales/de vida son principalmente eventos traumáticos relacionados con la familia, como la violencia doméstica y los abusos físicos, sexuales o emocionales. Esto está en sintonía con la bibliografía existente, que se ha centrado principalmente en los acontecimientos ocurridos durante la infancia o la adolescencia temprana.

Acontecimientos vitales/de vida y gravedad de los RES

El segundo objetivo del estudio de los autores era evaluar la relación entre la presencia de acontecimientos vitales, traumáticos o protectores, y la gravedad del REDS y la desadaptación psicológica de los pacientes. No hubo correlaciones estadísticamente significativas entre la presencia de eventos de vida en los 12 meses anteriores a su registro al estudio y la gravedad clínica del paciente, según las variables del *Eating Disorder Risk Composite and General Psychological Maladjustment Composite*. Los acontecimientos vitales/de vida supraumbrales reportados en el CLES durante los 12 meses anteriores no se correlacionaron con el posterior deterioro clínico de los síntomas. Según algunos autores, la presencia de acontecimientos traumáticos en la infancia está implicada en el desarrollo de cambios biológicos en el sistema de respuesta al estrés. Esto conduce no sólo a una mayor susceptibilidad a nuevas experiencias traumáticas, sino también a una capacidad diferente para hacer frente a acontecimientos estresantes,

como los propios REDS.

Los autores señalaron varias limitaciones de su estudio. Primero, el tamaño de la muestra fue relativamente pequeño, y esperan replicar sus resultados actuales en muestras más grandes de pacientes. En segundo lugar, la CLES es una nueva medida, y sólo se refiere a los 12 meses anteriores. Los autores creen que también sería útil estudiar períodos más tempranos, para aclarar mejor el papel de los eventos traumáticos que ocurrieron en la infancia.

Incluyendo acontecimientos vitales protectores

En cuanto a la práctica clínica con pacientes adolescentes, los autores instan a los investigadores a no limitar la investigación de los acontecimientos vitales traumáticos a la infancia, sino también a explorar periodos más recientes.

En Italia, las directrices nacionales indican la terapia familiar para la AN (TF-AN) como tratamiento de primera elección en niños y adolescentes. Pero los autores señalan que, independientemente de la terapia empleada, podría ser útil considerar el papel del trauma. Por otro lado, consideran que podría ser interesante investigar si los enfoques terapéuticos dirigidos a tratar a pacientes jóvenes expuestos a acontecimientos vitales traumáticos también se centren en los síntomas REDS o en las características psicológicas que suelen asociarse a los trastornos alimentarios. Según los autores, su estudio tiene en cuenta tanto la naturaleza traumática de los acontecimientos vitales como su carácter protector, lo que parece desempeñar un papel clave en la definición de un tratamiento personalizado. De hecho, informaron que los acontecimientos vitales protectores podrían usarse como fortalezas terapéuticas.

Eliminar el estigma del peso de la ecuación de tratamiento de la anorexia nerviosa

Los proveedores de salud pueden ser la principal fuente de estigmatización sobre el peso

Al igual que el humo, el estigma del peso puede deslizarse silenciosamente en el tratamiento de los trastornos alimentarios, según un informe reciente. El estigma del peso es "la denigración social de un individuo en base al peso y su forma corporal," y el desarrollo de actitudes negativas hacia un individuo a causa de esto. Las personas de mayor tamaño suelen ser criticadas por ser perezosas o menos competentes, y se supone que su tamaño y forma corporal son, de alguna manera, el resultado de un defecto moral. (*Obesity*. 2009.17:941). La persona puede interiorizarlo y criticarse a sí misma basándose en los juicios de los demás.

Centrarse en el peso del paciente durante el tratamiento de los trastornos alimentarios puede agravar el estigma del peso, lo que conduce a peores resultados del tratamiento, según investigadores de Arizona State University, Phoenix, y de la Mayo Clinic, Rochester, MN. La Dra. Mindy L. McEntee y sus colegas de la Arizona State University escriben que los proveedores de la salud pueden ser una fuente primaria de estigma sobre el peso (*Front Psychiatry*. 2023. 14:1157594. doi: 10.3389/fpsy.2023.1157594). Como resultado, un clínico puede pasar menos tiempo y ser más crítico con los pacientes con pesos más altos. Esto interfiere en la comunicación y conduce a la pérdida de confianza, respeto y apoyo. Los pacientes pueden retirarse o negarse a seguir las recomendaciones de tratamiento.

