
Eating Disorders Review

Setiembre/Octubre 2019

Volumen 30, Número 5

Scott Crow, Editor en Jefe

Mujeres afroamericanas y los trastornos alimentarios: depresión y el arquetipo de la mujer negra fuerte

Por Carolyn Coker Ross, MD, MPH, CEDS

Si bien los trastornos alimentarios se han considerado durante mucho tiempo un "problema de la mujer blanca", los hallazgos recientes muestran que éstos se están convirtiendo en un problema de salud importante para las mujeres negras. A veces, se asume que las mujeres negras son menos susceptibles a la insatisfacción corporal, basándose en la noción de que la cultura afroamericana abarca tipos de cuerpos más grandes o más curvilíneos que la cultura dominante. Mientras que algunas investigaciones sugieren que la anorexia nerviosa es menos común en las mujeres negras que en las mujeres blancas,¹ los atracones recurrentes se producen a tasas más altas en las mujeres negras que en las mujeres blancas.¹

Un ejemplo de esta tendencia se describe en un artículo reciente de Stephanie Covington Armstrong, en el que comparte su batalla con la alimentación emocional.² Según Armstrong, una ruptura con su primer novio desencadenó recuerdos de su trauma infantil de abuso sexual. Esto luego provocó una dieta yo-yo extrema, lo que más tarde condujo a la anorexia y la bulimia. Cuando su anorexia estaba en el peor momento, se privaba de comida durante semanas. Durante su etapa bulímica, después de ingerir grandes cantidades de alimentos, Armstrong utilizó laxantes y ejercicio para tratar de combatir las calorías. Mantuvo su lucha oculta durante tres años antes de ser confrontada por su hermana, con quien compartía un hogar.

Aunque la experiencia de Armstrong es consistente con investigaciones que muestran que los atracones o el comer emocional excesivo, a menudo se utilizan como una manera de hacer frente a las emociones difíciles, las cuales han sido desencadenadas por traumas pasados, como un maltrato infantil, los médicos rara vez asumen que los trastornos alimentarios son un problema para las mujeres negras. Además, hay varios otros factores que afectan a las mujeres negras en términos de trauma y afrontamiento que pueden pasarse por alto o ignorarse, pero que tienen un efecto innegable en su salud.

El papel del estrés

Los patrones de una alimentación problemática pueden desarrollarse en respuesta al estrés, así como los trastornos alimentarios existentes pueden empeorar debido a este. Las mujeres afroamericanas son más propensas que sus contrapartes blancas a experimentar pobreza,³ una fuente importante y generalizada de estrés. También se enfrentan a los factores estresantes del racismo y las microagresiones. Las mujeres negras se ven muy afectadas por la discriminación y el acoso sexual en el lugar de trabajo⁴ y pueden tener vías limitadas para un recurso efectivo. La alimentación desordenada puede surgir en parte, como una forma de hacer frente al estrés de vivir y trabajar- día tras día- en ambientes hostiles y desagradables.

Las mujeres negras experimentan depresión a tasas más altas que las mujeres blancas.⁵ Un estudio de la

depresión y las conductas de afrontamiento en las mujeres blancas y negras adolescentes encontró que aquellas que reportaron niveles más altos de depresión eran más propensas a experimentar un trastorno de la conducta alimentaria. Las mujeres que informaron atracones recurrentes-comer tenían niveles especialmente altos de angustia psicológica.⁶ La depresión y los trastornos alimentarios se intensifican uno a otro, en un círculo vicioso. Si bien los atracones pueden aliviar temporalmente los sentimientos no deseados, el aumento de peso que afecta a estas mujeres por atracones a largo plazo, los cuales pueden incrementar los sentimientos de depresión.

Los efectos del trauma

Los atracones y el comer en exceso se utilizan a menudo como formas de hacer frente a las emociones difíciles desencadenadas por traumas pasados. El trauma puede ser causado no sólo por eventos agudos como asaltos, sino también por circunstancias amenazantes o situaciones a largo plazo.

Por lo tanto, mientras que el abuso o negligencia infantil es traumático, también lo pueden ser estar en una guardería y la violencia doméstica. La enfermedad, la adicción o la ausencia de alguno de los padres u otro cuidador principal también puede ser traumático, causando problemas interpersonales duraderos en función del tipo de apego. Además, una mujer puede experimentar múltiples tipos de trauma en su vida.

Los sobrevivientes de trauma son típicamente hiper vigilantes, siempre en busca de la próxima amenaza. Este sentimiento continuo de tensión es incómodo y los sobrevivientes de traumas a menudo se involucran en algún tipo de comportamiento tranquilizador en respuesta al malestar. Los atracones, el comer emocional en exceso, así como la adicción a comer son reacciones comunes, particularmente entre las mujeres negras. Algunas mujeres con traumas pasados o presentes pueden haber utilizado la comida a lo largo de sus vidas como la única fuente confiable de placer o comodidad.

El estrés y el trauma pueden causar cambios neurológicos en el cerebro que aumentan el riesgo de atracones y del comer en exceso compulsivo. Tanto el estrés prenatal como el de la vida temprana pueden aumentar el riesgo de padecer un trastorno alimentario, una adicción o bien obesidad.⁷

La exposición al estrés en las primeras etapas de la vida puede resultar en más dificultades para controlarlo más adelante, así como en la regulación de las emociones a lo largo de la vida, tales como una predisposición a los trastornos del estado de ánimo, la impulsividad y la compulsividad.

¿Cómo pueden los clínicos hacer un mejor trabajo de detección y tratamiento de trastornos alimentarios en mujeres negras? Mejorar la atención comienza con la conceptualización de una alimentación desordenada, no como una preocupación por la apariencia, sino más bien como una estrategia para hacer frente al estrés, la depresión y el trauma del paciente.

