
Eating Disorders Review

Julio/Agosto 2018

Volumen 29, Número 4

Scott Crow, Editor en Jefe

Hipotensión ortostática y taquicardia en pacientes adolescentes con anorexia nervosa: un indicador de lo grave de la enfermedad.

Por **Barbara Kessel, DO**, Universidad de Colorado Denver, Aurora, CO, y **Philip S. Mehler, MD**, Eating Recovery Center y Universidad de Colorado, Denver

Los adolescentes con anorexia nervosa (AN) generalmente presentan cambios fisiológicos similares a los de inanición que se observan en los adultos. Un signo común es la hipotensión ortostática y la taquicardia, que se detectan cada vez más a medida que aumenta la gravedad de la AN.

La hipotensión ortostática puede causar síncope, mareos, debilidad y aturdimiento. La ortostasis se define como una caída en la presión arterial sistólica > 20 mmHg con o sin una caída en la presión arterial diastólica > 10 mmHg, o un aumento en la frecuencia cardíaca > 20 latidos por minuto (lat/min) al estar de pie. Es de destacar que un estudio muy reciente demostró que encontrar una caída ortostática dentro del primer minuto después de ponerse de pie, predice mareos y eventos adversos futuros con mayor precisión que encontrarlos a los 3 minutos, recomendados por largo tiempo [Juraschek, 2017]

En un estudio retrospectivo de 36 adolescentes con AN [Shamim, 2003], el tiempo de resolución de la ortostasis se definió como, el día posterior al cual el paciente ya no estaba ortostático por 48 horas. En el estudio de Shamim, el 60% de los pacientes adolescentes con AN tenían ortostasis al momento del ingreso y este número aumentó al 85% al cuarto día después de su admisión. La normalización de los cambios de pulso se logró alrededor de las 3 semanas; en promedio, los pacientes tenían el 80% del peso corporal ideal (IBW, por sus siglas en inglés, Peso Corporal Ideal) en el momento de la resolución. El estudio de Shamim también encontró que los cambios del pulso ortostático eran indicadores más sensibles de la inestabilidad hemodinámica que los cambios en la presión arterial y los cambios ortostáticos tardaron más en resolverse. Se encontraron resultados similares en un estudio más pequeño realizado por Hill y Maloney, quienes encontraron que el número promedio de días hasta que los pacientes ya no eran ortostáticos fue 27 y que la hipotensión ortostática se resolvió cuando éstos alcanzaron un promedio de Peso Corporal Ideal (IBW) de 79.5%.

Un indicador de inestabilidad

Está bien establecido que la respuesta cardiovascular a la inanición prolongada es la bradicardia compensatoria y la hipotensión, debido al profundo predominio parasimpático en los pesos corporales bajos [Sachs, 2016]. Sin embargo, la taquicardia en pacientes con AN puede predecir arritmia y riesgo de muerte súbita cuando se asocia con una actividad excesiva del sistema nervioso simpático [Krantz, 2004]. Una frecuencia cardíaca elevada puede indicar un mecanismo compensatorio cardíaco para una insuficiencia cardíaca congestiva, el cual ha sido descrito durante la realimentación de pacientes con AN. Por lo tanto, se recomienda un monitoreo médico cercano cuando un paciente adolescente presente frecuencias cardíacas elevadas y demuestre cambios ortostáticos.

Un nivel de atención residencial o de internamiento puede ser prudente para pacientes con cambios ortostáticos significativos. En un estudio de varones adolescentes con AN [Siegel, 1995], cuatro de 10 pacientes presentaron taquicardia relativa (frecuencia cardíaca de 80 lat/min o mayor) y tres de cada cuatro desarrollaron complicaciones potencialmente mortales, que incluyen trastornos electrolíticos severos y una insuficiencia cardíaca congestiva; un paciente tuvo un paro cardiopulmonar.

En el estudio Tokumura de 40 mujeres adolescentes con AN, en el que se presentó un resultado desfavorable como <85% del peso estándar específico de edad y altura, así como una ausencia o casi ausencia de menstruación, la taquicardia en reposo, en el período convaleciente se asoció con un resultado desfavorable al cabo de 5 años para pacientes con un inicio de AN en la niñez o adolescencia. Se sugiere que los pacientes adolescentes con AN que tienen frecuencias cardíacas más altas en reposo, se ven afectados por una disfunción nerviosa autónoma más grave que aquellos con bradicardia, por lo que tienen resultados más pobres a largo plazo [Tokumura, 2012]

Por lo tanto, se podría concluir a partir de la literatura, que la presencia de cambios ortostáticos puede indicar un mecanismo compensatorio para la desnutrición de un paciente, y sirve como un indicador de una enfermedad más grave. Para los pacientes sintomáticos más refractorios con AN e hipotensión ortostática, puede valer la pena considerar un ensayo de clonidina, fludrocortisona, midodrina o coenzima Q10 [Rembold, 2018].

