
Eating Disorders Review

Mayo/ Junio 2017

Volumen 28, Número 3

Scott Crow, Editor en Jefe

More Highlights from 2017 iaedp Symposium in Las Vegas

Enfrentando un trío difícil: diabetes, ejercicio compulsivo, sexo y pudor.

Tres oradores invitados en el Simposio anual de la Asociación Internacional de Profesionales de los Trastornos Alimentarios (iaedp) abordaron enfoques de tratamiento particularmente desafiantes y a veces controvertidos para controlar la coexistencia de la diabetes y la bulimia, las pautas para el ejercicio en los pacientes con trastornos alimentarios, así como la imagen corporal y la sexualidad en las jóvenes adolescentes.

La diabetes tipo 1 y los trastornos alimentarios.

El manejo de un trastorno alimentario y la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es extremadamente desafiante, tanto para los profesionales como para los pacientes por igual, dijo a la audiencia Jennifer L. Gaudiani, MD, Fundadora y Directora Médica de la Clínica Gaudiani, Denver, en su sesión titulada "Los trastornos alimentarios en la Diabetes Tipo 1".

La pubertad es el momento culminante para diagnosticar la DM1 y los trastornos alimentarios, dijo la Dra. Gaudiani, señalando que dichos trastornos- o bien una alimentación desordenada- afectan hasta un 30% de los pacientes con DM1. Un factor de riesgo psicológico importante es que mientras en la DM1 se presenta una pérdida de peso inicial, una vez que se regula la glucosa en la sangre y se restaura el peso, la joven paciente puede creer que: "la insulina me engorda". Esto puede llevar al paciente a retener o restringir su insulina para perder peso (diabulimia) Además, dijo la Dra. Gaudiani, la presencia de ambos trastornos ha causado un aumento en la mortalidad en estos pacientes. Por ejemplo, en un estudio de seguimiento de 10 años (Nelsen et al, 2002) la tasa de mortalidad de los pacientes con AN fue solo de 2%, para aquellos con DM1, un 6.5%, pero para aquellas con AN y DM1 se elevó al 38%. Diagnósticos coincidentes de TCA y DM1 confieren una tasa de mortalidad 5 veces mayor que el de sólo AN, agregó la Dra. Gaudiani. En otro estudio de 11 años, notó que los pacientes con TCA y DM1 tenían 3.2 veces más probabilidades de morir, reduciendo su esperanza de vida en 13 años, en comparación con los pacientes que no restringieron la insulina. Además, las comorbilidades tales como la ansiedad y la personalidad y trastornos del comportamiento abundan en aquellos con diagnósticos coincidentes de DM1 y trastornos alimentarios, agregó.

Efectos físicos secundarios.

El edema y el temor de desarrollarlo son una de las mayores barreras para la recuperación y para los pacientes que reanudan con su insulina, agregó la Dra. Gaudiani. El aldosteronismo secundario está en juego y la propia insulina causa la reabsorción de agua y sal en el tubo renal, causando edema de realimentación. Los clínicos pueden minimizar esto, usando espironolactona, asegurándose de que los pacientes están prevenidos de los signos de una cetoacidosis diabética, agregó. El espectro de

complicaciones nuevas o de aquellas que pueden empeorar puede incluir retinopatía, gastroparesis, neuropatía y/o neuritis, así como un síncope vasovagal. Un problema adicional ocurre cuando la hipoglucemia desencadena un atracón.

Se necesita un equipo multidisciplinario.

El tratamiento hospitalario o residencial requiere la ayuda de un equipo multidisciplinario, incluyendo un terapeuta, un endocrinólogo, un nutricionista/ CDE, una enfermería, un psiquiatra, así como otros especialistas médicos a medida que el paciente avanza desde un apoyo total a la plena autonomía.

Al principio, el personal monitorea la glucosa y la insulina, y luego la atención es acordada por el personal y el paciente. Una Enfermera registrada y el paciente acuerdan en la dosis de insulina, más tarde el propio paciente extrae y administra su insulina bajo supervisión. Con el tiempo, los pacientes pueden asumir gradualmente la plena responsabilidad del autocuidado de su diabetes. La Dra. Gaudiani señaló que los miembros del equipo deben tener experiencia con o al menos un conocimiento sobre DM1 y TCA. Además, agregó que la clave del éxito del tratamiento es la coordinación entre el plan del mismo y la comunicación sobre su progreso. La dosis de insulina debe ser ajustada frecuentemente, de forma colaborativa e incrementándose tanto hacia arriba como hacia abajo, señaló. Con respecto a la atención ambulatoria, los pacientes deben estar dispuestos a administrarse su insulina para evitar la cetoacidosis diabética. Al igual que en la atención hospitalaria, la atención ambulatoria incluye la participación de numerosos profesionales, incluido el personal de salud de la escuela.

¿Deberían los pacientes usar una bomba de insulina? La Dra. Gaudiani señaló que los estudios han demostrado que la terapia con bomba de insulina logró niveles de significativamente menores de hemoglobina glucosilada (A1C) con "menos hipos y sin aumento de peso"; también se utiliza con éxito en pacientes DM1 con trastornos mentales. Las ventajas incluyen la necesidad de un solo piquete cada 3 días; la dosificación es muy similar al uso de un teléfono celular; y hay menos barreras para mantener los niveles de insulina constantes. Los aspectos negativos sobre el uso de una terapia con la bomba de insulina son que es un "recordatorio 24/7 de la presencia de la diabetes y puede ser un desencadenante en la terapia ambulatoria si el uso de la bomba estuvo involucrado en comportamientos negativos anteriores", agregó la especialista.

Definiendo la recuperación.

¿Qué es la recuperación? La Dra. Gaudiani aseguró que la recuperación se define por los pacientes que constantemente toman sus dosis de insulina apropiadas, no hacen dietas muy rígidas o exceso de ejercicio e intencionalmente mantienen sus niveles altos de glucosa en sangre. Además, la recuperación implica una alimentación flexible y saludable por el paciente, la mayor parte del tiempo. Por último, la recuperación implica no comer de acuerdo a pensamientos y sentimientos de TCA, dijo. (Para más información sobre la diabetes y la bulimia, visite el sitio web, www.diabulimiahelpline.org)

Una receta de ejercicio saludable para pacientes con trastornos alimentarios.

