
Eating Disorders Review

Septiembre/Octubre 2017

Volumen 28, Número 5

Scott Crow, Editor en Jefe

DESDE EL ESCRITORIO: Nuevos enfoques sobre los trastornos alimentarios.

Este número se trata sobre innovaciones, comenzando por el orador principal de ICED, 2017, el trabajo del Dr. Vikram Patel, en la India. El Dr. Patel ha adoptado un enfoque innovador para la falta de psicólogos y atención médica en áreas remotas: enseñar a los consejeros laicos no médicos locales a ofrecer un breve tratamiento psicológico como una atención primaria para la depresión y el alcoholismo crónico (ver "Lo más destacado de ICED 2017. Tomando un nuevo enfoque para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos alimentarios") El Dr. Patel desarrolló su programa para contrarrestar el hecho de que prácticamente nadie en la clase media o baja en la India tiene acceso a un tratamiento psicológico, debido a la falta de especialistas y a una larga aceptación de que los problemas psicológicos son normales. Informó que las innovaciones y los avances tecnológicos están ayudando a los clínicos a reimaginar y rediseñar la atención mental. El Dr. Patel también reconoció que el campo de los trastornos alimentarios como un líder a la vanguardia del uso de técnicas innovadoras, como autoayuda guiada, manuales de autoayuda y capacitación centrada en la red para llegar a los pacientes.

En otras presentaciones en ICED, los especialistas desafiaron a los clínicos a ver a los trastornos alimentarios en un ámbito más amplio, en lugar de depender en métodos más antiguos de diagnóstico o de concentrarse sólo en los síntomas. Varios oradores informaron sobre el programa de Criterios de Dominio de Investigación (RDoC, por sus siglas en inglés) del Instituto Nacional de Salud Mental (incluyendo sesiones informativas sobre trastornos alimentarios atípicos y ARFID, encontrando formas más precisas para medir los trastornos alimentarios, así como mejorar la comprensión y el tratamiento de las presentaciones atípicas de éstos) El programa RDoC ofrece "un nuevo marco para comprender y estudiar las dimensiones básicas del funcionamiento humano normal y anormal, además de los trastornos mentales" según un artículo reciente del editor emérito de *EDR*, Dr. Joel Yager y el Dr. Robert E. Feinstein (ver *J Clin Psychiatry*. 2017; 78:423)

Finalmente, siempre nos gusta incluir artículos sobre la manera de utilizar la nueva tecnología para mejorar la atención de los pacientes con trastornos alimentarios. Para abordar el hecho de que un tercio de los pacientes británicos remitidos para recibir atención médica especializada nunca aparecen para la primera cita, un equipo de médicos británicos dirigido por la Dra. Sarah Muir diseñó un programa de Internet, MotivATE. Este programa piloto alienta a los pacientes a desarrollar la autosuficiencia y la motivación, así como disminuir las creencias y expectativas negativas sobre el tratamiento (ver "Un programa basado en la web para superar la resistencia al tratamiento") Y, tomando prestado de las artes visuales, un equipo de investigadores en Alemania y Suiza han recurrido a la tecnología 3D para definir mejor los efectos de los trastornos de la imagen corporal (ver "Qué puede revelar un avatar sobre la imagen corporal en AN?")

Lo más destacado de ICED 2017.

Tomando un nuevo enfoque para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos alimentarios.

En la Conferencia Internacional de los Trastornos Alimentarios (ICED, por sus siglas en inglés) en Praga, a comienzos de junio de 2017, los expertos en los trastornos alimentarios compartieron enfoques innovadores para un mejor acceso al tratamiento, desafiando a los arraigados principios sobre el cuidado del paciente y presentando nuevos datos sobre cómo mejorar los métodos para medir los trastornos alimentarios atípicos.

Un enfoque global de la atención psicológica.

El ponente principal, el Dr. Vikram Patel, Director del Departamento de Medicina Global y Medicina Social de la Escuela de Medicina de Harvard y Director de Socorro Village, Bardez-Goa, India, describió dos innovadores programas, los cuales han sido diseñados para abordar el alcoholismo y la depresión en regiones remotas de la India. El Dr. Patel y sus colegas desarrollaron y utilizaron recursos locales para superar la falta de atención psicológica en áreas geográficamente difíciles. A pesar de que el Dr. Patel no es un especialista en trastornos alimentarios, dijo a la audiencia que esperaba “Infectar a su comunidad con nuevas ideas de otras disciplinas para confrontar y abordar las desigualdades de salud con cada una de las herramientas a nuestra disposición”.

El Dr. Patel señaló que las innovaciones y los avances tecnológicos están ayudando a los clínicos a reimaginar lo que puede ser la salud mental. El campo de los trastornos alimentarios ha estado a la vanguardia de una serie de innovaciones, señaló. El Dr. Patel dijo a la audiencia que es un escándalo que prácticamente nadie, en los niveles de ingresos bajos o medios en la India, tiene acceso a un tratamiento psicológico. Las dos principales barreras son la falta de especialistas y una brecha entre la realidad y la forma en que la mayoría de las personas, en los niveles de ingresos más bajos, ven a trastornos como la depresión y la ansiedad. Muchos no consideran a los problemas de salud mental como inusuales, lo cual representa una segunda barrera para el cuidado, agregó.

Más adelante, el Dr. Patel describió dos programas innovadores que están superando la brecha entre la falta de acceso a la atención y los pacientes con necesidades de salud psicológica. El tratamiento psicológico breve es impartido por consejeros laicos capacitados en el tratamiento de atención primaria para la depresión y el alcoholismo (Programa de Actividad Saludable o HAP, por sus siglas en inglés) y el Consejo para Problemas de Alcohol o CAP, por sus siglas en inglés. En un estudio controlado, se proporcionó CAP a 188 hombres. Cuando el Dr. Patel y sus colegas evaluaron sus resultados después de 3 meses, el CAP entregado por los consejeros laicos fue más efectivo para un el beber nocivo que el cuidado habitual (*Lancet* online, enero 14, 2017) El programa CAP tuvo fuertes efectos sobre la abstinencia y las tasas de remisión, pero sin efecto sobre otros resultados relacionados con el alcohol.

El programa HAP es un modelo comunitario especializado que utiliza trabajadores de nivel primario (PHWs) que trabajan con hombres con depresión. Los asistentes están capacitados para proporcionar apoyo comunitario y tratamiento para personas con trastornos mentales graves. Alrededor de 8 años atrás, trabajando para el Wellcome Trust, el Dr. Patel estableció un programa, Premium, el cual fue inspirado, según él, por figuras destacadas en el campo de los trastornos alimentarios, incluyendo su mentor, el Dr. Christopher Fairburn. La teoría detrás de Premium era diseñar un método de tratamiento psicológico escalable.