Sobre los autores

El Dr. Mehler es presidente del Eating Recovery Center y Fundador y Director Médico Ejecutivo de ACUTE en Denver Health. También es Profesor Glassman de Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado, en Denver. Es autor de 425 publicaciones científicas, incluidos 3 libros de texto. Uno, "*Medical Complications of Eating Disorders*", publicado por Johns Hopkins University Press, se encuentra ahora en su tercera edición. Su libro más reciente (con Arnold Andersen, MD), "*Eating Disorders: a guide to medical care and complication*", se publicó en noviembre de 2017.

La Dra. Kessel es especialista en psiquiatría de niños y adolescentes en la Universidad de Colorado-Denver, Aurora, CO.

Referencias

Hill KK, Maloney M. A new way to assess discharge weight in anorexia nervosa. Scientific Proceedings, 43rd Annual Meeting of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 1996. Abstract NR-175, p. 128.

Juraschek SP, Dayd N, Rawlings AM, et al. Association of History of Dizziness and Long-term Adverse Outcomes with Early vs Later Orthostatic Hypotension Assessment Times in Middle-aged Adults. JAMA Intern Med. 2017; 177:1316-23.

Krantz MJ, Mehler PS. Resting tachycardia, a warning sign in anorexia nervosa: case report. BMC Cardiovasc Disord. 2004; 4:10.

Rechlin T, Weis M, Ott C, Bleichner F, Joraschky P. Alterations of autonomic cardiac control in anorexia nervosa. Biol Psychiatry. 1998; 43:358-63.

Rembold CM. Coenzyme Q10 Supplementation in Orthostatic Hypotension: A report on 7 Cases. Am J Med. 2018;131:444-46.

Sachs KV, Harnke B, Mehler PS, Krantz MJ. Cardiovascular complications of anorexia nervosa: A systematic review. Int J Eat Disord. 2016; 49:238-48.

Siegel JH, Hardoff D, Golden NH, Shenker IR. Medical complications in male adolescents with anorexia nervosa. J Adolesc Health. 1995; 16:448-53.

Actualización: las diferencias de género y la presión de los pares sobre la apariencia.

Si bien el perfeccionismo y la preocupación por la imagen corporal son temas que se han investigado por largo tiempo entre las mujeres, no ha sido así sobre los efectos de estos entre los hombres. De acuerdo con un equipo de la Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, se están registrando tasas cada vez más altas de insatisfacción corporal entre los hombres. Estas pueden estar relacionados con una mayor presión sobre la apariencia y una mayor conciencia de la imagen entre los hombres. Los investigadores de Virginia, informaron los resultados de su estudio reciente en la reunión de la Conferencia Internacional sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, en Boston. Aunque el modelo general de prueba se utilizó entre 700 estudiantes universitarios y fue significativo en hombres y mujeres, las 521 mujeres en el estudio informaron de una mayor presión familiar y mayor síntomas de trastornos alimentarios que los hombres. No surgieron otras diferencias significativas. En cuanto a la patología alimentaria en los hombres, solo la presión de sus pares explicó las diferencias significativas. Estos resultados preliminares sugieren que la presión de los pares podría ser una fuente importante de trastornos alimentarios entre los hombres.

Desde el escritorio.

En este número se abordan una variedad de estudios sobre trastornos alimentarios, desde trastornos cardiovasculares hasta una nueva combinación de medicamentos para el trastorno por atracón, así como los beneficios y las desventajas de las redes sociales y las herramientas de Internet.

La hipotensión ortostática tiene síntomas bien conocidos que incluyen síncope (desmayo), mareos, debilidad y aturdimiento. En este número, nuestro artículo principal, "**Hipotensión ortostática y taquicardia en pacientes adolescentes con anorexia nerviosa: un indicador de la gravedad de la enfermedad**", por Barbara Kessel y Philip S. Mehler, subraya la importancia de la hipotensión ortostática y la taquicardia, así como las implicaciones para el tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa.

En otra perspectiva, este número se centra en el ciberacoso- "**El acoso cibernético y la alimentación desordenada entre adolescentes**"- y los efectos sobre la alimentación desordenada. Un estudio danés de una nueva aplicación que ayuda a los pacientes en recuperación de un trastorno alimentario a seguir su progreso: "**Una aplicación de autocontrol para aquellos que se recuperan de un ED**". Los autores nos recuerdan que, en 2017, más de 325,000 aplicaciones relacionadas con la salud estaban disponibles para usuarios de teléfonos móviles en todo el mundo. ¿La nueva aplicación, Recovery Record, cumplió su promesa? Un resultado inesperado: aunque la reacción fue muy positiva, algunos pacientes encontraron la aplicación intrusiva y contraproducente.

— MKS

El acoso cibernético y la alimentación desordenada

entre los adolescentes.

Más de la mitad de los adolescentes, según un estudio español, han sido acosados en Internet.

La victimización cibernética se ha definido como "agresión injustificada, intencional y prolongada entre pares" que ocurre a través de los medios electrónicos, particularmente las redes sociales. Puede producir alguna psicopatología, incluyendo depresión, ansiedad e incluso ideas suicidas. Un estudio reciente suma a nuestro conocimiento, el efecto del acoso cibernético sobre la alimentación desordenada, entre los adolescentes.