En una de las sesiones de apertura, "La gestión y el uso terapéutico del ejercicio en el tratamiento de los trastornos alimentarios", Brian Cook, PhD, describió un enfoque interdisciplinario para aprovechar el poder del ejercicio para curar el cuerpo en medio de la configuración única de los trastornos alimentarios. Con los trastornos alimentarios, dijo, el enfoque interdisciplinario incluye la psicología, la fisiología y la nutrición, qué le describe como una parte crucial de un tratamiento exitoso. El Dr. Cook es profesor asistente de Quinesiología en la Universidad Estatal de California, Monterey Bay. [Véase "Los efectos del ejercicio compulsivo entre adolescentes, en otra parte de este mismo número]

Ejercicio Compulsivo

Dos preguntas importantes sobre el ejercicio en la recuperación incluyen lo conveniente del éste para los clientes y cómo aprovechar su poder saludable para curar el cuerpo, señaló. Los trastornos alimentarios son difíciles de manejar, con la mayor tasa de mortalidad de las enfermedades psiquiátricas, junto con la

reincidencia y el secretismo, agregó. Sin embargo, añadió, "Vemos una creciente aceptación del ejercicio en ciertos trastornos alimentarios, especialmente en el trastorno por atracón, en donde la investigación, la cual es buena, muestra que el ejercicio puede evitar la recaída. Los datos para la anorexia y bulimia nervosa siguen siendo incipientes".

Hay mucha resistencia para incluir el ejercicio como parte de los protocolos de tratamiento para los trastornos alimentarios, el Dr. Cook dijo a la audiencia que los profesionales de los TCA necesitan sentar las bases para la investigación, la etiología y la terapia. Los pacientes con trastornos de la alimentación están a menudo en un muy mal estado fisiológico y todos ellos con un pensamiento lineal que muy comúnmente los conduce a excluir el ejercicio en el tratamiento, dijo.

El año pasado, el Dr. Cook y sus colegas llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura sobre las pautas para el ejercicio en el tratamiento de los trastornos alimentarios (*Med Sci Sports Exerc.* 2016; 48:1408) El grupo identificó 11 temas centrales que han sido exitosos al usar el ejercicio en el tratamiento de los trastornos alimentarios: (1) el uso de un equipo de expertos relevantes, (2) el monitoreo del estado médico, (3) la detección de la psicopatología relacionada con el ejercicio, (4) la creación de un contrato escrito de cómo se usará el ejercicio terapéutico, (5) la inclusión de un componente psicoeducativo, (6) el enfocarse en un reforzamiento positivo, (7) la creación de un programa de ejercicios graduados, (8) el comenzar con ejercicios de leve intensidad, (9) la adaptación del modo de ejercicio a las necesidades del individuo, (10) el incluir un componente nutricional y (11) reuniones informativas con el paciente después de las sesiones de ejercicio.

La iniciativa de una medicina del ejercicio.

El Dr. Cook también apuntó a un importante movimiento que pueda usarse para definir mejor el uso del ejercicio entre los pacientes con trastornos alimentarios, la Iniciativa de una Medicina del Ejercicio del Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM, por sus siglas en inglés) El grupo ha establecido recomendaciones para examinar la salud antes del ejercicio (*Med Sci Sports Med.* 2015; 48:579) El objetivo es identificar mejor a las personas que necesitan de una autorización médica antes de comenzar un programa de ejercicios, incluyendo a aquellos pacientes con enfermedades clínicamente significativas (como los trastornos alimentarios) los cuales se beneficiarían al participar en un programa de ejercicios supervisados médicamente.

Cada día más dispositivos tecnológicos hacen que sea cada vez más fácil sentarse y no hacer nada, dijo y la ACSM está trabajando para ayudar a los clínicos y pacientes a entender el ejercicio de una manera apropiada, señaló, añadiendo que la evaluación regular y el tratamiento de los problemas del ejercicio encajan bien con el tratamiento de los trastornos alimentarios. Un enfoque de equipo debe estar para desarrollar un protocolo de ejercicio, agregó. Lo principal es que los clínicos no pueden hacer esto por su cuenta, sino que necesitan la ayuda de otros profesionales, como en fisioterapia y nutrición, quienes tienen la experiencia que es esencial para diseñar un programa adecuado de ejercicio. Pueden ayudar a determinar si el ejercicio está ayudando o perjudicando al paciente y lo más importante cuándo no es útil para un individuo con un trastorno alimentario.

Algunas contraindicaciones del ejercicio.

Las contraindicaciones médicas del ejercicio incluyen la deshidratación, así como otros efectos fisiológicos negativos. Sin embargo, aconsejó que, en lugar de concentrarse en lo negativo, los clínicos pueden ayudar a los pacientes a que tomen conciencia de lo que les dicen sus cuerpos y que los programas de ejercicio diseñados cuidadosamente pueden ser agradables y apropiados para los pacientes TCA.

Otro punto es ayudar a los pacientes a imaginarse a sí mismos como sanos, así como a tomar conciencia de las señales que su cuerpo les está dando. Por ejemplo, en muchos programas de ejercicios, como en el yoga, un aspecto importante del programa es separar el dolor bueno del malo, así como mejorar la autoconciencia corporal. También es importante identificar los factores que intervienen en el sobre

entrenamiento, aceptando el paciente los efectos negativos del mismo, así como reconocer las señales de advertencia. él recomienda que un paciente en recuperación de un trastorno alimentario comience a hacer ejercicio a un ritmo lento. También es útil atraer la atención sobre los avances en otras áreas, como la mejora del peso corporal y adaptar esto al resultado.

Guiando a las chicas de la vergüenza a una sexualidad saludable.

La autora y oradora Peggy Orenstein respondió a preguntas de la audiencia sobre cómo ayudar a las chicas a navegar de la vergüenza a la alegría en el sexo. Orenstein es la autora de varios libros best-sellers, incluyendo *Las chicas y el sexo: navegando un nuevo paisaje complicado* y *Cenicienta se comió a mi hija*.

Para un adolescente, "el amor puede ser complicado", dijo Orenstein. Los padres pueden no querer indicar una manera correcta o incorrecta o bien una forma de ser en la intimidad o ser demasiado descriptivo, pero idealmente los adolescentes deben ser capaces de sacar sus propias conclusiones sobre lo que es saludable y agradable, al mismo tiempo, que deben tener cuidado.