El Dr. Patel, señaló que tanto él como otros, inicialmente erróneamente pensaron que las terapias mentales occidentales no funcionarían en áreas remotas de la India, pero que primero tendrían que adaptarse a la población local. Un descubrimiento fue que la adaptación necesaria no cambiada los enfoques fundamentales de diagnóstico y tratamiento, sino que mejoraba el acceso a la atención. Por lo tanto, el tratamiento no era tanto intercultural, sino entre clases sociales.

El Dr. Patel reconoció al campo de los trastornos alimentarios por ser un líder en la vanguardia del uso de técnicas tales como, la autoayuda guiada, manuales de autoayuda y capacitación centrada en la red para llegar a los pacientes. Dijo a la audiencia que su esperanza es que las lecciones para la salud mental global y los objetivos compartidos signifiquen mejorar la salud para todas las personas, en todas partes, y el anhelo de que los especialistas aprendan unos de otros a través de diversos campos del conocimiento. Por lo tanto, dijo, la clave no es cambiar los fundamentos, sino cambiar el acceso a la atención.

Trastornos alimentarios atípicos: ignorados e incomprendidos.

En una sesión plenaria de comodín, "Trastornos alimentarios atípicos: abordando a los ignorados e incomprendidos", cuatro expertos en trastornos alimentarios compartieron la investigación clínica y neurobiológica, la cual es mejor definida como el Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos (ARFID, por sus siglas en inglés) Nuevas formas de ver los trastornos alimentarios atípicos, junto con los nuevos datos de imágenes cerebrales están cambiando los enfoques para diagnosticarlos y tratarlos. Un importante precedente fue establecido para evitar el enfoque tradicional de ajustar al paciente a una descripción de un adulto con un trastorno alimentario como AN.

Visualización de ARFID a través de los ojos de pacientes y padres.

Richard E. Kreipe, y Elizabeth R. McNERney, profesores de pediatría de la Universidad de Rochester (NY) dijeron a la audiencia que, de la misma manera en que el Dr. Bryn Lask reportó más de 18 años antes, las presentaciones de los trastornos alimentarios entre los niños y adolescentes, no encajan perfectamente con las descripciones para los adultos con esos estos trastornos. En su lugar, el Dr. Kreipe desafió a los médicos a tratar de ver las cosas desde el punto de vista del paciente y de los padres.

Los síntomas reportados por los pacientes son reales y no imaginarios, señaló. El Dr. Kreipe destacó el valor de asumir que los padres de un niño con un trastorno alimentario están haciendo lo mejor que pueden y tampoco se debe asumir automáticamente que los síntomas reportados en el niño son "sólo parte de su trastorno alimentario" o que "son sólo el trastorno que habla". Además, añadió, ARFID puede continuar en la edad adulta, y puede ser que en la edad media en la que los adultos se dan cuenta que lo han tenido, durante muchos años.

El Dr. Kreipe señaló que los especialistas en trastornos alimentarios se están dando cuenta que los síntomas, a menudo atribuibles a problemas psicológicos, pueden tener orígenes en desórdenes fisiológicos tales como problemas al tragar, circuitos neuronales interrumpidos o problemas no relacionados con un trastorno alimentario, tales como desórdenes del espectro autista. Animó a los clínicos a extender sus contactos profesionales a otras especialidades, "para ir más allá de nuestro entendimiento". Además, agregó, "podemos darnos cuenta de que otras áreas de la ciencia nos pueden dar información sobre lo que estamos viendo solo como un trastorno emocional. También alentó a la audiencia a ampliar el círculo de profesionales con los que trabaja. Por ejemplo, un área prometedora en la investigación de ARFID ha venido de las intervenciones en desórdenes del espectro autista, señaló.

Encontrar una manera más precisa de medir los trastornos alimenticios.

Kamryn T. Eddy, PhD, Co-directora del programa clínico de investigación de Trastornos Alimentarios del Hospital General de Massachusetts y profesor asistente de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de Harvard, Boston, describió los resultados preliminares de estudio neurobiológicos que ayudan a los investigadores a definir y diferenciar con mayor precisión ARFID de trastornos alimentarios tales como la AN.

La Dra. Eddy dijo a la audiencia que los clínicos deben prestar atención a los signos, no sólo a los síntomas, cuando se acerquen a supuestos casos de ARFID porque una biología divergente puede servir de base para la AN y ARFID. Los resultados preliminares de dos estudios han demostrado dos patrones distintos. Primero, una alta motivación por la comida, definida por el hambre y la recompensa, junto con

el control y la internalización del ideal de delgadez están implícitos en un adolescente con AN. En contraste, los pacientes de ARFID de bajo peso tienen baja motivación para la comida y la internalización del ideal de delgadez está ausente. Señaló que una nueva dirección en el diagnóstico y tratamiento de ARFID implica a la neurobiología de los niveles bajos de apetito, de la sensibilidad sensorial y de la ansiedad fóbica.

Resultados iniciales de dos estudios en curso

La Dra. Eddy también compartió algunos resultados preliminares del estudio transversal de su equipo de pacientes con AN. En el primer estudio, hay datos de 34 mujeres con AN y 25 pacientes de controles sanos. Todos los sujetos jóvenes fueron estudiados con un escáner cerebral al inicio, a los 9 meses y luego a los 18.

Usando exploraciones de resonancia magnética funcional (RMNf), la Dra. Eddy y sus colegas compararon las reacciones de los pacientes con imágenes de alimentos de alto contenido calórico, de bajo, así como objetos estáticos entre pacientes con AN y los sujetos control. La expectativa era que los pacientes con AN presentaran reacciones fuertes a los alimentos altos en calorías que podrían verse en el aumento de la actividad en la ínsula, la amígdala y la corteza frontal orbital, una región de motivación homeostática y hedónica de los alimentos. Como era de esperarse, hubo una mayor reacción a los alimentos altos en contenido calórico. Pero, si hubo una mayor reacción a los alimentos altos en calorías, ¿por qué los pacientes con AN no estaban comiendo? Los investigadores también encontraron señales más altas en los centros de control cognitivo en la corteza cingulada anterior y en la corteza prefrontal dorsolateral. Entre los pacientes con AN de tipo compulsivo-purgativo, las señales de los centros de control cognitivo eran aún mayores. Cuando se analizaron, los pacientes con AN tenían niveles más altos de lo normal de la grelina, la hormona orexigénica. No se observaron aumentos de este tipo en los sujetos control.

Los investigadores también están evaluando la alimentación restrictiva entre los pacientes con ARFID, en un estudio en curso NIH R01 destinado al reclutamiento de 100 pacientes ARFID y 50 controles sanos, a quienes se les darán seguimiento durante 2 años. Los sujetos son niños y adolescentes tanto del sexo femenino como masculino de entre 10 a 22 años. Hasta el momento, los datos están disponibles para 7 pacientes con ARFID.