La apariencia corporal es un enfoque común de los ciberacosadores, quienes envían mensajes acosadores de correo electrónico o de texto acerca de la imagen del individuo que consideran como "gordo" o "feo", acompañados de imágenes despectivas de la persona a través de Internet. En un estudio de Cassidy et al. (School Psychol Int. 2009; 30: 383), el 30% de los adolescentes informaron haber sufrido un acoso cibernético debido a su tamaño o peso. Otro estudio en 2017 descubrió que el hecho de ser acosado cibernéticamente por sus compañeros conduce a la insatisfacción corporal (J Interpers Violence . doi: 10.1177/088620517725737)

Los Drs. José H. Marco y M. Pilar Tormo-Irun, de la Universidad Internacional de Valencia, informaron recientemente los resultados de su estudio de 676 adolescentes españoles (367 niñas y 309 niños, edad promedio: 14.3 años) de varias ciudades de España (Front Psychology. June 14, 2018, doi: 10.33898/fpsyg 2018.00987)

Los Drs. Marco y Tormo-Irun utilizaron tres cuestionarios, incluido el Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales, un inventario de autoevaluación de 34 ítems de 5 subescalas (una evaluación del aspecto, una orientación del aspecto, una satisfacción de las áreas corporales, una preocupación por el sobrepeso y una auto clasificación del peso) Los participantes completaron dos cuestionarios adicionales, la versión en español del Eating Attitudes Test (EAT-40) y la versión en español del European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire (ECIPQ). Para el ECIPQ, los autores seleccionaron la subescala Cyber Victimization únicamente, que consta de 11 ítems que investigan si el participante del estudio había sido víctima de insultos específicos, incluidas amenazas, robo información personal, así como de identidad y diseminación de fotos íntimas retocadas y rumores.

Más de la mitad habían sido atacados por ciberacosadores

Sorprendentemente, durante los dos meses anteriores, el 57.5% (389) de los participantes del estudio habían sido insultados o amenazados, o se les había robado información personal, experimentado robo de identidad, así como que los agresores publicaron fotos íntimas, fotos retocadas y rumores difundidos a través de mensajes en Internet y redes sociales. Las tasas no difirieron entre las niñas y los niños en las puntuaciones de victimización cibernética cuando se controló la edad; este hallazgo estuvo de acuerdo con los resultados de estudios anteriores.

Los resultados de los tres cuestionarios mostraron que la preocupación por el sobrepeso y la victimización cibernética fueron indicadores significativos del puntaje de EAT-26. Los autores enfatizaron la importancia de evaluar la psicopatología de los trastornos alimentarios en los adolescentes víctimas del ciberacoso basado en el peso o la apariencia.

Pasos para deshacerse de los ciberacoso

Se han formado varias organizaciones de voluntarios para luchar contra el hostigamiento y el acoso cibernético. Ditch the Label, una organización benéfica contra el acoso en el Reino Unido, recientemente publicó sugerencias sobre cómo responder al acoso cibernético. Aquí hay algunas de sus sugerencias:

1. Nunca respondas a un acosador de Internet y especialmente no intentes buscar represalias haciendo lo mismo.
2. Haz una captura de pantalla de todo lo que pueda ser acoso cibernético y guarda un registro de ello en tu computadora.
3. Bloquea e informe sobre el usuario agresor en el programa de redes sociales apropiado.
4. Los funcionarios de Ditch the Label sugieren que, aunque no tengas ganas de hablar sobre el abuso, siempre es útil buscar apoyo y evitar tratar de manejar al acosador por ti mismo.
5. Ponderar cuán serio es el acoso cibernético. Si solo se trata de una llamada de una persona desconocida, puede ser más fácil bloquearla y reportar al abusador.
6. Si el acosador cibernético es alguien en la escuela o la universidad, denúncielo a un profesor. Si la intimidación es amenazante, comuníquese con la policía o un adulto de confianza lo antes posible.
7. Sé precavido con tus redes sociales. Mantén alta la configuración de privacidad de las mismas y no te conectes con ninguna persona que no conozcas fuera de la red.

Un trío no saludable: IMC, TA y suicidio.

Los atracones se asociaron con tendencias suicidas en un estudio reciente.

Aunque el trastorno por atracón, o TA, es el trastorno alimentario más común en los Estados Unidos, su curso es menos estudiado y comprendido que otros trastornos alimentarios. Incluso menos estudios han evaluado cualquier relación entre TA y los comportamientos suicidas.

Investigadores de la Virginia Commonwealth University y la University of Michigan examinaron, recientemente, datos de las Collaborative Psychiatric Epidemiologic Surveys (CPES) 2001-2003, que incluyeron información de 14, 497 sujetos (*BMC Psychiatry*. 2018; 18: 196). La CPES se deriva de tres encuestas de hogares, de corte transversal, representativas a nivel nacional diseñadas para estimar la prevalencia de la psicopatología entre adultos mayores de 18 años. Las encuestas prestan atención específica a las minorías raciales/étnicas.

