
Eating Disorders Review

November/December 2014

Volume 25, Issue 6

Scott Crow, Editor-in-Chief

¿Cómo Afectan el Peso los Endulzantes Artificiales?

Por Scott Crow, MD, Editor

Los endulzantes artificiales se consumen con mucha frecuencia en la población general y también parecen ser muy populares entre las personas que tienen trastornos de la conducta alimentaria. Paradójicamente, hay nuevas pruebas que sugieren que el consumo de endulzantes artificiales se asocia con aumento de peso. Eso podría esperarse si las personas en riesgo de o que experimentan aumento de peso son más propensas a usar endulzantes artificiales. Sin embargo, un estudio reciente sugiere que otros mecanismos pueden estar en el trabajo.

En un artículo recientemente publicado en la revista Nature, el Dr. Jotam Suez y sus colegas examinaron los efectos de los endulzantes artificiales en las bacterias intestinales (microbioma), tanto en animales de laboratorio y en las personas (Naturaleza de 2014; doi: 109.1038 \ nature13793). En los seres humanos, el microbioma consta de más de 100 billones de bacterias que viven en nuestro intestino, boca y piel. El papel que estas bacterias desempeñan en la salud y la enfermedad hasta ahora está empezando a entenderse.

Los investigadores describen una serie de estudios. En primer lugar, a los ratones se les proporcionó agua que contiene endulzante artificial (sacarina) o agua con azúcar. El consumo de sacarina cambió rápidamente las especies bacterianas que se encuentran en el intestino, y porcentajes más altos de bacterias se asocia con aumento de peso y la predisposición a la diabetes tipo 2. Estos ratones también desarrollaron intolerancia a la glucosa. El tratamiento con antibióticos bloqueó los efectos, y la transferencia de materia fecal de ratones afectados a los que nunca han sido expuestos a la sacarina transfirió la intolerancia a la glucosa también.

Posteriormente, los investigadores hicieron dos experimentos con seres humanos. En primer lugar, se estudiaron 381 personas que fueron divididos en dos grupos: los que consumen grandes cantidades de endulzantes artificiales y no consumidores de endulzantes artificiales. El control de azúcar en la sangre era más pobre en los que consumían grandes cantidades de endulzantes artificiales, y había diferencias sustanciales en los tipos de bacterias que se encuentran en los intestinos de los dos grupos. Un segundo experimento involucró 7 personas que no consumen endulzantes artificiales. Durante una semana este grupo consume la ingesta diaria admisible máximo de sacarina. Al final de tan sólo 7 días de la exposición a los endulzantes artificiales, las medidas de respuesta de azúcar en la sangre habían cambiado, y las bacterias del intestino también durante este período de tiempo.

En el 2012, la Asociación Americana del Corazón y la Asociación Americana de Diabetes emitieron una declaración conjunta sobre las perspectivas del uso y la salud de los endulzantes no nutritivos (Diabetes Care 2012; 35: 1798). Los dos grupos examinaron actitudes de los consumidores, los patrones de consumo, el apetito, el peso corporal, el hambre y la ingesta de energía y componentes del síndrome

cardiometabólico. Este síndrome provoca una multitud de mala adaptación cardiovascular, renal, metabólica, protrombótico, y las anormalidades inflamatorias, lo que lleva a un aumento sustancial en la enfermedad cardiovascular prematura y accidente cerebrovascular. La declaración que se publicó posteriormente se centró en 6 endulzantes no nutritivos: aspartame (Equal, Nutrasweet), acesulfame-K (Sunette®, Sweet One®), neotamo (sin marcas), sacarina (Sweet'N Low®, Necta Sweet®), y la sucralosa (Splenda), todos los aditivos alimentarios regulados por la Food and Drug Administration. Un producto más recientemente descubierto, el endulzante natural bajo en calorías, Stevia, no ha sido determinado por la FDA para ser un producto seguro; ninguna letra de objeción se ha presentado para la Stevia hasta el momento.

Después de su investigación, las dos organizaciones señalaron que todavía no hay suficientes datos para determinar de manera concluyente si los endulzantes no nutritivos en bebidas y alimentos reducen el azúcar agregado o las ingestas de carbohidratos o si tienen efectos beneficiosos sobre el apetito, balance energético, el peso corporal, o factores de riesgo cardiometabólicos. Llegaron a la conclusión de que cuando se utilizan juiciosamente, los endulzantes no nutritivos podrían ayudar a reducir la ingesta de azúcar añadido, lo que resulta en la disminución de energía total y el control del peso / pérdida de peso, y promover efectos beneficiosos sobre los parámetros metabólicos relacionados. Sin embargo, añadieron, "estos beneficios potenciales no serán realizados completamente, si hay un aumento compensatorio en la ingesta de energía de otras fuentes."

Los estudios a largo plazo muestran que el consumo regular de bebidas endulzadas artificialmente reducen la ingesta de calorías y ayuda a promover la pérdida de peso o mantener la pérdida de peso, pero otros estudios no muestran ningún efecto y otros incluso muestran el aumento de peso (Eur J Clin Nutr 2007; 61: 691). Un reciente meta-análisis de 15 ensayos controlados aleatorios y 9 estudios de cohorte prospectivos de los endulzantes bajos en calorías y el peso corporal y la composición mostró que la sustitución de los endulzantes bajos en calorías del azúcar resultó en la pérdida de peso modesta y puede ser una herramienta útil de la dieta para mejorar el cumplimiento de programas de pérdida de peso o mantener la pérdida de peso (Am J Clin Nutr 2014; 100: 765).

