
Eating Disorders Review

Noviembre/Diciembre 2022

Volumen 32, Número 4

Scott Crow, Editor en Jefe

Actualización: Una nueva subvención ayudará a promover la concienciación y la detección de los trastornos de la conducta alimentaria.

Diversidad y nuevas áreas de tratamiento

El movimiento para promover la detección temprana y la prevención de los trastornos alimentarios entre las adolescentes recibió un refuerzo en septiembre con una subvención de un millón de dólares del US Department of Health and Human Services (HHS) Office on Women's Health (<https://www.womenshealth.gov>). La subvención es parte del esfuerzo del HHS para ampliar la prevención y la conciencia sobre los trastornos alimentarios y, por lo tanto, para mejorar la atención y reducir el estigma, según la Dra. Dorothy Fink, Deputy Assistant Secretary for Women's Health and Director of the Office on Women's Health.

Los premios se destinarán a programas en la Washington University, St. Louis, MO, y en la George Mason University, Fairfax, VA. Impulsadas por los efectos adversos de la pandemia de COVID-19, que aumentó las barreras para la atención de los trastornos alimentarios, las subvenciones abordarán las brechas en la atención mediante el desarrollo de asociaciones entre los clínicos de atención primaria, los nutriólogos y las organizaciones comunitarias, según la Dra. Fink.

Del otro lado del escritorio

En este número todo es variedad, desde el tratamiento de los trastornos alimentarios complejos y de larga duración, que afectan a una quinta parte de las personas con trastornos alimentarios, hasta los TCA entre los hombres (véase "Más datos sobre los trastornos alimentarios y el género," en otra parte de este número), pasando por nuevas investigaciones sobre los efectos de la soledad en la violencia de pareja. Sabemos que los efectos de la pandemia de COVID continúan, incluso cuando las cifras parecen disminuir. En Canadá, las hospitalizaciones relacionadas con COVID-19 han aumentado en niños y adolescentes, al igual que los casos de AN dentro del mismo grupo.

Otro artículo se enfoca en la salud ósea de las personas con trastornos alimentarios, en particular las que padecen AN. Un peso corporal anormalmente bajo debido a la desnutrición o a los trastornos alimentarios afecta a varios sistemas de órganos, incluidos los huesos, así como al corazón y al sistema nervioso central. La AN conduce a un menor índice de masa corporal (IMC, kg/m²) tanto de la columna como de la cadera, a un aumento de la porosidad cortical y a una reducción de la resistencia ósea; el mismo patrón es mucho menos marcado entre los pacientes con BN.

En un artículo dirigido a los clínicos y no a los pacientes, la Dra. Sandra Wartski, colaboradora habitual de *Eating Disorders Review*, recuerda a los lectores que deben pensar en su propio bienestar en su artículo

"El ABC de las SOS, o Estrategias de autocuidado."

También hay buenas noticias, como las últimas subvenciones de los Health and Human Services a tres universidades, cuyo objetivo es mejorar la detección precoz y la prevención de los trastornos alimentarios entre las chicas adolescentes. Desde 2013, la National Eating Disorders Association's (NEDA) Feeding Hope Fund ha concedido 2 millones de dólares en becas de investigación a 20 investigadores.

—MKS

Trastornos alimentarios y un mayor riesgo de fracturas

Las personas con anorexia nervosa presentaban un mayor riesgo, independientemente de la edad o el sexo.

Cada año, más de 800.000 personas en los Estados Unidos son hospitalizadas debido a una lesión por caída, en la mayoría de los casos en la cabeza o una fractura de cadera (Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Injury Prevention and Control; <https://www.ncoa.org/article/get-the-facts-on-falls-prevention>). La mayor parte de la atención se dirige a los estadounidenses de más edad, pero los pacientes de todas las edades con trastornos alimentarios también corren el riesgo de sufrir lesiones óseas, como ha demostrado un estudio reciente.

Varios sistemas se ven afectados

Un peso corporal anormalmente bajo debido a la malnutrición o a los trastornos alimentarios afecta a varios sistemas de órganos, incluidos los sistemas cardiovascular y nervioso central, así como a los huesos. La AN conduce a un menor índice de masa corporal (IMC; kg/m²) tanto de la columna vertebral como de la cadera, a un aumento de la porosidad cortical y a una menor resistencia ósea. Las personas con bulimia nervosa tienen efectos óseos menos graves y una menor densidad mineral ósea (DMO) en la columna vertebral, pero una normal en la cadera. En la AN, el riesgo está relacionado con los bajos niveles de estradiol, testosterona y la hipercortisolemia relativa, así como la resistencia a las hormonas del crecimiento y los efectos en otras partes del sistema hormonal. Las mujeres con AN también tienen menos fuerza muscular que los controles de la misma edad, lo que también podría aumentar su riesgo de caídas.