La Dra. Eddy señaló que los resultados de manera preliminar están mostrando que los pacientes con AN tienen patrones muy diferentes en los escaneos cerebrales que los jóvenes con ARFID. Los niños con ARFID tienen hipoactivación de la ínsula y niveles bajos de grelina, niveles más cercanos a los de los controles sanos. "Hay una biología divergente entre ARFID y AN", señaló. También señaló que estos datos clínicos pueden utilizarse para validar las experiencias de los pacientes y también pueden reducir el estigma. Los hallazgos preliminares indican hipoactivación en el circuito neural del apetito (la ínsula anterior) en pacientes con ARFID contra los controles sanos.

La Dra. Eddy también comentó que los clínicos, a menudo tienden a depender de los síntomas, que están sujetos a la minimización y la negación por el paciente. También describió brevemente el NIH RDoC Matrix y las formas en que este nuevo enfoque mejora el diagnóstico de los trastornos de alimentación y ARFID. Tanto ella como sus colegas, han identificado posibles signos candidatos de AN. Por ejemplo, los pacientes con AN tienen una alta activación neural en los circuitos de motivación alimentaria homeostática y hedonista, altos niveles de grelina, predisposiciones implícitas hacia la delgadez, así como el control de peso-forma y la preferencia a por mayores recompensas diferidas por aquellas más pequeñas e inmediatas. Otro signo candidato para AN fue una activación neuronal alta en las regiones de control cognitivo del cerebro.

El grupo escaneado por una RMNf también mostró que el patrón de hiperactivación en la ínsula muestra mayor hambre y recompensa de alimentos en los pacientes con atracón/purga contra aquellos de la conducta restrictiva. Encontró que los niveles de grelina orexigénica son más altos en pacientes con AN

que en los controles y estos niveles no difieren entre los de una conducta restrictiva y los pacientes de atracón/purga. Los de una conducta restrictiva y aquellos con atracón/purga tipo AN tienen una interiorización del ideal de delgadez. Aquellos con AN de tipo restrictivo muestran una preferencia por recompensas mayores que por aquellas inmediatas más pequeñas.

Por el contrario, los pacientes con ARFID tenían una baja activación neuronal en los circuitos de motivación alimentaria homeostática y hedónica en el cerebro, niveles bajos de grelina y niveles altos del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF, por sus siglas en inglés) A diferencia de los pacientes con AN, los pacientes con ARFID no tienen inclinaciones implícitas hacia la delgadez y el control peso-forma. También tienen una preferencia por las recompensas inmediatas menores, no mayores, retrasadas.

La Dra. Eddy señaló que los estudios longitudinales ayudarán a arrojar luz sobre los aspectos estado/riesgo de los signos y ayudarán a reconciliar los hallazgos de los adolescentes y adultos. La psicoeducación puede validar los informes de los pacientes con ARFID y AN, lo cual reducirá el estigma y ayudará a motivar tanto a los pacientes como a los cuidadores. Pocos clínicos tienen un escáner de resonancia magnética inmediatamente cerca, señaló, pero la esperanza es que los resultados de los estudios longitudinales, en curso, de ARFID darán a los clínicos más signos accesibles del trastorno.

Nunca demasiado viejo para un trastorno alimentario.

Hans W. Hoek, MD, PhD, de la Escuela de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia y Director del programa de residencia psiquiátrica, así como Presidente de la Academia Parnassia Bavo del Instituto Psiquiátrico del mismo nombre, La Haya, destacó a un grupo de pacientes con trastornos alimentarios, quienes a menudo son ignorados e incomprensidos, en donde se incluyen a los hombres no caucásicos y a mujeres mayores.

El Dr. Hoek inicialmente recordó a la audiencia la evolución gradual del conocimiento sobre los trastornos alimentarios. Con cada década, nuestra comprensión de los trastornos alimentarios se ha ido aclarando, señaló. Por ejemplo, en la década de los años ochenta se creía que había una repentina epidemia de los trastornos alimentarios; después en la década de los noventa, había una creencia de que se trataban sólo de trastornos femeninos. A principios de los años dos mil, existía la creencia de que sólo los occidentales eran afectados por un desorden de la conducta alimentaria. Es a partir del 2010 que se creyó que los trastornos alimentarios sólo son propios de la gente joven.

Aconsejó a los clínicos recordar que los trastornos alimentarios también se producen en las personas mayores. Por ejemplo, en un estudio australiano, Mangweth-Matzek et al. (*Int J Eat Disord.* 2014; 47:320) se reportó la prevalencia de un 4.6% de trastornos alimentarios en un grupo de 715 mujeres de 40 a 60 años de edad. Mientras que ninguna de las mujeres podría ser actualmente diagnosticada con AN, el 1.4% tenía BN, el 1.5% tenía el desorden por atracón y el 1.7, TANE. En un estudio más reciente (*Int J Eat Disord.* 2017, 50:793) hubo una prevalencia de trastornos alimentarios de 3.6% en un grupo de 342 mujeres de 65 a 94 años de edad. La prevalencia en 5658 mujeres de 40 a 50 años en un estudio en el Reino Unido también fue de 3.6% (*BMC Med.* 2017; 15:12) El Dr. Hoek apuntó que los trastornos alimentarios todavía pasan por alto en las personas mayores y la nueva aparición de la AN es rara entre las mujeres mayores. Y, en cuanto a los desórdenes alimentarios en hombres mayores, las tasas de prevalencia han variado de 0.02% a 1.5%, señaló. En un estudio basado en un cuestionario de 470 hombres austríacos, la incidencia de síntomas de trastornos alimentarios fue de 6.8% (*Int J Eat Disord.* 2016; 49:953)

El trastorno por atracón y otros trastornos alimentarios especificados (OSFED, por sus siglas en inglés) son comunes entre las mujeres mayores, señaló. Lamentablemente, el Dr. Hoek señaló que muy pocas de estas mujeres reciben tratamiento durante su vida. Además, agregó: "Lo que también se sabe ahora es que hay un mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario durante momentos de transición de la vida, como la adolescencia, la menopausia o la andropausia, cuando los cambios relacionados con la edad

pueden afectar la autoestima, la aceptación del cuerpo, así como puede producir problemas médicos”.

Mejorar la comprensión y el tratamiento de las presentaciones atípicas de los trastornos alimentarios.

La última oradora del panel, Pamela Keel, PhD, Profesora de Psicología en la Universidad Estatal de Florida, Tallahassee, exploró formas en que las presentaciones atípicas de los trastornos alimentarios pueden ser mejor comprendidos y tratados. También puso de relieve el proyecto RDoC (<http://www.nimh.nih.gov/research-funding/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml>) el cual integra muchos niveles de información, desde la genómica hasta las autoevaluaciones.

