
Eating Disorders Review

Mayo/Junio 2024

Volumen 35, Número 3

Intervenciones sobre la imagen corporal después de la cirugía bariátrica

Sheethal D. Reddy, PhD

Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia

¿Qué es la imagen corporal? La imagen corporal es la construcción mental de nuestro yo físico. En otras palabras, es nuestra valoración y actitud hacia nuestro aspecto físico. Se desarrolla de varias formas, como en el contexto de los valores estéticos sociales y culturales, los mensajes sobre nuestro cuerpo que recibimos de quienes nos rodean y la experiencia física de nuestro cuerpo.

La imagen corporal suele incluir la talla, el peso, la forma, el color y los adornos de la piel (por ejemplo, tatuajes y piercings), la textura del pelo, los rasgos faciales, el pelo o la falta de él, y la estatura y la postura. (National Eating Disorders Collaboration, o NEDC, directrices elaboradas por el Departamento de Salud y Atención a las Personas Mayores del Gobierno de Australia). Aunque solemos oír hablar de la imagen corporal en el contexto de las adolescentes insatisfechas con su peso o su figura, la insatisfacción corporal se da en personas de todos los sexos y edades. Menos estudiados o discutidos son los problemas de imagen corporal de las personas con complicaciones médicas (por ejemplo, cáncer, obesidad o complicaciones musculoesqueléticas)

¿Cuándo y cómo se forma la imagen corporal?

La imagen corporal comienza en la adolescencia y continúa solidificándose durante los primeros años de la vida adulta. El momento de la pubertad y el ritmo de desarrollo de las características sexuales secundarias (desarrollo de los senos, acné, vello facial) pueden influir en la actitud de los adolescentes hacia su cuerpo. La imagen corporal se desarrolla en un contexto social más amplio y está influida por la herencia étnica, racial y cultural de cada individuo. El ideal corporal femenino occidental se ha caracterizado históricamente por un tono de piel blanco u oliva, y un cuerpo delgado, con poco o nada de vello (excepto en la cabeza y las cejas) La variación actual de este tema cambia el término "delgado" por "atlético, en forma y tonificado" (Bozsik et al., 2018).

Puntos para tener en cuenta

- **La insatisfacción corporal se da en personas de todas las edades y géneros.**
- **El ideal corporal occidental blanco da prioridad a la delgadez, sobre todo entre las mujeres.**
- **Un cuerpo obeso se considera poco atractivo y evoca estereotipos de pereza y poco cuidado de sí mismo.**
- **El éxito de la cirugía bariátrica no se mide bajando a un índice de masa corporal específico.**

Los rasgos angulosos y nórdicos se han presentado como una estética alcanzable y preferida, en comparación con rasgos físicos más curvilíneos o asiáticos/africanos. Los ideales de belleza occidentales

se han sustentado en creencias racistas sobre la superioridad blanca/europea. Además, históricamente, ciertos rasgos físicos se consideraban indicadores de integridad moral (Forth, 2012). Por encima de todo, el ideal corporal occidental blanco da prioridad a la delgadez, sobre todo entre las mujeres. Independientemente del sexo, tener un cuerpo obeso se considera poco atractivo y evoca estereotipos de pereza y poco cuidado de sí mismo (Puhl and Huer, 2010).

Imagen corporal después de la cirugía bariátrica

La mayoría de las personas que se someten a cirugía de pérdida de peso lo hacen para tratar múltiples comorbilidades relacionadas con el peso; sin embargo, la mejora percibida en el aspecto físico sigue siendo una motivación y un resultado importantes, y es buscada por muchos. Por lo tanto, la imagen corporal sigue siendo un tema terapéutico importante para las personas que se han sometido a cirugía bariátrica. A pesar de ser más delgados y pesar menos en el postoperatorio, muchas personas no pueden ver ninguna diferencia en su tamaño o forma cuando se miran en el espejo después de la cirugía bariátrica. Esta incapacidad para ver el cambio a menudo persiste, incluso ante una pérdida de peso significativa (Perdue et al., 2020). Por lo tanto, en el periodo preoperatorio es importante establecer expectativas realistas sobre los cambios que se verán en el cuerpo.

Además, la pérdida de peso tras la cirugía puede ser rápida, irregular, más perceptible en distintas zonas del cuerpo y única para cada persona. La piel sobrante debajo de los brazos, en el vientre y en los muslos puede ser motivo de vergüenza y timidez. Dado que la imagen corporal es una construcción mental, no cambia con el postoperatorio ni tan rápidamente como lo hace el cuerpo físico.

Los pacientes pueden sentirse decepcionados y frustrados porque la cirugía no ha mejorado su confianza a la hora de llevar traje de baño o pantalones cortos, debido a la flacidez o al exceso de piel. Para las personas con una insatisfacción corporal más significativa, la falta de mejora percibida en el aspecto físico puede conducir a un afecto negativo, frustración y arrepentimiento por someterse a una cirugía bariátrica.