Un estudio sueco arroja una nueva luz sobre el riesgo de fractura en los TCA

Un amplio estudio nacional de cohortes retrospectivo realizado en Suecia reveló que los hombres y mujeres con trastornos alimentarios (n=8867; 9,4% hombres) tenían un riesgo significativamente mayor de sufrir lesiones por caídas y fracturas de cadera que los controles emparejados por edad, sexo y región (n=88.670). El estudio es, por mucho, el más amplio hasta la fecha en cuanto al número de pacientes, la atención a los que padecen trastornos alimentarios y la duración del seguimiento. También es el primero en examinar el riesgo de fractura entre hombres y mujeres con trastornos alimentarios, y el primero en mostrar un aumento estadísticamente significativo del riesgo de fracturas de cadera entre los hombres con TCA, según el Dr. K. F. Axelsson y los investigadores de Suecia y Australia. La edad media de los pacientes y los controles fue de 41.6 años, y fueron seguidos hasta 10 años (*Osteoporosis Int.* 2022.33:1347).

Los investigadores utilizaron los registros médicos nacionales de Suecia para identificar a los pacientes no obesos con trastornos alimentarios diagnosticados entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2017. Al grupo de control se le asignó la misma fecha de inicio que a sus correspondientes casos, y sólo se incluyó a los que no tenían un diagnóstico previo de trastornos alimentarios.

Mayor riesgo entre los pacientes con trastornos alimentarios

Las fracturas por osteoporosis mayores fueron significativamente superiores en los pacientes con trastornos alimentarios que en los controles de la población (TCA, 17.9% frente a los controles, 9.7%). Esto también fue cierto para las fracturas osteoporóticas mayores (7.3% para los pacientes con TCA frente al 3.7% para los controles). Las fracturas de cadera continuaron la tendencia, mostrando un aumento significativo entre los sujetos frente a los controles (1.6% entre los sujetos frente al 0.7% entre los controles) Actualmente hay pocos estudios sobre el aumento del riesgo de fracturas y caídas, además de pocos datos sobre los hombres.

Los pacientes con trastornos alimentarios sufrieron 1.531 lesiones por caídas no esqueléticas, incluidas 434 lesiones en la cabeza. Las lesiones se produjeron tanto en hombres como en mujeres de todas las edades. Según los autores, el mayor riesgo de caídas podría deberse también a la hipotensión, las arritmias, la hipoglucemia, la neuropatía periférica y las afecciones relacionadas con la anorexia nervosa. En menor medida, se encontró la misma tendencia entre los pacientes con BN. Los medicamentos como los antidepresivos, los antipsicóticos, los sedantes y los hipnóticos, también estaban relacionados con las caídas. Curiosamente, los autores no consideran la posibilidad de que la toma de medicamentos sea un indicador de mayor gravedad de la enfermedad. Además, hay evidencias de que la depresión está relacionada con la osteoporosis; esto también podría explicar en parte el mayor riesgo de fractura.

Una mayor preocupación

Estos resultados son motivo de gran preocupación, tal vez en aumento. El estudio incluyó a las personas diagnosticadas hasta hace unos 25 años, por lo que, en su mayoría, las caídas afectaron a personas de hasta 40 o 50 años (recordemos que la edad promedio era de 41.7 años). Sin embargo, parece que la relevancia de la AN aumentó en los años 70; así, alguien que desarrolló la AN a los 16 años en 1972 tiene ahora 66 años. La preocupación radica en que los resultados del estudio sugieren que muchas personas que han tenido AN y que pueden haber desarrollado osteopenia u osteoporosis en una etapa anterior de su vida, llegan ahora a una edad en la que la osteoporosis es un problema común e importante.

Trastornos alimentarios severos a largo plazo

Se propone una vía para el 20% de los pacientes con trastornos severos o complejos

Muchas personas con trastornos alimentarios se recuperan, pero algunas desarrollan lo que a veces se denomina trastornos alimentarios graves y duraderos, o SEED (por sus siglas en inglés). Aunque los trabajos recientes han puesto en tela de juicio las suposiciones sobre la "intratabilidad" de los TCA de larga duración, es necesario comprender más a fondo los mejores enfoques para ayudar a quienes tienen un TCA desde hace mucho tiempo. Un equipo del Oxford Health NHS Foundation Trust, en Oxford, Reino Unido, ideó un programa que incluía una revisión de la literatura, entrevistas en persona y grupos de discusión con miembros del personal para ayudar a los pacientes a encontrar una "vía" de atención para la recuperación y el restablecimiento del peso (*J Eat Disord.* 2022. 10:128).