La Dra. Keel dijo que en los grupos sociodemográficos que están sometidos a la mayor presión para adherirse a un ideal de delgadez en entornos obesogénicos, los trastornos alimentarios se caracterizarán por un intenso miedo a la gordura y esta psicopatología debe ser entendida y tratada. Sin embargo, tales miedos no son significativos en otros grupos sociodemográficos no preocupados por el peso y la forma. En cambio, la angustia de un paciente puede centrarse en la asfíxia (ARFID), síntomas gastrointestinales (AN en culturas no occidentales) o incapacidad para controlar la alimentación (BED); todas aquellas situaciones que son significativas para un individuo dentro de su contexto cultural.

La Dra. Keel hizo eco de la contribución de las habilidades clínicas clave que el Dr. Kreipe había subrayado anteriormente, incluyendo la comprensión de la heurística (reglas mentales generales basadas en la experiencia) y predisposiciones, así como escuchar a los pacientes porque sus síntomas son reales y no imaginarios. También señaló: “Cuando necesitamos que los pacientes se adapten a una experiencia de enfermedad que no tienen, los malinterpretamos”. También apuntó maneras en que la heurística puede influir en la forma en que se ven los trastornos alimentarios. Por ejemplo, cuando las mujeres jóvenes y muy delgadas restringen su alimento porque desean ser delgadas, los clínicos pueden detectar solamente AN, en aquellos que coinciden con el estereotipo. El trastorno por atracón es también un buen ejemplo de esta tendencia, dijo. Un ejemplo de esto es cuando un clínico no hace énfasis en el estereotipo de la preocupación por la pérdida de peso y el miedo a la gordura, se hace evidente que el TA afecta proporcionalmente más a los hombres, a la población mayor y más minoría étnicas. El trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos (ARFID, por sus siglas en inglés) afecta proporcionalmente más niños y una población más joven.

La Dra. Keel reiteró que: “vemos un trastorno alimentario en todos los grupos raciales, étnicos, de género, edad y socioeconómicos. Nadie es inmune y no hay dos personas con exactamente el mismo trastorno alimentario”, añadió. Por último, la Dra. Keel dijo: “Nos enfrentamos a varios retos para la eliminación de estas enfermedades debilitantes y algunos de estos desafíos se imponen internamente”.

Actualización: La edad y el género pueden afectar a los trastornos alimentarios con el tiempo.

¿A medida que las personas se acercan a la mediana edad desaparecen los trastornos alimentarios y, de ser así, hay distinguidas diferencias entre los sexos? En la reunión de ICED en Praga, Tiffany A. Brown, PhD, de la Universidad de California, en San Diego, y sus colegas de la Universidad del Estado de Florida y el Dartmouth College compartieron los resultados de un estudio longitudinal de 30 años sobre el peso corporal, percepciones del mismo, la dieta y síntomas de un trastorno alimentario en un grupo inicial de 900 hombres y mujeres, quienes fueron seguidos de sus veinte hasta sus cincuenta años. Al momento de los 30 años de seguimiento, 441 mujeres y 179 hombres, aún se encontraban en el estudio.

Los investigadores encontraron también, distintas diferencias en el curso de los trastornos alimentarios,

por género y edad. De sus 20 y a lo largo de sus 40, las mujeres fueron más propensas que los hombres a tener un trastorno de la conducta alimentaria, pero para la edad de los 50, no hubo una diferencia entre los géneros. El impulso por la delgadez, también cambia con el tiempo: este disminuyó entre las mujeres, pero aumentó entre los hombres. Además, los investigadores encontraron que la bulimia nervosa disminuyó más lentamente con el tiempo, entre los hombres.

El estatus del peso, la percepción propia del mismo y el hacer dieta también tuvieron diferentes patrones con el tiempo, entre los hombres y las mujeres. Para las mujeres en el estudio, su peso aumentó, pero su enfoque en éste disminuyó de las edades 20 a 30 y volvió a incrementarse una vez más durante los años de los 30 a los 50. Hacer dieta, frecuentemente también disminuyó en la medida en que las mujeres aumentaban de edad, hasta los 40, pero después incrementaban de 40 a 50 años. Entre los hombres, el peso, el enfoque en el mismo y el hacer dieta, frecuentemente aumentan con el tiempo. El impacto de la frecuencia de hacer dieta, en el impulso por la delgadez disminuyó con el tiempo para ambos géneros, pero sucedía más rápido entre los hombres.

Por lo tanto, ¿desaparecen los trastornos alimentarios según las personas se acercan a la mediana edad? De acuerdo con los autores, muchos de los estudios de largo plazo han demostrado que los pacientes con trastornos alimentarios se recuperan con la edad. Sin embargo, también reportaron que la incidencia de los desórdenes alimentarios está incrementándose actualmente, en hombres y mujeres mayores de 45. Los diagnósticos de trastornos alimentarios hechos al inicio de la etapa adulta prevalecieron hacia el final de esta, tanto como para hombres como para mujeres. Y, a pesar del aumento de la frecuencia en hacer una dieta reportado de las edades entre 40 y 50, no hubo un incremento paralelo en la patología del comer.

La Dra. Brown y sus colegas creen que los modelos de riesgo actuales para hombres y mujeres con un trastorno alimentarios se necesitan redefinir para darse cuenta de las trayectorias de desarrollo, en las cuales las dramáticas diferencias de género, observadas en la adolescencia tardía disminuyen con el tiempo.

Un programa basado en la web para superar la resistencia al tratamiento.

Un desafío incluye superar una multitud de barreras.

Alrededor de un tercio de los pacientes ambulatorios adultos en el Reino Unido que son referidos a servicios especializados en trastornos alimentarios nunca aparecen para su primera cita. Los investigadores ahora están experimentando con un nuevo programa basado en la web para mejorar la asistencia previa al tratamiento en los servicios ambulatorios en el Reino Unido (*JMIR Res Protoc* 2017; 6: e146)

En lo que se cree que es el primer programa de Internet para abordar este problema, la Dra. Sarah Muir y sus colegas de la Universidad de Bournemouth, Poole, la Universidad de Salud NHS Foundation Trust, Reino Unido y otras dos universidades diseñaron un programa de intervención para pacientes, "MotivATE". En el Reino Unido, después de que las personas buscan ayuda para un trastorno alimentario, sus médicos de atención primaria generalmente los refieren a un servicio especializado en trastornos alimentarios para una evaluación inicial. Entre los motivos por los que las personas no dan el siguiente paso están el estigma sobre el trastorno, la percepción errónea de que no se necesita tratamiento, el miedo al cambio, así como el costo previsto, al tener un trastorno alimentario por mucho tiempo, el abuso de laxantes y los síntomas de una comorbilidad psicopatología. La revisión de la literatura de los autores agregó otras barreras del paciente, incluyendo nociones preconcebidas de lo que el tratamiento

implicaría, desconfianza en general de los profesionales de la salud e incluso el miedo al abandono por la familia y por otras personas significativas.