Tasas crecientes en trastornos alimentarios y depresión

La corriente subterránea del racismo

En un estudio realizado en 2008, los investigadores encontraron que las mujeres negras reportaron más comodidad con el sobrepeso y son más propensas a reportar un bajo peso cuando en realidad estaban en el rango normal. Los investigadores sugirieron dos razones por las que las mujeres negras pueden mirar los estándares de peso de manera diferente. Una razón es que las mujeres negras pueden estar distanciándose de los estándares de peso irreales de la cultura blanca. La otra razón puede deberse a representaciones históricas persistentes de esclavas negras como pesadas, sin sexo y diferentes. *Estos hallazgos sugieren que los efectos del racismo del pasado y del presente, así como el trauma asociado con este, pueden desempeñar un papel fundamental en la salud de las mujeres negras. Las representaciones históricas pasadas y el trauma asociado con el racismo deben ser considerados al tratar eficazmente los trastornos de la alimentación en la población femenina negra.*

El arquetipo de la mujer negra fuerte

Muchas mujeres negras están imbuidas en ciertas características, las cuales pueden arrojar luz sobre por qué son más propensas a ciertos problemas de salud. En *Superwoman Schema: African American Women's Views on Stress, Strength, and Health*, Cheryl L. Woods-Griscombé, PhD, RN sugiere que los problemas de salud que enfrentan las mujeres negras pueden explicarse por cómo ellas enfrentan el estrés.⁷ Cuando se trata de cuestiones relacionadas con la salud, el estrés desempeña un papel importante en el desarrollo y la proliferación de padecimientos y enfermedades. *La forma en que las mujeres negras han sido condicionadas a enfrentarse con el estrés de las experiencias de la vida, depende en gran medida de este arquetipo de mujer negra fuerte o papel de "Superwoman".*

Dificultad para aceptar la ayuda de otros

La característica más fuerte en el arquetipo de mujer negra fuerte es la dificultad para aceptar la ayuda de los demás y sentir la necesidad de ser muy independiente por miedo a salir lastimado. En un estudio realizado en 2000, las jóvenes negras a menudo usaban la palabra "fuerte" para describirse a sí mismas. Las mujeres que adoptaron esta imagen de mujer negra dijeron que mantenían un fuerte sentido de sí mismas a pesar de los problemas que enfrentaban. En otro estudio, en una muestra demográfica muy diversa de 48 mujeres afroamericanas, los ocho grupos de discusión informaron que no era raro que se protegieran manteniéndose a la defensiva. Esto ocurrió ya sea porque no sabían cómo aceptar ayuda o sentían que su vulnerabilidad o dependencia de otros, podría conducirlos a ser lastimados. Los participantes en este estudio también informaron renuencia a expresar emociones o a buscar ayuda de otros debido a experiencias pasadas de ser defraudados por familiares o amigos. Cuando buscan ayuda, a menudo dependen de un fuerte sentido de la fe o en medios religiosos, como su iglesia comunitaria, para ayudarse a superar los desafíos y mantenerse fuertes frente a la adversidad.

Otra característica clave de la mujer negra fuerte es el papel de cuidadoras. Las mujeres que asumen este papel no sólo se sienten responsables de la familia, sino de la comunidad negra en general. También tienden a asumir el papel dominante en las relaciones íntimas, y esto es más frecuente en el papel de la madre negra soltera.

Las mujeres negras también informaron sentirse responsables de satisfacer las necesidades de todos los demás antes que las suyas, a menudo asumiendo múltiples roles y responsabilidades, teniendo dificultad para decir que no, incluso si sabían que estaban comprometiéndose en exceso.

Curiosamente, el estudio de las mujeres de Woods-Griscombé hizo conexiones entre los problemas de salud que estaban enfrentando y este papel de Superwoman. Muchas reportaron comportamientos de salud relacionados con el estrés como comer emocionalmente, fumar y evitar cuidar de sus propias necesidades. También reportaron problemas de salud física como migrañas, pérdida de cabello, ataques de pánico y depresión.

Dirigirse a toda la persona

La adicción a comer/comida y los trastornos alimentarios no se trata realmente sobre comida en absoluto; sino de las emociones. Las mujeres afroamericanas pueden adoptar valores culturales que las ponen en mayor riesgo de comer emocionalmente, lo cual les hace más difícil buscar y aceptar ayuda para el problema. Pueden usar la comida para adormecer sus emociones o para distraerlas de los problemas de la vida. Al igual que una pelota de playa sostenida bajo el agua, las emociones que se reprimen pueden resurgir con una venganza, a menudo en otra forma, como el comer en exceso.

La medicina integrativa tiene mucho que ofrecer a todas las mujeres, incluyendo mujeres africanas-americanas, cuando se trata de la recuperación de trastornos de la conducta alimentaria.

Problemas como el atracón, el comer emocionalmente, la anorexia y la bulimia o el comer compulsivo surgen en un contexto de factores complejos e interconectados, por lo que tiene sentido adoptar un

enfoque integrativo del tratamiento.

Cuando se está trabajando con clientes afroamericanos, es importante explorar su historia de trauma, como se identifica en el estudio Adverse Childhood Experiences. El cliente no puede cambiar un pasado difícil, pero ella puede cambiar la forma en que se cuida a sí misma a la luz de sus experiencias. Del mismo modo, no puede cambiar su cuerpo, pero puede transformar su relación con él. A diferencia de otros comportamientos compulsivos, el comer no es algo de lo que una persona pueda abstenerse. Debe establecerse una nueva y saludable relación con la comida.

Niveles de cambio

Los clínicos pueden ayudar a los clientes a recuperarse de una alimentación desordenada guiándolos a través de los siguientes niveles de curación. La recuperación de un trastorno alimentario implica cinco niveles de cambio:

1. Dejar de lado los comportamientos superficiales como la dieta, el restringirse y obsesionarse con la comida, porque éstos no resuelven el problema de la alimentación fuera de control y solo funcionan como una distracción de los problemas emocionales subyacentes.
2. Aprender nuevas formas de afrontar eficazmente el estrés, empezando a reconocer y expresar las emociones dolorosas que pueden haber estado impulsando el trastorno alimentario.
3. Desarrollar la conciencia corporal, reconectarse con las sensaciones y aprender a ver el cuerpo como una fuente de sabiduría, en lugar de como un adversario recalcitrante que tiene que ser "puesto en forma" o "mantenido en raya".
4. Dejar de lado creencias fundamentales (como "No es seguro confiar en otras personas") que ya no sirven a un propósito positivo, para cultivar nuevas creencias que sean precisas y funcionales en el presente (como "Puedo confiar en ciertas personas en mi vida que realmente quieren lo mejor para mí")
5. Descubrir formas de satisfacer la profunda necesidad humana de autenticidad y significado, porque estas experiencias son esenciales para una buena vida, lo que también sirve como reforzadores positivos naturales y ayudan a sanar el sistema de recompensa del cerebro. Se trata de satisfacer el alma, no una escala. El cliente puede ver esto como su yo espiritual, la persona que Dios o el espíritu creó.

Como clínicos, somos más eficaces para ayudar a nuestros clientes cuando tomamos una visión holística de sus vidas. Es de vital importancia que todos los clínicos trabajen para entender toda la experiencia de sus clientes negros femeninos y masculinos, incluyendo no sólo su salud física, sino también sus vidas emocionales, así como las muchas maneras particulares en que las tensiones del racismo, discriminación, pobreza, trauma, interrupción familiar y experiencias adversas en la infancia pueden contribuir a una alimentación desordenada. Es imperativo que reconozcamos las posibles causas y síntomas de los trastornos alimentarios en nuestros clientes afroamericanos, para que no sufran solos.