La Dra. Krystal Lyn Brown y sus colegas utilizaron el *CPES Composite International Diagnostic Inventory* o (CIDI, por sus siglas en inglés) para evaluar episodios de atracones y TA. La ideación suicida fue clasificada por un módulo del CIDI, que evaluó el pensamiento sobre el suicidio o un plan para cometerlo. Los investigadores también registraron datos sobre tendencias suicidas de por vida.

El Dr. Brown y sus colegas encontraron que aproximadamente el 4% de los adultos tenían antecedentes de episodios de atracones y el 1.9% tenían un historial de TA. Los encuestados con TA eran más jóvenes, en su mayoría mujeres y más propensos a ser obesos que aquellos sin TA. Interesantemente, una historia de tendencias suicidas de por vida e intentos previos de suicidio fueron más comunes (aproximadamente de una y media a tres veces más alta) en aquellos con episodios de atracón, que en aquellos con TA.

Comportamientos de atracones e IMC vinculados a la ideación suicida

Con base en los resultados de sus estudios, los autores informaron que tanto las conductas de atracones como el índice de masa corporal (IMC) están relacionados de forma independiente con la tendencia suicida y los intentos entre adultos estadounidenses. La relación entre el atracón y el suicidio fue más alta entre aquellos con un IMC más alto. También notaron que la reciente adición del TA al *DSM-5* puede ayudar a generar nuevas conversaciones sobre la relación entre el peso corporal, los mensajes de control de peso y las intervenciones y la salud mental.

Una combinación de medicamentos, una promesa para los pacientes con trastorno por atracón.

Nuevos ensayos presentan una combinación de fentermina y topiramato.

Mientras que el desarrollo de fármacos para AN y BN es inactivo, BED sigue siendo un objetivo activo para el desarrollo del tratamiento con medicamentos. Los resultados de **un** ensayo piloto de un fármaco reciente, sugieren una nueva opción para los pacientes con TA.

Combinación de fentermina y topiramato para pacientes obesos con TA.

En un pequeño estudio de 10 pacientes obesos o con sobrepeso grave, Anna Guerdjikova, PhD, LISW y sus colegas en el Lindner Center of HOPE en Mason, OH y la Universidad de Cincinnati College of Medicine, probaron una combinación de fentermina y topiramato en estudio prospectivo abierto de 12 semanas.

La combinación parecía conducir a la pérdida de peso y reducciones significativas en el mismo, en el índice de masa corporal y lo que es más importante, en la frecuencia de atracones, en la gravedad de la situación clínica global, en la patología alimentaria y en los síntomas obsesivo-compulsivos (*Innov Clin Neurosci.* 2018; 15: 17).

Siete de cada 10 personas completaron el tratamiento. El efecto secundario más común informado en el estudio, fue la disgeusia o la alteración del sentido del gusto normal. Cabe destacar que las dosis fueron inferiores a las utilizadas en monoterapia (7.5 mg de fentermina y 46 mg de topiramato) Los autores sugirieron que los pacientes que no toleran dosis más altas de topiramato sólo podrían beneficiarse con dosis más bajas de topiramato combinado con fentermina. Los autores enfatizan que este fue un estudio no controlado a corto plazo y se necesitarán ensayos aleatorios controlados con un placebo de mayor tamaño.

Una aplicación de automonitoreo para quienes se recuperan de un TCA.

Reacciones de los pacientes fueron variadas en un estudio danés.

Para 2017, más de 325,000 aplicaciones relacionadas con la salud estaban disponibles para usuarios de teléfonos móviles en todo el mundo. Las aplicaciones disponibles para los pacientes con trastornos alimentarios pueden ayudar a normalizar los patrones de alimentación y el peso, especialmente en las primeras fases del tratamiento y para aquellos que son resistentes a llevar los diarios tradicionales. Las aplicaciones también se ajustan a un tratamiento combinado, donde el uso de herramientas digitales y el tratamiento tradicional, cara a cara, se combinan para ahorrar costos y aumentar el alcance geográfico.

Recientemente, un equipo danés informó los resultados de su estudio de Recovery Record (RR), una aplicación de automonitoreo para la gestión de TCA. RR emite un registro de preguntas sobre las comidas, el comportamiento, los sentimientos y los pensamientos del usuario. Los profesionales de la salud usan la interfaz clínica de la aplicación. RR incluye funciones de "impulso", como recordatorios de comidas y afirmaciones después de un registro de las mismas, alentando a los usuarios a controlarse a sí mismos y a comer con regularidad. La aplicación también incluye metas personalizadas y estrategias de confrontación con las fotos de las comidas en la misma. En otra función, la aplicación incluye principios

similares a los juegos.