Primero el equipo usó un mapeo de intervención (un protocolo para desarrollar programas de promoción de salud basados en la teoría y en la evidencia), así como un enfoque basado en la persona, seguido de la evaluación de necesidades y el desarrollo del programa. Antes de que pudieran diseñar el programa, los autores recurrieron a las personas que habían experimentado un trastorno alimentario y condujeron entrevistas para “pensar en voz alta” para comprender las creencias sobre la relevancia, la aceptabilidad y la utilidad de un programa de intervención. Para esto, reclutaron voluntarios de una popular universidad y una asociación local enfocada en los trastornos alimentarios.

Los autores informaron que el programa MotivATE intenta aumentar las tasas de asistencia ayudando a las personas a fomentar la motivación personal intrínseca y una mayor autosuficiencia, al mismo tiempo que abordan las creencias y expectativas negativas sobre el programa. Otro elemento implica determinar la etapa de cambio para un individuo: pre-contemplación, contemplación o preparación para el cambio.

El sitio web, en sí mismo, fue visto como “brillante”, “alegre” y “calmante”. También permite a los usuarios leer historias sobre las experiencias de los demás con sus trastornos alimentarios, presenta cuestionarios sobre el cambio y ofrece al visitante la oportunidad de solicitar asesoramiento personal e información.

Una prueba controlada en curso proporcionará más respuestas.

Los autores, actualmente, están llevando a cabo un ensayo aleatorio controlado para medir el impacto del programa. También han tenido comentarios positivos de los usuarios y staff del servicio, según el Dr. Muir. A pesar de la retroalimentación positiva hasta el momento, los autores todavía están preocupados por algo esencialmente desconocido: ¿las personas se registrarán en MotivATE y dar un paso más para encontrar atención?

Enfoques como estos, finalmente, pueden cumplir un papel vital en el proceso de búsqueda de ayuda para los trastornos alimentarios.

En la búsqueda de un tratamiento efectivo para TA

Una guía importante es apegarse a los protocolos establecidos, de acuerdo con un investigador líder.

El trastorno por atracón (BED, por sus siglas en inglés) actualmente es reconocido como el trastorno alimentario más común, el cual afecta al 3.5% de las mujeres y al 2.0% de los hombres. El TA es tres veces más común que la BN y la AN combinados, y más frecuentemente diagnosticado que el cáncer de mama, el VIH y la esquizofrenia.

En un ensayo reciente, Carlos Grilo, PhD, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, New Haven, CT, se dio cuenta que todos los enfoques actuales para el tratamiento de pacientes con TA, se pueden mejorar (*J Clin Psychiatry*. 2017; 78:20) El Dr. Grilo escribió qué dado que sólo de un tercio a una mitad de los pacientes con TA parecen ser ayudados por un tratamiento psicológico y conductual, por lo que se deben encontrar otras formas de ayudar a estos pacientes.

Las intervenciones de tratamiento psicológico y conductual más comunes para el TA, la terapia cognitiva conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (TPI), no conducen a la pérdida de peso. Las intervenciones de pérdida de peso conductual (BWL, por sus siglas en inglés) logran buenos resultados, más una modesta pérdida de peso a corto plazo. ¿Qué hay de agregar farmacoterapia a la TCC, en el

plan de tratamiento? De acuerdo al Dr. Grilo, este enfoque, aparentemente lógico, generalmente ha fallado hasta el momento. Los resultados de los ensayos controlados que prueban a la terapia combinada hasta ahora, no han sido claros. Cuando se agregan medicamentos a las TCC o al comportamiento, sólo se reporta una mejoría moderada.

El valor de los tratamientos manuales.

El Dr. Grilo recomienda adherirse a protocolos manuales cuando se usan tratamientos psicológicos y conductuales para TA. A pesar de la tentación de integrar el tratamiento basado en los juicios clínicos individuales, especialmente retando a los pacientes, la investigación demuestra que la evidencia basada en los protocolos de trastornos alimentarios, han logrado excelentes resultados.

Predecir el resultado

Una variedad de características de los pacientes, como la edad, el sexo, la etnia/raza, así como la psicopatología del trastorno alimentaria, no son predictores o moderadores fiables del resultado. Sin embargo, como informa el Dr. Grilo, la falta de respuesta temprana al tratamiento, ha predicho confiabilidad a los resultados deficientes en varios enfoques psicológicos y ensayos de medicamentos también. El paciente que responde rápidamente, tiene posibilidades, predeciblemente mejores, de obtener un buen resultado a largo plazo, independientemente del enfoque de tratamiento individual.

El Dr. Grilo señaló que la falta de una respuesta temprana, la cual no está asociada con las características específicas del paciente o la gravedad del TA, "es una fuerte señal para que los clínicos consideren probar tratamientos alternativos" (*J Clin Psychiatry*, 2017; 78:7) Además, afirmó que los clínicos deben estar entrenados para proporcionar a los pacientes con TA, tratamientos basados en la evidencia, sugiriendo una mayor atención a los predictores de la respuesta.

Imagen corporal distorsionada y una percepción errónea del dolor.

Las percepciones del dolor y la insatisfacción de la imagen corporal fueron correlacionadas en pacientes con AN y BN.

Las muchas consecuencias sobre la imagen corporal son claras para quienes trabajan en el campo de los trastornos alimentarios. Sin embargo, las alteraciones de la imagen corporal también pueden asociarse con percepciones distorsionadas del dolor, de acuerdo con los resultados de un estudio reciente de la República Checa (*J Pain Res.* 2017; 10:1677)

La Dra. Anna Yamamotova y psicólogos de la Universidad de Charles, Praga, examinaron las asociaciones entre la percepción de la imagen corporal, la insatisfacción corporal, así como la percepción del dolor, en un grupo de 61 mujeres hospitalizadas con trastornos alimentarios (31 de ellas con AN y 30, con BN) y 30 mujeres control saludables emparejadas en edad. Todas las pacientes internadas fueron evaluadas durante su primera semana en el hospital. Cuarenta de las pacientes estaban tomando medicamentos psiquiátricos en el momento del estudio; más comúnmente, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

La sensibilidad al calor fue medida utilizando un medidor de la analgesia del calor colocado en un dedo; las participantes retiraron el dedo tan pronto como comenzaron a sentir dolor. Para evitar cualquier lesión, se estableció un cronómetro durante 10 segundos. El umbral al dolor se midió en la cara dorsal de dedos derechos índice, medio y anular.

Todas las personas completaron una serie de cuestionarios. La Prueba de Actitud Corporal (BAT, por sus siglas en inglés) mide la imagen corporal alterada en mujeres con trastornos alimentarios usando 3 subescalas: la apreciación negativa del propio cuerpo, la falta de familiaridad con el propio cuerpo e insatisfacción general con el cuerpo. La percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con el propio cuerpo se midieron con el Anamorphic Micro Software; Anamorphic Micro es un programa computarizado de evaluación de imágenes, que permite al examinador ampliar o reducir la fotografía de la imagen corporal del paciente hasta 100%.