Referencias

1. **Felitti VJ**, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998; 14:245.
2. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Kraemer HC, et al. 2003. Eating Disorders in White and Black Women. *Am J Psychiatry.* 160:1326-1331.
3. Striegel-Moore RH, Wilfley DE, Pike KM, et al. 2017. Recurrent Binge Eating in Black American Women. *Arch Fam Med.* 9:83-87.

5. Ives A. What You Need to Know About Eating Disorders. *Ebony*. 2017. (<http://www.ebony.com/wellness-empowerment/eating-disorders-health#axzz4mTPm4Dcj>)
6. Offutt MR. The Strong Black Woman, Depression, and Emotional Eating. *Scholar Commons: University of Southern Florida*. 2013: 1-113. (<http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5935&context=etd>)
7. Woods-Giscombé CL. Superwoman Schema: African American Women's Views on Stress, Strength, and Health. *Qualitative health research*. 2010; 20:668-683. doi:10.1177/1049732310361892.

Lecturas sugeridas

University of Michigan Poverty Solutions. 2017. "Poverty in the U.S."

<http://poverty.umich.edu/about/poverty-facts/us-poverty/>. Accessed December 18, 2017.

Krieger, N., P. D. Waterman, C. Hartman et al. 2006. "Social Hazards on the Job: Workplace Abuse, Sexual Harassment, and Racial Discrimination – A Study of Black, Latino, and White Low-Income Women and Men Workers in the United States." *Int J Health Services*. 2006; 36: 51.

Centers for Disease Control and Prevention. 2010. Current Depression among Adults – United States, 2006 and 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 59 : 1229–35.

Offutt MR. 2013. The Strong Black Woman, Depression, and Emotional Eating." Graduate dissertation, University of South Florida. <http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5935&context=etd>

Su X, Liang H, **Yuan W** , **Olsen J**, **Cnattingius S**, **Li J**. 2016. "Prenatal and Early Life Stress and Risk of Eating Disorders in Adolescent Girls and Young Women." *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25: 1245.

Thomas MB, Hu, Lee TM, Ming HU, Lee TM, Bhatnagar S, Becker JB. Sex-Specific Susceptibility to Cocaine in Rats with a History of Prenatal Stress. *Physiol Behav*. 2009; 97:270.

Enoch MA 2011. "The Role of Early Life Stress As a Predictor for Alcohol and Drug Dependence." *Psychopharmacol*. 2011; 214: 17.

Warren BL, Sial OK, Alcantara LF, et al. Altered Gene Expression and Spine Density in Nucleus Accumbens of Adolescent and Adult Male Mice Exposed to Emotional and Physical Stress. *Developmental Neuroscience*. 2014; 36: 250.

Thompson BW. A Way Outa No Way: Eating Problems among African-American, Latina, and White Women. *Gender and Society*. 1992;6: 546.

Acerca del autor

Dra. Carolyn Coker Ross es autora, oradora, experta y pionera en el uso de la medicina integrativa para el tratamiento de los trastornos alimentarios, obesidad y adicciones. Anteriormente fue directora del programa de trastornos alimentarios en Sierra Tucson, en Tucson, AZ, actualmente es consultora de centros de tratamiento en todo Estados Unidos. Es autora de tres libros, incluyendo uno de los primeros libros sobre el trastorno por atracón, *The Binge Eating and Compulsive Overeating Workbook* y su nuevo libro es *The Food Addiction Recovery Workbook*. La Dra. Ross es el CEO de The Anchor Program,™ un programa de coaching en línea para personas con el trastorno de atracón, una alimentación emocional y otros problemas con la comida y la imagen corporal.

Del otro lado del escritorio:

El progreso es lo que sucede cuando la imposibilidad se rinde a la necesidad.- Arnold H. Glasow

Este mes, nuestro artículo principal, "Mujeres afroamericanas y trastornos alimentarios: depresión, y el arquetipo de mujer negra fuerte," by Carolyn Coker Ross, MD, MPH, CEDS, aborda un segmento, a menudo pasado por alto, de la población de los trastornos alimentarios, las mujeres afroamericanas. Otros artículos incluyen estudios de trastornos alimentarios entre los hombres, otro grupo a menudo pasado por alto, y emocionantes avances genéticos que se han hecho para definir mejor la anorexia nervosa.

Ese progreso es verdaderamente bienvenido y está retrasado, por lo que los reconocimientos deben ir a las personas y grupos globales por igual, que tan diligentemente trabajan para mejorar nuestra comprensión del desafiante mundo de los trastornos alimentarios.

ACTUALIZACIÓN: Bajo el radar: la construcción muscular y los trastornos alimentarios

La alimentación desordenada orientada a la musculatura se ha unido a algunos de los riesgos más recientes de la dismorfia muscular. Con este tipo de alimentación desordenada, los adolescentes pueden sentir que los entrenamientos físicos pesados les ayudarán a aumentar de peso o "ensanchado", para superar una imagen de sí mismos de ser flacos o débiles. Investigadores de la University of California-San Francisco Benioff Children's Hospitals recientemente estudiaron a 14.891 jóvenes adultos de todo Estados Unidos durante 7 años, buscando señales de advertencia y causas para este tipo de alimentación desordenada, la cual se podría pasar por alto fácilmente y de hecho parece saludable. Los investigadores, dirigidos por Jason Nagata, MD, de la UCSF Division of Adolescent and Young Adult Medicine, informaron que en su nivel más extremo, este patrón puede conducir a la insuficiencia cardíaca debido a muy pocas calorías y sobreesfuerzo, así como la dismorfia muscular, que con frecuencia está relacionada con la abstinencia social y el aislamiento. Los adolescentes con trastornos alimentarios relacionados con la musculatura también pueden hacer ejercicio excesivamente o inclinarse al otro lado, ya sea entre comer cantidades excesivas de proteína y reducir calorías o restringir carbohidratos y grasas, con el fin de lograr la forma corporal que desean.

Los investigadores informaron que los chicos que se ejercitaban específicamente para aumentar de peso tenían un 142% más de probabilidades de desarrollar este tipo de alimentación desordenada y los riesgos eran mucho más altos entre las niñas, las probabilidades aumentaron en un 248%. Ser afroamericano aumentó las probabilidades en los hombres en un 61% y más del doble, 181%, entre las niñas. La identidad no heterosexual, sobre la que se preguntó a los participantes cuando se convirtieron en adultos, no fue un factor de riesgo. En el momento en que los participantes del estudio tenían de 18 a 24 años, 1 de cada 20 mujeres y más de 1 de cada 5 hombres tenía uno o más síntomas de trastornos alimentarios relacionados con la musculatura.