Se supone que los adolescentes de hoy, tienen relaciones sexuales sin sentimientos, dijo. Además, agregó que "como una manera de avanzar, hemos tendido a valorar lo que anteriormente le fue asignado a los hombres, como el amor y la crianza". Para hablar con los niños acerca de la bondad, la benevolencia o sobre una "conexión", los padres necesitan expresar cuidado, preocupación y precaución sobre tales relaciones. Orenstein ha encontrado que algunas chicas están rechazando las maneras más viejas y son más propensas a ser distantes y separadas sobre las relaciones sexuales.

Enseñar a su hija acerca de la imagen corporal y el sexo es la responsabilidad principal de los padres, expresó Orenstein. Y cuando se le preguntó por los plazos del desarrollo de cuando es la hora de plantear la cuestión de la intimidad y el sexo, a lo que respondió, Inmediatamente, subrayando la importancia de utilizar un lenguaje preciso para los chicos y chicas cuando surja la discusión y así salvar la brecha para fomentar un espacio seguro para cualquier pregunta.

Dos países, dos enfoques sobre la sexualidad adolescente.

Orenstein también describió las diferencias en la forma de abordar la sexualidad adolescente, de una manera saludable, en los Estados Unidos y en Holanda. Antes de la revolución sexual de la década de 1960, Holanda era muy similar a los Estados Unidos en cuanto a las discusiones entre padres y adolescentes sobre el sexo. Después de esto, los holandeses adoptaron un enfoque muy diferente, dijo Orenstein, uno que abordó la sexualidad adolescente como parte normal de la vida, promoviendo la enseñanza de la seguridad y la responsabilidad de los adolescentes sobre la sexualidad. En contraste, dijo, como resultado de la reticencia americana a lidiar con la sexualidad adolescente, los jóvenes estadounidenses se convierten en adultos básicamente mintiendo a los padres sobre la sexualidad y el abuso de sustancias. Esto es especialmente para las jóvenes norteamericanas, señaló la autora.

En Holanda, los padres intentan salvar la brecha de conocimiento, esperando que los adolescentes crezcan de manera interdependiente. Es decir, los temas que serían un tabú en los Estados Unidos, estos se discuten abiertamente entre las familias holandesas. No es raro que una adolescente discuta libremente con su madre y los amigos de ésta, el hecho de que tuvo relaciones sexuales, la noche anterior. La idea detrás de esto es que tales acciones no son promiscuas. En cambio, la realidad es que la persona con la que ella estaba es un buen ser humano y es conocida por la familia.

La autora describió un estudio online de 400 chicas, quienes fueron elegidas al azar entre Holanda y los Estados Unidos. La conclusión del estudio fue que, en todo sentido, las chicas holandesas aparecen teniendo un enfoque al sexo sin consecuencias negativas. Ellas eran menos propensas, que las chicas norteamericanas, a emborracharse y más propensas a decir que podían comunicarse con y disfrutar de sus parejas sexuales, a quienes conocían y también estaban dispuestas a tener más confianza en su

imagen corporal. Las sesiones individuales de seguimiento revelaron que, entre las chicas holandesas, sus doctores, padres y maestros les hablaban, desde temprana edad, de las emociones y placeres del sexo. En contraste, se hizo muy evidente que los padres estadounidenses no se sentían cómodos hablando con sus hijos sobre el sexo. Ellos tendían a enmarcar la actividad sexual en términos de riesgo y peligro, mientras que los padres holandeses hablaban de balancear la responsabilidad con la alegría. Orenstein agregó que, como madre, aprender esto la condujo a un cambio profundo en sus propias actitudes.

Orenstein hizo hincapié en la importancia de hablar con los adolescentes y proveer de un espacio seguro donde ellos puedan hacer cualquier pregunta acerca de la sexualidad y particularmente cuando una relación se está haciendo más cercana. "Tenemos muchas oportunidades cuando sacamos el sexo del silencio y ayudamos a desarrollar una persona reflexiva y consciente", afirmó.

Ella señaló que hay diversas maneras de hablar directamente sobre el sexo, no necesariamente haciendo hincapié en el acto sexual, por ejemplo, ayudar a los niños a aprender acerca de los cuerpos masculinos y femeninos, así como acerca de los límites, como el aprendizaje de que "No realmente significa No". Sitios de Internet y programas basados en la iglesia tales como *Nuestra vida entera: La educación sexual de por vida*, llevado a cabo por el Unitarismo Universalista y la Iglesia Unida de Cristo, proveen información para escuelas, iglesias e incluso en centros penitenciarios. Los módulos comienzan con información diseñada para niños de 5 años de edad, continuando a la escuela secundaria y preparatoria, la universidad y a los adultos en general. Estos programas ayudan a los padres y a otros adultos a aprender cómo hablar de sexo y crecimiento con los niños. "No hemos sido criados para tener estas conversaciones" destacó Orenstein, "pero tenemos que superarlo".

En general, a las niñas se les enseña a elegir deseabilidad sobre sus propios deseos, afirmó. Orenstein escribió su libro *Cenicienta se comió a mi hija*, en 2011 para explorar el fenómeno de la popular "cultura de la princesa" y en particular cómo el concepto se comercializa a las niñas. La comercialización de ropa y accesorios para niñas es un esfuerzo de miles de millones de dólares que les dice: "todo es sobre mí y yo soy especial". La autora agregó: "la comercialización con los temas de princesa no se refiere al personaje, al destello o a las cosas que se venden, sino que es un énfasis en la apariencia externa y la belleza, para hacer que la gente diga lo bella que eres todo el tiempo". La comercialización ha ido más allá de las muñecas, los vestidos y las tiaras, apuntando ahora a niñas tan pequeñas como 4 años de edad con su propia ducha de baño, arte de uñas y un constante énfasis en su apariencia. En el momento en que una niña llega a la adolescencia, sabe que necesita ser deseable para los hombres, antes de que entiendan, realmente, lo que esto significa, señaló la autora. Con el tiempo, la desconexión se vuelve real.

La autora dijo que recordó esta desconexión cuando entrevistó a chicas que piensan que no tendrán alegría o amor en las experiencias sexuales. Una chica admitió que practicaba sexo oral porque al hacerlo no tenía que involucrarse con su cuerpo y se podía mantener distante mientras animaba a su chico a que le gustara y continuar con su relación. El gran énfasis era mantenerse gustándole al chico y hacerlo feliz. La autora señala que recibe muchos correos electrónicos de chicas quienes expresan que la idea de tocar o sentir está mal, si estos sentimientos aparecen en el sexo. También expresó que los jóvenes a los que ha entrevistado quieren relaciones cariñosas y de conexión con sus parejas femeninas, pero que, generalmente, no se les permite expresar esto; un muchacho de secundaria le dijo a Orenstein que entrenó a su cuerpo para desconectarse de sus compañeras.

