
Eating Disorders Review

Noviembre/Diciembre 2023

Volumen 34, Número 6

Scott Crow, Editor en Jefe

Predicción de recaídas

Muchos factores pueden señalar el riesgo de recaída, especialmente en pacientes con AN.

Las altas tasas de recaída entre los pacientes con trastornos alimentarios, especialmente los que padecen anorexia nervosa (AN), siguen siendo problemáticas. Por ejemplo, entre el 40% y el 50% de los pacientes con AN experimentan recaídas. Las personas con bulimia nervosa (BN) y trastorno por atracón (TA/BED) tienen tasas de recaída de alrededor del 30%. Hasta el 40% de los pacientes con otros trastornos alimentarios especificados (OSFED) pueden recaer.

Un equipo liderado por la Dra. Margaret Sala, Yeshiva University, the Bronx, y colegas de la University of North Carolina, Chapel Hill, el Karolinska Institut, Stockholm, Yale University, y la University of Louisville recientemente condujeron un meta-análisis de estudios de recaída entre pacientes con trastornos alimentarios hasta diciembre de 2021. Se seleccionaron 35 estudios para su análisis. (*J Psychiatry Res.* 2023. 158: 281).

Tasas de recaída y factores identificados

La Dra. Sala y su equipo identificaron una serie de factores que apuntaban al riesgo de recaída. Los autores descubrieron que, en todos los diagnósticos de trastornos alimentarios, aproximadamente un tercio de los individuos experimentaban recaídas. Esta elevada tasa de recaída es problemática, ya que puede dar lugar a ciclos de readmisión y dadas de alta continuos del tratamiento (*Child Adolesc Ment Health.* 2014. 19:115; *Clin Psychol.* 2017. 21:143)

Los autores aconsejan considerar la observación de otras características de los trastornos alimentarios para detectar el riesgo de recaída. La búsqueda comienza con pesos corporales más bajos antes y después del tratamiento, sobre todo entre los pacientes con AN y BN. Una psicopatología más grave del trastorno alimentario predijo una mayor posibilidad de respuesta para todos ellos. Sin embargo, señalan que los resultados de unos pocos estudios mostraron la tendencia opuesta: una psicopatología más grave predijo una menor probabilidad de recaída. (*Int J Eat Disord.* 1996.19:279) Un tercer factor fue la ingesta dietética después del tratamiento, incluida la densidad energética, la variedad de la dieta, los niveles de proteínas y la ingesta calórica diaria. (*Int J Eat Disord.* 2012. 45:79)

Edad. Si bien un diagnóstico de subtipo de atracón-purga de AN (AN-BP) y una enfermedad más prolongada produjo una mayor probabilidad de recaída entre los individuos con AN, este no fue el caso de los pacientes más jóvenes, que tuvieron una duración más corta de la enfermedad (*Int J Eat Disord.* 2007. 40:129)

Comorbilidades. La comorbilidad psiquiátrica y el deterioro del funcionamiento psicosocial/global general predicen la recaída en todos los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria. (*Appetite.* 2010. 55: 656) Las comorbilidades específicas asociadas con una mayor probabilidad de recaída han incluido la exposición a eventos traumáticos (*Psychiatry Res.* 2012. 200: 518), síntomas obsesivo-compulsivos (*Psychol Med.* 2004. 34:671), síntomas depresivos (*Appetite.* 2010. 55:656), antecedentes de intentos de suicidio y depresión posparto (*Br J Psychiatry.* 1999. 174:135) Sin embargo, otras investigaciones no han encontrado una relación significativa entre las comorbilidades psiquiátricas (como la depresión) y la probabilidad de recaída (*Am J Psychiatry.* 2002. 159:96)

Niveles de leptina. Los niveles más altos de leptina fueron un sólido indicador de una menor probabilidad de recaída entre los pacientes con AN, pero no se pudieron extraer conclusiones sobre cómo afectaban estos niveles a la evolución en otros tipos de trastornos alimentarios. El nivel de leptina sólo predijo menores probabilidades de recaída cuando se evaluó al momento de dar de alta, lo que sugiere que pueden ser un biomarcador de recaída en la AN. Los niveles de leptina pueden ser indicativos de la masa grasa o podrían reflejar el estado de recompensa de la restricción alimentaria (*Eur Eat Disord Rev.* 2021. 29:634) Sin embargo, los autores advierten de que este hallazgo debe interpretarse con precaución, dado el reducido número de casos incluidos en este estudio.

¿Cómo afectó el tratamiento al curso?

Un aspecto que debe tenerse en cuenta es el momento en que se mide el factor relacionado con la recaída. El "momento preciso" puede influir en la fuerza con la que se relaciona con la probabilidad de recaída. Es posible que las características del trastorno alimentario evaluadas inmediatamente