La Dra. Megan Reay y sus colegas intentaron definir, describir y apoyar a los pacientes con trastornos alimentarios complejos o severos de larga duración, así como identificar la mejor manera de apoyarlos. Su enfoque en tres etapas incluyó a 12 pacientes que aceptaron ser entrevistados, y a 28 miembros del personal, de diversas especialidades, que participaron en uno de los tres grupos de discusión. Las entrevistas y las sesiones de los grupos de discusión tuvieron lugar en persona, por teléfono o mediante videollamadas.

Lo que encontraron los investigadores

La duración promedio de los trastornos alimentarios entre los pacientes fue de más de 19 años. Cinco

participantes (42%) eran pacientes internos y siete (58%) eran pacientes externos en el momento de participar en el estudio.

La mayoría de los pacientes participantes preferían utilizar el término "trastorno alimentario de larga duración" en lugar de SEED o trastorno alimentario crónico, y no les gustaba el uso de parámetros arbitrarios, como el índice de masa corporal (IMC), como un criterio de recuperación. Muchos describieron la sensación de que sus trastornos alimentarios se habían convertido en una enfermedad de por vida que se había vuelto más severa y complicada con el tiempo. Muchos también sentían que no tenían control sobre sus trastornos alimentarios. Deseaban un apoyo personalizado y un tratamiento adecuado a su edad. Muchos informaron de que la enfermedad tenía un gran impacto en su funcionamiento diario; muchos también tenían la sensación, como expresó un paciente, de que su "vida se había perdido." Muchos de los participantes también propusieron tener un mayor acceso a los grupos de apoyo entre iguales, y utilizar el acceso por vídeo cuando fuera necesario.

Veintiocho miembros del personal participaron en los grupos de discusión; la mayoría eran mujeres y representaban una amplia gama de profesiones. Muchos funcionarios querían más flexibilidad, mientras que otros preferían el enfoque estructurado actual.

Otros recomendaron promover un mensaje más esperanzador para los pacientes. Otras sugerencias se referían a la adopción de un enfoque individualizado del tratamiento y a ofrecer a los pacientes más opciones de atención, de modo que no se limitasen a recibir atención pasiva sin ningún tipo de control. También ofrecieron ideas sobre cómo preparar a los pacientes para su vida después de la recuperación y más allá del restablecimiento del peso. En lugar de centrarse en el IMC, sugirieron ayudar a los pacientes a aprender a gestionar y mantener su peso y ayudarles a mejorar su calidad de vida. La necesidad de establecer conexiones útiles fuera de los servicios de salud mental estaba muy clara para los pacientes y los miembros del personal.

Una propuesta de ruta

Los pacientes y el personal que los atiende participantes ofrecieron una serie de sugerencias para mejorar la atención a largo plazo. Los autores proponen que algunos pacientes con enfermedades de larga duración que aún no están preparados para trabajar hacia la recuperación podrían beneficiarse de una vía alternativa que se centre en la calidad de vida a través de un apoyo enfocado individualmente. Los resultados también subrayan la importancia de promover la esperanza entre los pacientes con trastornos de larga duración, lo que incluye ayudarles a acceder a un tratamiento centrado en la recuperación.

Trastornos neuropsiquiátricos en hijos de madres con TCA

Tener un trastorno alimentario durante el embarazo aumenta el riesgo.

¿Tienen los hijos de madres con trastornos alimentarios un riesgo mayor de lo normal de padecer enfermedades neuropsiquiátricas? Según los resultados de un estudio sobre madres suecas, la respuesta es sí.

Angla Mantel, MD, PhD, y sus colegas utilizaron el Registro Médico de Nacimientos de Suecia para estudiar los nacimientos únicos registrados entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 2012 (JAMA Netw Open. 2022. 5:e2143947). El grupo final del estudio basado en la población incluyó a 52.878 niños, 8813 nacidos de mujeres con trastornos alimentarios y 44.065 niños emparejados nacidos de

mujeres sin trastornos alimentarios. Además, para ajustar los factores familiares compartidos, se identificó un grupo de niños expuestos con primos maternos para comparación.

Los autores estudiaron los registros a partir de 1 año para el trastorno del espectro autista (TEA) y a partir de 3 años para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Se evaluaron los riesgos relativos de TEA y TDAH entre los niños expuestos, y luego se estratificaron por subtipo de TCA y por enfermedad actual o previa. El TEA se definió como al menos dos diagnósticos reconocidos en el registro de pacientes durante el periodo de seguimiento, y el TDAH como al menos dos diagnósticos reconocidos en el registro de pacientes durante el periodo de seguimiento y/o la prescripción de medicamentos específicos para el TDAH en el Prescribed Drug Register. El seguimiento comenzó en la edad índice y terminó en el momento del resultado, por ejemplo, el 31 de diciembre de 2017, o la muerte, o al emigrar de Suecia.