Ella insta a los padres a tener verdaderas conversaciones con sus hijos y hablar de sus amigos también. Su propia hija tenía amigas con trastornos alimentarios no diagnosticados y autolesiones, por lo que llegó a su casa y lo discutió con su madre. Hay muchos sitios útiles en Internet que pueden ayudar a los padres a comenzar y continuar las conversaciones esenciales sobre la sexualidad, afirmó Orenstein.

[FE DE ERRATAS]

En el número de marzo-abril en el reporte de la presentación inicial, "Dando sentido al complejo trastorno alimentario" identificamos a la Dra. Beth Hartmann McGilley como una experta en medicina deportiva; se debió leer, "consultora en medicina deportiva".

Actualización: Los patrones cerebrales difieren entre hombres y mujeres obesos.

Los hombres y las mujeres tienen diferentes actividades cerebrales relacionadas con la alimentación, según los resultados de un estudio en el Centro de Ciencias de la Salud de la UCLA. Un equipo de investigadores de la UCLA dirigido por Arpana Gupta recolectó imágenes cerebrales de 61 hombres y 63 mujeres obesos, quienes no tenían condiciones médicas o psiquiátricas significativas. Las mujeres obesas tenían mayores cambios en el sistema de recompensa del cerebro; la recompensa del cerebro y los sistemas de saliencia estaban más activamente conectados en personas con mayores índices de masa corporal (IMC). Además, un patrón diferente surgió en regiones sensorineurales. En contraste con el patrón observado en las mujeres obesas, los hombres tenían una mayor conciencia de las sensaciones intestinales y respuestas viscerales. Los investigadores de la UCLA calcularon entonces cómo las redes de recompensa, sensorimotoras y de saliencia del cerebro estaban relacionadas con el flujo de información. Los autores publicaron recientemente sus hallazgos en el *International Journal of Obesity* (2017; doi:10.1038/ijo.2017.86). Estos resultados agregan soporte al papel de la alteración de la función cerebral en el comportamiento alimentario.

TA y una enfermedad somática, ¿qué papel juega la obesidad?

Un papel importante para los médicos de atención primaria.

El trastorno por atracón (BED, por sus siglas en inglés) ama a una multitud, una multitud de diversas comorbilidades físicas, así es. Una serie de comorbilidades, incluyendo los 2 tipos de diabetes, obesidad, enfermedad autoinmune y fibromialgia, por ejemplo, se han reportado previamente con el trastorno por atracón. Investigadores de la Universidad de Carolina del Norte recientemente trataron de determinar si las comorbilidades médicas son más comunes entre los pacientes con BED y la obesidad.

Laura M. Thornton, PhD y sus colegas en Chapel Hill, Carolina del Norte, utilizaron varios registros de población suecos para identificar a los individuos con BED, los cuales fueron tratados como pacientes hospitalizados y ambulatorios de 1999 a 2009 (*Int J Eat Disord.* 2017; 50:58). Después, utilizaron el Registro Nacional Sueco de Pacientes para obtener información sobre enfermedades somáticas en todos los casos de trastornos alimentarios. La comorbilidad psiquiátrica fue modelada con la presencia o la ausencia de cualquier trastorno de índole psiquiátrico durante toda la vida, o con lesiones auto-infligidas intencionalmente relacionadas con el suicidio, como una covariable, lo que fue utilizado por los investigadores.

La muestra total incluyó a 9,350 personas (el 95% eran mujeres) y la edad promedio era de 29 años, el 96% tenían 18 años de edad o más. El grupo final de estudio incluyó 850 individuos (39 varones y 811 mujeres) con BED.

Una amplia gama de comorbilidades están involucradas con BED.

BED se asoció significativamente con todos los tipos de enfermedades, excepto trastornos del sistema

genitourinario y malformaciones congénitas. Las asociaciones más fuertes fueron las enfermedades endocrinas, como la diabetes mellitus y la enfermedad del sistema circulatorio. Los pacientes obesos con BED tenían más probabilidades de tener una historia de por vida de trastornos respiratorios, gastrointestinales y dermatológicos, que los individuos con BED sin una obesidad comórbida. Un vínculo con el síndrome metabólico fue sugerido por el patrón de comorbilidades. Por lo tanto, el tratamiento exitoso del atracón puede ayudar a prevenir el síndrome metabólico.

Una mejora sería la detección de la ingesta compulsiva en el nivel de atención primaria.

Un aspecto importante del estudio de la Dra. Thornton es que ayudó a abordar la cuestión de si los riesgos médicos en las personas obesas y las comidas compulsivas se relacionan con el IMC, los atracones o ambos. Los resultados vinculan la obesidad con un mayor riesgo de trastornos respiratorios, gastrointestinales y dermatológicos, pero no con otra clase de enfermedades, lo que sugiere que el riesgo de algunas enfermedades en personas con BED, incluyendo el síndrome metabólico, no puede atribuirse por completo a los efectos de la obesidad.

Sus resultados también subrayaron la importancia de referir a las personas con BED, quienes tienen quejas somáticas para una evaluación adicional y también apoyar a la detección de atracones en los entornos de la atención primaria. Según los autores, debido a que los clínicos no psiquiatras puede ser el primer contacto clínico para los pacientes, por lo que mejorar la detección de BED, en los centros de atención primaria podría llevar a referencias y cuidado más rápido

El riesgo de una pérdida ósea en el espectro de la anorexia nervosa.

Mayor peso actual no protege contra una historia de extrema restricción de alimentos.

El deterioro de la densidad ósea (DMO) y la psicopatología comórbida pueden afectar a las mujeres en todos los puntos del espectro de la anorexia nervosa (AN), no sólo aquellas que actualmente están bajas de peso/o amenorreicas, según los resultados de un estudio reciente (*Int J Eat Disord.* 2017; 50:343)

Comparado con el *DSM-IV*, el *DSM-5* ha relajado algunos de los criterios diagnósticos para AN. Por ejemplo, el nuevo criterio de diagnóstico elimina el requisito de amenorrea, así como flexibiliza los criterios psicológicos y para la pérdida de peso. Además, las directrices añaden un nuevo diagnóstico de "AN atípica" para las personas con síntomas psicológicos de AN, que no están en pesos inferiores a lo normal.

