
Eating Disorders Review

Septiembre/Octubre 2016

Volumen 27, Número 5

Scott Crow, Editor en Jefe

Más de lo destacado de la reunión de ICED en San Francisco.

No sólo una enfermedad occidental para blancos: la necesidad de una competencia multicultural en el tratamiento de los trastornos alimentarios.

Tres sesiones plenarias en la Conferencia Internacional de Trastornos Alimentario (ICED), en 2016, acentuaron la importancia de mejorar el conocimiento y la consideración de las diferencias culturales cuando se trata a los pacientes con trastornos alimentarios.

Un nuevo concepto de "Trastorno Alimentario".

El Dr. Stephen Touyz les dijo a los asistentes de la sesión plenaria, que los profesionales de los trastornos alimentarios están repensando antiguas suposiciones acerca del tratamiento de TCA, particularmente en poblaciones no occidentales. El Dr. Touyz es profesor de Psicología y Presidente Ejecutivo en el Centro de Trastornos de la Alimentación y de Hacer Dietas, Universidad de Sydney, Australia, así como editor de *The Journal of Eating Disorders*. Agregó que a pesar de que los profesionales están tratando pacientes de varias culturas, "muchas de nuestras medidas de evaluación y los criterios típicos para evaluar la psicopatología de los trastornos alimentarios, están basados en los modelos occidentales".

El Dr. Touyz señaló que Asia, que cubre el 30% de la masa terrestre de la tierra y es un continente de 4 billones de personas, está actualmente sufriendo una profunda transformación social y económica. Para el 2025, 350 millones de personas (más de la actual población de los Estados Unidos) se habrán mudado a ciudades de Asia. Agregó que para el 2030, las poblaciones urbanas en Asia superarán mil millones. Asia tendrá 221 ciudades con más de 1 millón de habitantes; en comparación, en el 2011, Europa tenía 35 ciudades de ese tamaño.

A la vista de estos cambios, el Dr. Touyz comentó que hay una necesidad urgente de desarrollar una mejor comprensión de la diversidad de cada uno de los países que comprenden Asia, para obtener ideas sobre la aparición de los trastornos alimentarios a través de este continente. Destacó tres puntos: (1) los TCA no son de carácter cultural; (2) los TCA no son de una cultura en específico; y (3) los TCA son reactivos a la cultura. En Asia, los cambios económicos y sociales han promovido cambios en las poblaciones, en el suministro de alimentos, en la economía global, en las funciones de género y en la situación tradicional de la familia. Como un vasto número de asiáticos se han mudado del ámbito rural al urbano, cambios drásticos se han dado en la dieta y en la disponibilidad de más comida preparada, así como procesada. Dietas tradicionales altas en vegetales, fibra y granos se han remplazadas con comidas altas en grasa, azúcar y sal. Otros cambios dramáticos como un aumento en los ingresos, el cambio de los roles de género y un mayor acceso a los alimentos.

Junto con la globalización y la revisión de los criterios de diagnóstico, "también hay retos crecientes a

nuestra conceptualización de lo que es un trastorno alimentario”, dijo el Dr. Touyz. Un modelo alternativo considera a los cambios en la sociedad en forma de industrialización y de urbanización, que se han producido de forma independiente de las influencias occidentales. él citó el trabajo de Pike and Dunne, quienes apuntaron sobre la diversidad en la expresión de un trastorno alimentario en una muestra a lo largo de la población en Asia (*J Eat Disord.* 2015; 3:33) Los autores descubrieron, por ejemplo, que en la gran mayoría de las mujeres japonesas diagnosticadas con AN, ningún desorden de imagen y/o fobia a la gordura pudieron ser identificados. Los doctores Pike y Dunne reportaron que los factores de industrialización y urbanización fueron igualmente grandes, si no es que más significativos que la “occidentalización” para entender el aumento de los trastornos alimentarios en Asia y en otras partes del globo.

Errores pasados en el tratamiento de los trastornos alimentarios.

El Dr. Touyz dijo que dos errores pasados en el tratamiento de pacientes asiáticos, han sido agrupar juntos a los pacientes chinos y japoneses como “asiáticos”, ignorando la cultural diversidad y la singularidad de cada nación. Un ejemplo de esto implicó el uso de datos de alumnas asiáticas con trastornos alimentarios, quienes vivían en Londres, mientras que pocos estudios se realizaron con aquellas que viven en los países asiáticos, señaló.

Y, los errores no sólo se han cometido por investigadores occidentales, agregó. Un ejemplo reciente involucra el Experimento de Singapur, los resultados del cual revelaron la necesidad de colaboración entre investigadores en obesidad y trastornos alimentarios. En un intento de abordar el problema del aumento de la obesidad, el gobierno de Singapur estableció una escuela de carácter obligatorio basada en un programa para perder peso, el programa Trim and Fit (TAF). Primero, estudiantes con sobrepeso fueron identificados y si ellos no perdían peso, eran enviados a campamentos especiales de dieta. Una consecuencia no intencional, pudo haber sido el incremento de TCA en niños vulnerables, debido al estigma social y a las burlas de sus pares.

El Dr. Touyz utilizó su país de origen, Australia, como un ejemplo de la diversidad cultural, señalando que la primera generación de australianos, son personas viviendo en Australia, quienes nacieron en el extranjero. éste 5.3 millones de personas se estima como el 27% de la población. En contraste, la tercera y siguiente generación de australianos nacieron en Australia, de padres nacidos en Australia y que ahora representan el 53% de la población. Además, un estudio reciente demuestra que para los indígenas aborígenes australianos, los síntomas de los trastornos alimentarios son al menos tan frecuentes como para los no indígenas australianos (*BMC Public Health.* 2010; 12: 233)

El Dr. Touyz llamó a la “ampliación de los lentes y un enfoque multicultural” en el tratamiento de los trastornos alimentarios, explorando los descubrimientos de terapias alrededor del mundo y la difusión de los tratamientos de TCA basados en la evidencia y lo específico de cada cultura. Esencial para un entendimiento del siglo veintiuno será la inclusión de información cultural en la educación actual de asistencia médica. Otro elemento educativo esencial incluye la promoción de la competencia cultural entre los profesionales de la salud, agregó.

Historia de dos ciudades: Hong Kong y Shenzhen

La Dra, Joyce L.C. Ma, profesora en la Universidad China de Hong Kong, compartió sus 19 años de experiencia tratando a familias chinas con niños y adolescentes con AN en dos muy diferentes ciudades chinas, Hong Kong y Shenzhen. Las diferencias en estas dos ciudades sirven para subrayar la importancia de considerar las diferentes características culturales en la evaluación y el tratamiento de la familia. Además, las similitudes y diferencias intra culturales pueden tener un impacto real sobre la manera en cómo los síntomas aparecen y cómo el tratamiento puede verse afectado.