Los autores encontraron aproximadamente 1.5 a 2 veces más riesgos en los niños que no podían explicarse por completo por las comorbilidades de los padres o los factores de confusión familiares. El riesgo de padecer enfermedades neuropsiquiátricas era mayor (aproximadamente de 2 a 4 veces) entre los niños cuyas madres habían padecido trastornos alimentarios durante el embarazo. Los resultados destacan la importancia de la concienciación clínica y de un mayor apoyo a las mujeres con un trastorno alimentario y a sus hijos, así como la necesidad de futuras investigaciones.

Violencia de pareja

El miedo a estar solo y el aislamiento social se encontraron con la violencia íntima.

Entre la adolescencia temprana y la tardía, los adultos jóvenes se enfrentan a importantes cambios físicos, psicológicos y neuronales, así como a impactos negativos en el funcionamiento social. Los trastornos alimentarios aumentan la percepción de soledad, definida como un sentimiento de rechazo o aislamiento por parte de los demás o la falta de un compañero social en el que apoyarse y con quien compartir actividades.

La psicóloga Janire Momeñe e investigadores de Bilbao (España) examinaron recientemente la relación entre los síntomas de un trastorno alimentario, el miedo a la soledad y la violencia de pareja (VPI) entre 683 participantes (edad media: 21.14 años). Según la revista *Partner Abuse* (<https://www.springerpub.com/partner-abuse.html>) y la Association of Domestic Violence Intervention Providers (ADVIP) (<https://domesticviolenceintervention.net/>), el 40% de las mujeres y el 32% de los hombres denuncian abusos excesivos; el 41% de las mujeres y el 43% de los hombres denuncian abusos coercitivos. Y, según las muestras nacionales, el 0.2% de los hombres y el 4.5% de las mujeres han sido forzados a mantener relaciones sexuales por su pareja; y entre el 4.1% y el 8% de las mujeres y entre el 0.5% y el 2% de los hombres declaran haber sufrido al menos un incidente de acoso por parte de su pareja durante su vida.

Asimismo, según el ADVIP, la victimización psicológica entre las mujeres se asocia significativamente con un peor funcionamiento laboral y social. La victimización psicológica está fuertemente asociada con síntomas de depresión e ideación suicida, ansiedad, miedo autodeclarado y aumento del estrés percibido, insomnio y baja autoestima. La victimización psicológica está tan relacionada con la depresión, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el consumo de alcohol como la victimización física; los efectos de la victimización psicológica se mantienen incluso después de tener en cuenta los efectos de la victimización física.

Un estudio que examina la violencia de pareja y los trastornos alimentarios

La Dra. Momeñe y sus colegas propusieron que los ítems del EDI-2 estarían relacionados con la violencia de pareja, y que esta relación se explicaría, al menos en parte, por el aislamiento social y el miedo a la soledad.

En la encuesta transversal participaron 683 adultos jóvenes españoles. Los participantes eran en su mayoría estudiantes (80%), con una edad media de 21 años (78% mujeres, 22% hombres) El 19% eran trabajadores; el resto de los participantes (0.6%) estaban desempleados.

Los participantes completaron una serie de cuestionarios, incluido el *Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2)*. El miedo a la soledad se evaluó con la *Fear of Loneliness scale del Emotional Dependency Questionnaire (EDQ)*. La evitación social se registró en el *Coping Strategies Inventory (Cog Ther Res. 1989. 13:343)*. La violencia recibida se midió con la *Violence Received, Exercised and Perceived in Youth and Adolescent Dating Relationships scale*. Este cuestionario ofrece 28 ítems, incluyendo cinco subescalas de violencia y tres aspectos de la violencia: recibida, ejercida y percibida.

Una relación entre los trastornos alimentarios y la violencia de pareja

El miedo a la soledad y el aislamiento social se correlacionaron significativamente con todas las variables de la evaluación. Los resultados del estudio subrayaron las relaciones bidireccionales entre los trastornos alimentarios y la violencia de pareja, y sugieren que deberíamos examinar la soledad y el aislamiento social como importantes factores causales de la misma. Los autores señalaron que el abuso en la infancia también está muy relacionado tanto con el trastorno alimentario como con la futura violencia de pareja, por lo que podría ser una explicación más de la conexión.

El ABC del SOS (Estrategias de Autocuidado): Autorreflexión para el clínico de TCA.

