
Eating Disorders Review

Mayo/Junio 2019

Volumen 30, Número 3

Scott Crow, Editor en Jefe

Algunos de los aspectos más destacados de ICED 2019

Un enfoque en las innovaciones en la atención de trastornos alimentarios

En la 2019 Conferencia Internacional sobre trastornos alimenticios (ICED), celebrada en la ciudad de Nueva York a partir del 14-16 de marzo, más de 1400 asistentes de casi 50 países aprendieron sobre numerosas innovaciones en el cuidado de los trastornos alimentarios en talleres, sesiones de carteles y sesiones plenarias. El tema de la 26ª conferencia anual fue "Comiencen a difundir las noticias."

Un orador dio nueva información sobre el reconocimiento de personas en riesgo de suicidio.

Discurso de apertura: ¿por qué la gente muere por suicidio?

El orador principal, el Dr. Thomas Joiner, profesor distinguido de psicología Robert O. Lawson en la Florida State University, Tallahassee, propuso tres signos de advertencia que marcan a los individuos con el mayor riesgo de suicidio: (1) la sensación de ser una carga para los seres queridos; (2) la sensación de aislamiento; y, como señaló (3), "tal vez escalofriante, la habilidad aprendida de lastimarse a sí mismo."

El Dr. Joiner, quien es autor de 18 libros, incluyendo el de 2010, *Myths About Suicide*, citó "la penumbra americana" de los números de suicidio crecientes en los Estados Unidos en los últimos 30 años, incluso cuando las tasas de suicidio han caído en el resto del mundo. Señaló que es muy preocupante ver que "estas tasas aumentan cada año sin excepción; en 2017, perdimos a más de 47.000 personas por suicidio, en un ritmo de 50.000, en comparación con un deceso en las tasas en el resto del mundo, donde los suicidios han disminuido en un tercio."

¿Qué tiene el contexto americano que está impulsando las tasas de suicidio?, reflexionó. El Dr. Joiner dijo que hay algunos candidatos para el aumento constante: el creciente uso generalizado de opiáceos, la posesión generalizada de armas y una cultura que ha construido una relación con la violencia a través video juegos y armas. Otro factor puede ser la fragmentación encontrada en la comunidad. Esta fragmentación social se puede encontrar en la familia, los vecindarios y las organizaciones cívicas y religiosas, por ejemplo. Este es un fenómeno exclusivamente americano, dijo, añadiendo que "Es desalentado que durante décadas hemos hecho pocas mejoras en nuestro conocimiento del suicidio y los intentos de éste no letales."

Los signos físicos de la intención suicida

El Dr. Joiner también describió una serie de señales físicas que pueden advertir a los clínicos sobre el suicidio inminente. Usando ejemplos de casos con videos, el Dr. Joiner ofreció varios ejemplos de su propia práctica y otros. Los signos sobre las personas que pueden estar considerando el suicidio incluyen la abstinencia de comer, pérdida de peso no basada en la apariencia física y aislamiento social. También citó arrebatos de rabia, pasearse de un lado a otro y frotamiento de manos como manifestaciones conductuales de agitación, como signos de advertencia.

La poca afectividad también es una señal de advertencia, dijo. Otro posible indicador de riesgo que el grupo del Dr. Joiner está investigando es la reducción del parpadeo de ojos. El número promedio es un parpadeo cada 3 segundos y la evidencia inicial sugiere que esta tasa puede reducirse en personas suicidas (Joiner et al., 2016) Otras pistas incluyen un aumento geométrico en la intención, el cual es más específico que la mera ideación, la abstinencia y el distanciamiento social y de sí mismo. El individuo puede verse a sí mismo con desprecio e indignación o creer que su individualidad es una carga. Otros signos incluyen insomnio, pesadillas e irritabilidad.