La antigua colonia británica de Hong Kong ahora tiene una población de 7.3 millones, más del 73% de los cuales son chinos. Este crisol cultural cuenta con una economía impulsada por el mercado, donde las

culturas de Oriente y Occidente se encuentran y se mezclan, siendo el cantonés el lenguaje más común. En contraste, Shenzhen es una ciudad migrante a un día en coche al norte de Hong Kong, donde la gente joven, con frecuencia de las zonas rurales, han migrado de numerosas partes de China. Shenzhen tiene una planeada economía, que China estableció como una zona económica especial a principios de los ochenta. Treinta años atrás Shenzhen era un pequeño pueblo pesquero. La población en la ahora, mega ciudad industrial, ha crecido de 314, 100 a 5. 9 millones, siendo el Putonghua y ya no el cantonés, la primera lengua.

A pesar de la explosión de la población de Shenzhen y el crecimiento industrial, sus instituciones sociales están subdesarrolladas, dijo la Dra. Ma. Por ejemplo, la psicoterapia y los servicios de bienestar social son escasos. Además, los cambios en los valores culturales y creencias de las personas moviéndose de un colectivismo a una orientación individualista y actitudes son muy amplias. También ha habido un cambio gradual de una familia agrícola patriarcal y de relaciones sociales a relaciones igualitarias. Como parte de esta revolución social, las relaciones sociales ("Guan xi") han tenido un nuevo significado en la conformación de la autopercepción y el acceso a los empleos y servicios públicos, dijo.

Utilizando un modelo de tratamiento familiar.

La Dra. Ma describió un modelo de tratamiento familiar, adaptado del Micucci modelo de tratamiento familiar (*The adolescent in family therapy: Breaking the cycle of conflict and control*. Guilford Press, 1998) El modelo que la Dra. Ma describió se enfoca en identificar el proceso familiar constrictivo que ha podido mantener los síntomas de un trastorno alimentario. El último objetivo, dijo, es ayudar al joven desnutrido y a sus padres a interrumpir el ciclo de interacciones y en su lugar cultivar un "entorno sostén" para la recuperación. Esto involucra modificar el modelo original de implicar a la familia, para incluir la evaluación familiar y trabajar para descubrir los mensajes ocultos del paciente con anorexia. Un ejemplo de esto, dijo la Dra. Ma, ocurrió cuando una paciente le dijo, "No quiero ser una niña; mi abuela se siente molesta de que sea una niña". El verdadero mensaje oculto en las palabras de esta paciente era que la niña había sido abusada por su abuela durante su infancia.

La Dra. Ma dijo que un ejemplo de modificar el modelo para encajar en el contexto cultural es permitir una amable salida de los miembros individuales de la familia quienes se niegan a tratar con los conflictos familiares. En la cultura china, tal paso transmite respeto. Otra modificación del modelo para encajar en el contexto chino es motivar y comprometer al paciente ambivalente en el tratamiento, así como animarlo para asumir la responsabilidad de su propia recuperación.

Ganando la competencia cultural.

De acuerdo con Rebekah Smart, PhD, profesora asociada de Psicología en la Fullerton-Universidad del Estado de California, la competencia cultural es un proceso evolutivo que requiere un aumento de investigación y entendimiento. Agregó, "es también un proceso necesariamente de toda la vida para la mayoría de nosotros, personalmente". La Dra. Smart ofreció un número de sugerencias para superar el tradicional, y algunas veces eurocéntrico, enfoque para tratar pacientes con trastornos alimentarios.

Algunos obstáculos incluyen estereotipar y sobre generalizaciones. Un buen ejemplo de esto es referirse a los "asia-americanos" como un solo grupo. Ganando competencia cultural utilizando el conocimiento significa entender las complejidades involucradas en cada paciente, dijo. Además agregó, "Las personas negocian múltiples e interrelacionados niveles de identidad", los cuales pueden incluir el género o el rol de género, el status económico, el nivel educacional y la orientación sexual y muchos más.

Una visión mundial contra valores tradicionales.

La Dra. Smart notó que algunos tipos de conocimientos culturales pueden ser de utilidad al momento de tratar con pacientes asiáticos. Esto incluye entender la intensa presión por ser delgado, tanto por la cultura de origen y como por la cultura norteamericana. Las dificultades de comunicación aparecen como resultado del choque entre padres asiáticos tradicionalmente autoritarios e hijas norteamericanas

generalmente aculturadas. Y, dijo, los TCA pueden ser estrategias de adaptación, donde el individuo expresa la angustia encubierta, tal como anteriormente lo había señalado la Dra. Ma.

Los terapeutas necesitan proveer una psicoeducación cultural relevante y también necesitan “trabajar para reducir el estigma y la vergüenza del paciente”, señaló la Dra. Smart. Parte de esta psicoeducación es la de replantear la información acerca de la terapia misma, para que así se convierta en algo más relevante para el cliente en lo individual. Y, cuando la estigmatización es mayor, es útil dar al paciente información sobre los factores médicos y biogenéticos que pueden servir de base al problema. Los padres también necesitan información, incluso si su hijo o hija, ya son mayores de 18 años. Si ellos no son fluidos en inglés, esta información se debe hacer accesible en su propio idioma, si es posible.

La Dra. Smart también dibujó un contraste entre la visión del mundo occidental frente a los valores asiáticos tradicionales. Por ejemplo, los valores asiáticos tradicionales incorporan la orientación colectivista, auto control emocional, humildad, evitación de la vergüenza, creencia en la armonía, moderación, balance y un locus de control externo. En contraste, el dominio de la cultura euro-americana valora la autonomía, dominio del entorno de cada quien, una orientación hacia el futuro y un locus de control interno. La Dra. Smart animó a los asistentes a trabajar fuerte en la alianza terapéutica, manteniendo la mente abierta durante la evaluación, poniendo atención al estigma y la vergüenza, así como proporcionar una psicoeducación a los pacientes.

Otra sugerencia fue para los terapeutas para hacer los ajustes culturales relevantes en su enfoque de tratamiento con la búsqueda de consultoría cultural. Una última recomendación para mejorar el tratamiento de pacientes asiáticos y sus familias es considerar agregar al equipo de tratamiento a un profesional de la cultura de los padres, señaló la Dra. Smart.

Actualización: la predicción de un riesgo de recaída con patrones de aumento de peso.

Menos de la mitad de los pacientes tratados por anorexia nervosa (AN) mantienen su recuperación inicial y hasta un 63% recaen después del tratamiento. Con identificar los patrones individuales de aumento de peso durante el tratamiento de hospitalización, los médicos pueden evaluar mejor la respuesta al tratamiento de los pacientes con anorexia, el incumplimiento del mismo y el riesgo de recaída, de acuerdo a investigadores de la Universidad de Maryland, la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford y la Escuela de Medicina Johns Hopkins. En la reciente Conferencia Internacional de Trastornos Alimentarios (ICED, por sus siglas en inglés) celebrada en San Francisco, Saniha H. Makhzoumi y sus colegas reportaron identificar tres patrones diferentes de aumento de peso en su estudio de 211 mujeres hospitalizadas con AN o AN subumbral.

Las mujeres tenían una edad promedio de 28.5 años, una masa corporal (IMC, mg/kg²) promedio a la admisión de 16.14 y habían estado enfermas con AN en un promedio de cerca de 11 años. Los investigadores evaluaron la frecuencia de los comportamientos de TCA y las variables clínicas a la admisión, como IMC, edad, peso deseado, subtipo de comportamiento y el número de hospitalizaciones previas para tratamiento por TCA. También administraron el Eating Disorder Inventory, el Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire y el NEO Five Factor Inventory. El equipo de investigadores identificó tres patrones distintos de aumento de peso y respuesta al tratamiento. Las mujeres con el riesgo más alto de recaer eran más propensas a tener el subtipo por purga de AN y a tener altos IMC de por vida, junto con hospitalizaciones anteriores por tratamiento de AN.