**Por Sandra Wartski, PsyD, CEDS
Silber Psychological Services, Raleigh, North Carolina**

El autocuidado del clínico es fundamental. Sabemos que esto es cierto, pero dedicar tiempo a esta práctica en medio de una semana de trabajo ajetreada suele ser lo último en la lista de cosas por hacer. Los clínicos que trabajan en el ámbito de los servicios de los trastornos alimentarios, en particular, se enfrentan a una serie de retos complejos y a diversas condiciones comórbidas. El trabajo es vigorizante y estimulante, pero puede ser abrumador y engañosamente difícil. Postergar, ignorar o resistirse al autocuidado puede dar lugar a puntos ciegos, distracciones, errores, fatiga por compasión e incluso agotamiento. Queremos evitar una situación de emergencia, en la que estamos enviando un SOS (que se cree que se originó con los marineros que hacían señales para pedir ayuda a un barco en peligro y que significaba "Salvemos nuestro barco," por sus siglas en inglés), y en su lugar aplicar más regularmente un tipo de SOS terapéutico ("Estrategias de autocuidado," por sus siglas en inglés).

La investigación sobre la ciencia del cuidado personal respalda una multitud de sus beneficios: mantener la resistencia, aumentar la flexibilidad, mejorar la creatividad, mantener el optimismo y enriquecer la terapia. Si reflexionamos sobre nuestro propio proceso profesional centrándonos en la aplicación proactiva, podemos empezar a aplicar el ABC del SOS. Examinemos brevemente cada uno de los pasos del ABC (Evaluar, Construir, Continuar, por las siglas en inglés).

La A significa "Assess" (Evaluar)

Para cuidar de los cuidadores, debemos evaluar nuestro propio estado de manera regular. Ser consciente de los cambios sutiles pero significativos que se producen en nuestro cerebro, cuerpo y comportamientos es clave. Algunos individuos notan dificultades para dormir, falta de concentración, más irritabilidad,

mayor evitación de las actividades sociales o cambios en el consumo de sustancias. La evaluación también puede aplicarse para aumentar la conciencia de las barreras que se interponen en el camino de los comportamientos de autocuidado necesarios. He aquí algunas preguntas para reflexionar:

- ¿Eres consciente de tus señales de vulnerabilidad o de tus "banderas rojas" cuando se avecina una sobrecarga?
- ¿Cuáles son sus dos principales fuentes de estrés?
- ¿Qué es lo que más se interfiere en la práctica del autocuidado?
- ¿Eres consciente de algún sentimiento conflictivo, del mayor reto o de la "excusa" más común sobre el autocuidado?
- ¿Existe una forma de tomar una decisión más consciente para sintonizar y evaluar regularmente el estado de su ser centrado?

Su autocuidado requiere una sintonía intelectual, psicológica, biológica y somática. Saber cuándo los acontecimientos externos e internos están perturbando su sensación de bienestar es el primer paso para poder hacer algunos cambios, pero éstos no son posibles si no se presta atención. Los distintos riesgos laborales que acompañan al trabajo con clientes de TCA, especialmente en nuestro actual mundo pandémico, sólo hacen que esto sea más esencial.

La B significa "Build" (Construir)

Cada individuo necesita explorar opciones realistas para su SOS y desarrollar planes personalizados para su aplicación que puedan ser incorporados regularmente, incluyendo el desarrollo de prácticas de atención consciente para rutinas activas de rejuvenecimiento y resiliencia. Hay ciertos factores fundamentales universales (como atender con regularidad a la alimentación, el sueño y el juego), elementos profesionales conocidos (como participar regularmente en la consulta de los compañeros, utilizar la atención consciente al optimismo, centrarse en el proceso gratificante de la recuperación) A esto hay que añadir una dinámica dialéctica que hay que mantener (por ejemplo, actuando con decisión, pero también con paciencia, dando un paso adelante para actuar, pero también retrocediendo para descansar, dando pequeños pasos, pero recordando el panorama general). Sin embargo, cada clínico también debe desarrollar sus propios planes personalizados para mantener la auto-reparación consciente. Cada uno de nosotros tiene diferentes maneras de cuidar el cuerpo y arreglar la mente, y los clínicos tienen un conjunto variado de diversiones que pueden permitir escapes saludables.

Sólo nosotros podemos decirnos a nosotros mismos lo que debe figurar en nuestro plan de atención personal. Unas cuantas preguntas pueden ayudar a enfocar esto con mayor claridad:

- ¿Qué haces específicamente para cuidarte (qué, cuándo, dónde y cómo)?
- ¿Qué profundiza y refuerza tu sensación de bienestar personal?
- ¿Qué está haciendo para prevenir la fatiga de bajo grado o el agotamiento? ¿Qué no está haciendo?
- ¿Qué hace que un día de trabajo o una semana sea buena? ¿Cuándo te sientes más a gusto con tu trabajo?
- ¿Qué es lo que recarga su batería en términos de trabajo terapéutico? ¿Cómo se potencia la capacidad de "recuperación"?