Una teoría de tres factores — capacidad conceptual para el suicidio, la idea de que la gente no tiene miedo de la perspectiva de la muerte y tampoco de la posibilidad de matar. El suicidio no es sólo morir, sino también matar, dijo. Algunas personas no tienen miedo al daño corporal, pero hay más que eso, dijo el Dr. Joiner. Un individuo puede tener la percepción de que él o ella es una carga y que la muerte valdrá más que la vida.

El Dr. Joiner también se dirigió a "preguntas que se pueden hacer en un entorno de no-terapéutico. Las preguntas más útiles tienen que ver con la intención, dijo. Por ejemplo, agregó, "la única mejor pregunta sobre la intención es, 'en una escala de cero a 10, ¿cuánto quieres quitarte la vida? Esta pregunta es muy útil, dijo y debe ser apoyada con otras observaciones, como las cosas que son difíciles de ocultar, por ejemplo, la tasa de parpadeo, la historia de insomnio, pesadillas y abstinencia conductual.

Añadió que, en los Estados Unidos, los hombres tienen una preponderancia de 3:1 sobre las mujeres en las tasas de suicidio y en algunos países hay una proporción de 10:1 de hombres sobre mujeres. La ideación suicida y la ideación no letal son más comunes en las mujeres, agregó. También observó que la tasa entre los adolescentes es en realidad mucho menor que la de los adultos mayores. Un miembro de la audiencia preguntó si la anorexia nerviosa podría ser una señal de intención suicida. él respondió que los adolescentes no quieren morir, pero no saben cómo vivir. Para el paciente AN, la motivación es la delgadez y aunque esto puede ser letal, por lo general, no encaja en el modo suicida.

Finalmente, el Dr. Joiner señaló el trabajo de grupos especiales para prevenir el suicidio; un grupo de este tipo es el Military Suicide Consortium (MSRC), que está trabajando para identificar intervenciones suicidas prometedoras. MSRC forma parte de una estrategia en curso para integrar y sincronizar el Departamento de Defensa y esfuerzos civiles de los Estados Unidos, para implementar un enfoque de investigación multidisciplinar para la prevención del suicidio. Financiado a través del Defense Health Program, esta investigación tiene como objetivo mejorar la capacidad del ejército para identificar rápidamente a los que están en riesgo de suicidio y para proporcionar estrategias efectivas de prevención y tratamiento basadas en la evidencia.

Desde el otro lado del escritorio: Aprender y pasar conocimiento hacia adelante

Como siempre, la Conferencia de ICED 2019, en Nueva York ofreció muchas sesiones extraordinarias y estimulantes por expertos en trastornos alimentarios de todo el mundo. Siempre es muy difícil particularizar alguna o pocas de las presentaciones y en este año no fue la excepción. Un tema recurrente, en dos de las que hemos incluido, así como en otros artículos por venir en el siguiente número, es el nuevo esfuerzo para encontrar maneras más eficientes para atender a los pacientes, acortando el tiempo de tratamiento (ver la presentación del Dr. Glen Waller sobre un enfoque eficaz para una terapia cognitivo conductual más corta, la cual es más efectiva y amable para el paciente, así como los costos de tratamiento para la familia). En el próximo número, incluiremos una sesión plenaria del Dr. Allan Kaplan, de la University of Toronto, que aborda el difícil tema del tratamiento obligatorio para los pacientes, quienes tienen una vida en tratamientos para trastornos alimentarios y que no desean

mejorar. El reto para los clínicos es encontrar maneras más eficientes para tratar a las personas con trastornos alimentarios y compartir ese conocimiento.