Las pistas de comportamiento que aumentan el riesgo de dismorfia muscular incluyen una dieta muy restringida que omite grasas y carbohidratos, pesaje compulsivo y control de apariencia, así como dedicar una cantidad excesiva de tiempo para hacer ejercicio en detrimento de una vida social del individuo.

Más evidencia genética encontrada en Anorexia Nervosa

Grandes estudios recientes apuntan a 8 regiones en el genoma.

Como se describió anteriormente en el *Eating Disorders Review*, un estudio de asociación en todo el genoma (GWAS, por sus siglas en inglés) mostró más evidencia de la base genética de la AN, pero con un giro. También se identificó que las áreas del genoma vinculadas a la anorexia nerviosa estaban correlacionadas con el índice de masa corporal (IMC, kg/m²) y efectos metabólicos, así como con rasgos psiquiátricos (Duncan et al., *Am J Psychiatry*. 2017. 174:850) Un documento reciente en *Nature Genetics* (Watson et al.) ahora combina los aproximadamente 3500 casos utilizados en ese estudio original de asociación del genoma con datos del grupo de trabajo de trastornos alimentarios de la Psychiatric Genomics Consortium, produciendo casi 17.000 casos de personas con anorexia nerviosa, así como alrededor de 55.000 controles. Esto aumenta en gran medida la capacidad de los investigadores para examinar las correlaciones genéticas de la anorexia nerviosa.

Se identifican ocho loci

Los resultados confirman y extienden la evidencia del análisis anterior, mucho más pequeño. Se identificaron ocho loci- o regiones dentro del genoma- significativos. El análisis de la importancia potencial de esas regiones incluye vínculos con el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno depresivo mayor, la esquizofrenia y la ansiedad. Pero, también había vínculos a factores metabólicos, incluyendo factores que influyen en el índice de masa corporal, la actividad física, la azúcar en la sangre y el colesterol de lípidos de alta densidad. En conjunto, estos hallazgos confirman y amplían lo que se ha conocido hasta ahora. Parece haber cierto riesgo compartido con síntomas de ansiedad de varios tipos, incluyendo trastorno obsesivo compulsivo y con síntomas del estado de ánimo. Por otro lado, los hallazgos también apoyan y extienden la nueva perspectiva fascinante de que las variables relacionadas con el metabolismo también son relevantes para el riesgo de anorexia nerviosa.

(Cabe destacar que este gran estudio ahora comienza a acercarse al tamaño de las muestras utilizadas para descubrir información genética valiosa en otras enfermedades, como los trastornos del estado de ánimo y de la esquizofrenia. Sin embargo, habrá un gran valor en la recolección de muestras aún mucho más grandes para promover nuestra comprensión de la anorexia nerviosa y finalmente, otros trastornos de la alimentación)

Para obtener más información, explore estas ligas

El trabajo en esta área continúa; el próximo estudio es la Eating Disorders Genetics Initiative. Este estudio será más grande, global y más amplio desde el diagnóstico. El estudio se está llevando a cabo en Australia y comenzará en otros lugares en breve.

Los siguientes enlaces añaden información útil sobre los estudios genéticos que están aclarando y a lo que ahora sabemos acerca de los vínculos genéticos a AN:

“Watch this space” link: https://www.med.unc.edu/psych/eating_disorders/edgi/

“Australia is up and running” link: <https://edgi.qimr.edu.au/Survey/Consent>

Otro cambio cerebral observado en pacientes con anorexia nerviosa

Con la recuperación de peso, los niveles de la cadena ligera del neurofilamento plasmático disminuyeron

Se han identificado una serie de cambios cerebrales estructurales en pacientes con anorexia nervosa, incluyendo reducciones en la materia gris o blanca, así como el alargamiento de sulci y ventrículos. Científicos suecos han examinado un posible marcador sanguíneo de estos efectos cerebrales: aumento de las concentraciones de la cadena ligera de neurofilamentos plasmáticos (NFL). Este biomarcador sanguíneo (una indicación de daño neuronal) a menudo se usa para seguir la progresión en afecciones como la enfermedad de Parkinson o la enfermedad de Alzheimer.

La bióloga molecular Ida A. K. Nilsson y un equipo del Karolinska Institute, Stockholm, hipotetizó que la lesión neuronal y/o degeneración está involucrada en la fisiopatología de la AN. Para probar esto, midieron los niveles de las cadenas ligeras de neurofilamento en un pequeño estudio de mujeres con anorexia nerviosa (n=12), mujeres con anorexia nerviosa que recuperaron el peso (n=11) y controles de peso normal y de edad (n=12) (*Translational Psychiatry*. 2019. 9:180) También trataron de saber si tales cambios se deben a la degeneración de las células cerebrales o simplemente a cambios en los niveles de líquido.

El equipo encontró niveles significativamente más altos de cadena ligera de neurofilamento plasmático entre las mujeres con anorexia nerviosa, en comparación con las mujeres de peso normal con y sin antecedentes de anorexia nerviosa. Los niveles de la cadena ligera de neurofilamento se asociaron negativamente con el índice de masa corporal en los tres grupos. Los resultados sugirieron que los niveles de la cadena ligera podrían normalizarse con la recuperación de peso. Otros estudios de otros marcadores de cambio neuronal han demostrado resultados variables después de recuperar el peso y los autores sólo podrían especular sobre el origen de la lesión neuronal ligada a niveles elevados de la cadena ligera de neurofilamento. Señalaron que es posible que la barrera hematoencefálica se vuelva más permeable en condiciones de inanición, como la anorexia nerviosa, lo que permitiría que más niveles de la cadena ligera del neurofilamento se filtraran en la circulación. Se necesitan más estudios para identificar mejor las áreas del cerebro que se ven afectadas y los efectos a largo plazo entre los pacientes con anorexia nerviosa.

Linking Emotion and Impulsivity with Binge-Eating

Dos estudios investigan las razones de los episodios persistentes.

El trastorno por atracones es ahora el trastorno alimentario más común y actualmente afecta aproximadamente a 2.8 millones de estadounidenses. El trastorno por atracón se describe como sentirse fuera de control después de comer regularmente más comida de lo que la mayoría de las personas lo harían en una sola sesión. Los episodios de atracón ocurren al menos una vez a la semana durante 3 meses o más. Investigadores en varios estudios han centrado su atención en la impulsividad como un factor de riesgo grave para el atracón y el trastorno por atracón.