La creación de rutinas regulares asegura que es más probable que lo hagamos de forma más constante. Al igual que nos esforzamos por ayudar a nuestros clientes a crear nuevas y mejores rutinas en torno a la alimentación y la apreciación del cuerpo, nosotros también tenemos que hacer el trabajo con paciencia para añadir rutinas en las que podamos confiar más fácilmente. Si se presta más atención a la aplicación

regular del autocuidado y a los ajustes profesionales personalizados, los terapeutas y la terapia se enriquecen.

C significa "Continuar."

Al igual que mantener la recuperación de un TCA requiere un conjunto de habilidades que deben mantenerse a lo largo de toda la vida para mantener la rehabilitación, los clínicos deben seguir aplicando las habilidades proactivas del SOS a lo largo de su vida personal y profesional. Contrariamente a lo que muchos clínicos experimentados pueden creer, esto no se limita a los principiantes que son nuevos en el campo y potencialmente más abrumados al principio. De hecho, los que llevan más tiempo en el sector corren un mayor riesgo de fatiga por los efectos acumulados de la enorme cantidad de trabajo a lo largo de los años.

Reflexionar sobre los cambios necesarios a lo largo del tiempo y mirar hacia el futuro puede ser útil para considerar. Algunas preguntas pueden ser útiles:

- ¿Cómo ha cambiado su propio cuidado personal con el tiempo?
- ¿Qué es lo mejor en la forma de enfocar el autocuidado, y qué es lo que más falta?
- ¿Cuáles son los recursos (internos o externos) con los que no contabas al principio de tu carrera, pero que ahora tienes para afrontar los próximos retos?
- ¿Qué quiere hacer más o menos en los próximos años?
- ¿Qué te ayuda a tener esperanza en el futuro?

Lo que era rejuvenecedor para nosotros al principio de nuestra carrera puede necesitar una transformación. En realidad, resulta beneficioso diversificar periódicamente nuestra lista de SOS, ya que las actividades novedosas pueden aportar frescura, energía y nuevas oportunidades de creación de redes neuronales. Y, al estar atentos a los recursos que podemos necesitar para el futuro, estamos plantando las semillas para el mantenimiento continuo del autocuidado y la construcción de la auto-responsabilidad.

Conclusión

Aunque la mayoría de nosotros sabemos que el autocuidado es una responsabilidad que nos beneficia a nosotros mismos y a nuestros clientes, la aplicación y la ejecución sistemática suelen ser incoherentes. Todos queremos evitar el agotamiento, pero no siempre aceptamos y nos comprometemos plenamente con este objetivo. Dado que nuestra profesión es única en el sentido de que uno de los "instrumentos" más esenciales de nuestro trabajo somos nosotros mismos, es imperativo que nos mantengamos en sintonía a través de un autoconocimiento continuo y de sesiones regulares de recarga consciente de la batería personal a lo largo de nuestra vida personal y profesional. Y, lo que es igual de importante, cuidar de nosotros mismos no es sólo una buena idea, es una responsabilidad ética.

Referencias

Barnett JE, Baker EK, Elman NS, Schoener GR. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Pro Psychol Res Prac.* 38: 603.

Bush AD. 2015. *Simple Self-Care for Therapists: Restorative Practices to Weave Through Your Workday.* New York: Norton & Company.

Groopman J. 2003. *The Anatomy of Hope.* New York: Random House.

Norcross JC, Barnett JE. 2008. Self-care as ethical imperative. *Reg Report.* Spring 2008. http://www.nationalregister.org/trr_spring08_norcross.html.

Norcross JC. 2000. *Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies.* Pro

Pope KS, Vasquez MJT. 2005. How to survive and thrive as a therapist: Information, ideas, and resources for psychologists. Washington, DC: American Psychological Association.

Rupert PA, Miller AO, Dorociak KE. 2015. Preventing burnout: What does the research tell us? *Pro Psychol Res Prac.* 46:168.

Seligman MEP. 2011. *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being.* New York: Simon & Schuster.

Skovholt TM, Trotter-Mathison M. 2016. *The Resilient Practitioner: Burnout Prevention and Self-Care Strategies for Counselors, Therapists, Teachers, and Health Professionals, 3rd Ed.* New York: Routledge.

Wicks R. 2010. *Bounce: Living the Resilient Life.* New York: Oxford University Press.

Más datos sobre los trastornos alimentarios y el género

Los TCA también son un riesgo para la salud de los hombres.

Se estima que 10 millones de hombres y niños tendrán un trastorno alimentario a lo largo de su vida, según el número de junio de 2019 de la revista *American Journal of Men's Health*. Los hombres están muy poco representados en los estudios sobre los trastornos alimentarios, pero éstos se perfilan cada vez más como un riesgo para la salud de los varones. Las estadísticas mundiales actuales estiman que entre el 0.7% y el 2.2% de los hombres padecerán anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastorno por atracón u OSFED (otros trastornos alimentarios especificados) a lo largo de su vida.