Los resultados del trabajo de Suez y sus colegas han llegado muy temprano en el proceso de nuestra creciente comprensión de la relación entre la ingesta de alimentos, las bacterias del intestino, y el peso, y ahora se necesita más investigación. No obstante, su obra plantea preguntas muy interesantes sobre los edulcorantes artificiales, y pone de relieve la importancia potencial de la ingesta de alimentos en la modificación de las respuestas del cuerpo en términos de peso y azúcar en la sangre. Otros estudios con el microbioma probablemente serán muy informativos para trastornos de la conducta alimentaria, así como la obesidad.

Actualización: Mecanismos del Apetito Ligados con Genes de Riesgo para la Obesidad

La obesidad es altamente heredable, y los investigadores están actualmente identificando los genes específicos relacionados con la obesidad. Pero el hecho de que la obesidad ha crecido notablemente más común en el último medio siglo plantea una interrogante: ¿Por qué no fue la obesidad un problema de hace 200 años? El cambio en el acervo genético se produce de forma muy gradual y así la idea de que la obesidad es sustancialmente heredable, y sin embargo se ha convertido recientemente mucho más común. En una presentación de la reunión de la Asociación Americana de Psicología en Washington, DC, el último Agosto, Jane Wardle, PhD, de la University College de Londres, ofreció una hipótesis: la capacidad de respuesta de saciedad se asocia con un riesgo genético de la obesidad, y por lo tanto puede ser "un proceso neuroconductual intermedio" que explica el riesgo genético para la obesidad y que causa el aumento de peso. La Dra. Wardle describe el estudio observacional transversal de su equipo de

investigación de una cohorte poblacional de gemelos nacidos entre enero 1, 1994, y el 31 de diciembre 1996 (El Estudio Temprano de los Gemelos).

El estudio incluyó a 2,258 niños de 10 años de edad sin ninguna relación entre ellos; uno de los gemelos era escogido al azar (JAMA Pediatr 2014; 168:338). Los científicos midieron la capacidad de respuesta de saciedad con el cuestionario de Comportamiento de la Alimentación del Niño. Se calcularon el IMC y la circunferencia de la cintura a partir de informes de los padres. Los resultados sugieren que la baja respuesta de saciedad es un mecanismo que explica parcialmente cómo el riesgo genético de la obesidad en realidad conduce a un aumento de peso en el entorno actual, donde la comida es generalmente abundante y agradable al paladar. Las personas que no sienten o reaccionan a la saciedad tan claramente como otros, podrían ser más probables a comer en exceso cuando la oportunidad se presente. La comida rápida procesada, con alta cantidad de grasa, y con muchas calorías se han vuelto abundantes. La comida rápida tiene un sabor apetitoso y es muy accesible para la mayoría de las personas a través de todo el mundo. Los investigadores también sugieren más trabajo para identificar formas para incrementar la capacidad de respuesta de la saciedad como un enfoque para la prevención de la obesidad.

Anorexia Nervosa y la Distribución de Grasa Corporal Después de la Recuperación de Peso

La distribución de grasa fue diferente en adultos y adolescentes.

Un efecto secundario de la recuperación del peso durante el tratamiento de la Anorexia Nervosa (AN) es una acumulación de grasa en el abdomen. Este factor puede hacer que algunos pacientes con AN se resistan a recuperar más peso o incluso puede desencadenar una recaída. El Dr. Marwan El Ghoch y sus colegas del Hospital de Garda Villa, Garda, Italia, realizaron una extensa búsqueda en la literatura para identificar los estudios clínicos de los adolescentes y adultos diagnosticados con AN que tenían restauración parcial o completa del peso. Veinte estudios se incluyeron en el análisis final (Nutrients 2014; 6:3895; doi:10.3390/mu6093895).

El primer estudio para evaluar la distribución de la grasa corporal fue realizada por Forbes en 1990. Este estudio transversal de 30 mujeres adolescentes con AN utiliza la relación cintura-cadera (WHR) como medida de la distribución de la grasa corporal. Se detectó una reducción de la circunferencia de la cintura y la cadera, pero no hay diferencia en la WHR que surgió entre los adolescentes con AN y pacientes control sanos. El desarrollo de absorciometría de escaneo de rayos X de energía dual (DEXA) proporcionó 10 años más tarde una manera más precisa para evaluar la composición corporal. Los datos DEXA de estudios posteriores mostraron que las adolescentes con AN tienden a perder grasa más central/visceral en el tronco que en las zonas periféricas, mientras que los varones adolescentes con AN tienden a perder más periférica que grasa central.

Según los autores, sólo dos estudios anteriores han investigado los efectos de los cambios en la distribución de la grasa corporal en los índices metabólicos y psicopatología de la AN. Prioletta et al. mostró que la recuperación de más grasa central estaba correlacionado con una mayor resistencia a la insulina y menor sensibilidad a la insulina (Clin Endocrinol 2010; 75:202). Por otro lado, El Ghoch y sus colegas informaron que una mayor distribución de la grasa central después de una completa recuperación del peso a corto plazo no impactó la psicopatología del trastorno alimentario o el malestar psicológico en pacientes con AN (Am J Clin Nutr 2014; 99:771).