Trastorno por atracón (TA): superando los obstáculos

del diagnóstico.

Una nueva herramienta de detección encaja muy bien en los ámbitos de la asistencia primaria.

A pesar que el trastorno por atracón (BED, por sus siglas en inglés) es el más común de los trastornos alimentarios, con frecuencia no es reconocido o es mal diagnosticado, por lo tanto también, se queda sin tratamiento. El desorden por atracón no fue formalmente reconocido como un trastorno alimentario distinto hasta 2013, cuando fue incluido en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edición (*DSM-5*) Estimaciones de la prevalencia durante la vida de BED oscila del 1.9% a 2.8%, pero los índices de tratamiento se mantienen bajos, tal como lo reflejan datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) De acuerdo a WHO, menos del 40% de los pacientes con TA, nunca han tenido tratamiento (*Biol Psychiatry*. 2013;73:904) Dos estudios recientes han abordado maneras de detectar TA.

Superando barreras de los médicos y pacientes.

De acuerdo a Susan Kornstein, MD y sus colegas, las bajas tasas de diagnóstico y tratamiento de TA se pueden remontar a los obstáculos planteados por los médicos y pacientes (*Prim Care Companion CNS Disord*; 2016; 18:4088) Primero, los médicos pueden no estar familiarizados con los criterios de diagnóstico del *DSM-5*, recientemente disponibles, así como las opciones de tratamiento. Después, la vergüenza, la pena y la falta de conciencia del trastorno pueden hacer, a los individuos con TA, reacios a buscar ayuda. Para encontrar posibles soluciones, los autores llevaron a cabo una búsqueda exhaustiva de artículos de *Pub Med* de Enero 2008 a Diciembre de 2014.

Sugerencias para mejorar el diagnóstico.

La investigación de los autores demostró varias maneras en que el diagnóstico se puede mejorar. En muchas de las prácticas de atención primaria, las visitas rutinarias de los pacientes no incluyen una evaluación de peso e índice de masa corporal. Agregar rutinariamente una pregunta acerca de los hábitos alimentarios y subsecuentes cambios en el peso corporal, como parte de una completa historia del paciente, podrían ser un primer paso útil, de acuerdo con los autores. Y, la renuencia del paciente a discutir sus hábitos alimentarios, lo que refleja la vergüenza y pena subyacente, puede servir como una bandera roja para un posible trastorno alimentario. TA frecuentemente co-existe con la obesidad y la diabetes tipo 2, así como los atracones de comida es uno de los indicadores de esta comorbilidad. Así, de acuerdo a los autores, médicos de atención primaria deben, rutinariamente, evaluar a los individuos con diabetes para un no detectado trastorno alimentario.

Algunos signos reveladores.

Otros signos reveladores que pueden apuntar a un TA incluyen una obesidad infantil y problemas alimentarios en la familia, así como tener un padre o una madre con un trastorno de estado de ánimo o abuso de sustancias. Los autores notaron que los pacientes que no eran obesos podrían tener atracones y por lo tanto ser candidatos para un diagnóstico de TA. Pacientes con TA con frecuencia ganan peso durante el año antes de que buscaran tratamiento. Por lo tanto, los médicos de atención primaria, quienes proveen los programas de control de peso para los pacientes, están en buena posición para reconocer un TA. Los autores encontraron que el Eating Disorder Examination-Questionnaire y el Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised, como los instrumentos más útiles de auto-respuesta.

Una prueba de detección de siete ítems de TA.

En un estudio por separado, los investigadores desarrollaron un *Binge-Eating Disorder Screener (BEDS-7)* de 7- ítems, un instrumento de auto-respuesta para los pacientes (*Prim Care Companion CNS Disord*. 2016;18:doi:10.4088/PCC.15m0896) El Dr. Barry K. Herman y sus asociados desarrollaron una

herramienta de investigación para TA, basada en el criterio de diagnóstico de *DSM-5*, comparándola con los cuestionarios de diagnóstico existentes y con los resultados de las entrevistas cara a cara con las personas, quienes reportaron ellas mismas, tener síntomas de TA.

Primeramente, los investigadores probaron un examen piloto de 13-items en un estudio sectorial de 97 adultos con TA. Siete de las 13 preguntas produjeron 100% de sensibilidad y 39% de especificidad, así que el examen se acortó a 7 cuestiones primarias e incluyó aseveraciones como: "No tengo ningún control en mi forma de comer" y "Como más rápido de lo normal". Los pacientes fueron capaces de indicar la fuerza de los síntomas desde "nunca o rara vez" hasta "siempre"; otra opción fue "faltante".

De acuerdo con los autores, el instrumento de investigación es lo suficientemente breve para incorporarlo fácilmente, a una visita regular del paciente. Usando el examen de *BEDS-7*, 16 de los 97 adultos se encontró que padecían TA. Los individuos detectados con TA, también tuvieron bajas puntuaciones en el *Behavior Evaluation Scale (BES)* y puntuaciones *RAND 36- Item Health Survey* de aquellos identificados como verdaderamente negativos.

Un nuevo protocolo ayuda al cuidado de pacientes australianos.

Un nuevo enfoque reduce los tiempos de espera y mejora dramáticamente los síntomas de los pacientes.

El Centro para Intervenciones Clínicas (CCI, por sus siglas en inglés) es el único servicio público de tratamiento ambulatorio para pacientes adultos con trastornos alimentarios en Western Australia. Los profesionales se enfrentaron con varios retos, comenzando por la alta demanda de sus servicios. Las referencias casi se duplicaron entre 2009 y 2015, mientras que la plantilla de personal no se incrementó. En un segundo lugar, muchos pacientes que se encontraban en una lista de espera nunca iniciaron el tratamiento porque estaban reacios a participar en una terapia cognitiva conductual o no eran aptos para un tratamiento de TCA. Un tercer reto fue que los profesionales no tenían la oportunidad de sugerir servicios alternativos a los pacientes en las listas de espera. En el breve tiempo de referencia, también fue difícil evaluar la idoneidad del tratamiento. Para mayo de 2014, el CCI tenía una lista por encima de 70 pacientes por más de 9 meses, sólo para ser evaluadas.

Una sólo sesión de evaluación.

Como se informó durante la Conferencia Internacional de Trastornos Alimentarios (ICED, por sus siglas en inglés) en San Francisco, la Dra. Anthea Fursland del CCI y la Universidad de Western Australia, junto con sus colegas diseñaron un nuevo protocolo. El programa usa una sola sesión de evaluación y de intervención psicoeducativa en un intento por acortar considerablemente, los tiempos de espera de los pacientes, mejorar las referencias y aliviar sus síntomas.