Puntos para tener en cuenta

- **Busque pesos más bajos antes y después del tratamiento, especialmente entre los pacientes con AN. Estos pacientes tienen una mayor duración de la enfermedad y un menor peso antes y después del tratamiento.**
- **El diagnóstico de AN-BP y la mayor duración de la enfermedad predicen una mayor probabilidad de recaída entre los individuos con AN. Esto no fue así en el caso de los pacientes más jóvenes.**
- **Un nivel más alto de leptina sólo predijo una menor probabilidad de recaída cuando se evaluó en el momento de darse alta, lo que sugiere que los niveles de leptina medidos en el momento del alta pueden servir como biomarcador de la recaída de la AN.**

después del tratamiento no predicen de forma sólida la probabilidad de recaída, porque algunos tipos de tratamiento (por ejemplo, la atención hospitalaria y residencial) se llevan a cabo en un entorno controlado. Por lo tanto, la capacidad de abstenerse de una alimentación desordenada durante el tratamiento puede no predecir la capacidad de hacerlo fuera del éste. Por ejemplo, algunas investigaciones sugieren que mientras que los indicadores de la gravedad de la patología del trastorno alimentario evaluados antes del tratamiento predecían la probabilidad de recaída, estos mismos indicadores evaluados después del tratamiento no lo hacen (*Int J Eat Disord.* 2015. 48:337) Las comorbilidades psiquiátricas específicas fueron predictoras de recaída, y sólo la depresión comórbida se asoció significativamente con una mayor probabilidad de reincidencia.

Tipos de trastornos alimentarios. Varios efectos sólo fueron significativos entre las muestras de individuos con AN y/o BN. En concreto, tener un índice de masa corporal (IMC) más alto y un trastorno psiquiátrico comórbido predijo significativamente una mayor probabilidad de recaída en muestras compuestas únicamente por individuos con AN, pero no en muestras de individuos con otros trastornos alimentarios (como BN y trastornos alimentarios mixtos) Una psicopatología más grave predijo una mayor probabilidad de recaída en el trastorno alimentario. Casi todos los síntomas de trastornos alimentarios (excepto el exceso de ejercicio) se asociaron significativamente con la recaída. La restricción dietética se asoció más fuertemente con la recaída, lo que sugiere que, aunque todos los síntomas del trastorno alimentario deben ser abordados. Puede ser particularmente importante estar atento a la restricción durante el tratamiento y asegurarse de que disminuya antes de que el paciente sea dado de alta.

El hallazgo de que la AN-BP se asocia con una mayor probabilidad de recaída lo que sugiere que puede reflejar una fase posterior y más grave de la enfermedad. (*Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.* 2021. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01226-0>) Los pacientes con AN-R sólo tienen una vía de recaída, la pérdida de peso, mientras que los pacientes con AN-BP tienen dos, es decir, pérdida de peso o conductas de atracón/purga. (*Psychol Med.* 2004. 34:671)

Conductas alimentarias. Las conductas alimentarias normalizadas y variadas se asociaron a una menor probabilidad de recaída. Notablemente, la mayoría de los estudios que analizaron el efecto predictivo de la densidad/variedad energética de las comidas eran estudios de pacientes con AN. Los autores recomiendan que los futuros enfoques del tratamiento de la AN y la investigación para la prevención de recaídas examinen la eficacia de hacer hincapié en ayudar a los pacientes a aprender a comer una mayor variedad de comidas de alto valor energético. Los pacientes que intentan mantener un peso demasiado bajo son susceptibles de tener conductas alimentarias desordenadas para conseguirlo. Aceptar un peso corporal adecuado puede mejorar el pronóstico del paciente. Por lo tanto, tener un IMC más bajo en el momento de darse de alta podría ser una indicación de una mayor probabilidad de volver a un IMC de bajo peso.

Duración del seguimiento. En 2005, Richard y sus colegas descubrieron que, mientras que la motivación del paciente predecía una mayor probabilidad de recaída en individuos con AN seis meses después de la remisión, también predecía una menor probabilidad de recaída dos años después de la remisión. (*Eur Eat Disord Rev.* 2005. 13:180) Conocer los momentos en los que determinados factores pueden ser más predictivos de la recaída, lo que permitiría un momento óptimo para prevenirla.

Limitaciones

Los autores señalaron una serie de limitaciones en su estudio. Por ejemplo, los términos "recuperación" y "recaída" no se definieron cuidadosamente en todos los estudios. El análisis de un número reducido de casos en algunos estudios también dificultó el cálculo o la categorización de los efectos. El pequeño tamaño de los grupos en algunos estudios también redujo la confianza en la precisión de los predictores.

Implicaciones

En general, estos hallazgos tienen importantes implicaciones para ayudar a identificar las características que pueden conducir a la recaída, arrojar luz sobre los factores clave que mantienen los trastornos alimentarios e identificar las áreas con mayor necesidad de evaluación antes y durante el tratamiento, para minimizar la reincidencia.

Los hallazgos de los autores también tienen implicaciones importantes para orientar la investigación sobre el desarrollo de tratamientos, entre ellas: (1) la necesidad de una evaluación y seguimiento en profundidad de varios factores predictivos de la recaída; (2) desarrollar tratamientos dirigidos a estos factores; y (3) establecer directrices basadas en la evidencia sobre el momento óptimo para dar de alta del tratamiento a las personas con trastornos alimentarios.

—Leah Graves, RDN, LDN, CEDS-S, FAED

ACTUALIZACIÓN

Un proyecto de ley del Senado añadiría servicios de nutrición para pacientes mayores con trastornos alimentarios

Un proyecto de ley bipartidista, el Nutrition CARE Act, presentado a principios de octubre, modificaría el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social para permitir que los clínicos registrados, dietistas, especialistas en nutrición y profesionales de la salud mental prestar servicios médicos de nutrición a los beneficiarios de Medicare con trastornos alimentarios. Los servicios ampliados incluirían 13 horas de servicios de terapia nutricional a personas que reciben prestaciones de Medicare, incluida una evaluación inicial de una hora y 12 horas de reevaluación e intervención. A continuación, se dispondría de cuatro horas adicionales de terapia médica nutricional durante cada año siguiente. Las senadoras Margaret Hassan (D-NH) y Lisa Murkowski (R-AK) presentaron el proyecto de ley, que fue remitido a la Comité de Finanzas del Senado.