Los hombres que buscan tratamiento para un supuesto trastorno alimentario a menudo informan de que se encuentran con barreras para su tratamiento. Cuando finalmente buscan ayuda para un presunto TCA, pueden sentirse marginados, luchan por ser comprendidos por los terapeutas en centros dominados por mujeres con tratamiento orientado a ellas, y salen sintiendo que sus preocupaciones específicas no se están abordando adecuadamente.

Un estudio alemán examina el efecto del género durante el tratamiento

Para comparar los resultados del tratamiento del TCA entre hombres y mujeres, unos investigadores alemanes dirigidos por Georg Halbeisen, de la Ruhr-University Bochum, en Luebbecke (Alemania), diseñaron una comparación retrospectiva pre-post del trastorno alimentario entre 200 hombres y 200 mujeres con AN, BN, TA u otros trastornos alimentarios específicos (OSFED) tratados en su clínica.

Los hombres y las mujeres fueron tratados en el mismo entorno durante el mismo período, utilizando las mismas medidas para los resultados (*Nutrients.* 2022. 14: 2240). Entre los hombres, 47 tenían AN, 18 tenían BN y 10 con OSFED fueron admitidos y tratados más de una vez entre enero de 2018 y diciembre de 2021. El grupo final de 200 mujeres se obtuvo de una amplia muestra de mujeres tratadas en la clínica durante el mismo tiempo, que luego se emparejaron a los sujetos masculinos por diagnóstico, edad y duración del tratamiento. Al ingreso, se determinó la edad, el sexo y la altura. Las percepciones e imágenes corporales de los pacientes se midieron con el *Body Experience Questionnaire*, o *FBek*, ampliamente utilizado en Alemania. Cuatro subescalas incluyen el atractivo físico, la confianza en sí mismo, la acentuación de la apariencia y el malestar físicos/sexual, así como las inseguridades y preocupaciones sobre los procesos corporales.

Todos los sujetos completaron el Symptom Checklist SCL-27-plus, el Eating Disorders Examination Questionnaire, y el Beck Depression Inventory II. El índice de masa corporal y ocho trayectorias de peso se registraron durante el estudio.

Para dos de los trastornos alimentarios, los hombres informaron ganancias y pérdidas de peso más rápidas.

Los pacientes con AN eran más jóvenes en comparación con los pacientes con BN y TA; entre todos los demás grupos, las edades eran comparables. Al igual que en estudios anteriores de adolescentes y hombres adultos, los hombres con AN tuvieron un mayor aumento de peso en comparación con las mujeres a lo largo del tratamiento. También, se observó una mayor mejora en las cogniciones del trastorno de la conducta alimentaria en los hombres con anorexia nervosa en comparación con las mujeres.

Los hombres con TA tuvieron una mayor pérdida de peso en general en comparación con las mujeres durante todo el período de tratamiento. Los hombres también tenían cogniciones menos graves relacionadas con el trastorno alimentario y una imagen corporal más positiva que las mujeres. Los autores informaron de que las causas de esta diferencia también eran poco claras, y que se necesitan más estudios y de mayor alcance. En el caso de los pacientes con BN y OSFED, los autores no pudieron encontrar diferencias de género. Sin embargo, también señalaron el número relativamente pequeño de pacientes con TCA en este grupo. En el caso de los pacientes con BN y OSFED, los autores no pudieron encontrar diferencias de género. Sin embargo, también señalaron el número relativamente pequeño de pacientes con TCA en este grupo.

¿Deberían aplicarse las evaluaciones y el tratamiento tanto a hombres como a mujeres?

¿Deben los hombres y las mujeres recibir una evaluación o un tratamiento diferente para los trastornos alimentarios? Según el Dr. Halbeisen y sus colegas, los métodos de diagnóstico actuales son adecuados para evaluar los TCA para hombres y mujeres, y no se necesitan cambios. Sin embargo, también señalan que las herramientas de evaluación actuales pueden no tener en cuenta cuestiones importantes para los hombres, como los problemas de musculatura. Añaden que se necesitan estudios adicionales, a mayor escala y controlados, para producir recomendaciones más específicas sobre los resultados del tratamiento en función de género. Sin embargo, los autores también sugieren que los terapeutas utilicen diferentes criterios al evaluar los resultados del tratamiento para hombres y mujeres. Agregan que se necesitan estudios más amplios y controlados para producir recomendaciones más específicas sobre los resultados del tratamiento basadas en el género.