El nuevo protocolo ofreció a todos los nuevos referidos una sesión de hora y media con un experimentado psicólogo clínico, para ser completada dentro de dos semanas después de que el paciente recibió una referencia. Si el paciente era un buen candidato y deseaba entrar al tratamiento, él o ella eran colocadas en una lista de espera para ser reevaluados en su totalidad, cuando la próximo terapeuta estuviera disponible. En el antiguo sistema, entre Agosto 2013 y Abril 2014, 110 pacientes fueron referidos. Usando el nuevo protocolo, entre Mayo de 2014 y Septiembre 2015, a 284 referidos les fue ofrecido un tratamiento con el siguiente terapeuta disponible.

Al principio la Dra. Fursland y sus colegas se enfrentaron a tres grandes preguntas: (1) ¿podrían reducir la lista de espera o al menos detener el aumento en el tiempo de ésta, mediante la exclusión o la

reorientación de las que fueron referidas inapropiadamente? (2) ¿podrían incrementar el porcentaje de pacientes, en la lista de espera, quienes continuaron para recibir tratamiento?

(3) Finalmente, usando una sola sesión de evaluación y psicoeducación, ¿habría un cambio en los síntomas de las pacientes con un trastorno alimentario, mientras ellas estaban en la lista de espera?

Menores tiempos de espera y el éxito del tratamiento.

Después de que los investigadores iniciaron con el nuevo protocolo, los clientes tuvieron mucho menos tiempo en la lista de espera y los síntomas de TCA mejoraron. En ICED, la Dra. Fursland y sus colegas reportaron que el tiempo normal de espera con el anterior protocolo era una media de 130 días y el tiempo promedio que el paciente esperaba para ser visto era de 3 a 5.5 meses, después de haber recibido la referencia para el tratamiento. Con el nuevo protocolo, la media en el tiempo de espera cayó a 17 días, contra 130 días con el protocolo anterior, y el 92% de las pacientes fueron vistas dentro de un mes de que fueron referidas. Después de que el nuevo protocolo estuvo en marcha, la puntuación media del cuestionario de *Eating Disorders Examination-Q* cayó del 4.23 al 3.88, una diferencia estadística significativa. Comparado con el anterior sistema, un porcentaje mucho más alto de clientes asignados a la nueva lista de espera continuaron para recibir tratamiento (77% contra 52%, respectivamente)

El impacto en el CCI.

La Dra. Fursland reportó que el nuevo protocolo ha tenido un remarcado efecto positivo. Los clientes son vistos más rápidamente y aquellos que no son aptos para iniciar un tratamiento, son removidos de la lista de espera, así como enviados a sus médicos de atención primaria o directamente a un tratamiento adecuado. Y, en el momento en que entran en tratamiento, a los que se evaluó con el nuevo enfoque, sus síntomas mejoraron significativamente. Los investigadores reportaron que pacientes bajos de peso ganaron peso entre la evaluación y el comienzo del tratamiento (promedio de índice masa corporal, o IMC, aumentó de 16.65 a 17.42 kg/m²; $P < 0.001$), mientras que las pacientes con un peso normal o con sobrepeso, se mantuvieron en éste. Muchos pacientes, quienes vomitaban de una manera regular cuando fueron evaluados inicialmente, lo hicieron menos al momento que ellos se pudieron reunir con un terapeuta. El número promedio de episodios de vómito se redujeron de 19 a 13, eso quiere decir que el número promedio cayó de 26.2 a 20.6 ($P < 0.01$)

La pérdida de control de la alimentación puede ser un problema para las adolescentes que están programando una cirugía bariátrica.

Comportamientos problemáticos al comer pueden afectar hasta un 25% de estos jóvenes pacientes.

Antes de someterse a una cirugía bariátrica, varios adolescentes obesos pueden presentar trastornos en el comportamiento alimenticio. Estos trastornos alimenticios son comunes entre adolescentes que buscan someterse a una cirugía bariátrica; de un 20% al 48% de ellos, reportaron atracones, comer más rápido de lo usual, sentirse culpables acerca de su manera de comer, comer hasta sentirse incómodamente lleno, comer sin hambre, así como la preferencia de comer a solas (*J Clin Psychiatry*. 2012; 73:1371) Algunas pueden cumplir con los criterios de diagnóstico de un trastorno alimentario.

La pérdida de control de la alimentación (LOC, por sus siglas en inglés) es el sentido subjetivo de ser incapaz de parar o controlar el comer, independientemente del alimento en cuestión. De acuerdo a los miembros del Teen Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (Teen-LABS) Consortium, LOC puede ser más relevante clínicamente que, el atracón entre los adolescentes y también puede ser un mejor indicador de la psicopatología relacionada con la alimentación en los adolescentes que por episodios de

atracones objetivos (OBESs por sus siglas en inglés) (El estudio Teen-LABS es un estudio continuo de un cohorte de adolescentes de entre 13 y 19 años que se inscribieron y se sometieron a una cirugía bariátrica de 2007 al 2012)

Un estudio para identificar adolescentes con LOC alimentación.

La Dra. Linsey M. Utzinger, del Instituto de Investigación de Neuropsiquiatría, Fargo, ND y sus colegas analizaron datos del estudio Teen-LABS para identificar candidatos para su investigación (*Int J Eat Disord*. 2016; E-pub antes de imprimir) Los adolescentes completaron sus evaluaciones de referencia dentro de los 30 días a la fecha de su cirugía bariátrica. También completaron los siguientes cuestionarios: *Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)*, el *Night Eating Questionnaire (NEQ)*, el *Beck Depression Inventory (BDI-II)* y el *Impact of Weight on Quality of Life-Kids (IWQOL-Kids)*

Doscientas cuarenta y dos adolescentes (promedio de edad: 17.1 años) participaron en el estudio. Ciento ochenta y tres fueron mujeres y 59 hombres. El índice de masa corporal promedio (IMC, mg/kg²) fue de 50.5 (Uno de los requisitos para una cirugía bariátrica para un adolescente es un IMC arriba de 40 o uno entre 35 y 40 cuando hay una seria comorbilidad)

Cerca de un cuarto tenían problemas con una pérdida de control de la alimentación (LOC)

La conducta alimentaria problemática más común reportada entre las 242 adolescentes fue LOC alimentación, la cual fue referida por 65 de ellos, esto es cerca del 24% del grupo de estudio. Antes de someterse a la cirugía bariátrica, cerca del 7% de los adolescentes cumplían con los criterios actuales para el trastorno por atracón o TA (BED, por sus siglas en inglés) Dos adolescentes cumplían el criterio para bulimia nervosa y 12 más, con los síntomas del síndrome de alimentación nocturna.

Comparado con las adolescentes sin LOC alimentación, aquellos que lo padecen demostraron un mayor deterioro, en casi todas las variables psicosociales. Esto incluye mayor depresión y deterioro más marcado en la calidad de vida relacionada con el peso. A diferencia de estudios anteriores que han demostrado que LOC alimentación, en la juventud es asociada con una inadaptada función familiar, esto no fue así en este estudio. Sigue siendo desconocido si los altos índice de los trastornos del comportamiento alimentario en los candidatos adolescentes para una cirugía bariátrica persisten o se desarrollan después de la cirugía.

Requisitos para la cirugía.