La Dra. Melanie Schorr y un grupo del Hospital General de Massachusetts y de la Escuela de Medicina de Harvard, investigaron recientemente si y cómo la DMO se ve afectada entre mujeres diagnosticadas con AN con el *DSM-5*, incluidas las de la nueva categoría de AN atípica. Este es el primer estudio que compara directamente la densidad ósea entre los grupos a través del espectro de diagnóstico de la AN y los controles sanos.

Los investigadores estudiaron 4 grupos de mujeres premenopáusicas con edades comprendidas entre 18 y 45 años de edad: (1) 37 de ellas fueron diagnosticadas con AN con el criterio de *DSM-IV*, pero no con el criterio del *DSM-5* (grupo *DSM-IV* de AN); (2) 33 diagnosticados con AN según el criterio de *DSM-5*, pero no con el de *DSM-IV* (grupo *DSM-5*); (3) 77 mujeres con AN atípica (grupo de AN atípica); y un grupo de comparación de 21 mujeres saludables (grupo HC) El DMO y la composición corporal fueron evaluados para todas las mujeres a través de los escaneos de una absorciometría dual de rayos X (DXA).

La DMO de la columna pósterio-anterior (PA), medida desde las vértebras lumbares 1 a 4, estuvo disponible para 166 de las 168 participantes, por otro lado, una DMO de la espina lateral de las mismas 4 vértebras se midió para 106 mujeres. Además, la psicopatología del trastorno alimentario se evaluó con una serie de cuestionarios, incluyendo el cuestionario de Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q)

Un mayor peso y la restauración de la menstruación no garantiza una DMO saludable.

Los autores también informaron diferencias significativas en la composición corporal entre los 4 grupos. El porcentaje medio de grasa fue similarmente bajo en mujeres diagnosticadas con AN conforme a *DSM-IV* y *DSM-5*, mayor en aquellas con una AN atípica y mayor en mujeres sanas. A medida que disminuye el IMC, como se demostró en los 4 grupos, hubo una pérdida simultánea de masa muscular magra, también debido a una extrema restricción de alimentos, lo cual puede conducir a una baja DMO, según los autores.

Los datos de los autores sugieren que un deterioro severo de la DMO puede ocurrir incluso entre individuos con pesos más altos y con aquellas que tienen periodos menstruales normales o regulares. También informaron que las mujeres con diagnóstico de AN con *DSM-5*, incluso aquellas con peso normal, y especialmente aquellas con antecedentes de bajo peso y/o amenorrea, mostraron evidencia de pérdida ósea significativa en comparación con las mujeres normales. Incluso cuando no estaban bajas de peso, las mujeres con AN atípica y un antecedente de bajo peso y/o amenorrea tenían puntuaciones Z promedio más bajas de DMO de la columna vertebral, que las mujeres sanas. Por lo tanto, estar en un peso más alto, no protege a un ex paciente de AN de una baja DMO cuando se tiene un antecedente de bajo peso y/o amenorrea.

Una mejor comprensión podría ser un factor motivador.

Este es un estudio importante por varias razones. En primer lugar, la Dra. Schorr y sus colegas observaron que cuando los pacientes entienden que la restricción alimentaria patológica puede conducir a la pérdida de masa magra, no sólo de la masa grasa, puede ser una motivación para el cambio. Esto es especialmente cierto para las mujeres que temen que sólo "engordaran" a medida que su peso se restaura. En segundo lugar, las mujeres con una psicopatología significativa y baja grasa corporal, las mujeres de bajo peso con diagnóstico de AN de *DSM-5* y las mujeres de peso normal con AN atípica y una historia de bajo peso y/o amenorrea son todas ellas candidatas para el escáner DXA. En un tercer lugar, esto destaca la idea de que, en los trastornos alimentarios, un sub-umbral no equivale a menos grave.

Los efectos del ejercicio compulsivo entre los adolescentes.

Un gran estudio longitudinal se dirigió a las pacientes más jóvenes con TCA.

Información sobre los beneficios del ejercicio abunda, incluyendo las muchas maneras en cómo de una manera regular, puede mejorar nuestra salud y nuestra vida. El ejercicio compulsivo, sin embargo, es un tema completamente diferente, particularmente para las personas con un trastorno alimentario. Aproximadamente una de cada cuatro adolescentes con un trastorno alimentario usa el ejercicio compulsivo para perder peso o para mejorar su apariencia. Recientemente, un grupo sueco examinó si los adolescentes muestran las mismas asociaciones que los adultos entre el ejercicio y los comportamientos problemáticos. En un segundo estudio, un grupo británico analizó una prueba para identificar el ejercicio compulsivo.

¿Difiere el ejercicio compulsivo entre los adolescentes y los grupos mayores?

Los Dres. Johanna Levallius, Christina Collin y Andreas Birgegård, del Instituto Karolinska de Estocolmo, evaluaron cómo el ejercicio compulsivo se relaciona con los diagnósticos de los trastornos alimentarios, los síntomas y los resultados, entre los adolescentes. Los autores plantearon la hipótesis de que los patrones de ejercicio compulsivo serían similares en adolescentes y adultos, a la vez que dicho ejercicio estaría asociado con la aparición temprana de un trastorno alimentario, con más síntomas, con la presencia de tendencias suicidas, con un perfeccionismo negativo, hiperactividad y un pronóstico general más pobre (*J Eat Disord.* 2017; 5:9 doi 10.1.1186/s40337-016-0129-8)

Utilizando la base de datos de Stepwise, una base de datos clínica sueca de pacientes con TCA, quienes buscan tratamiento en centros de tratamiento especializados, los autores identificaron a 3,255 pacientes entre 13 y 17 años de edad, el 95% de las cuales fueron mujeres. La edad de inicio de la enfermedad se definió a partir de la propia explicación del paciente sobre la primera aparición de los síntomas y otros datos que se recogieron de numerosos cuestionarios. Este es el mayor estudio longitudinal realizado hasta ahora para investigar el efecto del ejercicio compulsivo en adolescentes con trastornos alimentarios.