Intervenciones para reducir la insatisfacción corporal después de la cirugía bariátrica

Sensibilización sobre el estigma. Los prejuicios implícitos contra los cuerpos más grandes están muy extendidos en nuestra sociedad, incluso en el ámbito de la salud. El sesgo del peso podría considerarse la última forma de prejuicio aceptable (Ewing, 2019). Muchos pacientes que se someten con éxito a cirugía bariátrica permanecen en la categoría de índice de masa corporal (IMC) de sobrepeso (IMC: 25-29), aunque con un peso mucho menor y una salud mejorada. Como clínicos, puede ser importante entender que el éxito de la cirugía bariátrica no se mide bajando a un IMC específico. Los proveedores que trabajan con pacientes bariátricos deben ser conscientes de sus propias ideas erróneas y suposiciones sobre el objetivo final de la cirugía y no centrarse inadvertidamente en la pérdida de peso a costa de otras victorias "que no son de escala". Incluso las personas que han luchado contra la obesidad pueden no darse cuenta del impacto de las redes sociales y los medios de comunicación en la evaluación negativa de su propio cuerpo. (Ravary, Baldwin, Bartz, 2019). Tomar conciencia de cómo la sociedad denigra y devalúa los cuerpos más grandes es un primer paso poderoso para construir una imagen corporal más saludable.

Expandir y recuperar la imagen corporal

Aunque la imagen corporal puede tardar en cambiar, también podemos trabajar para ampliar nuestra concepción de lo atractivo. En la sociedad occidental, el peso y la talla adquieren una importancia desproporcionada en la evaluación de nuestro físico. Piensa en el impacto que tendría en tu estima corporal si dieras la misma o mayor importancia a la postura y la presencia (es decir, a cómo nos comportamos), o a tu pelo, tu sentido del estilo, tus ojos, tus dedos, tu piel o tus mejillas. En su lugar, piense en las cosas que su cuerpo después de la cirugía de pérdida de peso le permite hacer a diario: subir un tramo de escaleras sin quedarse sin aliento, completar una maratón, jugar con sus nietos, recibir

un abrazo de cuerpo entero o dar a luz. Una imagen corporal equilibrada incluye nuestras actitudes sobre nuestro cuerpo y la confianza en él para experimentar el mundo que nos rodea. La industria de las dietas nos quiere hacer creer que el cuerpo es moldeable y que es fácil cambiarlo, basándose en cualquiera que sea la tendencia corporal del momento. El mensaje claro es que “el cuerpo es un proyecto” (Blackwell, 2023), y que debe haber algo fundamentalmente erróneo en nuestra apariencia externa. Blackwell (2023), autor de *Decolonizing the Body*, sugiere rechazar esta premisa por completo. En cambio, considera que el cuerpo está “diseñado para la alegría.”

Reestructuración cognitiva

Los pensamientos negativos sobre el cuerpo suelen ser automáticos y a menudo se desencadenan al mirar fotos o nuestro reflejo en el espejo. Podemos cuestionar esos pensamientos aprendiendo a utilizar un lenguaje más neutro y preciso para describir nuestro cuerpo (Figura 1).

Una forma sutil de terapia de exposición puede ser benéfica para las personas que luchan contra la insatisfacción corporal. El ejercicio comienza haciendo que la persona se coloque frente al espejo lo suficientemente cerca como para que sólo se vea su cara. El siguiente guión puede servir de guía:

“Presta atención a cualquier pensamiento crítico que tengas en este momento sobre tu rostro. Dejando eso a un lado, practica describir tu rostro de una manera neutral o práctica. Ahora que has descrito tu cara a ti mismo, piensa en cómo la describiría un amigo o

alguien que te quiere? Mientras haces este ejercicio, observa cualquier cambio en tus pensamientos y sentimientos hacia tu rostro. Con el tiempo, puede que sientas menos vergüenza o desagrado a medida que continúes con esta práctica. A medida que te sientas cómodo/a, puedes pasar a otras zonas de tu cuerpo que puedan necesitar una atención más compasiva. Gradualmente extiende por períodos más largos con un sentido de compasión.”

En lugar de...	¿Qué tal...
Mis muslos son enormes.	Mis muslos son una parte grande de mi cuerpo.
Mi estómago se ve horrible.	Mi estómago está más flácido porque he perdido peso.
Mis brazos parecen alas de murciélago.	Hay piel extra debajo de mis brazos.
Mi pecho está muy caído.	Mi pecho está cambiando.
Mi cuerpo es repugnante.	Mi cuerpo es mío. Me está llevando a través de esto. No es como me gustaría que fuera, pero forma parte de mi historia.
Mi pelo está asqueroso.	Mi pelo necesita algo de atención.
Mis rollos de grasa son repugnantes.	No me gustan mis rollitos de grasa, pero son más pequeños y se notan menos cuando llevo ropa.