En lo que los autores creen que es el primer estudio a profundidad de pacientes que usan una aplicación de tratamiento para trastornos alimentarios, Pil Lindgreen, MSc y sus colegas del Hospital Universitario de Aarhus, Risskov, Dinamarca, reclutaron a 41 participantes de un centro especializado de tratamiento de trastornos alimentarios en el Hospital Universitario de Aarhus. (*JMIRMhealth* 2018; 6 (6): e10253) Este centro trata a los pacientes con trastornos alimentarios, de moderados a severos, en los departamentos de atención ambulatoria y hospitalización. Los investigadores utilizaron entrevistas individuales, una reunión de grupos de discusión y una entrevista cara a cara (83 minutos) A cada persona se le mostró una captura de pantalla de cada función de RR y se le solicitó que comentara la relevancia de dicha función para su tratamiento. La mayoría de las entrevistas se realizaron en el centro de estudio; 11 pacientes prefirieron ser entrevistados en casa.

Si bien, en general, los pacientes fueron positivos con respecto al uso de la aplicación y la encontraron de apoyo en su vida cotidiana y en su tratamiento de trastornos alimentarios, algunos encontraron partes del programa de la aplicación, obstructivas y contraproducentes. El mensaje, según los autores, era que los pacientes y los clínicos colaboraran y determinaran cómo la aplicación individual se ajustaba mejor a las preferencias y las necesidades de tratamiento de cada paciente.

Los autores destacaron la necesidad de directrices claras y completas sobre el uso de tales aplicaciones en el tratamiento de los trastornos alimentarios. Además, se necesita mucha más investigación para mejorar el contenido y el diseño de dichas aplicaciones. Los autores sugieren a los pacientes y los clínicos que analicen explícitamente cómo utilizar una aplicación específica en el tratamiento y en la vida cotidiana del paciente.

Los trastornos alimentarios también ocurren a la mediana edad.

La pérdida de peso promedio de la supresión de peso fue de 16 lb.

Aunque los trastornos alimentarios se diagnostican con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, recientemente se ha prestado más atención a los trastornos de la conducta alimentaria, en personas que van más allá de la adolescencia y los veinte años. Los resultados de un estudio reciente nos recuerdan que una alimentación desordenada y los trastornos alimentarios pueden ocurrir a cualquier edad.

Erica L. Goodman, MA, de la Universidad de Dakota del Norte, Fargo y sus colegas investigaron recientemente la supresión del peso (WS, por sus siglas en inglés) en una muestra comunitaria de 1.776 mujeres de 50 a 89 años (edad promedio: 59 años) (*Int J Eat Disord.* 2018; doi: 1002/eat.22869) Todas las mujeres participaron en el estudio de Gender and Body Image (GABI, por sus siglas en inglés), el cual examinó la experiencia física y psicológica del envejecimiento, así como las injusticias, las desigualdades y los desafíos del mismo (*J Women Aging.* 2017; 29: 3)

Los autores observaron que la mayoría de las mujeres experimentan un aumento en el índice de masa corporal (IMC) a lo largo de su vida y los cambios en los patrones de peso a la mitad de la vida, pueden ser un indicador del desarrollo de los TCA en la mediana edad y la insatisfacción corporal. La supresión del peso (WS) está asociada con las preocupaciones sobre el peso, las prácticas de pérdida del mismo, un comportamiento de baja ingestión de grasas, junto con mayores niveles de restricción, impulso por la delgadez y conductas para hacer dietas. Los autores notaron que la mayoría de las mujeres

experimentan cambios en el peso y ganan un promedio de 1 libra por año.

En el estudio actual, las mujeres de 50 años o más completaron una encuesta en línea que reunió información demográfica y sobre psicopatologías del comer. Los autores particularmente buscaban cambios en el IMC, atracones y purgas, control del peso, comportamientos de verificación, así como sobrevaloración del peso y la forma.

La mayoría había intentado suprimir peso

El ochenta y cinco por ciento de las mujeres que participaron en el estudio tenían un historial de intentos por bajar de peso y la cantidad perdida oscilaba hasta 260 lb (supresión de peso promedio: 16 lb) La hipótesis original de los autores fue apoyada, ya que las mujeres con altos puntajes de WS y elevación de peso (WE, por sus siglas en inglés) experimentarían más síntomas de un trastorno alimentario que aquellos que tenían un puntaje bajo en una o ambas medidas. También descubrieron que los niveles más altos de WS y el incremento de peso aumentaban el riesgo de un individuo de saltarse las comidas a lo largo de la vida. Los índices más altos de WS indicarían que una mujer en la mediana edad estaría en mayor riesgo de una constante verificación de su peso, sobrevaloración, atracones y ayuno de por vida.

Estos hallazgos sugieren que la elevación del peso puede ser un factor importante en la necesidad de un estudio posterior.

El desorden del sueño es común entre los pacientes con un trastorno alimentario.

Un estudio en El Cairo concluye que algunos trastornos del sueño son más frecuentes que otros.