El Cuestionario sobre el Examen de los Trastornos Alimentarios (EDEQ, por sus siglas en inglés y en su versión para adolescentes) proporcionó información sobre la negación de la enfermedad y el 31% de los pacientes con AN se clasificó en dicha categoría. Más de un tercio de los pacientes usaron regularmente el ejercicio compulsivo (promedio: 4 veces a la semana) para moderar su peso. Los pacientes con bulimia nervosa (BN) utilizaron el ejercicio compulsivo con mayor frecuencia. Los pacientes que se ejercitaban compulsivamente difirieron significativamente de los que no lo hicieron en varias mediciones: restricción (la cual fue medida con EDEQ, por sus siglas en inglés), perfeccionismo negativo, angustia emocional, hiperactividad y autoestima. Cuando los "negadores de la enfermedad" fueron sacados de la ecuación, los grupos de ejercicio no compulsivo y los que sí, fueron más similares. El ejercicio compulsivo no estuvo vinculado con un aumento en las tendencias suicidas.

En el seguimiento, los autores notaron un grado de cross-over, por lo que la mayoría de los pacientes (69%) dejó de usar el ejercicio compulsivo como un comportamiento compensatorio. Sin embargo, el 17% de los que no habían utilizado el ejercicio compulsivo antes, habían adoptado dicha práctica. Los pacientes que dejaron de usar el ejercicio compulsivo tuvieron mayor probabilidad de remisión en comparación con aquellos que continuaron con éste.

Adolescentes varones: 1 de cada 3 usa el ejercicio compulsivo.

También hubo algunos datos sobre los adolescentes varones. Veintinueve por ciento de los jóvenes reportaron utilizar el ejercicio compulsivo y lo hicieron en un promedio de 4.1 veces por semana. Al igual que en el caso de las chicas, los chicos que se ejercitaban compulsivamente tuvieron puntuaciones más altas en el EDEQ global, así como en las puntuaciones de moderación, reportando también más perfeccionismo negativo, malestar emocional e hiperactividad que los otros chicos. La depresión afectó al 28% de los chicos y la prevalencia fue del 41% entre los que utilizaron el ejercicio compulsivo. En el seguimiento de un año, el 58% de los chicos estaban en remisión y su uso inicial del ejercicio compulsivo no afectó su pronóstico.

Para las chicas, el ejercicio compulsivo fue más común entre aquellas con BN y con otros trastornos alimentarios no especificados (TANE), que entre aquellas con AN. Este fue el mismo patrón visto en estudios anteriores de mujeres adultas (*Int J Eat Disord.* 2006; 39:45, *Behav Res Ther.* 2011; 49:85) En comparación con los estudios de los adultos, los adolescentes que se involucraron en un ejercicio compulsivo, no tuvieron un peor pronóstico que los que no lo hicieron. En el punto de seguimiento de un año, dos tercios de los adolescentes, quienes originalmente utilizaron el ejercicio compulsivo, ya no lo hacían más y la tasa de remisión fue similar para ellos, como para los adolescentes que no hicieron

ejercicio compulsivo (59% contra un 56%, respectivamente)

Los autores también advirtieron en contra de instruir a los pacientes con TCA para que dejen de hacer ejercicio, excepto durante la fase aguda del tratamiento. En cambio, sugirieron concentrarse en enseñar a los pacientes a comer y a ejercitarse por las razones adecuadas.

Las pruebas para el ejercicio compulsivo.

La Dra. Levallius y sus colegas observaron que, aunque las pruebas para CE (ejercicio compulsivo) han sido en gran medida deficientes, los investigadores británicos recientemente han proporcionado datos psicométricos en una prueba como, el Examen de Ejercicio Compulsivo, entre un grupo de 356 pacientes adultos con TCA y 360 controles no-clínicos (mujeres de entre 16 y 60 años de edad) Tanto los pacientes como los controles tomaron la prueba y completaron el EDE-Q (*J Eat Disord.* 2016; 4:22) Caroline Meyer, MD y sus colegas en la Universidad de Warwick, Coventry, Reino Unido observó que hasta un 85% de los pacientes con una alimentación desordenada usan un ejercicio compulsivo y son incapaces de detener la práctica, a pesar de comprender las posibles consecuencias.

La Prueba de Ejercicio Compulsivo contiene 24 ítems de autoevaluación, diseñados para evaluar las características cognitivas, conductuales y emocionales del ejercicio compulsivo. Un análisis factorial previo produjo cinco subescalas: comportamiento de evitación e impulsado por reglas, ejercicio de control de peso, mejoramiento del estado de ánimo, falta de disfrutar del ejercicio y rigidez del ejercicio (Taronis et al, 2011) El presente trabajo describe los esfuerzos para confirmar este factor de estructura y observar la relación de las puntuaciones con la psicopatología de los TCA.

Entre el grupo de estudio, el 25.9% de los pacientes tenían AN, el 31% BN, el 38% TANE y el 5% con desorden por atracón. El grupo de control fue reclutado de un campus universitario, lugares de trabajo y de un club deportivo. Los atletas de élite o sub-élite fueron excluidos. Los autores reportaron que el grupo clínico obtuvo puntuaciones significativamente más altas que el grupo no clínico en 4 de las 5 sub escalas principales y puntuaciones globales significativamente más altas. Sin embargo, las puntuaciones de la sub escala de mejora del estado de ánimo no difirieron y no hubo diferencias significativas por la edad.

La Dra. Meyer y sus colegas señalaron que mientras más investigación en CET es necesaria, el hecho de que un ejercicio excesivo o impulsado pueda anteceder el inicio de un trastorno alimentario, por lo que CET podría ser una manera de identificar a las personas en riesgo de desarrollar un desorden alimentario.

[Definición de ejercicio compulsivo

El ejercicio compulsivo (también denominado ejercicio problemático) describe una condición de preocupación por el peso y la forma, con una persistente continuación del mismo con el fin de a) mitigar la culpa/afecto negativo si no se ejercita y b) evitar las consecuencias negativas percibidas en detener el ejercicio (*Eur Eat Disord Rev.* 2011; 19:174)

¿Qué provoca cambios en los pacientes más jóvenes con anorexia nervosa?

No fue fácil medir las razones para el cambio entre los adolescentes.

Dos grandes bloqueos para cambiar entre los pacientes con anorexia nervosa (AN) incluyen la ambivalencia hacia el cambio de los comportamientos alimentarios y la negación de la enfermedad. Los intentos de medir la motivación para el cambio entre los pacientes con trastornos alimentarios han

llevado al desarrollo de instrumentos tales como la Readiness and Motivation Interview (*Int J Eat Disord.* 2002; 46:755) y la Attitudes Towards Change in Eating Disorders Scale (ACTA) (*Int J Eat Disord.* 2000; 28:387; *Acta Esp Psiquiatr.* 2003; 31:111). Un cuestionario de 20-ítems, el Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ, por sus siglas en inglés), el cual examina tres factores claves en la motivación: el aumento de peso, la alimentación, las preocupaciones sobre la forma y el peso, así como aspectos de un "egodistonia/egosintonía".