Desde el otro lado del escritorio

Una de las alegrías del otoño es disfrutar de la variedad de hojas de colores que nos rodean. Los trastornos de la conducta alimentaria también se presentan en una amplia variedad de formas, y este número incluye maneras de abordar algunos de los retos más difíciles del tratamiento. Un artículo incluye formas de predecir la recaída, especialmente entre pacientes con anorexia nerviosa (véase "Predicción de la recaída", en otra parte de este número) En otro artículo ("Directiva clínica para pacientes con mayor peso"), la Dra. Angélique F. Ralph, de la National Eating Disorders Collaboration en Australia, informa de nuevos métodos para interrogar a los pacientes con mayor peso sobre hábitos alimentarios y conductas compensatorias. Otros artículos analizan el hecho de que el exceso de ejercicio puede ser un signo de trastornos alimentarios en la mediana edad entre los hombres, y otro explica cómo la discriminación racial en la adolescencia puede desembocar en un trastorno por atracón en años posteriores. Por último, véase un artículo que compara los programas de tratamiento por Internet y de día dirigidos a la bulimia nervosa ("Comparación de programas de tratamiento de día y por Internet para la BN")

—MKS

Problemas crónicos de salud y el riesgo de trastornos alimentarios

Entre los elementos esenciales se incluye ser consciente de los síntomas que suelen pasarse por alto y el estigma del peso.

Padecer una condición crónica de salud, incluyendo discapacidades físicas e intelectuales, puede aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, especialmente entre los pacientes jóvenes.

De acuerdo con la Dra. Maya Michelle Kumar, de la Division of Adolescent and Young Adult Medicine en la University of California, San Diego, los adolescentes con condiciones crónicas de salud son más propensos, que sus pares, a intentar perder peso de forma activa y a utilizar conductas de control de éste poco saludables (*Nutrients*. 2023. 15:3672) Algunos de estos comportamientos son el ayuno, los vómitos autoinducidos o el uso de píldoras dietéticas o laxantes. (*J Eat Disord*. 2023. 1185; *Curr Opin Psychiatry*. 2022.35:362)

Imagen corporal

Es normal que los adolescentes se preocupen por su peso y su figura, pero las personas con condiciones crónicas de salud tienen una imagen corporal más pobre y una mayor insatisfacción con su cuerpo que sus pares sanos. Sus condiciones crónicas de salud y/o los tratamientos necesarios pueden provocar una estatura más baja, un retraso de la pubertad, una composición corporal alterada y la necesidad de dispositivos de asistencia, todo lo cual modifica su aspecto físico. Además, algunos pueden necesitar medicamentos que les hagan ganar peso, como esteroides, antipsicóticos o medicamentos que disminuyan los niveles de glucosa.

Uno de los grupos de riesgo especialmente elevado es el de los pacientes que necesitan tratamiento dietético. Su mayor atención a las etiquetas, a los ingredientes de los alimentos, a los patrones de alimentación y de ejercicio, así como el seguimiento del propio peso más de cerca que el de sus pares, pueden contribuir a los trastornos alimentarios. Aquellos con un riesgo aún mayor son los jóvenes con diabetes tipo 1, celiaquía, fibrosis quística, enfermedad inflamatoria intestinal, alergias alimentarias o errores metabólicos congénitos.

Por último, este grupo tiene un mayor riesgo de sufrir ansiedad y depresión, que pueden aumentar o mantener los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria. La restricción alimentaria, las purgas y los atracones suelen utilizarse para lidiar con el estrés y las emociones negativas, como la tristeza, la ira y el miedo.

Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria TERIA/ARFID

En un estudio, más del 50% de los jóvenes con un trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria, TERIA/ARFID, tenían una condición médica comórbida (*J Adolesc Health Off. Publ Soc Adolesc Med*. 2014.55:49) Los jóvenes con TERIA/ARFID pueden temer las reacciones al comer, incluidos el atragantamiento y los vómitos, por lo que pueden limitar su ingesta de alimentos o mostrar poco interés por la comida. Estos llamados "comedores quisquillosos" pueden ser incapaces de sentirse cómodos comiendo en situaciones sociales o fuera de casa por miedo a pasar vergüenza.

Trastorno por atracón TA/BED

Aunque no hay estudios que hayan relacionado especialmente el trastorno por atracón (TA/BED) con enfermedades crónicas, éste se asocia estrechamente con trastornos gastrointestinales, asma, trastornos menstruales y síndrome de ovario poliquístico.

Identificando trastornos alimentarios en pacientes con trastornos crónicos

La autora expone una serie de formas en que los profesionales de la salud pueden detectar trastornos alimentarios entre pacientes con enfermedades crónicas. Una de las primeras claves es la pérdida de peso, y la autora sugiere que deben identificarse y tratarse todos los factores que puedan contribuir a la desnutrición. Un paso útil es preguntar a los pacientes jóvenes (sin que estén presentes sus cuidadores) si les preocupa su peso, su figura o su apariencia. También es útil buscar la restricción dietética, el saltarse comidas, hacer ejercicio en exceso para perder peso o incluso métodos de control de éste más peligrosos, como la restricción dietética agresiva, los vómitos autoinducidos, el uso de pastillas para adelgazar o el abuso de laxantes.