Figura 1. Usar un lenguaje más neutro y preciso para describir el cuerpo.

La mejora de la imagen corporal lleva tiempo

Si bien la cirugía bariátrica conlleva una pérdida de peso significativa, una mejora de la salud y de la

calidad de vida, la mejora de la imagen corporal puede ser más lenta. La imagen corporal comienza en los primeros años de la adolescencia y atraviesa la temprana edad adulta, y está muy influida por la preferencia de la sociedad por la delgadez. Las personas que han tenido sobrepeso la mayor parte de su vida pueden haber sufrido años de estigmatización y discriminación por su peso, y pueden estar profundamente descontentas con su aspecto físico. Aunque la cirugía bariátrica produce una rápida pérdida de peso, ésta puede distribuirse de forma desigual en el cuerpo e ir acompañada de un exceso de piel o piel flácida. Aumentar la conciencia de los pacientes sobre los ideales poco realistas de la sociedad y hacer énfasis en todos los beneficios de la cirugía de pérdida de peso puede ayudar a mejorar la autoestima corporal. Las intervenciones cognitivo-conductuales, como la terapia de exposición y la reestructuración cognitiva, pueden ser eficaces con el apoyo de los clínicos capacitados.

Referencias

- Blackwell K, Williams P, Cleveland P. 2023. *Decolonizing the Body: Healing, Body-Centered Practices for Women of Color to Reclaim Confidence, Dignity, and Self-Worth*. Tantor Media, Inc, Old Saybrook, CT.Bozsik F, et al. 2018. *Sex Roles*.79:609. Ewing E. 2019. *Br J Gen Pract*. 69:349. Forth CE. 2012.*HWJ*. 73:211.
- Griffen TC, Naumann E, Hildebrandt T. 2018. *Clin Psychol Rev*. 65:163.
- National Eating Disorders Collaboration. <https://nedc.com.au/eating-disorders/eating-disorders-explained/bodyimage>.
- Perdue TO, et al. 2020. *Eat Weight Disord*. 25:357.
- Puhl RM, Heuer CA. 2010. *Am J Pub Health*. 100:1019.
- Ravary A, Baldwin MW, Bartz JA. 2019. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 45:1580.
- The Cleveland Clinic. 2022. <https://health.clevelandclinic.org/body-positivity-vs-body-neutrality>.



La Autora

Sheethal D. Reddy, PhD es profesora asistente en el Departamento de Cirugía, Emory University School of Medicine, Clinical Psychologist at Emory Bariatric Center, Emory University Hospital Midtown, Atlanta, GA.

Desde el otro lado del escritorio

Los problemas de imagen corporal empiezan pronto para hombres y mujeres. Estamos familiarizados con los mensajes erróneos que reciben las adolescentes sobre su cuerpo; estos mensajes pueden provenir de Internet, de sus compañeros y también de sus familiares. Los familiares con buena intención pueden sugerir que perder peso ayudará a evitar la aparición de diabetes y otras condiciones. Los problemas de los hombres jóvenes con su imagen corporal se centran más en la musculatura; en un estudio, el 60% de los ellos declararon haber manipulado su dieta para ser más musculosos. (Lavendar et al., 2017)

El artículo de la Dra. Sheethal Reddy examina otra faceta de los problemas de imagen corporal, los que se desarrollan tras la cirugía bariátrica (véase "Intervenciones de imagen corporal tras la cirugía bariátrica", en otra sección de este número) A pesar de ser más delgados y pesar menos después de la cirugía bariátrica, muchas personas no pueden ver ninguna diferencia en su tamaño y forma. El autor describe algunas intervenciones compasivas que pueden ayudar. Otro artículo aborda el tema de la

vergüenza por el peso. Según un estudio italiano, 1 de cada 4 jóvenes se avergüenza de su peso. Una lector/a expresa su preocupación por un familiar masculino de edad avanzada que está preocupado por su imagen corporal y acude a un gimnasio local al menos 3 veces por semana ("Preguntas y respuestas"). Otro tema conocido es el de las barreras a las que se enfrentan las poblaciones más pobres y no blancas en el tratamiento de los trastornos alimentarios (véase "Actualización").

—MKS

Buscando las fuentes de la vergüenza corporal

Un estudio italiano encontró que 1 de cada 4 estudiantes estaban afectados.