La Dra. Dagmar Paul y sus colegas del Hospital Universitario de Psiquiatría de Zúrich, Suiza, evaluaron la traducción alemana del ANOSCQ entre una muestra suizo-alemana de 92 adolescentes con AN, la cual les fue diagnosticada por la Internacional Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10, por sus siglas en inglés) criterios que fueron remitidos a los autores de la clínica especializada en trastornos alimentarios. Los investigadores plantearon la hipótesis de que una baja capacidad de adaptación y una baja autoestima podrían estar vinculadas con una menor motivación para cambiar los patrones de una alimentación desordenada. Los autores también exploraron si la motivación para cambiar en pacientes con AN se debe a la disposición para cambiar o esta misma disposición para realizar cambios debe ser considerada solo como uno de muchos otros factores.

El promedio del índice de masa corporal (IMC, kg/m²) de la muestra de los pacientes fue de 16.4 kg/m², por debajo del tercer percentil para los estándares de edad. La edad media de las 87 mujeres y los 9 hombres fue de 15.6 años; 84 tenían un tipo restrictivo de AN, mientras que 8 tenían anorexia nervosa tipo compulsivo/purgativo. Todos los participantes también fueron evaluados con el Eating Disorders Inventory (EDI-2), el Eating Attitudes Test (EAT), EL Body Image Questionnaire (BIQ), el Self-related Cognitions Questionnaire, el cual mide la autoestima y la autoconciencia y el Coping Across Situations Questionnaire (CASQ), que aborda la adaptación en 4 áreas problemáticas: problemas con la escuela, los padres, los pares y el sexo opuesto. El resultado del tratamiento se definió como la satisfacción de éste por parte del clínico tratante, el abandono del mismo y la remisión de AN (ya no cumplían con los criterios de AN)

Cambios en el seguimiento.

En el seguimiento 9 meses después, el 66% de los pacientes no cumplían más el criterio diagnóstico para AN y los 30 pacientes restantes, 20 tenían un tipo restrictivo de AN, 5 con anorexia nervosa tipo compulsivo/purgativo, 5 cinco más fueron diagnosticados con una AN atípica.

Una negativa correlación entre las puntuaciones de ANOSCQ y el IMC emergió: los hallazgos de los autores indicaron que el IMC estaba inversamente correlacionado con la motivación al cambio, tal como se indicaba en estudios anteriores.

La Dra. Paul y sus coautores supusieron que esto podría deberse al hecho de que los pacientes jóvenes, quienes están en la primera fase de la pérdida de peso, todavía no se han enfrentado cara a cara con las desventajas de su enfermedad, por lo tanto, están decididos a perder incluso más peso. Por esta razón, su nivel de motivación para el cambio es bajo. Los sujetos del estudio habían tenido AN por aproximadamente 1 año; solo el 3.3% estaban en estado de acción y ninguno de ellos en estado de mantenimiento. Este hallazgo contrastó con estudios anteriores, en los que el 20.5% de los pacientes estaban en estado de acción o de mantenimiento.

Los autores concluyeron que, si bien el cuestionario ANSOCQ era válido y consistente, podría ser menos útil para los pacientes jóvenes en las primeras etapas de la AN. Los autores señalaron que los pacientes más jóvenes, en una etapa temprana de un trastorno alimentario son menos conscientes de las consecuencias negativas de la enfermedad y, por tanto, "experimentan la mayoría de los síntomas como ego-sintónico o pueden ignorar los aspectos ego-distónicos". Hay una necesidad de evaluar la motivación de manera más sistemática para mejorar las estrategias terapéuticas en los pacientes más jóvenes.

Liberación de la Resistencia al cambio después de que se ha restaurado el peso.

Las claves surgieron en un experimento de retroalimentación entre los pacientes con AN y los controles.

Es una pregunta desafiante: ¿Por qué muchos pacientes con anorexia nervosa (AN) siguen restringiendo sus calorías después de que su peso se restaura y muchos de sus síntomas psiquiátricos han mejorado? Una posible razón, según Karin Foerde, PhD y Joanna E. Steinglass, MD, de la Universidad de Columbia, es que los pacientes con AN pueden experimentar un aprendizaje reducido de retroalimentación o refuerzo. En su estudio reciente, no se observó el mismo patrón entre los controles sanos (*Int J Eat Disord.* 2017; 50:415)

Los investigadores querían explorar por qué el procedimiento de recompensa entre los pacientes con AN difiere del de los sujetos sanos de control y por qué el aprendizaje de la retroalimentación no es eficaz. Para ello, las Dras. Foerde y Steinglass estudiaron a pacientes entre 16 y 45 años de edad, quienes fueron diagnosticadas con el *DSM-5* con AN o con AN subtipo compulsivo/purgativo (36 pacientes, 35 mujeres y 1 varón) Todos los sujetos fueron hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York y fueron comparados con 26 controles saludables (24 mujeres y 2 hombres) Los dos grupos no diferían en edad, nivel educativo, género, etnia o funcionamiento cognitivo general.

Después de 2 sesiones de una tarea de asociación, las personas con AN mostraron un menor aprendizaje de la retroalimentación en comparación con los controles sanos; este patrón se reportó tanto antes como después del restablecimiento del peso. La reducción en el aprendizaje de retroalimentación se asoció con la psicopatología del trastorno alimentario y sugirió la asociación con algunas escalas de gravedad de los síntomas del trastorno alimentario, así como la duración de la enfermedad, pero no con el índice de masa corporal o IMC. Sin embargo, los pacientes con AN podrían generalizarse a partir de los que habían aprendido, al igual que lo hicieron los controles sanos. Sus síntomas psicológicos mejoraron con el tratamiento de restauración del peso, pero el aprendizaje de retroalimentación no. Ambos grupos fueron emparejados en la cognición global, incluyendo IQ, memoria de trabajo y la atención.

Aunque el estudio de los autores involucró una tarea conductual y no estudios directos del cerebro, sus resultados fueron consistentes con aquellos estudios que han evaluado varias formas de aprendizaje basado en el estriado entre los pacientes con AN (*J Cognitive Neuroscience.* 2003; Myers et al. 2013) Esto sugiere la posibilidad de anomalías del estriado frontal en pacientes con AN. En un pequeño estudio realizado en 2003, Lawrence et al. utilizaron una tarea de aprendizaje sensible a la función estriatal, así como una prueba de memoria sensible al daño en el lóbulo temporal medio, en un pequeño grupo de pacientes con AN mientras se encontraban bajos de peso. Foerde y Steinglass encontraron este mismo patrón en su estudio después de recuperar el peso.