Intervención grupal centrada en la impulsividad para reducir el atracón

Un equipo de investigadores alemanes dirigido por la Dra. Kathrin Schag en la Medical University Hospital, Tübingen, Germany, recientemente desarrollado un grupo de intervención cognitivo-conductual, IMPULS, para examinar mejor la alimentación impulsiva (*Psychother Psychosom*. 2019. 88:141) En ese estudio, 41 pacientes fueron asignadas al azar al grupo IMPULSE y 39 a un grupo de control. El grupo de tratamiento participó en el programa IMPULS y ambos grupos completaron formularios semanales de autoobservación. Al final de 4 semanas de tratamiento, los autores compararon el número de episodios de atracones en ambos grupos. También evaluaron otros factores, como la patología de la alimentación,

la depresión, la impulsividad en general y el índice de masa corporal (IMC, kg/m²) al final del tratamiento y en un seguimiento de 3 meses.

Un resultado inesperado

Al final del tratamiento, los autores se sorprendieron al ver que los episodios de atracones se redujeron en ambos grupos de estudio. Sin embargo, en el seguimiento de 3 meses, el grupo IMPULS mostró mejoras adicionales, mientras que el grupo de control no. (Una explicación para la reducción temprana de los episodios de atracones, en el grupo de control, podría haber sido un efecto a corto plazo determinado a partir de las auto-observaciones de los participantes.) En el seguimiento, el grupo IMPULS mostró una mejora adicional, incluida una disminución una de la patología alimentaria. La depresión se redujo sólo en el grupo de tratamiento, mientras que la impulsividad general y el IMC no se modificaron. Los autores también concluyeron que entre el grupo IMPULS, la impulsividad general y el índice de masa corporal podrían tardar más tiempo o necesitar un tratamiento más intensivo.

Razones emocionales para recuperar el peso

La regulación de las emociones se ha relacionado con una serie de trastornos de la alimentación, incluyendo anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, lo que sugiere que muchas conductas desordenadas en la alimentación pueden representar intentos para regular las emociones. En un segundo estudio, la Dra. Kirby Sainsbury y sus colegas de Newcastle Upon Tyne, UK, Dinamarca y Lisboa, Portugal, trató de determinar la relación entre los problemas para regular las emociones y el grado de aumento de peso entre 2000 adultos del Reino Unido (n=1000), Portugal (n=500) y Dinamarca (n=500), que habían perdido peso, y luego lo recuperaron (*Eat Weight Disord.* 2019. 24:341) Los sujetos tenían al menos 18 años de edad, con índices de masa corporal superiores a 25 durante el año pasado, al menos un intento de perder peso en su vida, y un intento de perder peso durante los últimos 12 meses.

Los participantes completaron un cuestionario en línea especialmente diseñado, así como la medida de detección del trastorno por atracón *Patient Health Questionnaire*. Los autores señalaron que, de conformidad con un estudio anterior y con los criterios del *DSM-5* para TA, éstos se relajaron para uno a la semana, en lugar de dos veces, durante las últimas 3 semanas, como antes. La mitad de la muestra (43.5% de los hombres y 58.9% de las mujeres) atribuyó su aumento de peso a al menos una emoción: recurrir a la comida para un mayor bienestar después de tener emociones negativas y sentir un estrés mayor de lo habitual. Sólo un pequeño porcentaje usó alimentos para castigarse a sí mismos cuando tenían emociones negativas. Más de la mitad reportó perder el control sobre la alimentación.

Algunos de los reactivos vinculados a razones emocionales para recuperar peso incluyeron una edad más joven, el género femenino, el mayor índice de masa corporal actual, la pérdida frecuente de control sobre la alimentación, el sentirse menos exitoso en mantener la pérdida de peso y el uso de estrategias de auto regulación durante el intento anterior de pérdida de peso. El indicador más fuerte fue la pérdida frecuente de control sobre la alimentación: los individuos afectados tenían 1.8 veces más probabilidades de atribuir la recuperación de peso a razones emocionales. Curiosamente, los participantes del Reino Unido y Portugal fueron más propensos que los de Dinamarca a atribuir la recuperación de peso a las emociones.

Los autores sugieren que simplemente alentar a los pacientes a utilizar más estrategias conductuales, sin también enseñar habilidades de regulación de emociones, puede no ser una manera efectiva de mejorar los resultados de atracón y peso.

Hombres con trastornos alimentarios: los datos son escasos

Los autores piden una nueva evaluación de los criterios de diagnóstico para los hombres.

Durante mucho tiempo, la información sobre los trastornos de la conducta alimentaria entre los hombres ha sido escasa. Los resultados de un estudio observacional de 8 años basado en la población en Polonia nos han dado nueva información. Por ejemplo, la tendencia de la anorexia nerviosa en los varones fue relativamente constante y en este estudio se produjo principalmente entre varones jóvenes, mientras que la bulimia nerviosa era relativamente rara entre los hombres de todas las edades (*Am J Men Health*. 2019. July-August; 1-8)

El Dr. Mariusz Jaworski y un equipo de la Medical University of Warsaw utilizaron datos sobre trastornos alimentarios entre los hombres polacos que buscaron tratamiento para ellos a través de la Polish National Health Fund de 2010 a 2017.

Los criterios incluyen un diagnóstico de la *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10, por sus siglas en inglés)* realizado por un psiquiatra. Todos los pacientes debían realizar, al menos, una visita a un centro ambulatorio o hospitalario para recibir atención cuando fueron diagnosticados con un trastorno alimentario.

Lo que encontraron los investigadores

El diagnóstico más común fue la anorexia nerviosa, la cual afectaba principalmente a los varones entre los 11 y los 30 años de edad. Después de los 40 años, los diagnósticos de anorexia nerviosa disminuyeron significativamente. La anorexia nerviosa atípica fue diagnosticada con mayor frecuencia entre varones de 11 a 20 años de edad; después de los 20 años, el número de varones con este diagnóstico disminuyó significativamente. El número de hombres con anorexia nerviosa se mantuvo relativamente estable durante el período de estudio. Por el contrario, entre los hombres mayores de 40 años, la anorexia atípica era significativamente más frecuente.

Al igual que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa se encontró con mayor frecuencia entre los varones de 11 a 30 años de edad, pero las tasas eran más bajas que en el caso de la anorexia nerviosa. Se reportaron algunos casos individuales entre los varones de 11 a 60 años de edad. Los investigadores establecieron que el riesgo relativo de que los hombres tuvieran un trastorno alimentario era entre un 95% y un 96% menor que entre las mujeres.

Los autores creen que existe una necesidad muy real de cambiar las opiniones actuales de la patología del trastorno alimentario y de adaptar los criterios de diagnóstico para los hombres. En el caso de la anorexia nerviosa, observaron que los hombres que buscan ayuda se encuentran con el estigma y, por lo tanto, son menos propensos a ser diagnosticados con el trastorno.