Antes de ser considerados para una cirugía bariátrica, los adolescentes tienen que cumplir una serie de requisitos, comenzando con un IMC de 35 a 40. Ambos, tanto el paciente como sus padres/tutores deben dar su autorización para el procedimiento; así como deben someterse a una evaluación psicológica para tener la certeza de que él o ella están preparados para los requerimientos antes y después de la cirugía, incluyendo un entorno de apoyo de la familia, con la disposición de comprometerse con una dieta estricta, con grupos de apoyo para el ejercicio y la pérdida de peso y un seguimiento médico para el resto de sus vidas. También deben tener una madurez física y ósea (Tanner Scale IV y V) Las chicas adolescentes deben mostrarse dispuestas a evitar un embarazo, al menos un año, y de preferencia dos, después de la cirugía para la pérdida de peso. Finalmente, los pacientes potenciales deben aceptar participar en un programa de supervisión para la pérdida de peso y no logran bajar de peso, en por lo menos durante 6 meses.

Los autores señalaron que es importante para los profesionales, identificar los problemas de LOC alimentación entre los adolescentes programados para una cirugía bariátrica, así como hacer las apropiadas referencias de tratamiento para estos jóvenes pacientes.

En Japón, una gran carga para los cuidadores de los

pacientes con AN

El extenso contacto diario incrementa la carga de cuidados.

Familias viviendo con un paciente con anorexia nervosa (AN) se pueden ver involucradas en los pensamientos obsesivos del paciente, así como en comportamientos acerca del peso, la forma corporal y la comida, teniendo que lidiar con estos síntomas y cargas por un largo tiempo. Un estudio reciente de cuidadores japoneses muestra que un mayor uso del afrontamiento centrado en la emoción, menos apoyo afectivo y un extenso contacto diario con los miembros de la familia con AN los une a una mayor carga en el cuidado.

Estos fueron algunos de los hallazgos de la Dra. Chisato Ohara de la Universidad Médica para Mujeres de Tokyo y sus colegas, quienes condujeron la primera evaluación de la carga de cuidados en familias con pacientes con trastornos alimentarios en Japón (*BiosychoSoc Med.* 2016; 10:21) La Dra. Ohara y sus colegas estudiaron a cuidadores de 103 pacientes ambulatorios de AN, quienes habían sido tratados en la Universidad Médica para Mujeres de Tokyo entre Agosto 2012 y marzo 2014.

El cuidador principal fue definido como el miembro de la familia que provee la mayor cantidad de cuidado para el paciente, y reconocido como tal por el paciente y el mismo cuidador. Los cuidadores aportaron información demográfica, su relación con el paciente, su situación laboral, educación, estado civil, si el paciente- fundamentalmente- rehusó el apoyo del cuidador, la duración del contacto diario con el paciente (las opciones fueron: menos de 3 horas, de 3 a 6 horas o más de 6 horas por día) Los investigadores también obtuvieron información demográfica de cada uno de los padres, incluyendo el peso más bajo a la estatura actual, el subtipo de AN, el historial de las hospitalizaciones, así como el índice de masa corporal.

Los cuidadores también fueron evaluados con diversos cuestionarios, incluyendo el *Coping Inventory for Stressful Situations* (versión japonesa), el *Mental Health Questionnaire*, el *General Health Questionnaire (GHQ-28)*, un cuestionario sobre la carga de cuidado, el *Zarit Burden Interview (J-ZBI-8)* Setenta y nueve cuidadores respondieron. Todas las pacientes con AN fueron mujeres; la edad promedio fue de 27 años; la edad promedio al momento del comienzo de la AN fue de 17 años; la duración promedio de la enfermedad fue de 9 años. El 57% de las pacientes habían estado enfermas más de 6 años y el 39%, más de 10 años.

La duración diaria de cuidado tuvo un impacto negativo.

El tiempo diario que se pasa con el paciente tiene un gran impacto en la carga de cuidado. Cerca del 18% de los cuidadores reportaron pasar menos de 3 horas diarias con el paciente; 47% entre 3 y 6 horas y aproximadamente un 37% más de 6 horas. Un 8% refirió que el paciente con el trastorno alimentario rehusó su ayuda.

Junto con la carga del cuidado viene una más pobre salud mental de los cuidadores. Los factores que pronostican una gran carga al cuidar fueron la severidad de los síntomas de TCA desde la perspectiva de la familia y el uso de estrategias de afrontamiento basadas en la emoción para sobrellevar el estrés. La madre de la paciente era usualmente su cuidadora. Los autores encontraron que el 61% de los cuestionados excedieron el punto de corte de las puntuaciones para *GHQ-28*, Indicando una alto índice de problemas de salud mental entre esos mismos cuidadores.

Intervenciones para la promoción de estilos de afrontamiento adaptativos para cuidadores pueden reducir su carga y también ayudar a mejorar su salud mental, reportó la Dra. Ohara y sus colegas.

Suplementos de fosfato profilácticos para pacientes hospitalizados con Anorexia.

Se vieron los beneficios para los pacientes hospitalizados con TCA restrictivos.

La realimentación de pacientes con anorexia seriamente desnutridos requiere de un balance terapéutico delicado. Por un lado, los pacientes deben ser realimentados, pero por el otro el potencial riesgo del síndrome de realimentación se avecina, lo cual puede ocurrir cuando el equilibrio hidroeléctrico cambia después de los aumentos de la insulina por la realimentación. Un signo de alerta temprano del síndrome de la realimentación es la hipofosfatemia. Agregar suplementos de fosfato profilácticos al programa estándar de realimentación para pacientes con una severa anorexia pueden prevenir una hipofosfatemia de realimentación (RH, por sus siglas en inglés), de acuerdo con los médicos del Hospital Infantil de Montreal.

Los doctores Maya Leither, Brett Burstein y Holly Agostino recientemente estudiaron el impacto y resultado de una estrategia de realimentación usando un suplemento oral de fosfato profiláctico para pacientes hospitalizados con anorexia nerviosa (AN) (*J Adolescent Health*. 2016; 58:616) Los autores han teorizado que el suplemento oral de fosfato durante la realimentación se puede utilizar de manera segura para prevenir RH entre pacientes en riesgo con AN, quienes tienen niveles normales de fosfato en sangre.

Desde 2010, el Hospital Infantil de Montreal han incorporado un protocolo estandarizado de corto plazo de realimentación nasogástrico para todos los pacientes que son admitidos con un trastorno de tipo restrictivo de alimentación. El suplemento diario de fosfato comienza con la admisión, incluso para pacientes con niveles normales de fósforo. Durante la primera semana, los pacientes recibieron una ingesta calórica inicial de 1800 Kcal y comenzaron en 1.5 mmol (48 mg) de fósforo elemental por mL, divididas en cuatro dosis diarias La dosificación profiláctica continúa por al menos 7 días, después es hay una disminución paulatina de la dosis sobre 2 a 3 días y luego se descontinúa a criterio del médico de admisión. Los pacientes a la admisión también recibieron un multivitamínico que contiene 125 mg de fósforo elemental, nuevamente, a criterio del médico al momento de la admisión.

Un grupo de estudio de 75 adolescentes.