La Dra. Kumar añade que las preocupaciones sobre la imagen corporal deben ser objeto de seguimiento, y sugiere que existan cuestionarios de detección especiales para ello. Algunos cuestionarios de detección incluyen el *Diabetes Eating Problem Survey-Revised* (DEPS-R), un cuestionario de 16 ítems validado en jóvenes con diabetes tipo 1. Incluye preguntas relacionadas con la manipulación de la insulina y el uso intencionado de la hiperglucemia y la cetosis para perder peso (*Diabetes Care*. 2010. 33:495) Además, muchos pacientes jóvenes con problemas crónicos de salud no son conscientes de que sus conductas de riesgo se ven exacerbadas por éstos, por lo que es importante educarles sobre dichos riesgos.

La Dra. Kumar también sugiere algunos pasos que ayudarán a los clínicos, padres y otros adultos a intervenir para detener la progresión de una alimentación desordenada o de un trastorno alimentario entre los jóvenes con enfermedades crónicas. Esto incluye la asociación con adultos distintos de los padres, la realización de pruebas de detección frecuentes y el fomento de una relación sana con la comida desde la más tierna infancia.

Asociarse con otros adultos

Según la autora, la colaboración con el mayor número posible de adultos en la vida del joven contribuirá en gran medida a detectar una mala imagen corporal y conductas alimentarias desordenadas. De hecho, los médicos pueden ser los últimos en darse cuenta de que un joven está luchando contra un trastorno alimentario o una mala imagen corporal. Los pacientes jóvenes pueden sentirse muy incómodos al hablar de conductas alimentarias desordenadas o de su angustia por la imagen corporal en una consulta médica. Sin embargo, otros adultos, que pueden estar más cerca del joven paciente y que pueden desempeñar papeles importantes en su vida, pueden sospechar que se está desarrollando un trastorno alimentario y podrían pedir ayuda rápidamente. Los entrenadores y directores de grupos comunitarios pueden ser de gran ayuda en la intervención temprana.

DetECCIÓN FRECUENTE

Es fundamental detectar la depresión, la ansiedad, la baja autoestima y los malos métodos de afrontamiento en los pacientes jóvenes con enfermedades crónicas. Algunas sugerencias de detección incluyen *The Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)*, una prueba de detección de depresión, *the Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)*, o el *Screen for Child Anxiety-Related Emotion Disorders (SCARED)* (*J Gen Intern Med.* 2001. 16:606; *Arc Intern Med.* 2006.166:1092; *Depress Anxiety.* 2000.12:85)

Ayudar a fomentar una relación sana con la comida

Con la ayuda de los clínicos, los padres y cuidadores pueden crear una cultura de alimentación sana y feliz en sus hogares. Por ejemplo, pueden introducir el método Total Diet Approach (*J Acad Nutr Diet.* 2013.113:307), que se recomienda para prevenir el sobrepeso, el bajo peso y los comportamientos alimentarios desordenados(https://teammates.atrriumhealth.org/livewell//media/livewell/documents/total_diet_approach_to_healthy_eating.pdf.)

En el caso de las personas con condiciones médicas crónicas (aunque haya que evitar o eliminar algunos alimentos), siguen siendo necesarios los nutrientes de los principales grupos de alimentos (por ejemplo, los alimentos ricos en calcio) Deben incluirse nutrientes de todos los grupos de alimentos, los cuales no son ni buenos ni malos, por lo que se recomienda una postura neutral hacia todos los productos seguros desde el punto de vista médico. La variedad en el patrón general de alimentación es más importante que los alimentos que se consumen individualmente, afirma la autora.

En el caso de los jóvenes con enfermedades crónicas asociadas a la obesidad o agravadas por ella, una de las claves es trabajar para minimizar el estigma del peso, mantener la atención en la salud, evitando prescribir la pérdida de éste o establecer objetivos de peso. Además, todos deben ser conscientes del lenguaje utilizado al hablar del peso: por ejemplo, evitar términos como "pesado", "gordito" o "gordo".

Como han demostrado estudios recientes, los prejuicios contra las personas de mayor peso prevalecen incluso entre los propios profesionales sanitarios y en los centros de atención sanitaria. (*Nat Med.* 2020. 26:485) El estigma del peso puede empeorar otras condiciones físicas, como la presión arterial elevada, el aumento de la ansiedad, los niveles de cortisol, la proteína c reactiva y otros indicadores. Las personas que experimentan prejuicios relacionados con el peso también presentan tasas más elevadas de complicaciones psicológicas, como depresión, ansiedad y suicidio.

Comparación de programas de tratamiento diurno/de día y por Internet para la BN

Los programas en línea obtuvieron buenos resultados a largo plazo en este estudio sueco.

Muchas personas con trastorno por atracón (TA/BED) nunca reciben tratamiento porque los programas no están a su alcance debido, por ejemplo, al acceso al tratamiento y al coste. Según un grupo de investigadores suecos, una forma de hacer más accesible el tratamiento del trastorno por atracón podría ser utilizar un enfoque basado en Internet.