Además, el hecho de que las personas con anorexia nerviosa que se encuentran en las clínicas son abrumadoramente mujeres, puede tener clínicos sesgados en contra de hacer un diagnóstico del trastorno entre los hombres. Los autores también señalan que las mujeres jóvenes y los hombres pueden tomar diferentes estrategias en respuesta a la insatisfacción corporal. Las mujeres más a menudo tienen el deseo de ser más delgadas, pero los hombres con frecuencia quieren ser "más grandes" y más musculosos. (Los autores añaden que no todos los hombres que están insatisfechos con la forma de su cuerpo tratan de volverse más musculosos.) En cambio, estos hombres pueden crear barreras sociales al negar el diagnóstico porque no encaja en la noción actual del trastorno alimentario.

Una condición menos estable entre los hombres

Los resultados del estudio también mostraron que la bulimia nerviosa ocurre raramente entre los varones estables, especialmente los de 11 a 20 años de edad. La baja incidencia puede estar relacionada con las diferencias de género en la teoría de los trastornos alimentarios; por ejemplo, los adolescentes y los

adultos jóvenes que muestran síntomas bulímicos son menos propensos que las mujeres de la misma edad a dedicarse a la dieta, el abuso laxante o los vómitos autoinducidos.

Las bajas tasas de anorexia y bulimia nerviosa reportadas entre los hombres pueden parecer indicar que estas condiciones son raras entre los varones; sin embargo, según los autores, esto podría ser el resultado del estigma para los hombres que puede impedirles buscar ayuda (de hecho, los autores citan pruebas en ese sentido). Si uno piensa en lo que sabemos de los estudios epidemiológicos, la proporción de género de las mujeres a los hombres con anorexia o bulimia nerviosa está mucho más cerca de lo que se ve aquí, por lo que los resultados de este estudio deben considerarse como muestran de la imagen en la clínica, no en la comunidad. Debido a esto, los autores pidieron estudios adicionales para examinar la dinámica de los factores asociados al género involucrados en el peso y la imagen corporal.

Vendiendo salud y felicidad en Instagram

Un estudio reciente muestra cómo los "influencers", utilizan las redes sociales para promocionar sus productos con el pretexto de mejorar la belleza y la salud.

Una encuesta alemana indicada que el 85% de los niños de 12 a 17 años pasan casi 3 horas al día en las redes sociales (https://www.bitkom.org/sites/default/files/2019-05/itkom_pk-charts_kinder_und_jugendliche_2019.pdf) Instagram, que fue lanzado en 2010, tuvo 6.7 millones de usuarios en 2016. En 2017, el sitio tenía 15 millones de usuarios, un aumento impresionante del 124% en un período de 9 meses.

Un estudio reciente en Alemania ha intentado analizar cómo los influencers de mercadotecnia utilizan las comunicaciones de salud, en la dieta y el ejercicio, para llegar a los jóvenes, que con frecuencia utilizan las redes sociales haciendo énfasis en la felicidad, el bienestar, la salud y la belleza. Las Dras. Katharina Pilgrim y Sabine Bohnet-Joschko, Whitter/Herdecke University, Witten, Germany, analizaron por primera vez 1000 publicaciones de Instagram (que representan los últimos 20 mensajes de 50 mejores sitios) Luego llevaron a cabo un análisis de contenido a profundidad de 27 temas de comunicación (9 clasificados típicos y 18 extremos) (*BMC Public Health*. 2019. 19:1054) Primero identificaron y clasificaron las cuentas con publicaciones en alemán de acuerdo con el número total de seguidores, excluyendo los nombres de marca y los perfiles de la empresa. Luego examinaron los 100 hashtags más utilizados en todo el mundo. Los siguientes hashtags eran relevantes y luego se utilizaban como palabras clave para la búsqueda: gimnasio, aptitud física, nutrición, entrenamiento, comida.

Los investigadores encontraron que el enfoque en la aptitud física, el fisicoculturismo y el entrenamiento de fuerza fueron claramente ilustrados por una falsedad de imágenes y así como por gran parte de los subtítulos también. Los objetivos físicos alcanzados sobre la base del ideal planteado, también fueron notablemente fingidas. Los influencers, vestidos con ropa deportiva ajustada para anunciar, suelen ser el foco de las imágenes compartidas. Una pregunta sin respuesta es si la edición digital se utiliza para alterar las imágenes y los subtítulos para sugerir un perfeccionismo externo, informaron. Los influencers primero tratan de posicionarse como expertos, aumentando su atractivo personal para los seguidores. Después, se presentan marcas o productos y los influencers comparten la ventaja o afinidad personal con estos productos. Los mensajes implican que no se puede acceder a una imagen corporal ideal sin seguir los consejos en el sitio.

Los autores señalan que investigaciones recientes muestran que las mujeres jóvenes con baja autoestima, depresión, un impulso al perfeccionismo y a ser delgadas- como un ideal de belleza- son los

grupos de usuarios que se sienten más atraídas por las redes sociales para encontrar confirmación y satisfacer un deseo de seguridad. También señalan que los profesionales de la salud pública, los profesores, los tutores y los responsables de la toma de decisiones deben mejorar sus habilidades digitales para proporcionar información de salud adecuada a los menores a medida que la influencia de las redes sociales siga creciendo.

Este estudio proporciona una mirada fascinante a la influencia del mundo de las redes sociales y cómo se estudian. Destaca las preocupaciones sobre el impacto de esos mensajes; el potencial de la promoción de la salud; y la necesidad de alfabetización en los medios digitales.

Mejorar la conciencia de los gastroenterólogos sobre los trastornos alimentarios

Las banderas rojas incluyen la restricción progresiva de los alimentos y el miedo a la comida.

En una entrevista reciente, la gastroenteróloga Kimberly N. Harer, MD, ScM, de la University of Michigan, Ann Arbor, observó que el desorden de la alimentación o un trastorno alimentario pueden complicar el cuadro clínico de un paciente con síndrome del intestino irritable y otras afecciones gastrointestinales (*Gastroenterol Hepatol* [NY]. 2019; 15:280) Agregó que es importante ser consciente cuando los hábitos alimenticios desordenados cambian de ser una respuesta razonable a una condición gastrointestinal subyacente, a comportamientos patológicos que causan deterioro físico o psicosocial.

El trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de la alimentación (ARFID, por sus siglas en inglés) es un buen ejemplo, según la Dra. Harer. La mayor parte de la investigación sobre el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de la alimentación incluido en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, en 2013, se ha hecho en poblaciones pediátricas y adolescentes, por lo que hay información limitada sobre el papel del trastorno entre las poblaciones adultas.