Una fotografía tomada de cada paciente parado frente a una pared blanca lisa, se amplió o redujo usando el programa de cómputo. Primero, se pidió a las pacientes ajustar cada fotografía para que coincidiera con lo que consideraban su apariencia real. Después, se le pidió al paciente que ajustara la imagen modificada para que correspondiera con el aspecto que les gustaría tener.

Tal como los autores, originalmente, plantearon como hipótesis, las pacientes con AN y BN, tenían umbrales al dolor similares, más altos que los controles. No es de sorprender que los resultados de BAT mostraron que las pacientes con AN y BN estaban más insatisfechas con sus cuerpos, que las mujeres control. Ambos grupos de pacientes sobreestimaron su tamaño corporal (123% en pacientes con BN y 130% en aquellas con AN) La percepción corporal no se correlacionó con la sensibilidad al dolor entre aquellos con AN o BN.

Estos resultados demuestran algunas de las relaciones complejas que existen entre las variables cognitivas de los trastornos alimentarios y la salud física.

La ortorexia nervosa y la anorexia nervosa: similares, pero claramente diferentes.

Un enfoque en la comida, pero diferencias en la cultura, calidad y cantidad de la misma.

Un individuo con ortorexia nervosa (ON) es casi religioso acerca de comer solo alimentos sanos y “puros”, obsesionándose con un comportamiento de alimentación saludable. Esto podría significar evitar las grasas, el azúcar o la sal, así como cualquier alimento sospechoso de contener colorantes, sabores o conservadores artificiales. Si bien, la ortorexia no es oficialmente un trastorno alimentario, ni está reconocida en el *DSM-5*, sí comparte algunas características con la anorexia nervosa.

La Dra. Anna Brytec-Matera y sus colegas de la Universidad SWPS de Ciencias Sociales y Humanidades, Katowice, Polonia (*BMC Psychiatry*. 2017; 15:252) recientemente diseñaron un estudio para evaluar comportamientos ortoréxicos, trastornos de alimentación y actitudes de la imagen corporal con la intención de encontrar posible evidencia de ortorexia entre 52 mujeres con trastornos alimentarios. La evaluación de los autores incluyó el uso del *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26, por sus siglas en inglés) para identificar los síntomas de los trastornos alimentarios y la versión polaca del *ORTO-15*, el cual está diseñado para evaluar los síntomas de AN, incluyendo las actitudes obsesivas hacia la elección, comprar, preparar y consumir alimentos “sanos”. Las actitudes hacia la imagen corporal se midieron con la versión polaca del *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire o MBSRQ* (por sus siglas en inglés), el cual usa 8 sub escalas para medir factores como el sentimiento de atracción, ansiedad de la gordura, el hacer dieta y la restricción de la alimentación, por ejemplo.

Se identificaron dos grupos distintos.

El análisis de clases latente (LCA, por sus siglas en inglés) identificó dos grupos de pacientes con trastornos alimentarios. El primer grupo tuvo un nivel bajo de alimentación desordenada y más síntomas

de ortorexia, mientras que el segundo grupo, que reportó niveles más altos de trastornos alimentarios, los comportamientos ortoréxicos fueron menos comunes. Los autores notaron que las alteraciones relacionadas con la alimentación son factores de riesgo para la ortorexia, y también a la inversa. Un resultado inesperado, de acuerdo con los autores, fue la identificación de un grupo de pacientes con trastornos alimentarios, clínicamente diagnosticados sin los típicos síntomas, evaluados por el *EAT-26*. Una posible explicación para esto podría estar relacionada con el hecho de que *EAT-26* es un cuestionario de autoevaluación y los pacientes con trastornos alimentarios podrían haber elegido omitir información. Los autores plantearon la hipótesis de que algunos pacientes pudieron tener puntajes bajos en el *EAT-26*, así como puntuaciones altas en el *ORTO-15* porque pueden "confundir" sus síntomas con comportamientos saludables.

El Dr. Brytek.Matera y sus colegas señalaron que su estudio es un ensayo piloto pequeño, más de lo recomendado para LCA, lo que podría limitar la reproducibilidad de los resultados. Además, no recopilaron información sobre ningún diagnóstico psiquiátrico comórbido. No obstante, los resultados sugieren relaciones interesantes y complejas entre ARFID, Ortorexia y trastorno alimentario.

¿Qué puede revelar un avatar sobre la imagen corporal en la AN?

En un estudio alemán, la belleza estaba en la actitud, no en el ojo del espectador.

Aunque se considera central para la AN, la alteración de la imagen corporal, aún no se entiende bien. Un equipo de investigadores en Alemania y Suiza han recurrido a la tecnología tridimensional (3D) para definir mejor los efectos de los trastornos de imagen mediante el estudio de 24 mujeres con AN y 24 pacientes control. (*Psychol Med.* 2017. doi: 10.1017/S00332917172008)

Los investigadores trataron de examinar si las mujeres con AN sobreestiman su peso o son más sensibles a los cambios de éste, en comparación con los controles normales. Después, quisieron responder a la pregunta: ¿cómo difieren las mujeres con AN y los controles con respecto a sus cuerpos deseados? Una tercera pregunta era si ¿el tamaño corporal estimado de un individuo o el tamaño corporal deseado se correlacionaba con los síntomas del trastorno alimentario o el tamaño real del cuerpo? Los investigadores también invitaron a los participantes a repetir el experimento, pero ahora en 2D, para evaluar qué tan sólida era la respuesta individual a otra pregunta, "¿Qué tan sólidos son nuestros hallazgos de nuestra propia estimación sobre el tamaño corporal y el tamaño del cuerpo?"

El equipo de investigadores utilizó escaneos corporales en 3D para crear cuerpos virtuales (llamados avatares) para cada participante en el estudio. Los avatares variaron a través de un rango de $\pm 20\%$ del peso de los participantes. También usaron una pantalla estereoscópica de realidad virtual en tamaño real, lo cual permitió realizar manipulaciones realistas de los avatares foto-realistas.

Al comienzo de la sesión experimental, se le informó a cada mujer que, basándose en su escaneo corporal, se había generado un modelo exacto y otros modelos más o menos manipulados de su cuerpo. El proceso fue descrito a los participantes como inflar y desinflar un globo. Cuando el sujeto vio diferentes versiones de su cuerpo, se le pidió que decidiera cuál era la versión exacta y cuál de ellas había sido manipulada. En el primer experimento, los participantes estimaron el tamaño de su propio cuerpo e indicaron cuál sería el tamaño de su cuerpo deseado. En el segundo experimento, los participantes calcularon el peso y la figura de un avatar, el cual se modificó para tener una identidad diferente, pero del mismo tamaño y forma.

Actitudes distorsionadas, no distorsiones visuales, fueron la clave.