El Dr. El Ghoch y sus coautores informaron que su revisión mostró pruebas sólidas de que la deposición anormal de grasa central parece normalizarse después del mantenimiento a largo plazo de la

recuperación del peso completo. Algunos estudios previos han reportado disminución de la grasa corporal en este tipo de pacientes.

La evaluación de los autores encontró una fuerte evidencia que sugiere que las mujeres adultas con AN pierden grasa más periférica que central, mientras que las mujeres adolescentes con AN pierden más grasa central que periférica. A pesar de la emaciación, ambas, mujeres adolescentes y adultas, conservan una distribución básicamente normal de grasa corporal. Un segundo hallazgo fue que la recuperación del peso parcial conduce a una mayor deposición de masa de grasa central en la región del tronco que en otras regiones del cuerpo en mujeres adolescentes (relación WTH). Otra tendencia, pero que aún requiere confirmación, es la evidencia de que el patrón de deposición anormal de grasa central parece normalizarse después del mantenimiento a largo plazo de la recuperación completa del peso. Quizás, la evidencia sugiere que la distribución preferencial de la grasa corporal en las regiones centrales no empeora la psicopatología del trastorno de la conducta alimentaria o el malestar en los pacientes con AN. Un estudio transversal pequeño sugiere que los varones adolescentes pierden más grasa de sus extremidades que de la zona del tronco.

Y, ¿qué pasa con las consecuencias metabólicas asociadas con la deposición de grasa anormal después de la recuperación del peso total o parcial en los pacientes? Los autores casi no encontraron datos sobre esto, sólo un estudio informó una conexión entre los depósitos de grasa anormales y resistencia a la insulina. Si se confirma, esto no sería de extrañar, ya que la adiposidad central se asocia con la enfermedad cardiovascular y la resistencia a la insulina. La recuperación del peso es un componente central del tratamiento de la AN. Los autores señalan que se necesita mucho más estudio, en particular los estudios que examinan el curso a largo plazo de la distribución de la grasa después de la recuperación del peso.

Rastreando Actitudes Acerca de la Delgadez entre los 13 y 17 Años de Edad

Un estudio realizado en Sudáfrica encontró distintos cambios por género y raza.

Las normas occidentales de la delgadez se están esparciendo por el mundo, incluyendo Sudáfrica, de acuerdo con los resultados de un estudio reciente. En un estudio de adolescentes de color y de ascendencia mixta, el Dr. M. Tabither Gitau y los investigadores en la Universidad de Witwatersrand, Johannesburg, Sudáfrica, encontraron que las mujeres de color estaban en un riesgo mayor de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria y que también tenían un IMC más alto que los hombres de color y que las mujeres de raza mixta de la misma edad. (PLOS ONE; doi:10.1371/journal.pone.0109709).

Los investigadores buscaron examinar los cambios longitudinales en las actitudes de la alimentación, el aprecio al cuerpo, y conductas de control del peso entre los adolescentes de 13 a 17 años de edad, y después de describir la percepción de su imagen corporal a los 17 años de edad. Los participantes en el estudio incluyeron 1435 urbanos Sudafricanos de color y ascendencia mixta, hombres y mujeres, que fueron parte del estudio longitudinal "Nacimiento hasta Veinte." (Int J Epidemiol 2007; 36:501).

La altura y el peso fueron recolectados en ambos momentos, y todos los adolescentes completaron el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) para medir actitudes hacia la comida (Psychol Med 1982; 12: 871). Una puntuación de 20 o superior se utilizó como un punto de corte en situación de riesgo. Una escala de apreciación corporal se utilizó, consistente en 21 preguntas que miden los sentimientos globales sobre el propio cuerpo, la satisfacción con el peso, y autoestima positiva. (Assoc Res Nerv Ment

A todos los participantes se les hizo una serie de preguntas acerca de sus intentos de cambiar su peso. Algunos ejemplos de las preguntas incluyeron: "¿Durante el último año, has hecho algo para intentar perder peso?" y "¿Durante el último año, has hecho algo para intentar ganar músculo?". Si los adolescentes respondían positivamente, se les pedía dar razones para sus acciones. Entonces, a los 17 años de edad, se les pidió a niños y niñas seleccionar una silueta del cuerpo femenino (Figuras de Stunkard) que asociaban con una serie de palabras, como "parece feliz", "parece fuerte", "yo respeto", o "parece débil", por ejemplo.

Resultados

El bajo peso a los 13 años de edad, se observó en el 2,1% y el 7,4% en niños y niñas africanos de color respectivamente, y en el 3,6% y 6,6% en los niños y niñas de ascendencia mixta respectivamente. De todo el grupo, el 11% informó una puntuación EAT-26 más alta de 20. Más niñas que niños usaban prácticas de pérdida de peso, y a la inversa significativamente más niños que niñas reportaron tratar de ganar músculo. Para las niñas de color, hubo mayor riesgo de iniciar un trastorno de la conducta alimentaria y más intentos para perder peso entre los 13 y 17 años de edad.

A los 17 años de edad, las niñas y niños de ascendencia mixta tenían una apreciación a su cuerpo inferior a la de los niños y niñas de color. Hombres y mujeres compartían opiniones similares acerca de las siluetas normales siendo las mejores, generando más respeto, y encurtiendo la mayor cantidad de felicidad, mientras que la silueta obesa se asociaba con lo "peor" y la más "infeliz," y la de peso inferior la nombraban como la más "débil". Las mujeres adolescentes se involucraban más en procesos para perder peso, mientras que los hombres usaban más las prácticas para ganar músculo.