— MKS

ACTUALIZACIÓN: Identificar los trastornos alimentarios en la milicia

Dos investigadores de la University of Kansas están desarrollando una herramienta de investigación para detectar mejor los trastornos alimentarios entre la milicia de los Estados Unidos (sitio web de la University of Kansas, news.ku.edu/2019/04/18). Con una beca de 3 años y \$1,7 millones del Department of Defense, las Dras. Kelsie Forbush, profesora asociada de psicología y Alesha Doan, profesora de estudios de mujeres, género y sexualidad en la University of Kansas, Lawrence, también esperan identificar barreras organizativas para detectar y tratar a los soldados con trastornos alimentarios. La Dra. Forbush observó que la milicia activa enfrenta una serie de peligros en el campo de batalla y los riesgos de estrés postraumático están bien documentados. Sin embargo, mucho menos se sabe acerca de otros elementos en juego, incluyendo la presión constante para cumplir con los estándares de condición física, requisitos físicos para alistarse en el servicio y la expectativa de los líderes para mantener los niveles de aptitud como modelos a seguir para sus tropas. Todos estos también pueden promover trastornos alimentarios. La Dra. Forbush añadió que pocos de nosotros somos conscientes de que el ejército tiene normas rigurosas "que requieren personal militar para cumplir con las normas específicas de masa corporal y otros niveles de condición física." Y hay más realidades que pueden llevar a una alimentación desordenada entre los soldados y las mujeres -como las comidas listas para comer, las ricas en calorías, y los "alimentos reconfortantes" de estilo cafetería de alta calorías, que pueden causar aumento de peso.

Los investigadores están trabajando para mejorar la capacidad de predecir qué soldados se recuperarán o recaerán en un trastorno alimentario, con la esperanza de que sus resultados no solo ayuden a comprender el alcance y los efectos de los desórdenes alimentarios en los veteranos posteriores a la 911, sino también demuestran la necesidad de desarrollar programas de trastornos de la conducta alimentaria en el sistema de la Administración de Veteranos de los Estados Unidos.

Predecir las consecuencias de los atracones entre adultos con diabetes tipo 1

El atracón objetivo se encontró en casi la mitad de los participantes en una prueba de 3 días.

La alimentación desordenada durante mucho tiempo ha sido reconocida como común en las personas con diabetes tipo 1 (DT1) e incluye síntomas tradicionales de TCA como los atracones, la restricción y la compensación a través de vómitos autoinducidos, así como la restricción de la insulina en un esfuerzo para controlar el peso.

En un estudio reciente de adultos con DT1, los investigadores de la University of Duke demostraron que la angustia de la diabetes puede estar relacionada con la conducta desordenada de la alimentación (J Eat Disord. doi.org/10.1185/s40337-019-0237-3) La Dra. Ashley A Moskovich y sus colegas también descubrieron que las personas que tienden a tener un afecto negativo y un sufrimiento por la diabetes antes de comer están en riesgo de tener atracones objetivos (OBE, por sus siglas en inglés) en la próxima comida.

La Dra. Moskvich señala que el control de la alimentación podría centrarse no sólo en el peso, sino también en la prevención de las complicaciones a corto y largo plazo de la diabetes. Por lo tanto, se necesita una mejor comprensión.

El Diseño del estudio

Los 83 participantes en el estudio de la Dra. Moskvich fueron parte de un estudio más amplio que investiga los síntomas del trastorno alimentario entre individuos con DT1 (*Diabetes Care*. 2015; 38:2025; *Psychosom Med*. 2018; 20:222) Los participantes variaron en edad de 18 a 65 años y tuvieron DT1 sin una hipoglucemia inconsciente o discapacidades cognitivas que interferirían con su capacidad para manejar de manera independiente su diabetes. Los métodos eran particularmente rigurosos: todos los participantes del estudio completaron 3 días de evaluación ecológica momentánea (EMA, por sus siglas en inglés) del estado de ánimo y el comportamiento alimenticio utilizando un sistema de encuestas telefónicas. Un monitoreo ciego continuo de la glucosa permitió a los investigadores monitorear los niveles de glucosa a lo largo del período de prueba y buscar relaciones de tiempo con las medidas de EMA.

Los autores informaron que el nivel de participación fue muy alto y los participantes respondieron a un promedio de 96% de las indicaciones y reportaron un promedio de 4 episodios de comida por día.