Los resultados de los autores fueron interesantes, ya que contradicen una suposición generalizada de que los pacientes con AN sobreestiman su peso corporal debido a distorsiones visuales. En cambio, en base a sus resultados, los autores consideran que los componentes actitudinales están distorsionados en la AN; en realidad, los datos sugieren que, si hay que las personas con AN subestiman, es su peso. Por lo tanto, las personas sienten que los cuerpos de bajo peso, son deseables y atractivos. Como resultado, los autores recomiendan que las intervenciones clínicas sean encaminadas a ayudar a los pacientes con AN a cambiar su actitud sobre el peso "deseado" y a aceptar sus cuerpos con un peso saludable.

Comportamientos purgativos y alteración del sueño.

En un estudio de Japón, el sueño alterado fue, dramáticamente, diferente en aquellos con AN tipo purgativo.

La alteración del sueño es una queja común entre los pacientes con trastornos del estado del ánimo o ansiedad, así como también en aquellos con un trastorno alimentario. Por ejemplo, en un estudio previo de 549 mujeres universitarias, el 30% de ellas con un trastorno alimentario (AN, BN, TA) se quejaron de insomnio, en comparación con el 5% de las participantes que no parecían un trastorno alimentario (*Eat Behav.* 2014; 15:686)

En el primer estudio que se enfocó en los efectos de los comportamientos purgativos entre los pacientes con trastornos alimentarios y cómo esto afecta la calidad del sueño, el Dr. Tokusei Tanahashi y su equipo estudiaron a un grupo de mujeres con un diagnóstico inicial de AN (*BioPsychoSocial Med.* 2017;11.22) El equipo quería entender cómo los comportamientos purgativos se relacionan con la calidad del sueño y sus patrones, así como qué conductas alimentarias desordenadas, como atracones, vómito o abuso de laxantes, podrían afectar la calidad del sueño en general entre las pacientes con AN. Su grupo de estudio incluyó 20 mujeres consecutivamente hospitalizadas con un diagnóstico inicial de AN, quienes ingresaron al Departamento de medicina psicosomática en el Hospital Kohnodai, Chiba, Japón, durante un periodo de 6 meses.

Los participantes del estudio completaron la versión japonesa del *Pittsburgh Sleep Quality Index*, el cual evalúa la calidad y la interrupción del sueño. Después, utilizando los datos duros proporcionados por el cuestionario, los autores registraron, el tiempo de inicio del sueño, la hora en la que se despertaban y la duración del sueño de cada individuo. El equipo también administró el Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D, por sus siglas en inglés) para evaluar la depresión. Del grupo inicial de 86 pacientes con trastornos alimentarios, 23 de ellos con un diagnóstico de AN, fueron elegibles para estudios posteriores. Tres mujeres con el tipo compulsivo/purgativo de AN (AN-BP, por sus siglas en inglés) no aceptaron ingresar al estudio, por lo que el grupo final incluyó a 20 mujeres de 15 a 58 años (8 con AN-R, 12 con AN-BP) y la duración promedio de la enfermedad fue de 7.2 años en aquellos con AN-BP y 2.6 años entre aquellos con AN-R. El IMC fue de 13.7 mg/k² en el grupo de AN-BP y 12.6 mg/k² en el grupo AN-R.

Un grupo tuvo peor calidad del sueño.

Los autores encontraron que los pacientes con AN-BP tenían una calidad del sueño total, dramáticamente, peor, un ritmo circadiano más interrumpido, así como una duración anormal del sueño que los pacientes con AN-R. Patrones alterados del sueño (una puntuación de 5 o más en el PSQI) en 2 de 8 participantes con AN-R (25%), en comparación con 9 de 12 pacientes con AN-BP (75%) Aunque el equipo no evaluó específicamente el síndrome de alimentación nocturno, sus resultados mostraron que el 67% de aquellos con AN-BP habían alterado el ritmo circadiano, lo cual es potencialmente relevante para

dicho síndrome.

Aunque el tamaño de la muestra fue pequeño, los resultados destacan el posible impacto de los vómitos, así como la duración de la AN en la calidad del sueño alterada.

¿Pueden las burlas llevar a una alimentación desordenada?

Los resultados difieren en dos estudios; uno de ellos agregó cambios con el tiempo.

Se cree que tanto las burlas sobre el peso y el bullying en la adolescencia influyen en el desarrollo de comportamientos y actitudes alimentarias anormales. Sin embargo, investigadores españoles informaron, recientemente, que no encontraron efectos significativos o independientes de las burlas sobre las conductas alimentarias (*Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2017; Aug 14. doi: 10.1016/j.rpsm.2017; publicado antes de la impresión)

El estudio prospectivo de dos años con 7167 adolescentes, mujeres y hombres, entre 13 y 15 años, utilizó el cuestionario *Perception of Teasing Scale*, o *POTS* (por sus siglas en inglés), el cual mide los efectos de las burlas sobre el peso y las habilidades generales. Se analizó la asociación de las burlas a la psicopatología alimentaria 2 años después, controlando el índice de masa corporal (IMC), las medidas de insatisfacción corporal, el impulso a la delgadez, el perfeccionismo (*Eating Disorders Inventory*) síntomas emocionales e hiperactividad, medidos en la primera evaluación.

Las burlas sobre el peso y sobre las habilidades no tuvieron un impacto al inicio de una psicopatología alimentaria posterior. Los resultados fueron similares para niños y niñas, con una excepción. En las niñas, pero no en los niños, el controlar el IMC fue suficiente para hacer desaparecer cualquier efecto anterior de las burlas, según los autores.

Un resultado diferente en un segundo estudio, más largo.

Los resultados del estudio español contrastaron con los de un estudio longitudinal de cohortes (Project EAT), el cual siguió una muestra diversa de 1830 adolescentes desde 1999 para un seguimiento hasta el 2015 (*Prev Med.* 2017; Jul; 100:173. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.04.023. Epub 2017 Apr 24) La relación de las burlas basadas en el peso- al inicio del estudio- se examinó como un factor de predicción de estado de peso, atracones, el hacer dieta, alimentación como estrategia de afrontamiento, métodos de control de peso no saludables e imagen corporal 15 años después. La Dra. Rebecca M. Puhl, de la Universidad de Connecticut, Hartford y sus colegas querían identificar si las burlas basadas en el peso durante la adolescencia predecían resultados adversos relacionados con la alimentación y el peso, así como diferenciar qué fuente de burlas (por pares o miembros de la familia) tuvo un impacto en el resultado.

Las burlas sobre el peso, sí tuvieron repercusiones posteriores

Las burlas sobre el peso durante la adolescencia predijeron un mayor IMC y obesidad 15 años después. Para las mujeres, estas asociaciones a largo plazo ocurrieron a través de las burlas entre pares y basadas en la familia; en cambio, solo las burlas de los pares predijeron un mayor IMC, entre los hombres en el seguimiento a largo plazo.