Pacientes que Vomitan y Afrontan con la Bulimia Nervosa

Dos patrones distintos se utilizaron para hacer frente a la ansiedad y las compulsiones.

En un pequeño estudio de pacientes con bulimia nervosa severa (BN), investigadores de la Universidad de Chester, Chester, UK, identificaron dos patrones distintos que los pacientes usaban para hacer frente a los síntomas angustiantes. El estudio evaluó las estrategias auto-reportadas de afrontamiento utilizadas por 12 personas diagnosticadas con un tipo de BN de purga severa y duradera, que habían sido remitidos a una clínica ambulatoria para la psicoterapia (J Psychiatr Ment Salud Nurs 2014; 12 de septiembre doi: 10.1111/jpm.12167 [epub ahead of print]). Los autores recogieron los datos de actividades de vómito de los participantes durante el análisis de sus actividades de autogestión registradas en los diarios de los pacientes. Todos los 12 sujetos de estudio tenían historias largas y complejas de BN que se complicaron por la psicopatología comórbida (a menudo incluyendo los trastornos por consumo de sustancias).

Como informaron M. Thomas y A. Lovell, los pacientes reportaron el vomitar para manejar dos distintos tipos de síntomas: ansiedad y compulsiones. Hubo una clara relación entre la ansiedad y los patrones controlados semanales de vómitos, así como entre las compulsiones, y combates cotidianos de vómitos.

Los autores señalan que las diferencias en los patrones de vómitos pueden proporcionar pistas útiles sobre cómo los pacientes se auto-gestionan sus síntomas, y también pueden ayudar a las intervenciones directas del equipo de tratamiento dirigidas a la ansiedad o los patrones de actividades compulsivas.

Ayudando al Paciente Enojado

Los pacientes con AN subtipo restrictiva internalizaban más el enojo que cualquier otro tipo de paciente.

Los altos grados de complicaciones físicas y psicológicas dificultan el proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria. Los factores que ocurren al mismo tiempo pueden incluir trastornos diagnosticables o rasgos psicológicos individuales. Los clínicos españoles han encontrado que la ira es un factor altamente comórbido en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

La Dra. Eva Saldaña y sus colegas, diseñaron un estudio para analizar niveles generales de enojo entre tres grupos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. (Actas Exp Psiquiatr 2014; 423:228). Los autores señalan que en los estudios que evalúan el modo de expresión de enojo en estos pacientes, normalmente ha habido una clara diferencia entre los pacientes con el subtipo de AN restrictivo (AN-R), que a menudo internalizan la expresión de la ira; en comparación, aquellos con el subtipo purgativo de AN y Bulimia Nervosa (BN) serían percibidos por algunos como la expresión de la ira mediante atracones de comida y la purgación de ella.

La población de estudio incluyó 58 mujeres adultas hospitalizadas en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Reina Sofía General de Murcia, Alicante, España. Los pacientes fueron diagnosticados con AN, BN, o trastornos de la conducta alimentaria no especificados (EDNOS). Los autores encontraron que el 27.58% de las mujeres tenían AN-R; 15.50% tenían tipo purgativo de AN, 41.37% tenían BN, y el 15.51% tenían EDNOS. La ansiedad y la ira fueron evaluados con el Inventario-2 de Ansiedad Estado-Rasgo, y se analizaron los trastornos de la conducta alimentaria con el Inventario 3 de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Más de un tercio de los pacientes tenían desnutrición: 21% padecía de una desnutrición grave, el 27% tenían desnutrición moderada, y el 17% tenía un IMC normal. Los resultados se compararon con la población normativa proporcionado por el cuestionario.

Los Pacientes Tenían Puntuación más Alta en Ira que los Controles

Los resultados estaban mixtos. Los pacientes tenían mayores puntuaciones en las dimensiones de su temperamento de la ira, la reacción de la ira, y la expresión externa e interna de la ira a diferencia de la puntuación en los controles. Se encontraron diferencias significativas en la escala de control interno de la ira entre los pacientes con AN-R, que tenían valores promedio más altos que el de los pacientes con BN. Los autores plantearon la hipótesis de que a medida que el IMC estaba disminuido, la ira aumentaría; sin embargo, no se encontraron diferencias entre los otros diagnósticos y no se encontró correlación significativa entre el índice de masa corporal (IMC) y el nivel de ira.

Los puntajes para tanto el control interno como el control externo de la ira estaban por debajo de el hombre promedio para la población normal, y del mismo modo, el rango de ira y sus derivados (emociones, expresión física, y expresión verbal) mostraron valores inferiores a la del promedio de la población normativa.

La baja autoestima también mostró relaciones positivas significativas con el temperamento y la expresión interna y externa de la ira y las relaciones con la expresión física y verbal de la ira. Los autores piensan que un área que requiere de mayor investigación es la que se dedica a determinar si la mejora en los niveles de ira podría aumentar la autoestima en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

El tratamiento psicodinámico podría determinar las causas de ira aparte de la pérdida de peso. Estos resultados resaltan la importancia potencial de identificar y abordar la ira durante el tratamiento del trastorno de la conducta alimentaria. También sugieren la necesidad de encontrar formas de manejar el enojo mediante el uso de enfoques no farmacológicos, tales como las técnicas de respiración y relajación

tradicionales, parar el pensamiento, ejercicios de tiempo de espera, o ensayando mentalmente situaciones que causen ira.