El papel del efecto negativo

De los 1002 episodios de alimentación reportados por los participantes, 80 se determinaron que eran episodios de OBE y el 43% de los participantes del estudio se atracaron al menos una vez durante la evaluación de 3 días. Las probabilidades de OBE fueron mayores entre las personas con niveles más altos de efecto negativo antes de las comidas, mayor angustia emocional y mayores niveles de glucosa en sangre postprandial de 2 horas después de los episodios de OBE versus non-OBE. Casi la mitad de los participantes informaron eventos OBE durante el período de prueba de 3 días.

Estos resultados resaltan el OBE como un problema importante en el DT1, tanto psicológicamente como metabólicamente. También confirman la relación entre el efecto negativo y los atracones reportados en el pasado.

Los autores señalan correctamente que las intervenciones que se centran en ayudar a los pacientes a lidiar con el efecto negativo, y específicamente a la angustia de la diabetes, pueden ser útiles para los pacientes con DT1.

El acoso y las conductas de alimentación desordenada

El acoso establece una cascada de problemas que conducen a una desordenada alimentación.

Una revisión reciente y un metanálisis apoyan el papel del acoso como un factor de riesgo para TCA (Lie, Ro y Bang, *IJED* 2019 mayo, 497-514) Dos psicólogos de la Universidad de Ottawa, Canadá, han informado sobre las relaciones longitudinales de los trastornos alimentarios, la ansiedad y el acoso (*Child Psychiatry Hum Development*. 2019 mar 26. doi: 10.1007/s10578-019-00884-7)

En su estudio prospectivo de 4 años, los doctores K.S. Lee y T. Vaillancourt seleccionaron a 657 estudiantes de los grados 5-8 (de 10-14 años) usando el Canadian McMaster Teen Study, para ser evaluados sobre el acoso, los síntomas de ansiedad y la alimentación desordenada.

Los autores descubrieron que la victimización por acoso inició un "efecto en cascada en la perpetración del acoso escolar", que luego condujo a un comportamiento desordenado de la alimentación. La ansiedad

afectó directamente a un comer desordenado. Los efectos fueron los mismos en las niñas que en los niños.

Los autores sugieren que los programas de prevención de acoso pueden ser útiles y abogan por la intervención temprana. [Un sitio web útil para los padres es www.stopbullying.gov Ver tabla 1.]

(La tabla es la siguiente)

Tabla 1. Cómo obtener ayuda para el acoso

El problema	¿Qué puedes hacer?
Ha habido un crimen o alguien está en riesgo inmediato de daño.	Llame al 911.
Alguien se siente desesperado, indefenso, pensando en el suicidio.	<p>Comuníquese con la línea Nacional de prevención del suicidio online o en 1-800-273-Talk (8255)</p> <p>La llamada gratuita va al centro de crisis más cercano en nuestra red nacional. Estos centros proporcionan asesoría de crisis de 24 horas y referencias de salud mental.</p>
Alguien está actuando de manera diferente a lo normal, como siempre pareciendo triste o ansioso, luchando para completar tareas, o no ser capaz de cuidarse por sí mismo.	<p>Encontrar un consejero local u otros servicios de salud mental</p> <p>El prototipo del portal de ayuda al consumidor del seguro de salud mental y adicción puede ayudar a los consumidores a llegar al recurso correcto para resolver su problema de cobertura de seguro de salud mental y trastorno por uso de sustancias.</p>
Un niño está siendo acosado en la escuela.	<p>Contacte con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profesor 2. Consejero escolar 3. Director de la escuela 4. El superintendente escolar 5. Departamento de educación del estado <p>Vea más sobre Cómo trabajar con la escuela.</p>
La escuela no aborda adecuadamente el acoso basado en la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la discapacidad o la religión.	<p>Contacto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El superintendente escolar • Departamento de educación del estado • Departamento de Educación de los Estados Unidos, Oficina de derechos civiles • Departamento de Justicia de los Estados Unidos, División de derechos civiles

Una pareja extraña: infecciones infantiles y el riesgo de un trastorno alimentario en la adolescencia.