Las burlas basadas en el peso por parte de los pares y la familia en los años de la adolescencia también predijeron subsecuentes atracones, métodos de control de peso poco saludables, comer para afrontar, imagen corporal deficiente y la dieta reciente, en mujeres, 15 años después.

En cierto modo, estos hallazgos contradicen, pero son tomados en consideración con otros trabajos en esta área, el impacto de las burlas sigue siendo una gran preocupación.

Preguntas y respuestas: Problemas endocrinos entre los hombres con AN.

P. He leído mucho sobre los problemas endocrinos entre las mujeres con AN, pero no mucho sobre la disfunción hormonal entre los hombres con AN. ¿Qué tan comunes son estos efectos entre los pacientes masculinos? (*GV, Los Altos, CA*)

R. Un artículo del Dr. Aren Skolnick del Centro Médico Judío de Long Island, New Hyde Park, NY y otros endocrinólogos de la Escuela de Medicina Carl Icahn, St Luke's Hospital, NY, NY, agrega algunas perspectivas útiles en este mismo tema. Los autores informaron sobre cuatro casos de hombres jóvenes con una disfunción hormonal (*AACE Clin Case Rep.* 2016; 2: e351) debida a una AN subyacente; estos casos presentan la variedad de problemas que se pueden ver en los hombres severamente enfermos con AN.

El primero de ellos, era un hombre de 24 años con AN hospitalizado por bradicardia y un curso hospitalario que desarrolló pruebas hepáticas anormales, pancreatitis, neumomediastino y síndrome de realimentación. Durante el año pasado, su peso había bajado de 220 lb a 79 lb cuando tomó el producto Hydroxycut[®], redujo drásticamente su ingesta de alimentos y adoptó un riguroso programa de ejercicios, que incluía correr 10 millas por día. En el examen, se encontró que tenía bradicardia y presión arterial baja. Su IMC fue 12. Los estudios endocrinos mostraron un nivel de TSH de 1.28 μ UI/ml (rango normal: 0.34 a 5.60) y nivel libre de T4 de 0.7 ng/dL (normal: 0.6 a 1.1) y T3 libre de 1.1 pg/ml (normal: 2.5 a 3.9), así como una lectura T3 de 31 ng/dL (normal: 8 a 178) La ecocardiografía bidimensional mostró una fracción de eyección de sólo el 19%, lo que indicaba una disfunción cardíaca significativa. Tuvo un curso hospitalario complicado que duró 7 meses y fue referido a un centro de rehabilitación.

El segundo paciente tenía 20 años con un IMC de 12.9. Primero buscó ayuda por una disfunción eréctil y comenzó una terapia de reemplazo con testosterona. El empeoramiento de la fatiga y el estreñimiento fueron las quejas más recientes. Cuando fue visto nuevamente, parecía severamente caquéctico con sarcopenia. él estaba despierto, pero no podía hablar. Como el primer paciente, tenía bradicardia. Su análisis de laboratorio mostró un nivel de glucosa en sangre capilar de 50 mg/dL y pruebas anormales de la función hepática. La repetición del nivel de glucosa en la yema del dedo fue de 15 mg/Dl y su nivel de TSH fue de 2.6 μ UI/ ml (normal: 0.34 a 5.60) Su nivel de T4 fue de 0.8 ng/dL (normal: 0.6 a 1.1) y el nivel total de T3 fue de 20 ng/dL (normal: 87 a 178)

El tercer paciente, un hombre de 23 años, se presentó después de perder 35 lb durante los dos meses previos. Su pulso y presión arterial eran bajos y su IMC era de 13. Tenía hipoglucemia (50 mg/dL), bradicardia e hipotermia. Los estudios de laboratorio endocrino mostraron una TSH de 0.82 IU /ml (normal: 0.34 a 5.60), nivel bajo de testosterona de 198 ng /dL (normal: 249 a 836) y niveles extremadamente bajos de la hormona folículo estimulante y niveles de tiroides.

El último paciente fue un varón de 20 años que había perdido 130 lb en los últimos 6 meses. Su IMC era 18. Sus pruebas de laboratorio mostraron hipocalemia grave, 2 mmol/L (normal: 3.1 a 5.1) hipocloremia y aumento de bicarbonato. Desarrolló bradicardia (pulso 39 a 49 latidos/minuto) hipotermia e hipotensión. Su estudio endocrino mostró TSH a 2.0 μ IU /ml (normal: 0.8-1.8), hemoglobina A1c 5,5%, entre los hallazgos.

Los cuatro jóvenes tenían desnutrición calórico-proteica, hipotermia, hipotensión y bradicardia, descubriéndose que tenían múltiples endocrinopatías. Tres de estos hombres jóvenes no tenían diagnósticos previos de AN u otro trastorno alimentario, por lo que AN no se consideró desde el principio. Tres de los cuatro también tienen algunos signos de niveles elevados de cortisol, hipotiroidismo e hipogonadismo.

Estos cuatro casos destacan que varias alteraciones endocrinas pueden ocurrir en hombres con AN. Que tres de los cuatro no habían sido diagnosticados previamente con AN, a pesar de tener síntomas bastantes severos, subraya los desafíos con la detección de casos en AN.

—SC

TAMBIÉN EN ESTE NÚMERO.

- Un programa basado en la web para superar la resistencia al tratamiento.
- En la búsqueda de un tratamiento efectivo para TA.
- Imagen corporal distorsionada y una precepción errónea del dolor.
- La ortorexia nervosa y la anorexia nervosa: similares, pero claramente diferentes.
- ¿Qué puede revelar un avatar sobre la imagen corporal en la AN?
- Comportamientos purgativos y la alteración del sueño.
- ¿Pueden las burlas llevar a una alimentación desordenada?

EN EL PRÓXIMO NÚMERO.

- **Más de lo destacado de la Conferencia en Trastornos alimentarios ICED 2017, en Praga.**

Complicaciones médicas de una severa desnutrición, tratando los trastornos alimentarios en hombres y en minorías étnicas, una actualización de un tratamiento basado en la familia, superando las barreras al tratamiento y más.

- **Â Signos de disfunción cardiaca en adolescentes con AN.**

MÁS

- **Pregúntale a un experto: enseñando nuevas matemáticas para los desórdenes alimentarios.**

¿Qué es lo que los clínicos pueden hacer para ayudar a los pacientes que se encuentran atrapados en una atención exhaustiva en cálculos matemáticos, incluidas las calorías consumidas, la exposición calórica, una planeación restrictiva de las comidas, la examinación exhaustiva de las comidas, el análisis del peso y escrutinio del tamaño de la ropa? Sandra Wartski, PsyD, CEDS aconseja que muchas veces creando sorpresivas o nuevos enfoques puede ayudar a romper esas rígidas rutinas.

- **Retroalimentación asertiva para adultos hospitalizados con AN**
- **La función sexual como una medida para la recuperación.**

Y mucho más...

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com