Una Técnica de Biorretroalimentación para Reducir la Ansiedad entre los Pacientes con AN

Los adolescentes con enfermedad de reciente comienzo tuvieron resultados más rápidos.

Un estudio piloto reciente usó biorretroalimentación de la variabilidad en la frecuencia cardiaca (HRV) como un método para reducir la ansiedad en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (J Eat Disord 2014; 2:17). La idea detrás de la biorretroalimentación es que, aprovechando el poder de la mente y tomar conciencia de lo que está pasando en el interior del cuerpo, una persona pueda tener más control sobre su salud.

La variabilidad de la frecuencia cardiaca (VFC) es el fenómeno normal en el que el tiempo entre un latido y el otro cambia. Gran parte de esta variabilidad se determina por la acción de respirar: el pulso se acelera con la inspiración y se enlentece con la espiración. La mayoría de los estudios han mostrado que los pacientes con AN han elevado VFC a comparación con los pacientes control normales. En un esfuerzo por alterar la variabilidad de la frecuencia cardíaca, la Dra. Barbara Scolnick y sus colegas de la Universidad de Boston ofrece biorretroalimentación VFC a 25 pacientes con diagnóstico de anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa, y trastorno por atracón.

El entrenamiento con biorretroalimentación VFC utiliza los aspectos de respiración de técnicas de mediación del Este, y los resultados se muestran en una pantalla digital. Un monitor de pulso o derivación electrocardiográfica se coloca sobre el sujeto y el pulso resultante o el rastreo y los intervalos entre los latidos se muestran en un monitor de computadora. La respiración lenta exagera VFC, y a una velocidad de aproximadamente 6 respiraciones por minuto, el patrón llega a la coherencia, o forma un onda sinusoidal (la onda sinusoidal o senoide es una **curva matemática** que describe una **oscilación** repetitiva suave).

Veinticuatro pacientes aceptaron participar en el estudio. Los investigadores utilizaron un producto comercialmente disponible, emWave[®] pro (Heart Math LLC, Boulder Creek, CA) y un ordenador. La mayoría de las sesiones duraron 10 minutos y se llevaron a cabo a diario o cada dos días, siempre y cuando el participante era un paciente hospitalizado, para un máximo de 12 sesiones por paciente.

No se reportaron efectos secundarios graves, aunque una paciente, una mujer de 24 años de edad, con AN de tipo restrictivo y el trastorno bipolar comórbido, se desmayó mientras se realizaba la parte de retroalimentación de la sesión. Otros cuatro participantes pidieron irse temprano del estudio porque no vieron ningún beneficio.

Un resultado que sorprendió a los autores fue que el éxito con la técnica se correlacionaba inversamente con el envejecimiento. La mayoría de los jóvenes adolescentes fueron capaces de lograr el 100% de coherencia en la primera sesión y parecían disfrutar de lo que un adolescente llamó "mi capacidad única", pero esto no necesariamente se traduce en disminución de la ansiedad. Los pacientes que estaban más entusiasmados con la prueba de biorretroalimentación estaban en sus 20s y muy motivados para el cambio. Aunque ninguno de estos pacientes alcanzó patrones coherentes de inmediato, con el tiempo lo hicieron y podrían generar una onda sinusoidal por "frenar su respiración y pensar pensamientos reconfortantes." Cinco pacientes mayores de 30 años lucharon para generar coherencia pero encontraron la respiración lenta calmante. En particular, la capacidad para lograr con éxito la coherencia no aparecía

estrechamente relacionada con el beneficio subjetivo.

La esperanza de un biomarcador

Existe un creciente interés en los mecanismos biológicos subyacentes y marcadores de la enfermedad en la psiquiatría. El mecanismo que transforma este estado en uno de inanición auto-conducido nunca ha sido explicado. Los autores señalan que si una diferencia sustancial entre la VFC se ve en adolescentes sanos, en comparación con aquellos con AN, la VFC podría actuar como un biomarcador para la enfermedad.

Terapia Cara-a-Cara vs. Terapia por E-mail para el Trastorno por Atracón

Un ensayo en curso está comparando la eficacia, los resultados y la rentabilidad.

Encontrar enfoques más flexibles para el tratamiento de los atracones podría conducir a una forma más "centrada en el paciente" y accesible de forma económica para lograr que estos individuos entren en tratamiento, según un equipo de científicos británicos.

Una autoayuda guiada se recomienda como un primer paso para personas con atracones recurrentes, pero pocos estudios han examinado la mejor manera de llevar a cabo este tratamiento. Un ensayo clínico en curso, usando un diseño controlado aleatorio, está investigando la efectividad de proporcionar autoayuda guiada ya sea en persona o por correo electrónico (Trials 2014; 15:181). El Dr. Paul E. Jenkins y sus tres colaboradores en la Casa Cotswold para los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Hospital Warneford, Oxford, UK, están llevando a cabo un estudio con dos grupos de tratamiento activo y uno control de lista de espera. Los participantes son asignados al azar a una de las tres condiciones: cara a cara autoayuda guiada, autoayuda guiada por correo electrónico, o un control de lista de espera. Cada tratamiento dura 12 semanas, y el seguimiento se establece durante 6 meses después de terminar el tratamiento. Los investigadores están estudiando la eficacia, la deserción, y la relación costo-efectividad de los dos tratamientos.