Uso indebido del IMC

Un aspecto que debe tenerse en cuenta es la utilización del índice de masa corporal (IMC) durante el diagnóstico inicial de la AN o para evaluar la evolución del tratamiento. Referirse al IMC y usar términos como "sobrepeso" u "obesidad" refuerza clasificaciones arbitrarias no respaldadas como una medida de la

salud individual, según los autores. El IMC es un criterio de diagnóstico de la AN, por lo que las personas con mayor peso son etiquetadas de "AN atípica/AAN", lo que hace que algunos la perciban como menos grave, lo que puede interferir en la prestación de servicios inmediatos y vitales. El pesaje también puede ser problemático, y los autores aconsejan una comunicación clara sobre este tema al inicio del tratamiento.

Los autores recomiendan una serie de medidas para fomentar la inclusión del peso en el tratamiento y la investigación de los trastornos alimentarios. Entre ellas se incluye entender y comunicar a los pacientes y a los que realizan políticas públicas que el peso no es sinónimo de salud, aclarar que no es el único criterio para diagnosticar un trastorno alimentario o para la recuperación, y pasar de una atención centrada en el peso a otra que sea inclusiva de éste.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS: ¿Psicodélicos para los trastornos alimentarios?

P. Una de mis pacientes, una mujer de 30 años con AN de larga duración, me preguntó recientemente sobre la posibilidad de añadir un agente psicodélico a su régimen de tratamiento actual. Tengo muchas dudas al respecto, incluido el posible daño. ¿Hay algún beneficio en añadir un agente de este tipo a su tratamiento? (S.Y., Camden, ME)

R. Una respuesta rápida en este momento sería No, porque no se han realizado suficientes estudios sobre agregar psicodélicos, por ejemplo, a un régimen de tratamiento normal. Parte de la información sobre el creciente trabajo sobre el aumento de agentes psicodélicos a los regímenes de tratamiento de trastornos alimentarios proviene de un grupo de investigadores suizos en la University of Fribourg y la University Hospital Zurich, ambas en Zurich, Suiza (*Euro Neuropsychopharm.* 2023. 75:1). La Dra. Abigail Caldera y sus colegas encontraron pruebas preliminares de que la terapia asistida por psicodélicos (PAT, por sus siglas en inglés) mostraba potencial en el tratamiento de algunas comorbilidades comunes de los trastornos alimentarios, incluidos los trastornos del estado de ánimo, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos por abuso de sustancias entre los pacientes con AN y BN (*CNS Drugs.* 2020. 34:925). Encontraron pocos datos sobre el trastorno por atracón, o TA/BED.

En concreto, según los autores, la evidencia preliminar sugiere que la PAT podría ser benéfica en el tratamiento de la AN y la BN, así como de varias comorbilidades comunes. Los pacientes con AN presentan alteraciones en su visión del peso o la figura corporal y sienten una influencia indebida del peso y la figura corporal en su autoevaluación, miedo intenso a ganar peso y/o conductas que interfieren en el aumento de peso. Los relatos anteriores sobre el uso de psicodélicos en personas con TCA sugieren que éstos pueden mejorar la imagen corporal distorsionada, normalizar el procesamiento inadecuado de la recompensa, reducir la rigidez conductual y cognitiva, así como ayudar en el procesamiento del trauma. La capacidad de los psicodélicos para relajar las creencias de orden superior puede explicar parte de esto, al igual que su capacidad para promover la aceptación de pensamientos y emociones difíciles. Los cambios que surgen durante o poco después de una experiencia psicodélica también pueden tener un impacto duradero en el cerebro a través de sus efectos sobre la neuroplasticidad cortical.

Específicamente, según los autores, los estudios preliminares apoyan una mayor investigación sobre la terapia con psilocibina, ketamina y ayahuasca. La ayahuasca es una bebida psicotrópica originaria de Sudamérica, derivada de la *Banisteriopsis caapi* y la *Psychotria viridis*. La bebida contiene alcaloides como las Î²-carbolinas y la dimetiltriptamina (DMT, por sus siglas en inglés), que alteran las funciones psicoactivas asociadas a los procesos de percepción y pensamiento. Su consumo está muy extendido en Brasil, Colombia y Perú. --SC

Bulimia, Ira y Agresividad en Adolescentes

El género fue una de las diferencias en este estudio ruso.