Se necesitarán más estudios para ayudar a explicar esta conexión.

Los datos limitados sugieren un vínculo entre una infección y el riesgo de un trastorno alimentario. Un nuevo estudio proporciona evidencia sólida de que las niñas que tienen infecciones graves o repetidas durante su niñez están en un riesgo más alto de lo normal para el desarrollo de trastornos alimentarios en su adolescencia, de acuerdo con un nuevo estudio de 525.643 chicas danesas.

El documento, por Lauren Breithaupt y sus colegas, monitoreado a todas las niñas nacidas en Dinamarca de 1989 a 2006 registrando todas las recetas de antibióticos y otros agentes antiinfecciosos, así como hospitalizaciones, a través del 2012 (*JAMA Psychiatry*. 2019; 24 de abril. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0297)

Los resultados mostraron aumento en el riesgo de anorexia nerviosa (por 22%), bulimia nerviosa (por 35%) y TANE (por 39%) después de la hospitalización por infección, a diferencia de los que nunca fueron hospitalizados por una. Una relación similar, en la que un paciente recibió al menos 3 recetas por una infección, aumentó el riesgo en un 23% (AN), 63% (BN) y 45% (TANE) Hubo algunas evidencias de una respuesta adulta con más hospitalizaciones o más recetas de antibióticos. Los autores señalan que estos hallazgos se ajustan conceptualmente a la investigación genética reciente que implica regiones con genes relacionados con la función inmune y un gran estudio de asociación de genoma completo con la anorexia nerviosa.

Varias causas posibles, pero ninguna demostrada

Debido a que se trataba de un estudio observacional, no se pudo identificar ninguna causa definitiva para el vínculo entre la infección y el trastorno de la conducta alimentaria. ¿Fue genética, estrés, ansiedad o los agentes antiinfecciosos los que alteraron los microbios en el intestino? Los autores no pudieron señalar definitivamente a una causa y se necesitarán más estudios para explicar la razón o las razones por las que los agentes antiinfecciosos podrían estar ligados al desarrollo posterior de los trastornos alimentarios.

El uso de Twitter para explicar la deserción en las comunidades en línea de trastornos alimentarios.

La deserción fue tanto una acción individual como colectiva.

El uso de las redes sociales, como una manera de obtener información de salud, ha llegado casi como un tsunami, trayendo tanto lo bueno como lo malo y ahora son ampliamente utilizadas por personas con trastornos alimentarios. La existencia de estas comunidades en línea es bien conocida, pero ha habido poca información sobre por qué las personas desertan de dichas comunidades en línea. Un estudio reciente de los usuarios de Twitter por investigadores de la University of Southampton, UK y la Università Cà Foscari, Venice, Italia, buscó indagar sobre los comportamientos de deserción de las personas con trastornos alimentarios que utilizan Twitter, así como también analizar las emociones personales y redes sociales en dichos comportamientos (*Journal of Medical Internet Research*.2019; 21: mayo)

Los investigadores utilizaron "muestreo de avalancha", "el cual implica tener a los participantes con los que se había hecho contacto para utilizar sus propias redes sociales para referir a los investigadores a otros que, podrían desear contribuir o potencialmente participar en el estudio". Primero identificaron individuos que se autoidentificaron con trastornos alimentarios en su descripción de perfil de Twitter, así como en tweets y redes sociales. Este esfuerzo condujo a más de 2 millones de tweets de 208,963 usuarios de Twitter. Una herramienta automática de análisis de sentimiento se usó para medir las emociones de las personas y la deserción de los usuarios se calculó 18 meses más tarde.