Según los investigadores de la Clínica Cleveland, alrededor del 70% de los estadounidenses experimentan regularmente algún tipo de desorden del sueño, el cual es importante en muchos tipos de psicopatologías. Curiosamente, el sueño es un tema descuidado en los trastornos alimentarios, aunque muchas personas con TCA se quejan de problemas físicos, particularmente interrupciones de sus patrones normales de sueño. Un grupo de investigadores de la Universidad de Ain Shams, El Cairo, ha completado recientemente un riguroso estudio del sueño en personas con un trastorno alimentario (*Sleep Medicine*. 2018; 48: 113)

El Dr. Tarek Asaad Abdou y sus colegas diseñaron un estudio de observación transversal para investigar el ciclo del sueño de pacientes femeninas con anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) y controles equiparados sanos. Los investigadores egipcios utilizaron un cuestionario estructurado del trastorno del sueño y una polisomnografía durante toda la noche (o "estudio del sueño") para comparar el sueño en ambos grupos.

Ninguna de las mujeres en el estudio tenía enfermedades físicas comórbidas ni algún trastorno neurológico. Las pacientes con AN que tenían índices de masa corporal (IMC) menores de 15 mg/kg² fueron excluidos del estudio. El grupo control de 20 individuos sanos, se equipararon en edad y sexo. Los autores utilizaron el Beck Depression Inventory II, solo al grupo de pacientes para evaluar la presencia y la gravedad de la depresión. Los pacientes y los controles también tuvieron evaluaciones del sueño con el *Structured Sleep Disorder Questionnaire* y una polisomnografía que dura toda la noche. La evaluación también incluyó electrooculograma (utilizada para medir los movimientos oculares durante el sueño), electromiografía del mentón y la pierna, electrocardiogramas y mediciones de los niveles de saturación de oxígeno y de esfuerzo respiratorio al roncar, junto con las posiciones corporales durante el sueño. Las pruebas se realizaron después de que los pacientes habían estado libres de medicamentos

durante, al menos, 7 días.

Se identificaron diferencias significativas

Participaron veintitrés pacientes mujeres de 20 a 40 años de edad (edad promedio: 30 años), 9 con AN y 14 con BN. Los autores encontraron diferencias estadísticamente significativas, entre las pacientes y los controles. Entre los grupos de trastornos alimentarios, hubo una mayor latencia del sueño (o el tiempo necesario para conciliar el sueño), una menor eficiencia del mismo y un aumento significativo en el índice de alertamiento en comparación con los controles. Surgieron otras diferencias en los hallazgos del sueño REM (Rapid Eye Movement o Movimiento Ocular Rápido): hubo el doble del sueño no REM en estadio dos en los pacientes que en los controles sanos. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en la apnea obstructiva del sueño o los movimientos periódicos de las piernas.

Todas las quejas de sueño, incluidos todos los tipos de insomnio, somnolencia diurna y parasomnias, fueron más frecuentes en pacientes con AN y BN que en los controles. La queja más común fue el insomnio inicial (56.5% de los pacientes con TCA). El siguiente trastorno del sueño más común fue el sueño interrumpido, que afectó al 48% de los pacientes. El insomnio tardío y la somnolencia diurna afectaron al 22% de los pacientes.

Los cambios en el sueño no pueden explicarse solo por la depresión. Los autores confirmaron que el sueño y los trastornos alimentarios están altamente correlacionado, por lo que exigen una investigación futura sobre el tema.

Los veteranos militares rara vez son examinados para detectar trastornos alimentarios.

La naturaleza y cultura de la vida militar aumenta el riesgo.

La mayoría de los centros médicos de VA (Veterans Administration) no revisan regularmente a los pacientes por trastornos alimentarios, aunque el mayor acceso a la atención para los desórdenes de la conducta alimentaria es particularmente relevante para los veteranos, según J.C. Huston y sus colegas del National Center for PTSD en el VA Boston Healthcare System en Boston (*Int J Eat Disord.* 2018; doi:10.1002/eat.22885)

Según los autores, la naturaleza misma de la vida militar, que incluye requisitos estrictos de peso y acondicionamiento física, exposición al combate, así como trauma sexual militar, aumenta el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios entre hombres y mujeres veteranos, según los autores. Los autores plantearon la hipótesis de que las mujeres veteranas con trastornos alimentarios reportarían un mayor uso de todos los tipos de servicios de atención médica y tendrían un peor funcionamiento físico y mental, que las mujeres veteranas sin el desorden alimentario.

El grupo de estudio fue reclutado de una muestra más grande de veteranas femeninas seleccionadas al azar de 18 años o más en Nueva Inglaterra (10.840 mujeres en el año fiscal 2011) Un grupo de muestra de 700 veteranas mujeres seleccionadas al azar fue extraído de Veterans Healthcare Administration (VHA) Corporate Data Warehouse, el cual tiene nombres y direcciones tomados de los archivos electrónicos de VHA. De este grupo de muestreo, 581 veteranos recibieron una encuesta y 198 participaron en el grupo final.