Para ser elegible para el estudio, los participantes deben demostrar un patrón de atracones regulares en el contexto de un trastorno de la conducta alimentaria y tener al menos 17.5 años de edad. Las personas con la pérdida reciente de peso rápida, un índice de masa corporal (IMC) inferior a 18,5 kg/m², un problema médico muy serio que pudiera interferir con el tratamiento, uso excesivo de drogas o alcohol, una psicosis activa y no tratada, o una depresión severa, son excluidos del ensayo clínico.

Los dos tratamientos

Los participantes en las sesiones cara-a-cara utilizan un manual de autoayuda, *Overcoming Binge Eating* (Christopher G. Fairburn, Guilford Press, 2013), y asisten a 10 sesiones de terapia presencial durante sesiones de 20 a 25 minutos. El manual se basa en la terapia cognitiva conductual - mejorada, y soluciona diversos elementos básicos de un trastorno de la conducta alimentaria, incluyendo auto-monitoreo, psicoeducación, y el pesarse regularmente.

En el grupo de tratamiento por correo electrónico, el paciente y el terapeuta usan el internet como un medio de contacto para toda necesidad (excepto la cita inicial). Se recomendó a los participantes a seguir de cerca el tratamiento ("pasos") y a ponerse en contacto con el terapeuta, al menos una vez por semana. Por más de 12 semanas, los participantes recibieron retroalimentación por parte del terapeuta hasta dos veces por semana.

Se aconsejaba a los terapeutas a seguir las pautas similares a los terapeutas que utilizaban el contacto cara-a-cara, como la discusión de los problemas, identificar soluciones y monitorear el progreso del participante, pero todo a través del internet. El programa de correo electrónico se envía a través de un software seguro especial. Si el terapeuta ve algún aumento significativo en el riesgo (médico o suicida, por ejemplo), el o ella programará inmediatamente una llamada telefónica o una reunión cara-a-cara con el participante.

Los investigadores utilizarán una serie de medidas de autoinforme para evaluar las diferencias entre los dos enfoques. El resultado primario será la frecuencia de los episodios bulímicos objetivos, evaluado por el Cuestionario de Examinación de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDE-Q). Las medidas de resultado secundarias incluyen una evaluación de la psicopatología general de alimentación, y otros comportamientos alimenticios desordenados, como vómitos autoinducidos, trastornos psicológicos, los cambios en la autoestima, deterioro funcional y uso de servicios de salud. Además de la información del EDE-Q, los datos se obtuvieron del instrumento Resultados Clínicos en Rutina, Medida de Evaluación-Resultado, una medida de 34 ítems del malestar psicológico general (BMC Psiquiatría 2013; 13:99). Los participantes revisan la semana previa y califican sus síntomas en una escala de frecuencia de 5 puntos. La Escala de Autoestima de acuerdo a Rosenberg incluye 10 ítems que miden la autoestima global y se califican en una escala de 1 a 4 puntos. Una tercera medida, la Evaluación del Deterioro Clínico, es un autoinforme de 16 ítems en los que los participantes revisan los 28 días anteriores e indican en qué medida los síntomas de un trastorno de la conducta alimentaria han afectado a los diferentes ámbitos de su vida (Behav Res Ther 2008; 46:1105). El cuestionario de la Ayuda en Alianza, es una medida de 19 ítems de la alianza terapéutica (santé publique 2014; 26:337[en Francés]). Los autores también desarrollaron un cuestionario sólo para esta prueba que evaluará uso de servicios de salud. Ellos usarán los resultados para estimar el costo-efectividad al monitorear el cómo los participantes usan los recursos- por ejemplo, medir el tiempo que los terapeutas pasan proporcionándoles atención a los pacientes.

Los autores esperan que sus resultados puedan facilitar el entendimiento de las diferentes formas de proporcionar un primer paso de cuidados de los trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, añaden la advertencia de que aunque las sesiones por internet mantienen grandes promesas y son altamente aceptadas por los pacientes, hay algunos inconvenientes, incluyendo problemas inherentes a la comunicación de correo electrónico en general. De este modo, los participantes utilizando el correo electrónico pueden necesitar orientación con el compromiso o la motivación para continuar, a diferencia del tratamiento que requiere una asistencia regular en persona. Por lo tanto, la "e-terapia" puede ser apropiada para algunos pacientes y no para otros. El ensayo clínico está reclutando participantes en el Reino Unido, y está previsto que continúe hasta julio del 2017.

Los Efectos de la Pubertad en la Pérdida de Control al Comer

¿Los cambios durante la pubertad afectan los trastornos de la conducta alimentaria?

La pérdida de controlar la ingestión de alimentos en niños y adolescentes (LOC) generalmente predicen atracones y otros desórdenes en la alimentación, peso, y la disfunción metabólica más tarde en la vida. LOC usualmente comienza en la secundaria hasta la adolescencia temprana, y persiste en como la mitad de los afectados.

Un artículo por Anna Vannucci y sus colegas del Instituto Nacional de salud Infantil y el Desarrollo Humano recientemente evaluaron alimentación LOC en diferentes estados de la pubertad entre 468 niños y niñas de 8 a 17 años de edad (Int J Eat Disord 2014; 47:738). Los investigadores querían saber cómo

los caminos físicos y químicos durante la pubertad pueden afectar la alimentación LOC.