La Dra. Harer y sus colegas llevaron a cabo el estudio más grande hasta la fecha, de la prevalencia del trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de la alimentación (ARFID) entre adultos con trastornos gastrointestinales (*Am J Gastroenterol*. 2018. 113:S247) Encontraron que el 19% de los pacientes adultos de su clínica gastrointestinal ambulatoria dieron positivo para el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de la alimentación. Además, los pacientes con síndrome del intestino irritable tenían el doble de probabilidades que aquellos sin este síndrome de dar positivo para un trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de la alimentación.

Según la Dra. Harer y sus colegas, una herramienta útil para la detección del trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de la alimentación entre los adultos con quejas gastrointestinales es, el cuestionario de detección de 9 ítems del trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de la alimentación; sin embargo, esto debería ser sólo una parte del estudio.

Las banderas rojas incluyen una restricción alimentaria severa o la falta de reintroducción de los alimentos, el miedo a los alimentos, la pérdida de peso, la dependencia del suplemento nutricional o la alimentación por sonda, o las diferencias entre el diagnóstico clínico y el grado de restricción dietética.

Los clínicos que tratan a los pacientes por trastornos gastrointestinales deben ser conscientes de que los trastornos alimentarios y los trastornos gástricos ocurren de forma concomitante. Las banderas rojas adicionales incluyen restricción alimentaria progresiva en una dieta ya restrictiva, dismorfia corporal o falta de preocupación acerca de una dieta severamente restrictiva o pérdida de peso.

Predicción del regreso de la menstruación en la anorexia nervosa

Una prueba relativamente simple y ampliamente disponible ayuda al diagnóstico.

A pesar de que el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, or *DSM-5*, eliminó a la amenorrea como uno de los criterios de diagnóstico para la anorexia nervosa, el retorno de ésta es a menudo visto como uno de los indicadores de recuperación. Como muchos autores han señalado, la amenorrea prolongada es uno de varios factores que conducen a un mal resultado físico en la anorexia nervosa, incluyendo un mayor riesgo de fracturas óseas. El peso corporal por sí solo no mejora la densidad ósea; en su lugar, se necesitan tanto el peso corporal óptimo como la normalización de la función gonadal.

Investigadores israelíes han informado del uso de un método seguro y simple que evalúa el porcentaje total de grasa corporal necesaria para el retorno de ciclos menstruales equilibrados entre los adolescentes con AN. Para ello, el Dr. Itay Tokatly-Latzer y un equipo en el Chaim Sheba Medical Center, Ramat-Gan, Israel, utilizaron un análisis de impedancia bioeléctrica (BIA) entre 62 adolescentes hospitalizadas con AN en su centro médico de 2012 a 2017.

En el análisis de impedancia bioeléctrica, se envía una corriente eléctrica débil a través del cuerpo, y la tensión se mide para calcular dicha impedancia. Las mediciones se toman con un analizador de bioimpedancia, que utiliza electrodos similares a los electrodos electrocardiográficos. El analizador calcula los componentes de tejido y fluido utilizando una corriente eléctrica no perceptible para el paciente, que pasa a través de almohadillas colocadas en una mano y un pie. El tejido delgado, que es más del 70% de agua, es un buen conductor de corriente eléctrica; por el contrario, tejido graso, que es bajo en agua, no lo es.

La resistencia al flujo de corriente eléctrica medida por el analizador se puede utilizar para calcular la composición del cuerpo. Todos los participantes en el estudio fueron seguidos con datos antropométricos, grasa corporal medida con un análisis de impedancia bioeléctrica y mediciones hormonales, además de pruebas médicas y ginecológicas de rutina. De las 62 adolescentes que entraron en el estudio con amenorrea secundaria; 20 permanecieron amenorreicas y a 42 les regresó la menstruación durante su hospitalización. Los autores señalaron que aquellas a quienes les regresó la menstruación recuperaban significativamente más peso y tenían índices de masa corporal media más altos que los que permanecían amenorreicas. La mejor medida de corte para predecir el retorno de la menstruación fue el porcentaje de grasa corporal total: una medida del 21.2%.

Este método es simple y, a diferencia de otros, como la absorciometría de rayos X de doble energía, el análisis de impedancia bioeléctrica no utiliza ninguna radiación.

Seguimiento de la autoimagen y el resultado del tratamiento

La imagen inicial que un paciente tiene impacta en el resultado un año después.

La autoimagen o la forma en que nos vemos a nosotros mismos, tiene un valor predictivo real en el resultado del tratamiento, de acuerdo con los hallazgos del Karolinska Institute en Stockholm, Sweden.

Un trío de investigadores dirigido por la Dra. Emma Forsén Mantilla llegó a esta conclusión después de un año de seguir una gran muestra clínica de mujeres adultas con trastornos alimentarios (n=2221) (*J Eat Disord.* 2019. 7:15) Los participantes provenían de 5 grupos de diagnóstico: 457 mujeres con anorexia nervosa de tipo restrictivo; 228 mujeres con anorexia de tipo atracones-purgas; 861 mujeres con bulimia nervosa; 505 mujeres con otros trastornos alimentarios especificados y 170 mujeres con trastorno por atracones.

Los autores utilizaron datos del instrumento interpersonal el *Análisis Estructural del Comportamiento Social*, que evalúa la autoimagen o introyección y que captura tanto la evaluación de la autoestima y las acciones autodirigidas o cómo uno se trata a sí mismo, como resultado del aprendizaje interpersonal. Estudios anteriores habían demostrado que una autoimagen negativa predijo un mal resultado del tratamiento, abandonando de éste y comportamiento suicida. Los participantes también completaron varios cuestionarios, incluyendo el *Eating Disorder Examination Questionnaire*.

El objetivo del Dr. Forsén Mantilla y sus colegas era ampliar los hallazgos de Birgegård et al. (*Int J Eat Disord.* 2009. 42:522) estudiando el valor predictivo del *Structural Analysis of Social Behavior* en un resultado de 12 meses entre los pacientes con un diagnóstico de trastorno alimentario, según el *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Los datos se extraen de la base de datos clínica STEPWISE, un sistema de recopilación de datos basado en Internet para la atención especializada de trastornos alimentarios en Suecia. STEPWISE está en uso desde 2005 (*Eur Eat Disord Rev.* 2010. 18:251). Los autores plantearon la hipótesis de que el autocontrol, la autoculpa e, inversamente, la autoaceptación, podrían utilizarse para predecir- fuertemente- el resultado en la anorexia nerviosa, mientras que las variables relacionadas con la afiliación, como en el amor propio/ataque, podrían predecir, de manera moderada, el resultado entre pacientes con bulimia nerviosa.