La Dra. Louise Hogdahl y sus colegas del Karolinska Institut, Stockholm, diseñaron un estudio con un grupo inicial de 150 participantes con trastornos alimentarios bulímicos. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de dos tipos de tratamientos basados en Internet: un enfoque de tratamiento puramente en línea con una guía de autoayuda en formato de libro, y un programa intensivo de día de 16 semanas de duración. De los 120 que iniciaron el tratamiento, 98 fueron asignados al programa de tratamiento por Internet (ICBT Internet-based Cognitive Behavioural Therapy/Terapia cognitivo-conductual por internet) y 22 al programa de tratamiento de día (DPP, Day patient program/Programa de paciente diurno) El estudio se realizó entre octubre de 2009 y febrero de 2013 (*Internet Interventions.* 2023.31:100598)

El grupo de Internet

Se utilizaron dos tipos de programas basados en Internet (ICBT), BIB-ICBT y Salut BN. Durante 24 semanas, ambos grupos de Internet tuvieron contacto asincrónico semanal con un terapeuta, dos reuniones presenciales (zoom) y un enfoque en la modificación conductual y la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y la prevención de recaídas. El tratamiento requería unos 10 minutos semanales por paciente, así como dos horas para las citas presenciales. El grupo BIB-ICBT también leyó una traducción del manual *Overcoming Binge Eating* (<https://www.amazon.com/books/health>), que ofrece seis módulos de tratamiento, con temas como la iniciación, la alimentación regular y las

alternativas a los atracones. El grupo Salut BN utilizó un programa en línea basado en la TCC con 7 módulos, que incluían motivación, auto-observación y prevención de recaídas. Aunque la mayoría completó el estudio, sólo el 20% cumplieron todos los pasos del tratamiento. Los autores señalaron que estas tasas son similares a los resultados de estudios de tratamiento anteriores, en los que el 18% y el 37% de los pacientes acabaron abandonando los programas. (*Int J Eat Disord.* 2006. 39:117; *J Clin Psychiatry.* 2018. 79:16)

Tratamiento diurno/de día

El grupo de tratamiento diurno/de día (DPP) participó en un enfoque de tratamiento grupal intensivo de 16 semanas que incluía la teoría psicodinámica y terapia de grupo, terapia individual, comidas diarias, conocimiento del cuerpo y psicoeducación. Cada grupo estaba formado por 8 miembros que participaban durante 3.5 horas al día. Antes de iniciar el tratamiento, los pacientes tuvieron 3 sesiones individuales de motivación y firmaron un contrato en el que se indicaba que los objetivos del tratamiento eran, por ejemplo, romper los patrones alimentarios destructivos, normalizar la alimentación y el peso, así como trabajar en su crecimiento personal. Subraya la importancia de la asistencia diaria, y es obligatorio comer las comidas servidas.

Con el tiempo, resultados comparables

Ambos tratamientos llevaron a efectos comparables. La patología del trastorno alimentario, la autoimagen y los síntomas clínicos mejoraron significativamente en ambos grupos de tratamiento. Aunque el programa diurno tuvo mayores efectos, la única diferencia significativa fue la remisión diagnóstica tras el tratamiento: El 51% de los participantes estaban en remisión en el programa de tratamiento por Internet, mientras el 88% lo estaban en el programa diurno. Al año de seguimiento, los participantes de ambos programas continuaban mejorando. Sin embargo, el grupo de Internet tuvo una tasa de deserción del 36%, mientras que no hubo ninguna en el programa diurno.

En ambos grupos de tratamiento se observaron mejoras significativas con respecto a los resultados del cuestionario preliminar en las puntuaciones del *Eating Disorder Examination-Q* (EDE-Q), la autoimagen y el deterioro. Los atracones y las purgas disminuyeron significativamente en el grupo DPP, pero no en el grupo ICBT, y no se encontraron diferencias en el ejercicio. Los autores concluyeron que la terapia cognitivo-conductual a través de Internet debería considerarse una alternativa potencial en la práctica habitual; también sugirieron que se realizaran más ensayos.

Exceso de ejercicio: Un indicio de trastornos alimentarios en hombres de mediana edad

Poco a poco están surgiendo más datos sobre los trastornos alimentarios masculinos.

La investigación sobre los trastornos alimentarios en personas de mediana edad y mayores va en aumento, pero aún va retrasada con respecto a los grupos más jóvenes. Información sobre los hombres mayores es especialmente escasa. Pocas veces se incluye a los hombres en los estudios sobre trastornos alimentarios, aunque esto también está mejorando.

Kai K. Kummer y Barbara Mangweth-Matzek, de la Medical University of Innsbruck, Austria, recientemente informaron de una posible conexión entre un impulso al ejercicio excesivo en hombres mayores y el desarrollo de trastornos alimentarios (*The Aging Male.* 2023. 26:1,2154571) Según los doctores Kummer y Mangweth-Matzek, las hormonas también pueden estar en juego. El impulso hacia una imagen corporal ideal es diferente en los hombres que en las mujeres. En lugar de un deseo de delgadez, la imagen corporal de los hombres oscila entre perder peso para eliminar la grasa corporal y ganarlo para aumentar la masa muscular. (*Curr Psychiatry Rep.* 2017. 19:32) La combinación de delgadez y musculatura hace que los hombres puedan ingerir un exceso de proteínas o adoptar un comportamiento alimentario restrictivo, un patrón parecido a los atracones bulímicos. Además, este comportamiento puede conducir a purgas crónicas, con vómitos o uso de laxantes después de los atracones.