Los participantes fueron reclutados en todo el área de Washington, DC, usando folletos publicados en los tablones de anuncios públicos en el NIH, en las bibliotecas, supermercados, y en listas de correo electrónico de padres de la escuela. Los 468 participantes y sus padres o tutores fueron entrevistados, y después de las entrevistas, llenaron cuestionarios y fueron sometidos exámenes de su físico, un grupo final de 244 jóvenes participantes completaron comidas de prueba de laboratorio. El promedio de edad era de 14.8 años, y el grupo consista de un 53.4% de mujeres.

Dos comidas de prueba

Después de una noche de ayuno, en un orden aleatorio los jóvenes tenían ya sea una "comida normal", sobre la cual fueron instruidos para "comer tanto como lo haría en una comida normal", o una "comida LOC", en el que se les instruyó para "dejarse llevar y por lo tanto comer como desearan". Aparte de las instrucciones, las condiciones de comidas de prueba eran idénticas. En el día de cada comida de prueba, los participantes tuvieron un desayuno de 288 calorías, compuesto por 7% de proteína, 19% de grasa, y 74% de carbohidratos. Ningún alimento se permitió de nuevo hasta la prueba, y luego a los participantes se les presentaban un artículo múltiple, variando con alimentos que daban 9,835 calorías variado en la composición de macronutrientes incluyendo una amplia variedad de alimentos.

Los efectos de la pubertad en una alimentación no controlada

Los hallazgos del estudio sugieren que la pubertad puede ser un periodo crítico de riesgo que se puede asociar con los disturbios en la imagen corporal y la obesidad, promoviendo comportamientos en niños y niñas con alimentación LOC. El estudio mostró que la frecuencia general de alimentación LOC no difirió por la etapa de la pubertad. La alimentación LOC durante el pasado mes se reportó por un 26% en los jóvenes, quienes relataron tener un promedio de dos episodios LOC en el último mes. Pero, entre los participantes que sí tenían alimentación LOC, los que se encontraban a principios o a mediados de su pubertad mostraban más desordenes en las actitudes para alimentarse que los jóvenes antes de la pubertad. Aquellos en la pubertad tardía con alimentación LOC consumieron más carbohidratos y bocadillos.

No hay una sola etapa de la pubertad que parezca promover la alimentación LOC, y debido a esto los autores sugieren que las intervenciones para la alimentación LOC antes del inicio de la pubertad sea evaluado cuidadosamente antes de que se inicien.

Factores de Riesgo para la Alimentación por Atracones Temprana y la Purgación

La Alimentación desordenada temprana y tardía siguieron diferentes factores de riesgo.

Dos factores surgieron como factores de riesgo para la aparición temprana de atracones y las purgas: ser mujer y ser percibida como alguien con sobrepeso por los padres a los 10 años de edad. Estos fueron dos hallazgos de un estudio reciente en la Universidad de Australia Occidental, Crawley. En el primer estudio se compara los predictores de trastornos tempranos y tardíos en una única cohorte, la Dra. Karina L. Allen y sus compañeros evaluaron 1,383 niños del Estudio de Cohorte de Embarazo de Australia Occidental. Este estudio siguió a los niños antes de nacer hasta que llegaron a los 20 años de edad. Los desórdenes alimenticios se evaluaron cuando los participantes llegaron a los 14, 17, y 20 años de edad (Int J Eat Disord 2014; 47:802).

Los autores examinaron si los factores de riesgo en la infancia para los trastornos de inicio precoz,

identificados en estudios previos, también podrían predecir el riesgo para los trastornos de inicio más tardío. Como se predijo, el sexo femenino y padres que perciben sobre peso cuando el niño tuviera 10 años predijeron atracones y desórdenes de purga más tarde en la adolescencia. Preocupaciones con la comida, el peso o la figura a los 14 años de edad, también predijeron trastornos de inicio más tardío, mientras que el sobrepeso que se percibió a los niños a los 10 años no lo hizo.

Por lo tanto, hay cierta consistencia en los factores de riesgo para los trastornos en atracones y purgas de inicio temprano y tardío, pero las experiencias de la infancia pueden tener un mayor impacto en la aparición temprana de trastornos de la conducta alimentaria más que en trastornos de aparición tardía.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS:

¿Entrenamiento de Resistencia de Alta Intensidad para pacientes en recuperación de AN?

P. He leído que el ejercicio de baja intensidad es seguro para la recuperación de la anorexia nerviosa (AN) de los pacientes, pero es el ejercicio más fuerte aconsejable? (GM, Fort Lauderdale, FL)

R. La grasa, el hueso y los tejidos musculares se ven más seriamente afectados en pacientes con AN en comparación con otros trastornos de la conducta alimentaria. La inmovilización relativa durante el tratamiento sólo se suma a esto. La incorporación de los programas regulares de actividad física o ejercicio en el tratamiento de los pacientes con anorexia nervosa subtipo restrictivo (AN-R) es aún controversial. Tal vez debido a que un exceso de ejercicio o impulso a ejercitarse se encuentra a menudo como un síntoma de trastorno de la conducta alimentaria, los médicos a menudo han sido muy reacios al ejercicio en personas que se recuperan de la AN. Sin embargo, no está claro que un modelo de "abstinencia de toda la vida" tiene sentido en este contexto. Un grupo de la Universidad de Texas Tech, Lubbock, TX, recientemente tuvo excelentes resultados iniciales con un programa de entrenamiento de resistencia de alta intensidad para un pequeño grupo de adolescentes con AN subtipo restrictiva (Int J Coma Disord 2014; 47601).