Los comportamientos maladaptativos pueden surgir durante el desarrollo.

Si el aprendizaje de retroalimentación se ve comprometido en AN, ¿cómo podría esto estar relacionado con un comportamiento maladaptativo? Una posible respuesta según las autoras, podría ser comportamientos maladaptativos establecidos durante una "ventana" de aprendizaje del desarrollo en la adolescencia. Los comportamientos alimentarios maladaptativos y el aprendizaje acelerado son más comunes durante la adolescencia. O bien, la AN puede afectar los procesos neurocognitivos de manera que le aprendizaje del desarrollo empeora a medida que la persona está enferma, haciendo cada vez más difícil contrarrestar el comportamiento maladaptativo.

La disminución del aprendizaje de la retroalimentación también puede ser importante para la respuesta

del paciente al tratamiento. Según los autores, los problemas con el aprendizaje de retroalimentación visto en el punto de partida, sin tener en cuenta cómo y cuándo se adquiere el comportamiento y que están asociados con la falta de respuesta al tratamiento, podría ser un indicador para un curso más crónico de la enfermedad.

Preguntas y Respuestas: Sospecha de una deficiencia vitamínica en un paciente con anorexia.

P. Una de mis pacientes con anorexia nervosa (AN) ha desarrollado una dolorosa parestesia en un pie. Pocas semanas, después de que los síntomas aparecieron por primera vez, el dolor también afectó sus manos y sus labios. Sospechamos una deficiencia vitamínica, especialmente de la vitamina B12, pero sus estudios de laboratorio resultaron normales. ¿Estamos pasando por alto algo? (DG Lubbock, TX)

R. La sospecha de una deficiencia de vitamina B12 (cobalamina) puede ser difícil de probar, como lo subrayó un reciente caso reportado por el Dr. Jerome Franques y su equipo de clínicos franceses (*Nutrients*. 2017. 9:281) Una mujer de 30 años con AN se quejó de parestesias dolorosas en sus pies y, al Igual que su paciente, estas dolorosas sensaciones se habían desarrollado con relativa rapidez. No había antecedentes médicos pasados. La paciente había perdido 10kg durante los 4 meses previos como consecuencia de su AN. El examen clínico mostró sólo hiperpigmentación de la piel y un examen neurológico reveló areflexia difusa e hipoestesia. Los estudios de laboratorio mostraron niveles bajos de folato (4.9 nanomoles/litro [nmol/L], en comparación con los niveles normales que son usualmente >7nmol/L con niveles normales de serum B12. La paciente fue tratada con vitaminas B1, B6 y B9, en dosis normales. Sus síntomas de piel respondieron, pero 3 meses más tarde fue hospitalizada debido a la ataxia propioceptiva subaguda, que condujo a caídas frecuentes. A pesar del tratamiento con las vitaminas B, las parestesias dolorosas persistieron en sus manos y muñecas. Sus niveles de folato se normalizaron y los niveles séricos de B12 se mantuvieron normales.

Sin embargo, varios factores apuntan a la posibilidad de deficiencia de B12: la hiperhomocisteinemia (25µmol/litro, lo normal es <15µmol/L) y macrocitosis (MCV) sin anemia (el recuento de las células sanguíneas fue completamente normal) de la deficiencia de B12 y a la paciente se le administró una serie diaria de inyecciones de 1000µg, durante 2 meses. Aunque su anorexia continuó, las inyecciones redujeron significativamente las parestesias y tanto la homocisteinemia como el MCV volvieron a la normalidad. Cinco meses después podía caminar normalmente. Nueve meses después de las últimas inyecciones, no tenía síntomas inusuales en sus manos y brazos, así como una sensación normal en ambos pies. Este caso demuestra la escasa sensibilidad de las pruebas actualmente disponibles para medir B12. Los autores sugieren que una manera de contrarrestar esto es con una prueba terapéutica de la suplementación de B12, ya sea con inyecciones o tabletas orales. En un estudio de Solomon, el 83% de los pacientes con neuropatías (incluyendo 35 de las causas conocidas de neuropatía, aparte de la deficiencia de vitamina B12), mejoró después de recibir B12 oral o parenteral (*Nutr Neurosci*. 2016. 19:162) La forma oral usualmente fue suficiente para alcanzar los niveles objetivos de serum B12.

Un enfoque alternativo sería evaluar completamente los signos y síntomas de la deficiencia de B12, incluyendo la parestesia y la anemia macrocítica, pero también vigilar una lengua adolorida, alteración en la forma de andar y la hiperpigmentación de la piel.

En el siguiente número

Advertencia: Mirarse y lamentarse puede ser letal

Por Sandra Wartski, Psy.D, CEDS, Silber Psychological Services, Raleigh, NC

Mientras que hay etiquetas de advertencia para todo, desde cierres o cremalleras a antenas, todavía no tenemos una advertencia de gran alcance sobre el hecho de mirar constantemente ciertos anuncios, de la competitividad compulsiva del cuerpo el lamento auto degradante puede dañar el bienestar emocional y la estabilidad psicológica. El reflexivo ensayo de la Dra. Wartski explora las ideas socialmente construidas de la belleza, las cuales afectan negativamente la imagen corporal entre personas ya de por sí vulnerables o que luchan por recuperarse de un trastorno alimentario.

ADEMÁS

- **Composición corporal entre hombres con anorexia nervosa.**
- **Preocupaciones sobre la imagen corporal en personas con sobrepeso y en aquellas con peso normal con BED.**
- **El trauma militar sexual y TCA entre los veteranos de Afganistán e Iraq.**
- **Internet, Teléfonos Inteligentes y Aplicaciones de Video para pacientes con TCA.**
- **Disminución de la capacidad mental y el resultado de la anorexia nervosa.**

Y mucho más...

También en este número

- **BED y una enfermedad somática: ¿qué papel juega la obesidad?**
- **El riesgo de una pérdida ósea en el espectro de la anorexia nervosa.**
- **¿Qué provoca cambios en los pacientes más jóvenes con anorexia nervosa?**
- **Los efectos del ejercicio compulsivo entre los adolescentes.**

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com