En un estudio anterior, la Dra. Mangweth-Matzek y sus colegas evaluaron las conductas alimentarias de un grupo de hombres austriacos de entre 18 y 80 años que acudían regularmente a gimnasios. (*Eat Weight Disord.* 2022. 27:1765) Un total de 307 hombres mostraban altos índices de alimentación desordenada, como lo demuestra las puntuaciones de corte del *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) (5% a 11%), así como por los síntomas del trastorno alimentario *DSM-5* (10%) Aunque las puntuaciones de corte del EDE-Q no diferenciaban entre grupos de edad, se observó una clara disminución de los síntomas de los trastornos alimentarios a medida que aumentaba la edad. Los atracones y los síntomas bulímicos, con el ejercicio excesivo como método de purga, fueron las formas más comunes de alimentación desordenada.

Método de purga: uso excesivo de ejercicio

Entre los hombres de más edad, el ejercicio excesivo suele ser la acción purgante elegida. En un estudio, alrededor de una quinta parte de los miembros de equipos deportivos de entre 18 y 25 años tenían un diagnóstico de trastorno alimentario, y los veteranos militares eran más propensos a utilizar el ejercicio excesivo como medio de purga. (*BMJ Open Sport Exerc Med.* 2021.7: e001161)

Según los autores, el interés actual por la vida sana y los estilos de vida saludables suele enmascarar los síntomas de los trastornos alimentarios entre los hombres de mediana y avanzada edad. Además, los niveles de testosterona dependientes de la edad en varones de edad avanzada parecen presentar un momento de susceptibilidad a los trastornos alimentarios entre ellos. Según los autores, la llamada andropausia no es fácilmente comparable con la menopausia, ya que, a diferencia de ésta, se produce gradualmente a lo largo de varios años.

Directiva clínica para pacientes con mayor peso

La directiva de Australia incluye sugerencias de enfoques psicológicos para adultos y pacientes jóvenes.

Un grupo de investigación australiano encargado de elaborar directrices clínicas para las personas con trastornos alimentarios que tienen un peso superior ha presentado una serie de sugerencias y orientaciones (*J Eat Disord.* 2022.10:121). El grupo, que ofreció 21 recomendaciones, también trabajó con personas con experiencias de sobrepeso y bullying/acoso por su peso.

Aunque la anorexia nervosa (AN) recibe la mayor atención, los trastornos alimentarios más comunes son el trastorno por atracón (TA/BED), otros trastornos alimentarios especificados (OSFED, por sus siglas en inglés) y la bulimia nervosa (BN). Todos pueden presentarse en personas con una amplia diversidad de tipos corporales, incluidos los de mayor peso.

La Dra. Angelique F. Ralph, de la National Eating Disorders Collaboration, Sydney, Australia, y de la School of Psychiatry de La Trobe University, Wodonga, Australia, y sus colegas señalaron que las personas con pesos más elevados a menudo refieren diagnósticos erróneos, rechazo por parte de los profesionales sanitarios y marginación o exclusión de los servicios de tratamiento de los trastornos alimentarios. Esta población también suele estar ausente de la investigación sobre TCA, con la excepción de los que padecen trastorno por atracón TA/BED. Además, los investigadores añadieron que las personas con un peso más elevado corren un mayor riesgo de sufrir experiencias adversas como el acoso y la victimización relacionados con el peso, por parte de sus compañeros, amigos, padres y profesores más que sus pares con un peso inferior.

Enfoques psicológicos

Los investigadores recomiendan el uso de la terapia cognitivo-conductual (TCC) estándar para un trastorno alimentario o la autoayuda guiada por un terapeuta como tratamiento de primera línea para adultos con BN o TA/BED. Otros tratamientos psicológicos con enfoques basados en la evidencia, como la terapia interpersonal (TIP) y la terapia dialéctica conductual (TDC), deben considerarse como terapia de segunda línea en adultos con BN o TA/BED. El grupo también recomendó terapias que utilizaran principios no dietéticos e intervenciones para reducir los trastornos alimentarios.

La autoayuda guiada por un terapeuta debe considerarse como tratamiento de primera línea en adultos con BN o TA/BED. Para los niños y adolescentes con BN o TA/BED, el grupo recomienda utilizar primero un tratamiento basado en la familia. Después, la terapia centrada en el adolescente (AFT, por sus siglas en inglés) y la TCC son opciones de segunda línea para estos pacientes más jóvenes. Los autores también recomendaron que los clínicos que trabajan con pacientes con BN y TA/BED con problemas de peso consideren el uso de medicación psicotrópica, y que los supervisen para detectar cualquier uso no prescrito de medicamentos. Además, la actividad física debe centrarse en los beneficios físicos y mentales positivos, alejándose del uso para ganar peso o cambiar la figura.

Enfoques especiales para hombres con BN y TA/BED

El informe también destacaba a los pacientes hombres con BN y TA/BED. En comparación con las mujeres, los hombres tienen con más frecuencia un peso más elevado y han sufrido con más frecuencia acoso relacionado con éste. El aumento de peso también se produce más tarde entre los hombres.