La Dra. Leither y sus colegas basaron su estudio en la información registrada en la historia clínica de pacientes admitidas durante cuatro años en el hospital para tratamiento de trastorno de tipo restrictivo de alimentación entre Enero 1 de 2011 y Diciembre 31, 2014. El estudio incluyó a 75 adolescentes con AN (edad promedio: 15.3 años), 95% de las cuales eran mujeres. Cuando los niveles de fosfato en sangre fueron medidos diariamente en los primeros siete días de hospitalización, ningún episodio de hipofosfatemia fue reportado. Once pacientes (14%) tuvieron episodios de hipofosfatemia y sus dosis fueron ajustadas. No efectos adversos o síntomas clínicos se reconocieron.

De acuerdo a los autores, este es el primer estudio para examinar el uso de fósforo profiláctico para prevenir RH; sin embargo, también destacaron la necesidad de estudios prospectivos bien diseñados para evaluar más a fondo este enfoque y su uso en poblaciones con un serio sobrepeso. Los futuros estudios pueden ayudar a definir dosis profilácticas óptimas y maneras apropiadas de lidiar con la hiperfosfatemia debido a la profilaxis.

El auto-control y su conexión con una alimentación desordenada.

Enfocarse en metas muy estrictas puede pasar por alto preocupaciones más profundas.

Hilde Bruch estuvo entre los pioneros que definieron a la anorexia nervosa (AN) como una lucha por control, un sentido de identidad, una competencia más grande y la eficacia. Para el Dr. Bruch, los síntomas de AN eran manifestaciones de los intentos individuales para compensar un subyacente sentimiento de la ineficiencia y falta de control en otras partes de su vida. El control sobre la alimentación se convierte en el foco de la vida del individuo porque es visto como un éxito en el contexto de aparentes fracasos.

Un estudio de Australia.

La psicóloga Franzisca V. Foreich e investigadores de la Universidad de Southwest Australia, Sydney, recientemente estudiaron el rol del auto-control en un grupo de 175 mujeres con AN, quienes completaron cuestionarios de auto-control, dirigidos para medir éste, la patología de trastornos alimentarios y los síntomas obsesivos-compulsivos (*J Eat Disord.* 2016; 4:14) El enfoque de este estudio fue determinar cuál forma de auto-control individual era más fuertemente asociada con la alimentación desordenada. Otra parte del estudio fue explorar la relación entre el auto-control y los síntomas obsesivos-compulsivos.

Encontrando pacientes a través de Internet

Los autores encontraron a los pacientes para su estudio de una manera un tanto única, a través Amazon Mechanical Turk I (MTurk) comunidades masivas de profesionales en la red (conocidas también como crowdsourcing). Mujeres, quienes estaban registradas con MTurk, las cuales vivían en los Estados Unidos, de 18 a 40 años, fueron aptas para participar. Un grupo final de investigación de 175 mujeres de 19 a 40 años se inscribió en el estudio. Después de leer una página introductoria de información y dar su consentimiento, las participantes completaron cuestionarios, comenzando con aquellos relacionados con el control, presentados en un orden aleatorio.

Una conexión positiva entre los síntomas de TCA y el miedo de perder el auto-control.

Tal como los autores propusieron como hipótesis, síntomas de trastornos alimentarios y obsesivos-compulsivos graves fueron positivamente asociados con locus de control externo, una negativa sensación de control, con sentimientos de ineficacia y con el miedo de perder el control. Todos eran asociados negativamente con un sentido de dominio.

Los autores reportan que, aunque un sin número de dimensiones de control son relacionadas con comportamientos desordenados de alimentación, la ineficiencia y el temor a perder el control son los más fuertes indicadores de una patología alimentaria. También notaron que ninguno de los ítems, en ninguna de las escalas control administradas en este estudio, se referían directamente al comer, el peso o la forma. Por lo tanto, las creencias de control subyacentes no son de un trastorno específico, sino de carácter más general; además, de acuerdo a los autores, la dirección de causalidad entre el control y los trastornos alimentarios no puede ser determinada por los resultados de este estudio. En su lugar, los resultados de este estudio agregan alguna evidencia de que la inefectividad y el miedo a perder el auto-control, son importantes al considerar el mantenimiento y tratamiento de los trastornos, en un comportamiento alimentario desordenado.

Por lo tanto, el tratamiento que se enfoca en estrictas metas conductuales, tales como una reducción de control sobre la alimentación, el peso y la forma, puede no abordar los problemas más profundos que fundamentan y con frecuencia mantienen estos mismos síntomas. Un enfoque más exitoso puede ser ayudar al individuo a reestablecer mecanismos adaptativos de control personal y eficacia, para así reducir la necesidad de depender del control en el peso y la forma.

Un cuestionario corto de 12-items

Resultados de EDE-QS bien correlacionados con aquellos de EDE-Q.

El *Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q)* un cuestionario de auto-respuesta de 28-items, es ampliamente usado y considerado como una buena alternativa para el *Eating Disorder Examination (EDE)*. Ofrece una versión corta que es fácil de completar para los pacientes. ¿Por qué, entonces, desarrollar una versión aún más corta del *EDE-Q*?

La Dra. Nichole Gideon y sus colegas, recientemente reportaron el proyecto del *EDE-QS* una versión corta de 12-items del *EDE-Q* (*PLOS ONE*, May 3, 2016) Los autores desarrollaron el cuestionario más corto para abordar dos problemas que identificaron con el *EDE-Q*. De acuerdo con la Dra. Gideon, algunos estudios de población no sustentan la estructura de cuatro-factores del *EDE-Q* (Restraint, Eating Concern, Shape Concern y Weight Concern), así como que los pacientes de manera consistente tuvieron puntuaciones más altas en el *EDE-Q* que en el *EDE*. Y, de acuerdo con los autores, otras inconsistencias entre las dos mediciones se han observado en el reporte de las características de la auto-evaluación tales como el trastorno por atracón, el uso de laxantes y el vómito auto-inducido. Aunque el tiempo de administración del *EDE-Q* es marcadamente más corto que el de *EDE*, ellos sostienen que no es ideal para usarlo medir resultados de sesión en sesión.

Dos estudios para evaluar el cuestionario.

Dos estudios fueron usados para comparar a los dos cuestionarios. La meta del primer estudio fue desarrollar una forma corta psicométrica y conceptualmente sólida del *EDE-Q* que se pudiera usar para medir los cambios de sesión a sesión. Datos de 489 pacientes que atienden a los tres servicios para trastornos alimentarios en el Reino Unido entre Abril 2008 a Enero 2013, fueron incluidos; todos los datos fueron anónimos al ser analizados.

El segundo estudio evaluó el cuestionario en dos poblaciones de estudio, aquellos con y sin TCA. Para obtener su estudio de población, los autores mandaron un correo electrónico proveyendo una liga con una encuesta en línea a todos los estudiantes de una universidad en Londres. La misma liga se publicó en el sitio web de BEA (Beating Eating Disorders; <https://www.b-eat.co.uk>) una fundación que apoya a pacientes actuales y anteriores de TCA.