Autores, dirigidos por Tao Wang, MSc, de la University of Southampton, identificaron 2906 usuarios de Twitter que publicaron más de 10 tweets y al menos, 50 palabras. Sólo 357 usuarios dieron información de género en sus perfiles y 84% (300) eran mujeres. De los que informaron la edad (1015), la media fue de 17.3 años. La vida mediana estimada en Twitter fue de 6 meses. Y, los usuarios con el mismo estado de deserción tendían a agruparse.

Los autores también descubrieron que los desertores estaban interesados en la idea de delgadez y usaban hashtags como "mythinspo" y "Skinny 4xmas", mientras que los no-desertores usaban hashtags como "selfharmprobz", "bulimicprobz" o "anorexicprobz" y a menudo ofrecía apoyo emocional a otras personas con trastornos alimentarios. Los usuarios con emociones negativas a menudo se dedican a promover ideales de delgadez, utilizando hashtags como "bonespo" y "mythinspo", mostrando intereses muy similares a los que no desertaron. Los investigadores concluyeron que involucrarse en un contenido dañino en línea y sobrellevar el estrés, era una forma de búsqueda de sensaciones, un tipo básico de personalidad definido como la exploración de sensaciones y experiencias variadas, novedosas e intensas, con la voluntad de asumir riesgos.

El lado emocional de desertar.

El estudio también arrojó una luz sobre las comunidades de trastornos alimentarios en línea, según los investigadores. Los usuarios de Twitter tenían una alta (85%) tasa de deserción y una breve vida en línea entre la creación de su cuenta de Twitter y el parar de sus publicaciones (la mitad desertó por 6 meses) Aquellos que compartieron con otros usuarios y discutieron sus problemas de salud y proporcionaron contenido pro-recuperación publicado con mucha menos frecuencia, que aquellos con contenidos pro trastornos alimentarios. Por lo tanto, los usuarios pro-recuperación pueden tender a dejar una comunidad en línea para evitar el riesgo de un mayor deterioro o incluso, una recaída. Esto también podría explicar por qué el contenido pro- trastorno alimentario se encuentra que es mucho más común y generalizado, que el contenido de pro-recuperación. Los usuarios de contenidos de trastornos alimentarios tendían a conectarse con otros con el mismo estado de deserción en Twitter; esto implica que desertar una comunidad de trastornos de la conducta alimentaria en línea, no es sólo un reflejo de la experiencia individual o la elección individual, sino también una propiedad de las interacciones grupales.

Preguntas y respuestas

Autolesión después de una cirugía bariátrica

P. Uno de mis pacientes adultos jóvenes, que ha tenido antecedentes de obesidad, anorexia nerviosa (AN) y trastorno por atracón (TA) se sometió con éxito a una banda gástrica, que detuvo sus atracones. Perdió peso significativo después de la cirugía, pero desde entonces ha desarrollado un comportamiento de autolesiones. ¿Tienen alguna sugerencia?

A. Un estudio danés describe un caso muy similar al de su paciente (*J Eat Disord.* 2018; 6:24) La doctora Louise Taekker y sus colegas en la University of Copenhagen, Denmark, trataron a una mujer de 24 años que comenzó a cortarse después de someterse a una cirugía bariátrica exitosa. Su paciente fue una participante en un proyecto de investigación multidisciplinar, el GO Bypass Study. Los objetivos del

estudio fueron identificar factores que contribuyen a las variaciones en la pérdida de peso después de la cirugía bariátrica. El estudio siguió a los pacientes durante aproximadamente 2 años y los examinó durante 5 visitas de estudio durante ese tiempo: al inicio, 1 semana antes del bypass gástrico y 1.5, 6, y 8 meses después de la cirugía.