Otro reto para los hombres es que los profesionales de la salud también son menos propensos a ofrecerles tratamiento. En comparación con las mujeres, los hombres son más susceptibles a tener un historial de mayor peso antes del inicio de su trastorno alimentario, acompañado de acoso relacionado con éste. (*Int J Eat Disord.* 2019. 52:497) Además, el estigma asociado a padecer un trastorno "femenino", o un trastorno alimentario, puede hacer que los hombres no busquen ayuda. Aunque los hombres tienen todos los diagnósticos de trastornos alimentarios, se han observado algunas diferencias en la psicopatología de éstos entre géneros. Los hombres son menos propensos a declarar la pérdida de control de la sobrealimentación, a pesar de tener tasas de atracones objetivos similares a las de las mujeres, y son más propensos a realizar ejercicio compulsivo para recuperar emociones (véase un artículo relacionado en otra sección de este número).

Usar un lenguaje apropiado

Un aspecto importante a la hora de abordar el estigma del peso entre hombres y mujeres es utilizar un lenguaje que evite términos estigmatizantes. Por este motivo, la Directiva utiliza las expresiones "personas con mayor peso" y "que viven en un cuerpo más grande". No existe un término universalmente preferido para las personas que viven en cuerpos más grandes, y los profesionales de la salud deben discutir los términos preferidos con cada individuo.

Para todas las personas con trastornos alimentarios, especialmente niños y adolescentes, puede ser necesario recabar información sobre la alimentación, las purgas y las conductas compensatorias de múltiples fuentes, incluyendo la familia y las personas de apoyo. La psicopatología alimentaria puede alterar la percepción de la frecuencia de las conductas desordenadas o la cantidad de alimentos ingeridos, por lo que la verificación con otras fuentes puede ser útil para establecer el estado clínico. Sin embargo, en el caso de las personas con pesos más elevados, es importante no asumir que la persona está mintiendo o siendo evasiva. En su lugar, el grupo australiano recomienda que los clínicos sean respetuosos y sensibles a la hora de recabar información, aun a sabiendas de que una persona puede minimizar sus síntomas por miedo a perder importantes mecanismos de afrontamiento o el acceso a intervenciones.

La forma en que los clínicos abordan el interrogatorio sobre los hábitos alimentarios y las conductas compensatorias es fundamental para establecer una alianza terapéutica no estigmatizante y de apoyo. Esto incluye pedir permiso respetuosamente a familiares u otras personas para obtener más información.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

¿Psilocibina para AN?

P. Un paciente mencionó hace poco que había oído que se estaba probando una droga psicodélica para tratar la anorexia nervosa. ¿Es esto cierto? (GH, Austin, TX)

R. Sí, su paciente tiene razón. La droga que mencionó era probablemente la psilocibina, un compuesto psicodélico pro-droga de origen natural producido por más de 200 especies de hongos, el cual es conocido por sus efectos de alteración de la mente. En su fase 1 de un estudio abierto, la Dra. Stephanie Knatz Peck y sus colegas de la University of California, San Diego, probaron una dosis única de 25 mg de psilocibina sintética en mujeres con un índice de masa corporal medio de 19.7 kg/m². (*Nature Medicine*. 2023. 29:1947) Su estudio preliminar mostró buenos resultados cuando 10 mujeres adultas (edad promedio: 28 años) con diagnóstico *DSM-5* de anorexia nervosa (AN) o AN en remisión parcial recibieron una única dosis de 25 mg de psilocibina sintética junto con apoyo psicológico.

El objetivo de los autores era evaluar la seguridad, tolerabilidad y viabilidad de la psilocibina sintética tras el tratamiento, anotando cualquier incidencia y aparición de acontecimientos adversos (AEs, por sus siglas en inglés) y cambios clínicamente significativos en electrocardiograma, pruebas de laboratorio, signos vitales y suicidalidad. En su grupo, no se observaron cambios clínicamente significativos en estas pruebas. Dos participantes desarrollaron hipoglucemia asintomática en el postratamiento, que se resolvió en 24 hrs (Los autores plantearon la hipótesis de que esto estaba relacionado con un período prolongado de ayuno el día de la dosis, un efecto común de la psilocibina, más que debido a cualquier relación directa con la droga) No se observaron otros cambios clínicamente significativos en los valores de laboratorio. Todos los efectos adversos fueron leves y transitorios.

En general, la experiencia con psilocibina fue considerada significativa por los participantes. El 90% afirmó sentirse más positivo ante los retos de la vida.

¿Por qué probar la psilocibina? Los autores señalaron que, a pesar de la gravedad de la AN, no existen tratamientos probados para la AN en adultos que puedan revertir los síntomas centrales ni intervenciones farmacológicas aprobadas disponibles en la actualidad. Los hallazgos sugieren que la psilocibina puede aumentar la plasticidad emocional y de la red cerebral, lo que puede ser responsable de mejoras sostenidas en el estado de salud mental. La terapia con psilocibina suele consistir en la administración de psilocibina junto con apoyo psicológico prestado por uno o dos terapeutas entrenados. Cuando se administra en un entorno seguro y terapéutico junto con apoyo psicológico, los participantes informan de experiencias transformadoras caracterizadas por cambios profundos en valores, creencias y perspectivas, que pueden conducir a cambios positivos en el bienestar subjetivo, así como una mayor apertura y flexibilidad cognitiva.

Los resultados de este estudio abierto de un solo brazo sugieren que el tratamiento con psilocibina es seguro y tolerable en pacientes con AN; sin embargo, la muestra del estudio fue pequeña y los autores señalan que se necesitan ensayos controlados aleatorios con el poder estadístico adecuado antes de que se puedan sacar conclusiones.

La discriminación racial en la adolescencia puede conducir al trastorno por atracón TA/BED

Los que afirmaron sufrir discriminación racial tenían un riesgo 3.31 mayor de desarrollar BED.