Numerosas investigaciones han relacionado la bulimia nervosa con dificultades en la regulación de las emociones y el control de los impulsos. Estos problemas pueden aumentar el riesgo de trastornos afectivos y de ansiedad, así como provocar conductas suicidas, consumo excesivo de alcohol y trastornos obsesivo-compulsivos. Estudios previos han informado que la impulsividad y el afecto negativo subyacen a la agresividad en adolescentes con BN (*Compr Psychiatry*. 2008. 49:364).

El género ha sido uno de los principales indicadores de las diferencias en las formas de agresión. Se sabe que los chicos utilizan la agresión directa con mucha más frecuencia que las chicas (*Aggress Behav*. 2006. 32:68), pero los resultados de los estudios que evalúan la agresión social entre ambos sexos han sido mixtos. Los autores han informado que no hay mayores o son nulas las diferencias de género entre chicas y chicos con BN (*Curr Opin Psychol*. 2018. 19:39). Dr. Roman Kuposov e investigadores de la Northern State Medical University en Arkhangelsk, Rusia, diseñaron un estudio de autoevaluación para examinar la relación de la agresividad con el "nivel clínico de los síntomas de bulimia" (CLBS, por sus siglas en inglés) en adolescentes. (*BMC Public Health*. 2023. 23:833).

Un estudio sobre BN, ira y agresividad

El grupo final del estudio incluyó una muestra representativa de 2613 adolescentes de 13 a 17 años del noroeste de Rusia. Algo más de la mitad (59.5%) eran mujeres, lo que reflejaba la población escolar pública local. Los participantes eran alumnos de 6º a 10º grado de Arkhangelsk, una ciudad de unos 39.000 habitantes, donde aproximadamente 3000 adolescentes tenían un rango de edad de entre 13 y 17 años. La agresión y la ira se evaluaron con el *Trait Anger Scale of the State Trait Anger Expression Inventory*, el *Anger Ruimation Scale*, y escalas que medían el comportamiento físico y verbalmente agresivo.

Diferencias de género

Los CLBS fueron más altos entre las chicas que entre los chicos. Las puntuaciones medias de agresividad fueron más altas entre los que padecían CLBS que entre los que no; esto fue así en todos los géneros. La ira y la agresividad fueron significativamente mayores entre los chicos en todas las escalas, excepto en la de rumiación de ira. Mientras que los chicos puntuaron más alto en agresión verbal y física tanto en el grupo de estudio como en el de control, el equipo de investigación sólo observó ligeras diferencias en agresión social. Otros estudios han mostrado el mismo patrón.

En ambos grupos, existía una relación entre la edad y la ira y la agresividad; las puntuaciones más altas se asociaban a una mayor edad. El tema del bullying (abuso escolar) planteó la posibilidad de que la edad pudiera desempeñar un papel entre las personas con trastornos alimentarios. Debido a los resultados contradictorios de estudios similares, los autores señalan la necesidad de realizar más estudios para aclarar esta conexión entre el bullying y los trastornos alimentarios. *Limitaciones*. Los investigadores también enumeraron algunas limitaciones. El diseño transversal impidió hacer interferencias, y un estudio más largo podría definir mejor las asociaciones observadas. Dado que el estudio se llevó a cabo en el noroeste de Rusia, los resultados no deben generalizarse a otras poblaciones, incluidos los grupos clínicos, dicen los autores, pero este es un aspecto relativamente único del estudio, ya que las muestras de investigación de personas con TCA procedentes de Rusia son poco comunes. Idealmente, las observaciones directas y los informes de padres y profesores podrían haber reforzado los resultados, los cuales subrayan la relevancia potencial de la ira para comprender y tratar a quienes padecen síntomas de bulimia.

En el próximo número

Predicción de la recaída entre pacientes con anorexia nervosa

La edad y las comorbilidades son solo dos de los varios factores que pueden luchar contra una posible recaída entre los pacientes con anorexia nervosa. Un paso útil es asegurar al paciente que el peso no es el objetivo del manejo del trastorno, siendo posible negociar y colaborar con todo el equipo de tratamiento.

ADEMÁS

- **AN: Contrarrestar la resistencia al tratamiento**
- **Interacciones cerebro-intestino**
- **Evaluación de programas de tratamiento de día para niños y adolescentes**
- **Programas en línea para pacientes con TA/BED con peso alto**
- **Y, mucho más...**

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com