La encuesta incluyó varios cuestionarios en línea y fueron completados por 559 hombres y mujeres. De ellos 54 (9%) actualmente padecen un trastorno alimentario. Veinticinco se enteraron del estudio a través de la convocatoria enviada por el correo electrónico de la universidad y el resto fue reclutado por medio de publicidad Beat. Todos los participantes completaron el *EDE-QS*, el *EDE*, y el *Clinical Impairment Assessment (CIA)*, el cual analiza el deterioro en el funcionamiento psicosocial, secundario a un trastorno alimentario. Además también llenaron el *Short Evaluation of Eating Disorders (SEED)*, el cuestionario *SCOFF*, el *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire*, el *Patient Health Questionnaire* y el *World Health Organization Quality of Life Questionnaire*.

¿La versión corta fue efectiva?

Menos hombres que mujeres reportaron tener un trastorno alimentario y aquellos que padecían alguno registraron niveles bajos de educación. También existió una cercana correlación con el *CIA* porque este cuestionario mide el deterioro psicosocial secundario a un trastorno alimentario. El *EDE-QS* mostró una asociación positiva con otras mediciones de la patología de trastornos alimentarios en ambos grupos, tal y como los autores hipotetizaron. También existió una mediana correlación entre el *EDE-QS* y el cuestionario *SEED*.

Los autores reportaron que la brevedad y la revisión de las categorías de la respuesta del *EDE-QS* permiten una mejor monitorización progresiva continua, la cual ha demostrado una mejora en los resultados del paciente. La disponibilidad de la retroalimentación de los datos semanales de sesión por sesión, también pueden ser más apropiados para los ámbitos de la salud mental. Un bono más de la versión corta del instrumento puede ser reducir la carga en el paciente y el staff.

El segundo estudio tenía algunas limitaciones, incluida el pequeño tamaño de la muestra y el conveniente método de muestreo. También, el uso de la evaluación diagnóstica y las entrevistas hubieran sido preferible al método online. El número de personas quienes se identificaron a sí mismas como padeciendo un trastorno alimentario fue relativamente pequeño. Finalmente, los autores notaron que sería un buen paso, establecer cambios clínicos significativos o puntos límites para el *EDE-QS*, para diferenciar entre los deterioros no-clínicos o clínicos de los TCA.

Veteranos mujeres, homosexuales y bisexuales en mayor riesgo de trastorno alimentario.

También es motivo de preocupación altos IMC y comorbilidades complejas.

La Veterans Administration Boston Healthcare System ha contribuido mucho para nuestro conocimiento acerca de los trastornos alimentarios, entre el personal militar de los Estados Unidos. En un nuevo estudio, la investigadora Dra. Sarah Bankoff y sus colegas concluyeron que los hombres homosexuales y bisexuales son más propensos a experimentar un TCA y adicción a la comida, que los veteranos hombres heterosexuales. Sus resultados destacaron la necesidad de mejorar las manera de reconocer, evaluar y tratar a esta población (*Comprehensive Psychiatry*. 2016; 68:134) Los autores también concluyeron que en comparación con otras condiciones de salud mental, los trastornos alimentarios han sido escasamente estudiados en hombres veteranos.

Los veteranos enfrentan el riesgo de TCA.

¿Por qué los veteranos están en mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario? De acuerdo a la Dra. Bankoff y sus colegas, la exposición a altos niveles de trauma (incluyendo el trauma sexual militar y de combate) aumenta el riesgo de un desorden alimentario. Otros factores de riesgo incluyen altos- más de lo normal- índices de masa corporal (IMCs, mg/kg²) entre los veteranos, así como comer compulsivamente de manera selectiva de ciertos alimentos poco saludables (especialmente aquellos altos en grasa y azúcar) Los trastornos de abuso de sustancias también son problemáticos. Añadiendo al perfil de riesgo se encuentran las estadísticas de la población civil, las cuales sugieren una mayor insatisfacción corporal entre los homosexuales en servicio y que entre los civiles, así como también un mayor impulso por adelgazar, más frecuencia a hacer dietas y comportamientos bulímicos (*Body Image*.2004; 1: 127)

Un estudio online

El grupo de estudio incluyó 642 hombres tomados de un estudio de 3156 veteranos de un estudio poblacional del Knowledge Network-GiK Research Panel. Los hombres fueron recompensados con \$50 por completar una encuesta online de 36 minutos, así como también completaron la *Eating Disorder Diagnostic Scale*, una encuesta de auto-respuesta de 22 ítems sobre síntomas de anorexia, bulimia, trastorno por atracón, los cuales fueron experimentados en los 3 a 6 meses previos. Dos ítems de la encuesta median altura y peso, así los investigadores también podían calcular el IMC del participante. Los autores también usaron el *Yale Food Addiction Scale*, una medición de 25 ítems que registra la presencia de 3 o más síntomas de adicción, además de malestar y deterioro. La orientación sexual de los pacientes fue determinada con la siguiente pregunta: ¿Con cuál de las siguientes opciones te consideras a ti mismo? Las opciones fueron: "heterosexual o hetero", "homosexual o lesbiana" "bisexual" u "otro".

Debido al pequeño tamaño de la muestra, los autores combinaron estas categorías en la de heterosexual y minoría sexual.

Muchos de los que respondieron eran caucásicos (86%), casados (78%) y muchos ostentaban un grado de licenciatura o más alto (44%) El rango de la edad fue amplio, de 22 a 89 años de edad (promedio: 64 años) Casi del 2% de los hombres cumplía con el criterio de adicción a la comida. Varios trastornos alimentarios fueron detectados: anorexia nervosa (1 caso), bulimia nervosa (1 caso) y trastornos por atracón (12 casos) Veinticuatro hombres indicaron que eran homosexuales, bisexuales o se consideraron a sí mismos ser de la categoría de minoría sexual.

Los autores reportaron que sus hallazgos revelan que la orientación sexual estuvo asociada con síntomas de trastornos alimentarios y adicción a la comida entre los hombres, aunque ésta última fue relativamente baja. Los veteranos de la muestra tenían IMC en el extremo más alto en el rango de sobrepeso, lo cual fue consistente con los descubrimientos de que mucho de los veteranos luchan con el sobrepeso y la obesidad. Contrario a su hipótesis inicial, los autores no encontraron diferencias en el IMC basadas en la orientación sexual.

Los autores concluyeron de que entre los veteranos con exposición al trauma, hombres de una minoría sexual aumentaron las tasas de síntomas de TCA y adicción a la comida en comparación con sus contrapartes, hombres heterosexuales.

Trastornos por atracón entre las mujeres veteranas.

Poco es conocido acerca de los perfiles clínicos y las prioridades de tratamiento para mujeres veteranas con un trastorno por atracón (TA) En un segundo estudio nacional, investigadores en Palo Alto, CA, en cooperación con los centros VA en Durham, NC, Farmington, CT y Los Angeles, estudió un grupo de 515 mujeres veteranas que habían sido tratadas por médicos de atención primaria. Su meta era identificar posibles síntomas de atracón. El equipo de investigación también buscó una comorbilidad médica y desórdenes psicológicos (*Women's Health Issues*. 2016. Marzo 10 [publicación antes de impresión] La Dra. Diane L. Rosenbaum, de la Universidad de Drexel, Philadelphia, dirigió el estudio, el cual usa datos de la VA Women's Health Practice-Based Research Network (Frayne et al. 2013) una red nacional que vincula a los médicos de atención primaria con los investigadores.