El Adolescent Brain Cognitive Study es el estudio prospectivo más grande sobre el desarrollo del cerebro adolescente en los Estados Unidos. Este estudio (ABCD Study®) es un estudio longitudinal de casi 12.000 jóvenes realizado en 21 centros de investigación de todo el país. La mayoría de los jóvenes estudiados tienen entre 10 y 11 años. Este estudio de referencia explora los factores ambientales, sociales, genéticos y biológicos que afectan al desarrollo cerebral y cognitivo, así como al comportamiento y la salud. [Para más información del ABCD Study, contact ABCD Project Director Dr. Gaya Dowling at 301-443-4877 o en línea: AdolescentBrain@mail.nih.gov.]

Una conexión con TA/BED

Un número creciente de estudios ha encontrado asociaciones significativas entre la discriminación racial y los atracones en poblaciones afroamericanas e hispanas. Esto puede ocurrir en las escuelas, durante las actividades extraescolares y, cada vez más, digitalmente y en línea. (*Curr Psychiatry Rep*. 2021. 23:81)

Un equipo liderado por la Dra. Julia H. Raney de la University of California-San Francisco analizaron datos transversales de 11.075 adolescentes del ABC Study para averiguar si la discriminación racial llegaba a los adolescentes más jóvenes, y luego conducía a BED (*J Eat Disord*. 2023. 11:39) En su estudio, realizado entre 2018 y 2020, la discriminación racial/étnica y los comportamientos de atracón se evaluaron con la *Perceived Discrimination Scale* (Escala de Discriminación Percibida), que analiza la discriminación basada en la raza/etnia y la frecuencia de ésta por parte de profesores, adultos fuera de la escuela y otros estudiantes. La escala mide la percepción de los adolescentes de no ser aceptados en la sociedad o de no ser deseados en general, en función de su origen racial o étnico. Los estudiantes evaluados pertenecían a una gran variedad de grupos étnicos: el 54% eran blancos, el 24% latinos/hispanos, el 17% afroamericanos, el 6% asiáticos, el 3.2% nativos americanos y el 1.4% se clasificaron como "otros". Los estudiantes fueron reclutados en los Boys and Girls Clubs y otros grupos juveniles.

Al año de seguimiento, se evaluaron los diagnósticos y comportamientos de TA/BED con el *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*, que fue completado por los padres o cuidadores. Esta herramienta computerizada registra las características, la frecuencia y la duración de las conductas de atracón del niño, así como el estrés asociado a éstas. Aunque la prueba también incluye conductas y síntomas de atracones, la prevalencia de la muestra sólo incluyó a 6 adolescentes diagnosticados de TA/BED.

Otros estudiantes: los principales perpetradores de discriminación

Aproximadamente 1 de cada 20 jóvenes declaró haber sufrido discriminación racial o étnica durante su primer año en la escuela. Además, hubo una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones de discriminación entre grupos, donde otros alumnos fueron, con diferencia, la mayor fuente de discriminación racial (profesores, 8.0%; adultos; 9.8%, y otros alumnos, 25.1%)

Los autores informaron que el 1.1% de la muestra sociodemográficamente diversa de adolescentes tempranos tenía un diagnóstico de TA/BED, similar a informes anteriores, que han mostrado estimaciones de prevalencia del 1.3% al 1.6%. (*Eur Child Adolesc Psychiatry*. [Internet] 2021; 67:41) Los jóvenes adolescentes que declararon haber percibido discriminación tenían 3.31 probabilidades más de desarrollar TA/BED. El aumento de la discriminación por parte de otros estudiantes también se asoció significativamente con mayores probabilidades de diagnóstico y comportamientos de trastorno por atracón.

Además, los participantes que declararon sufrir con más frecuencia discriminación étnica por parte de adultos fuera de la escuela presentaban probabilidades significativamente mayores de tener un diagnóstico de TA/BED.

Otros estudiantes fueron los principales responsables de perpetuar la discriminación racial. Estudios anteriores también han señalado el impacto de otros estudiantes en el estrés y la salud mental. Experimentar discriminación por parte de otros adultos fuera de la escuela también se asoció con una probabilidad significativamente mayor de un diagnóstico de TA/BED en adolescentes jóvenes. Este hallazgo también se refleja en otros estudios, que muestran los efectos benéficos que los adultos no parentales, como los mentores y los agentes de policía, pueden tener en la salud mental de los adolescentes (*JAMA Pediat*. 2022. 176:78).

Resultados de una revisión de los programas de detección realizada por Federal Task Force

El U.S. Preventive Services Task Force revisó recientemente la detección de trastornos alimentarios en adolescentes y adultos asintomáticos, pero concluyó que no había pruebas suficientes para recomendar la detección rutinaria, especialmente entre las poblaciones raciales/étnicas. Sin embargo, los autores sugieren a los clínicos que consideren la posibilidad de realizar pruebas de detección de conductas relacionadas con los trastornos alimentarios en adolescentes que presentan factores de riesgo significativos, como los informes de discriminación racial. También recomiendan un segundo paso, la aplicación de estrategias como el enfoque "Raising Resisters". Este programa ayuda a las personas a reconocer las diversas formas de racismo, a diferenciarlo de otros tratos injustos y a oponerse a los mensajes negativos, ayudando a los alumnos a sustituirlos por acciones y mensajes positivos.

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com