Se enviaron por correo una serie de encuestas a todas las posibles participantes entre febrero y abril de 2013. Los participantes completaron una serie de cuestionarios, incluidos el Eating Disorder Diagnostic

Scale, una escala de 21 ítems para medir una variedad de síntomas de trastornos alimentarios. El estudio analizó el uso de los servicios de salud por parte de los participantes durante los últimos 12 meses, utilizando datos de la National Survey of Veterans, 2010. Otros instrumentos incluyeron el Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian, que mide la frecuencia de los eventos DSM-IV PTSD durante los últimos 30 días.

Cerca del 10% tuvieron síntomas de un trastorno alimentario.

Uno de cada 10 participantes en el estudio cumplió con los criterios de probable anorexia nervosa, bulimia nervosa o trastorno por atracón. Los autores encontraron que la frecuencia promedio de visitas de atención médica del VA no difirió del status de trastorno alimentario; sin embargo, las mujeres con TCA eran más propensas a utilizar los servicios de salud mental del VA, incluidos los servicios ambulatorios, así como solicitar medicamentos para las afecciones de salud mental. Los autores encontraron que los participantes con trastornos alimentarios informaron que usaron servicios ambulatorios del VA, 32 veces más a menudo que los participantes del estudio sin trastornos alimentarios, aunque esto no fue estadísticamente significativo.

Considerando el uso frecuente de los servicios de salud mental y abuso de sustancias del VA que se observan entre mujeres con probables trastornos alimentarios, la disponibilidad de exámenes para detectar posibles trastornos alimentarios adquiere especial importancia. Si bien el sistema de atención médica del VA atiende casos de obesidad con regularidad, pocos centros médicos de VA cuentan con personal con la experiencia necesaria para tratar a los veteranos con trastornos de la conducta alimentaria.

Una intervención de una escritura emocionalmente expresiva.

Poner reacciones positivas en papel condujo a un resultado positivo.

La escritura emocionalmente expresiva (EW, por sus siglas en inglés), que consiste en escribir sin parar o escribir en un diario sobre una experiencia estresante o traumática de 15 a 20 minutos durante 3 a 5 días consecutivos, se ha sugerido como benéfica para personas con preocupaciones sociales, conductuales y psicológicas. Los resultados han sido mixtos: algunos sugieren que esta técnica ayuda a los sujetos a lidiar con una variedad de preocupaciones sociales, de comportamiento, psicológicas y de salud, mientras que otros no han mostrado efectos duraderos. También se han realizado adaptaciones a la EW, en las cuales la duración o la frecuencia de la escritura y la ubicación (laboratorio vs. hogar) se han modificado. Uno de esos cambios ha sido concentrarse en los aspectos positivos de la propia vida más que en los eventos negativos o estresantes.

EW se ha aplicado a pacientes con trastornos alimentarios y puede ser útil durante la recuperación (*Eur Eat Disord Rev.* 2010; 18: 180). Algunos trabajos sugieren que puede disminuir el efecto del estrés en la patología alimentaria, como se demostró en la población estudiantil (*Psychology and Health*, 2012; 27: 210) y también puede mejorar la imagen corporal en un grupo de estudiantes universitarios (Lafont, disertación de maestría, Texas Universidad Estatal, 2011)

El Dr. Nuriye Kupeli y otros miembros psiquiatras de University College, Londres, recientemente evaluaron los efectos de una intervención de Escritura Emocionalmente Expresiva (EW) en 71 estudiantes voluntarias antes de que se programaran para una ronda de exámenes. Los investigadores buscaron si escribir sobre experiencias intensamente positivas influía en los cambios en la patología de la alimentación y el peso durante un período de exámenes o si los cambios en dicha patología y el peso se

deben a cambios en los sistemas y procesos regulatorios del afecto.

Los estudiantes completaron varios cuestionarios, incluyendo el Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), el Perceived Stress Scale -4 (PSS-4), la Short Depression-Happiness Scale (SDHS), un cuestionario de 6 ítems que mide un mayor estado de ánimo de depresión o de mayor felicidad, la Social Comparison Rating Scale (SCRS), el Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ) y formas del Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale.

Dos grupos de escritura, dos tareas diferentes

A dos semanas de haber completado los cuestionarios, los participantes fueron asignados a una de las siguientes condiciones de escritura: escribir sobre la experiencia más maravillosa en su vida y sus momentos más felices, tratando de imaginarse a sí mismo en ese momento. Se les solicitó que escribieran sobre la experiencia lo más detallada posible, asegurándose de incluir sentimientos, pensamientos y emociones presentes en el momento. En un segundo grupo (controles), los estudiantes recibieron instrucciones de escribir una reseña de una película o libro que habían visto o leído recientemente y escribir objetivamente sobre ellos. En el segundo y tercer día de redacción, se ordenó a los controles que escribieran sobre la misma experiencia positiva/película/libro que el día anterior o que pudieran optar por escribir sobre otra experiencia positiva/película/libro.

Después de cada sesión de escritura, a los participantes también se les pidió que completaran una escala de 3 ítems que midiera lo personal y significativo que sentían que era su entrada en el diario (escritura) y para clarificar su estado de ánimo.