En una visita con los médicos de atención primaria, cada participante llenó varios cuestionarios, instrumentos validados para detección de los atracones, los síntomas de ansiedad, la depresión y la exposición al acoso sexual y la agresión. También cada uno participó en un ejercicio único de clasificación de tarjetas, en el cual el entrevistador presentó un montón de 15 tarjetas, cada una de las cuales enlistaba un servicio de salud mental con una pequeña descripción general del síntoma o los síntomas que dicho servicio trataba. Un ejemplo es la carta de "Imagen corporal o Cuestiones de comida". Esa carta contenía una aseveración como: "Puede ser que tengas problemas controlando o cambiando de manera de comer o cómo tú ves tu cuerpo". Las cartas también contenían una breve descripción de las intervenciones asociadas con cada tipo de servicio (como la psicoterapia individual) Información sobre el número de visitas a la clínica de atención primaria, altura y peso, fueron reunidas a través de los registros médicos y la VA's National Patient Care Database, la cual incluye información de 60 sitios alrededor del país.

Los autores reportaron altas tasas para el instrumento de detección de TA (7.5%) y para obesidad (47%) En general, 22% de las mujeres tenían obesidad clase 1 o IMC de 30.0 a 34.9 kg/m²; 15% con obesidad clase 2 (IMC de 35 a 39.9 kg/m²) y 10% con obesidad clase 3 (IMC mayor que 40mg/kg²)

Un único síntoma de perfil para las mujeres veteranas.

Mujeres veteranas que tuvieron pruebas de detección positivas para TA, también tuvieron un único perfil de síntomas. Eran más propensas que las otras mujeres veteranas para no casarse o estar sin pareja,

tener 4 o más visitas con el médico de atención primaria en el último año y tener bajos ingresos familiares anuales.

Mujeres en el grupo positivo de TA buscó apoyo para las cuestiones de estado de ánimo, pérdida de peso/manejo del peso y la imagen corporal/cuestiones de comida. Tal como los autores teorizaron, mujeres con síntomas de TA tuvieron una alta exposición a acoso sexual militar y/o agresión, el cual puede ser un factor que contribuye a la complejidad de los casos de estas mujeres. Mujeres en el grupo con TA+ tenían el doble de posibilidades de un desorden de estrés post traumático y trastornos del estado de ánimo.

¿Por qué las mujeres buscaron un servicio de atención primaria? Los autores creen que las mujeres veteranas con TA podían ser especialmente propensas a usar el servicio de atención primaria porque muchas de las prácticas médicas familiares ofrecen un amplio rango de tratamientos.

Una advertencia para los profesionales

Los autores ofrecieron una advertencia a los profesionales: a pesar que los servicios específicos de TA parecen ser una óptima recomendación para las mujeres veteranas encontraron que tenían síntomas de TA, el hecho de que una gran proporción de las mujeres del grupo positivo TA seleccionaran "cuestiones de comida" como una prioridad, demostró la importancia de las diferencias individuales en las prioridades. La Dra. Rosenbaum y sus colegas notaron que las pruebas de detección positivas de TA entre mujeres veteranas están asociados con una carga pesada de síntomas psicológicos, diagnósticos de salud mental y comorbilidades médicas.

Preguntas y respuestas: ¿Género y diagnóstico de los trastornos alimentarios?

P. ¿Por qué son más propensas las mujeres que los hombres a ser diagnosticadas con un trastorno alimentario? ¿Tendrá algo que ver esto con el uso de los actuales métodos de prueba? (*LV, Birmingham, AL*)

A. Puede haber algo de verdad en esto. Investigadores en el Eating Disorders Services en Menninger Clinic, Baylor College of Medicine y la Universidad de Houston recientemente examinaron si el género, la edad, el índice de masa corporal y el diagnóstico de los trastornos alimentarios estaban asociados con referencias respecto a consultas para TCA. Reportaron sus resultados en el *International Journal (Int J Eat Disord.* 2016; May 20. Doi:10.1002/eat.22556 [Publicado antes de impresión])

Entre un grupo de 136 pacientes hospitalizadas con un diagnóstico actual de TCA, más mujeres que hombres fueron identificadas con tener actualmente un trastorno alimentario. Para ambos hombres y mujeres, otro específico trastorno alimentario o de alimentación (ahora OSFED, por sus siglas en inglés; anterior EDNOS, también en sus siglas en inglés) fue el más comúnmente diagnosticado, seguido por el trastorno por atracón (BED, por sus siglas en inglés) Los hombres con sobrepeso fueron menos propensos, que las mujeres también con sobrepeso de ser referidos para consulta. Las personas con OSFED o BED pueden ser más propensos a ser ignorados, especialmente a los hombres.

Algunos hombres están en mayor riesgo que otros. Un grupo en riesgo son hombres, quienes practican deportes como la lucha libre, el fisicoculturismo, el baile, el remo, la gimnasia, la natación y el correr. Estos hombres están más propensos a luchar con TCA porque mientras estas actividades desgastan mucha energía, también destacan la apariencia física del atleta y el peso corporal.

El grupo Menninger señaló que sus resultados destacan la necesidad de que los proveedores de salud

pregunten a todos los individuos, hombres y mujeres, acerca de sus hábitos alimentarios en cada uno de sus visitas. Además, los autores consideran que los sesgos históricos desempeñan un papel debido a la naturaleza menos aparente de algunos diagnósticos o a la ausencia de síntomas que, tradicionalmente, han sido considerados indicadores de gravedad clínica pueden hacer que los proveedores de salud tengan menos probabilidades de detectar individuos, especialmente hombres, con OSFED o BED.

En el próximo número Noviembre/Diciembre

Feminista Psicodinámica Psicoterapia: una perspectiva desde la práctica **Por Kathryn J. Zerbe, MD**

En este reflexivo ensayo, el Dr. Zerbe explora el rol de los terapeutas como testigos, tomando nota de las contribuciones de muchas fuentes. Este rol fundamental seguirá siendo central, independientemente de ajustes de la ampliación de la teoría feminista y sus contribuciones multidisciplinarias.

- Conoce a Maricarmen Díaz, nuestra "voz" en español.
- Un examen del ejercicio compulsivo: identificar a los pacientes en riesgo.
- Bulimia Nervosa:
- ¿Qué ayuda a los hombres recuperarse de un trastorno alimentario?
- Anorexia y valores personales
- Explorando las equivocaciones sobre la imagen corporal.
- Y mucho, mucho más!

También en esta edición

Septiembre/Octubre 2016 **Volumen 27, Número 5**

- Trastorno por atracón (TA): superando los obstáculos del diagnóstico.
- Un nuevo protocolo ayuda al cuidado de pacientes australianos.
- La pérdida de control de la alimentación puede ser un problema para las adolescentes que están programando una cirugía bariátrica.
- En Japón, una gran carga para los cuidadores de los pacientes con AN.
- El auto-control y su conexión con una alimentación desordenada.
- Suplementos de fosfato profilácticos para pacientes hospitalizados con Anorexia.
- Un cuestionario corto de 12-items.
- Veteranos: mujeres, homosexuales y bisexuales en mayor riesgo de trastorno alimentario.
- PREGUNTAS Y RESPUESTAS: Género y diagnóstico de los trastornos alimentarios.

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com