Treinta y seis pacientes del sexo femenino con el diagnóstico por DSM-IV AN-R, que tuvieran 16 años de edad o menos y con un IMC superior a 14,0, fueron asignadas aleatoriamente a un grupo de intervención o a un grupo control. Antes de que comenzara el programa de intervención de 8 semanas, todos los adolescentes fueron sometidos a un período de familiarización, para minimizar cualquier efecto de aprendizaje que podría resultar en la mejora técnica o neuromuscular en las pruebas de resistencia y agilidad. La parte principal de las sesiones de ejercicio involucró 2 a 3 series de 5 a 8 repeticiones de los ejercicios utilizados para evaluar la fuerza. El peso corporal, índice de masa corporal, la fuerza muscular y la agilidad se evaluaron antes de las sesiones de ejercicio, al final del programa y a las 4 semanas después del programa de capacitación.

El ejercicio de resistencia produce una mejora significativa en la fuerza y fue bien tolerado. Por ejemplo, la fuerza corporal inferior aumentó un promedio de 52% (prensa de piernas) y la fuerza superior del cuerpo aumentó un promedio de 37% a 41% (medido por fila lateral y prensa de banca, respectivamente).

Cuatro semanas después de el período de intervención, se había producido una pequeña pérdida de los beneficios obtenidos en las variables relacionadas con la fuerza (una pérdida promedio de 15% en la parte superior del cuerpo y el 7% en la parte inferior del cuerpo). Al igual que en la población general, los pacientes AN-R perdieron fuerza muscular después del programa de entrenamiento terminado, pero algunas mejoras persistieron. La intervención fue bien recibida: 4 pacientes en el grupo de control se retiraron (1 fue hospitalizado y 1 cambió de centro de cuidado; 2 se negaron a continuar). Cuatro

personas en el grupo de intervención también abandonaron (1 fue hospitalizado, 1 dado de alta, y 2 cambiaron los centros de atención).

La Dra. María Fernández del Valle y sus colegas argumentan que los programas de ejercicios deben centrarse en la masa muscular y la recuperación funcional. En AN-R, un programa de ejercicios adecuado podría controlar la ingesta de calorías, evitar el ejercicio de alto nivel, centrarse en la recuperación muscular, sería un ejercicio intenso y lo suficientemente frecuente para inducir adaptaciones, ser individualizado y supervisado de cerca. Por último, los pacientes deben ser controlados una vez que finalicen los programas iniciales de ejercicio.

Queda mucho por aprender acerca de la prescripción de ejercicio para los pacientes con AN-R, incluyendo la dosis adecuada y la duración del ejercicio y la mezcla necesitada de tipos de ejercicio. De particular interés es la posibilidad de que el ejercicio podría ayudar a resolver la osteoporosis. Debido a la historia epidemiológica de la AN (con una actitud mucho más común en el último tercio del siglo 20), relativamente pocas personas con osteoporosis asociada a la AN aún no han llegado a sus 60, 70, o 80 años debido a eso, la verdadera magnitud de la carga de la osteoporosis en este grupo todavía no se conoce, pero puede ser muy sustancial. Si es así, los enfoques necesitados, incluyendo posiblemente el ejercicio, serían altamente necesitados.

— SC

También en esta edición

- Anorexia Nervosa y la Distribución de Grasa Después de Recuperar Peso
- Rastreado Actitudes Acerca de la Delgadez entre los 13 y 17 Años de Edad
- Pacientes que Vomitan y Afrontan con la Bulimia Nervosa
- Ayudando al Paciente Enojado
- Una Técnica de Biorretroalimentación para Reducir la Ansiedad Entre los Pacientes con AN
- Terapia Cara-a-Cara vs. Terapia por E-mail para el Trastorno por Atracón
- Los Efectos de la Pubertad en la Pérdida de Control para la Alimentación
- Factores de Riesgo para la Alimentación por Atracón Temprana y la Purgación
- Preguntas y Respuestas: ¿Algún Entrenamiento de Resistencia de Alta Intensidad para Recuperar Pacientes con AN?

Próximamente

- **Volviendo a Pensar los Protocolos de Alimentación para Pacientes Adolescentes con Anorexia Nervosa**

Por Daniel LeGrange, Universidad de Chicago, Escuela de Medicina

El enfoque de “empieza despacio, sigue despacio” para la realimentación de pacientes jóvenes con anorexia nervosa está siendo desafiado. El Dr. LeGrange pesa las ventajas y desventajas de enfoques más conservadores y la necesidad de considerar unos más agresivos, pero seguros, para pacientes adolescentes. Excelente seguimiento al paciente externo podría ser un punto clave.

PLUS

- Tratamiento de Día Individualizado: ¿Qué tan Efectivo es?
- Un Nuevo Instrumento para Medir el Miedo a la Comida

- Regulaciones Emocionales en la Bulimia Nervosa
- Trastornos de la Conducta Alimentaria en China, incluyendo Hong Kong
- Tratamientos Enfocados Emocionalmente para el Trastorno por Atracón
- Y mucho más...

Reprinted from: *Eating Disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com