Resultados para anorexia nervosa de tipo restrictivo y la anorexia tipo con atracones/purgas

Para los pacientes con anorexia nerviosa tipo con atracones/purgas, las puntuaciones más bajas de auto negligencia pronosticaron un resultado clínico más positivo. Para aquellos diagnosticados con anorexia nervosa de tipo restrictivo, mayores puntuaciones de amor propio y menores puntuaciones de autoculpa pronosticaron un resultado clínico más positivo a los 12 meses. Entre aquellos con otros trastornos alimentarios específicos, las puntuaciones más altas en el amor propio y las puntuaciones más bajas de autoculpa y autocontrol predijeron un mejor resultado; para aquellos con trastorno por atracón, las puntuaciones más altas de amor propio predijeron un mejor resultado a los 12 meses.

Los autores también informaron que a los pacientes con anorexia nervosa de tipo restrictivo con trastornos alimentarios de referencia menos graves, edades más tempranas y puntuaciones más altas de amor propio les va mejor después de 1 año en la atención especializada. Un hallazgo intrigante fue que las puntuaciones más altas en la autoevaluación se asociaron con el todavía tener un trastorno de la alimentación, después de 1 año de tratamiento. Los autores reflexionaron si aceptarse "tal cual son" cuando se está enfermo, al permitir que el yo permanezca estático y siga los impulsos actuales, puede ser perjudicial a pesar de que la variable *Structural Analysis of Social Behavior* es positiva en el sentido usual. Esto, podría ser un reflejo del "yo anoréxico" en lugar del "yo auténtico", lo que podría alentar la resistencia al cambio.

En comparación con los hallazgos anteriores, los resultados de los autores entre los pacientes con anorexia nervosa no estaban claramente relacionados con el autocontrol. En cambio, la dimensión de la afiliación fue prominente y condujo a la adición de autocontrol en aquellos con anorexia de tipo con atracones/purgas y otros trastornos alimentarios especificados. La fortaleza de este estudio, en comparación con los reportados anteriormente, fue el intento de los autores de incluir todo el espectro de diagnóstico para los trastornos alimentarios en el *Diagnostic and Statistical Manual-5*. Por lo tanto, se

incluyeron los subtipos de anorexia nervosa, así como, los trastornos alimentarios no especificados en grupos de pacientes con anorexia y bulimia nervosas.

Dos limitaciones del estudio fueron: (1) que los datos relevantes de seguimiento no estaban disponibles para el 40% de la información de seguimiento de la muestra completa de pacientes (un gran número) y (2) como una limitación menor, los autores intentaron construir las categorías de diagnóstico del *Diagnostic and Statistical Manual-5*, en base a los datos de diagnóstico en el *Diagnostic and Statistical Manual-IV*.

Los autores concluyeron que los aspectos de la autoimagen pueden proporcionar información útil en la práctica al comienzo del tratamiento, especialmente en aquellos con anorexia nervosa, porque la autoimagen es clínicamente relevante y puede predecir el resultado.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Buscando la Causa de las Uñas Deformes

P. Tengo una nueva paciente, una mujer de 23 años, que tiene un clubbing (acopaquia) las uñas (hinchazón crónica o deformidad en la base de las uñas) en ambas manos. Fue referida de un especialista renal, que sospechaba que tenía un trastorno de la alimentación debido a su bajo peso. ¿Pueden comentarlo? (A.C., *Phoenix*)

R. El especialista renal probablemente estaba en el camino correcto. Dos informes han relacionado el abuso laxante y el clubbing de las uñas. En el primer informe, la Dra. Olivia A. Charlton y colegas del Royal North Shore Hospital, Sydney, Australia, describió a una mujer de 36 años con numerosos problemas gastrointestinales, un índice de masa corporal de 16,8 kg/m², y una ingesta diaria de al menos 15 comprimidos de senna o docusato (Coloxyl™) al día (*J Eat Disord.* doi.org/1186/s40337-019-0236-4; e-pub before print). El segundo estudio, por Saidfudin Rashique, MB, y compañeros de trabajo en la University of Alberta, vincularon el clubbing a la ingestión excesiva de té de hierbas (*Can Resp J.* 1996. 3:269)

El dominador común en los dos informes fue la excesiva ingestión de laxantes que contienen senna; otro fue que el abuso laxante se desarrolló en un intento de controlar el peso. Los pocos casos reportados desde el primer estudio, en 1975 (Silk et al.) involucraron a mujeres jóvenes con bajo peso. El mecanismo que causa la deformación sigue siendo incierto y la Dr. Charlton y sus colegas subrayan que el diagnóstico sólo debe hacerse después de descartar por primera vez, las causas pulmonares, cardíacas, gastrointestinales y relacionados con el cáncer para el clubbing.

En el informe del Dr. Rashique, el paciente tenía 47 años y había sido ingresado en el hospital para la investigación por dolor abdominal y clubbing de los dedos. Tenía una historia de dolor constante de una década en todas las áreas del abdomen, que no se sintió aliviada por el cambio de postura, agentes terapéuticos o manipulación dietética. Había sido sometida a extensas pruebas que no dieron pistas. Pesaba 48 kg (105 libras). Cuando los clínicos volvieron a revisar la historia del paciente, éste informó haber utilizado una preparación de té de hierbas como laxante durante más de 30 años; pensó que esta era una forma saludable, no farmacéutica de tener movimientos intestinales normales. El compuesto de senna (Bekunis®) contenía 2.5% Tinvelly Senna en peso.

Todavía no se sabe cómo el abuso de senna puede causar deformación de los dedos y muy pocos casos se han reportado en la literatura. Una teoría (Dickinson, *Eur J Clin Invest.* 1993. 23:330) es que el crecimiento del tejido local es el resultado de depósitos de megaqueratocitos y agregación plaquetaria en las yemas de los dedos. Parece posible que fuera un efecto directo de la senna, pero también es posible

En el siguiente número

Cuando su paciente rechaza el tratamiento

Hasta una de cada cinco personas con anorexia nerviosa puede morir por su enfermedad, ya sea por los efectos directos de la inanición y la desnutrición o por el suicidio. Cuando un paciente rechaza el tratamiento, ¿qué se puede hacer, especialmente cuando éste tiene una enfermedad a largo plazo e incesante?

Además

- Diabetes Tipo 1 y Trastornos alimentarios

Más

- El Deterioro cognitivo y el desarrollo de trastornos alimentarios
- Un estudio de Texas muestra un subgrupo de pacientes con AN que no reciben ayuda por el tratamiento actual
- Un estudio de campo de las pautas del *ICD-11* y *ICD-10*

Y mucho más...

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com