Aumentan las hospitalizaciones relacionadas con el COVID en niños y adolescentes canadienses

El número de casos de AN también aumentó con la pandemia.

En Canadá, la epidemia de COVID-19 se ha relacionado con un aumento de los casos de anorexia nervosa entre niños y adolescentes. Como se ha informado en otros lugares, se han producido aumentos tanto en las visitas a las salas de urgencias (Toulany A, et al. J Adolesc Health. 2022. 70:42) como en las hospitalizaciones (Vyer E et al. J Adolesc Health. 2022. S: 1054-139X). Estos aumentos se reportaron en un estudio realizado por la doctora Debra Katzman, profesora de pediatría en el Hospital for Sick Children de Toronto y de la University of Toronto. Desde el 1 de septiembre hasta el 31 de diciembre de 2021, el Dr. Katzman y sus colegas atendieron 118 primeras hospitalizaciones por AN. Entre estos pacientes, más del 90% eran mujeres, y el 66% de los casos se dieron entre adolescentes de 14 a 17 años. El resto

ocurrió en adolescentes de 11 a 13 años. En el 49% de los casos, los médicos declarantes identificaron la pandemia como factor desencadenante de la aparición de la AN, y en más de un tercio de las hospitalizaciones relacionadas con ésta.

Los autores informaron de razones familiares para el aumento de casos: interrupciones en las rutinas diarias, cierre de escuelas y cancelación de actividades recreativas, pérdida de conexión regular con amigos y de actividades extracurriculares y sociales. Todos estos factores provocaron un aumento de la ansiedad, la depresión y de una sensación de falta de control. A esto se sumó el cierre de centros ambulatorios, las largas listas de espera para entrar en los centros que estaban abiertos y el miedo al virus cuando se acudía a las consultas médicas y a los servicios de urgencias.

La ansiedad y la depresión estaban presentes tanto en los adolescentes como en los preadolescentes. La edad media de estos diagnósticos entre los pacientes pediátricos en Canadá se redujo de 16 a 15 años, y la edad más joven en el momento del diagnóstico disminuyó de 12 a 11 años.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Pacientes con un trastorno alimentario con un sobrepeso grave

P. Recientemente he visto a varias personas que padecen bulimia nervosa y trastorno por atracón, respectivamente, que tienen un peso superior. Estoy tratando de encontrar enfoques específicamente adaptados a estos pacientes. ¿Tiene alguna sugerencia? (TS, Charlottesville, SC)

R. No es raro que las personas de mayor peso sufran trastornos alimentarios, pero se ha investigado poco en este ámbito. Según los resultados de un estudio reciente y las directrices de la National Eating Disorders Collaboration (*J Eat Disord.* 2022. 10:21), con demasiada frecuencia se pasa por alto a estos pacientes y, por tanto, no se les trata adecuadamente. Este grupo ha subrayado numerosos obstáculos a la atención, y estas directrices pueden ser útiles para usted.

El grupo, con sede en Australia, ha elaborado 21 directrices clínicas para ayudar a los clínicos en esta área poco estudiada. Los pacientes con trastornos alimentarios y sobrepeso grave afirman que se les diagnostica erróneamente, que los profesionales de la salud los descartan y que se les retrasa el tratamiento o se les excluye de los servicios de tratamiento. Gran parte de esto se debe al estigma del peso, según la Dra. Angélique F. Ralph, de la National Eating Disorders Collaboration de Sydney, Australia, y sus colegas. El grupo informa que, con demasiada frecuencia, estos pacientes tienen toda una vida de traumas relacionados con el peso, como el acoso escolar en las escuelas o el abuso emocional relacionado con éste. Las experiencias con el estigma y la discriminación pueden llevar a las personas a ser reacias a hablar sobre su peso o su alimentación, por miedo a que se les avergüence aún más y/o a que no se les crea debido a experiencias negativas anteriores.

El grupo señaló que, aunque históricamente el índice de masa corporal (IMC; kg/m²) se ha utilizado como indicador de riesgo relacionado con el estado de salud física, la composición corporal puede ser muy variable en personas con el mismo IMC, y está influida por la edad, el sexo, la raza y el grado de musculatura.

Algunas de las recomendaciones son: (1) el tratamiento psicológico como tratamiento de primera línea para los pacientes con pesos más elevados y BN y TA, (2) la actividad física diseñada para una salud física y mental positiva y alejada del ejercicio únicamente para el cambio de peso o de forma, (3) las intervenciones familiares, y (4) abordar la desnutrición y la mala calidad de la dieta independientemente del tamaño corporal, por ejemplo. Entre las recomendaciones del grupo está la de "promover la

necesidad de investigar sobre los enfoques neutrales en cuanto al peso y otros enfoques en este campo."

—SC

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com