Este paciente tuvo una historia severa de ambos de tipo restrictivo de AN y TA a partir de los 16 años. A los 18 años, el trastorno alimentario se trasladó a TA y su peso más bajo fue de 99 lb (45 kg) y su IMC más bajo fue de 16.5. Tenía un alto grado de insatisfacción corporal, que había estado presente desde que era una niña. Evitó las básculas, los espejos y las exhibiciones públicas. Cuando tenía dificultades emocionales, como después de una discusión con un compañero, ella se atracaba. También tenía depresión y estaba siendo tratada con antidepresivos, que fueron descritos como útiles. Ella describió sus atraques como algo que proporcionó una sensación de seguridad y consuelo en un mundo de dolor y caos. Su pareja fue de apoyo emocional y había ayudado al paciente a obtener hábitos alimenticios más saludables. Si bien la evaluación psicosocial encontró que el paciente necesitaba apoyo emocional y una estrecha vigilancia, no se descartó la cirugía gástrica.

Las entrevistas en profundidad revelaron un curso rocoso después de la cirugía. Aproximadamente un año después de su cirugía gástrica, dejó a su pareja de 7 años y reveló que había comenzado a cortarse intencionalmente varias veces a la semana. En los meses posteriores a la ruptura, también se había vuelto ansiosa, confusa y desolada e hizo dos intentos sucesivos de suicidio. El paciente dijo que este comportamiento se había convertido en un sustituto de los atraques.

Los autores descubrieron que mientras que los síntomas psiquiátricos generales del paciente permanecen altos y por encima del corte del caso clínico de corte, los síntomas de un trastorno alimentario y la depresión han mejorado notablemente después de la cirugía bariátrica. A pesar de esto, el paciente sigue teniendo dificultades para regular sus emociones, y su estilo de apego es más ansioso y su comportamiento evitativo ha aumentado.

Los autores señalan que el comportamiento de cortes refleja que los atraques y la autolesión sirvieron para la misma función, regular las emociones. También comentaron que la investigación y la literatura clínica sostienen que los síntomas se pueden substituir uno a otro, lo que será un problema hasta que las causas básicas subyacentes hayan sido tratadas y curadas. Cuando tal comportamiento compulsivo parece ser reemplazado por otro, como los atraques por los cortes, en este caso, esto se llama "transferencia de adicciones", "adicción cruzada" y "sustitución de síntomas". La cirugía gástrica hace que los atraques sean imposibles, ya que la anatomía de la persona ha cambiado.

La literatura sugiere que el riesgo de conductas impulsivas, como la bebida, pueden elevarse después de la cirugía bariátrica; esta imagen podría verse como encaja con eso. Un libro que ha existido por varios años *Cutting: Understanding and Overcoming Self-Mutilation*, por el Dr. Steven Levenkron. Nueva York, NY: w. w. Norton, 1998, previamente revisado en el *Eating Disorders Review*. Además, esta persona bien podría representar la mezcla de temas para los que se diseñó la terapia dialéctica conductual (DBT, por sus siglas en inglés)

En el siguiente número

Baja densidad mineral ósea en adolescentes con trastornos alimentarios

Por Erin Knopf, MD, y Philip S. Mehler, MD

Centro de recuperación de alimentación, Denver

La adolescencia es un momento crítico para el desarrollo óseo, y el 40% al 60% de la masa ósea pico se acumula durante estos años. Desafortunadamente, la edad pico de inicio de AN también se produce

durante la adolescencia. El tiempo de aparición, el tipo y la duración del trastorno alimentario, así como el grado de déficit nutricional, determinarán si se puede alcanzar la masa ósea adulta máxima. Los Drs. Knopf y Mehler ofrecen Opciones de desarrollo, diagnóstico y tratamiento.

Más

- **ICD-11 frente a ICD-10: ¿Qué es más eficaz para diagnosticar trastornos alimentarios?**
- **Adolescentes chinos con anorexia nerviosa: la brecha entre las expectativas de tratamiento y el resultado**
- **Ortorexia y patrones dietéticos, satisfacción corporal y el peso entre los estudiantes**
La regulación de la emoción y el efecto del género
- **Riesgo de trastornos alimentarios en corredores a distancia**
- **Y mucho más...**

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com