Se informó a todos los estudiantes que se les contactaría por mensaje de texto para informarles cuándo necesitarían completar las medidas de autoevaluación en línea (alrededor de 8 semanas después del inicio y 2 semanas antes de los exámenes) Después de los exámenes, todos los participantes asistieron a una valoración del peso y recogieron un voucher (recibo de pago) de Amazon por su participación.

Efectos inmediatos y de mayor duración

En comparación con el grupo control, los participantes que escribieron IPES (Intensely positive experiences, por sus siglas en inglés) informaron niveles de ánimo significativamente más altos que los controles y también indicaron que sentían que sus entradas en el diario eran más personales y significativas con cada sesión de escritura.

La restricción dietética, pero ninguna de las otras subescalas EDE-Q, se redujo significativamente en el grupo IPE; no hubo reducciones significativas de ninguna subescala EDE-Q entre los controles. No se registraron cambios en el índice de masa corporal en ninguno de los grupos. Los investigadores codificaron las entradas diarias al diario, para determinar los tipos de temas que los estudiantes habían seleccionado. Los temas incluían, por ejemplo, vacaciones, eventos personales, terminar los exámenes o recibir los resultados de los mismos, así como celebraciones. Aquellos que habían mejorado los puntajes de restricción de la dieta, escribieron significativamente más palabras durante el período de escritura, en comparación con aquellos que no mejoraron.

Los autores notaron que el experimento de escritura utilizando experiencias intensamente positivas condujo a reducciones significativas en la restricción dietética y promovió ligeras mejoras en el estado de ánimo. Estos hallazgos fueron similares a los de los estudios anteriores. No hubo una explicación inmediata para los cambios en la restricción dietética. Los autores especularon que "la restricción dietética es una construcción más basada en amenazas, en el miedo al aumento de peso y en el riesgo de romper las reglas dietéticas, mientras que las otras subescalas del EDE-Q incluyen elementos de insatisfacción y el deseo de cambiar (mejorar) en lugar del mero miedo de un cambio negativo".

Otro elemento puede tener que ver con el aumento de las redes sociales virtuales, donde las personas

también pueden divulgar dicha información diariamente. El enfoque original de la escritura tradicional puede no ser tan efectivo como lo era antes, en una cultura anterior, donde la expresión de sentimientos y pensamientos, sobre el estrés y la emoción no era común.

Preguntas y respuestas

¿Alimentación excéntrica o el trastorno alimentario?

P. Recientemente, nuestra clínica ha recibido varias llamadas de maestros preocupados por patrones de alimentación inusuales que han notado en los estudiantes. ¿Existe alguna regla general que pueda ayudar a diferenciar los TCA diagnosticables, como el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentación (ARFID, por sus siglas en inglés) o un trastorno alimentario no especificado, de los hábitos alimenticios idiosincrásicos atípicos en general? (LJG, Fort Worth, TX)

R. Esta es una buena pregunta, particularmente en nuestro actual mundo multicultural con cientos de dietas diferentes, que incluyen dietas basadas en principios religiosos, dietas vegetarianas, dietas de control de peso y hábitos alimenticios extraños o anormales. Algunos estudiantes comen solo en momentos muy específicos, comen alimentos de un solo color, comen solo cuando están orientados en una dirección determinada y así sucesivamente. Shulamith Kreitler, PhD, de la Universidad de Tel Aviv, ha escrito un interesante artículo sobre este mismo tema (*Isr J Psiquiatría* 2017; 54: 8)

El Dr. Kreitler se centró en las conductas alimentarias que no llegan al diagnóstico clínico y que, sin embargo, pueden indicar una alimentación desordenada. El Dr. Kreitler estudió a 250 estudiantes de 16 a 18 años de edad (130 niñas y 120 niños) de tres escuelas secundarias diferentes en Tel Aviv. Los estudiantes recibieron 3 cuestionarios: el Questionnaire for Eccentric Eating Habit (EEH, por sus siglas en inglés), el cual evalúa las tendencias de los hábitos alimenticios y las preferencias inusuales. El segundo cuestionario fue el *Eating Attitudes Test* (EAT-26, por sus siglas en inglés). Un tercer instrumento y tal vez el más pertinente para los objetivos del equipo, fue el *Cognitive Orientation Questionnaire of Eating Disorders* (CO-ED, por sus siglas en inglés), que evalúa la tendencia a los trastornos alimentarios mediante el examen de las creencias del individuo sobre la alimentación.

De todo el grupo de estudiantes evaluados, 29, o el 11.6%, de ambos sexos obtuvieron un puntaje superior a 20 en el EAT-26, lo que indicó posibles trastornos alimentarios. Lo más interesante es que las correlaciones entre los puntajes en EEH y EAT-26 fueron bajas, lo que sugiere que los dos evalúan dominios en gran medida diferentes, por lo que los comportamientos excéntricos de alimentación pueden ser justamente eso y no signos de TCA.

Según los autores, se necesita mucha más investigación para diferenciar los comportamientos excéntricos de los verdaderos trastornos alimentarios.

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

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com