La vergüenza hacia el cuerpo, los prejuicios sobre el peso y el acoso/bullying relacionado con éste se están examinando mucho más de cerca, y la relación con el desarrollo de una alimentación desordenada ha recibido una nueva atención. Sin embargo, algunos han señalado la falta de una definición clara de vergüenza corporal. La vergüenza puede abarcar desde comentarios inconscientes, con frecuencia negativos, sobre el cuerpo de una persona, aparentemente con ánimo de ayudar, por parte de sus padres o incluso de profesionales médicos ("adelgazar te ayudará a no desarrollar diabetes") hasta duros comentarios anónimos en Internet sobre la forma del cuerpo o el peso.

La Dra. Silvia Cerolina y colegas del Department of Psychology, Sapienza University Rome, Italia, trataban de estimar en qué medida los estudiantes de secundaria habían tenido experiencias de vergüenza corporal con compañeros y familiares. Luego compararon el grado en que las experiencias se asociaban con los síntomas de trastornos alimentarios, el índice de masa corporal actual y la insatisfacción corporal. También plantearon la hipótesis de que los efectos de la vergüenza corporal en la sensación de bienestar del estudiante podrían estar mediados por el prejuicio de peso del propio individuo. (*Front Psychol.* 15:1356647. doi:0.3389/fpsyg.2024.1356647)

Evaluación de los estudiantes. Entre 2022 y 2023, los autores evaluaron a 919 estudiantes de secundaria (promedio de edad: 15.97 años) de 10 escuelas secundarias de la Roma urbana. Al menos uno de los autores visitó la mayoría de las clases, explicó el estudio y las pruebas en línea y recogió los formularios de consentimiento de los padres. Después, los alumnos completaron una batería de pruebas durante el horario de las clases escolares. La batería en línea de cuestionarios de autoevaluación evaluó la vergüenza corporal, los prejuicios internalizados y públicos sobre el peso, los síntomas de trastornos alimentarios, la insatisfacción corporal e información demográfica.

Se utilizaron dos preguntas de sí/no para evaluar las experiencias de vergüenza corporal relacionada con el peso por parte de compañeros ("¿Alguna vez tus compañeros se han burlado de ti o se han reído de ti a causa de tu peso?") y de familiares (Por ejemplo, "¿Alguna vez algún familiar se ha burlado de ti o se ha reído de ti a causa de tu peso?").

Indagando las actitudes ante la vergüenza corporal

La versión italiana del *Attitudes toward Obese Persons* (ATOP, por sus siglas en inglés) cuestionario que se utilizó para evaluar las percepciones y actitudes sobre las personas con obesidad. Una de las afirmaciones, por ejemplo, era: "Los trabajadores obesos no pueden tener tanto éxito como los demás". Otra escala, *The Disordered Eating Questionnaire* (DEQ, por sus siglas en inglés), se utilizó para calcular una puntuación global de los síntomas de los trastornos alimentarios, como las conductas restrictivas, los atracones y las purgas, la rumiación y las preocupaciones por el peso y la figura corporal.

La *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS, por sus siglas en inglés) se administró para evaluar la

interiorización del prejuicio del peso y los estereotipos negativos sobre el sobrepeso y la obesidad (*Curr Psychol.* 2017. 36:242) La puntuación sólo estaba disponible electrónicamente si los participantes habían respondido previamente "Sí " a un ítem que evaluaba si se percibían a sí mismos con sobrepeso. Las puntuaciones más altas indicaban una mayor interiorización del estigma relacionado con el peso. Entre los ejemplos se incluían: "No creo que merezca tener una vida social satisfactoria mientras tenga sobrepeso" y "Mi peso es una de las principales maneras con las que juzgo mi valor como persona".

La Silhouette Rating Scale (SRS, por sus siglas en inglés) es una herramienta pictórica que representa una serie de nueve siluetas femeninas o masculinas que varían en dimensiones corporales (anchura de las partes del cuerpo) y forma. Dos ítems evalúan el tamaño corporal actual y el ideal, lo que permite al alumno estimar una puntuación de insatisfacción con el tamaño corporal obtenida a partir de la discrepancia entre ambos (forma y tamaño corporal ideal menos actual).

El Disordered Eating Questionnaire (DEQ, por sus siglas en inglés) se utilizó para evaluar las conductas y actitudes relacionadas con una alimentación desordenada. Esta escala de 24 ítems ayuda a calcular una puntuación global de los síntomas de los trastornos alimentarios, como la alimentación restrictiva, las conductas de atracón y purga, la voluntad de perder peso, la rumiación, la preocupación por el peso y la figura corporal, así como el uso de ejercicio físico intenso para adelgazar, por ejemplo.

El alcance de la vergüenza corporal en relación con el peso

Uno de cada cuatro estudiantes declaró haber sufrido vergüenza corporal relacionada con el peso por parte de compañeros (25.1%) o familiares (25.0%) y el 37% declaró haber tenido al menos una experiencia de ese tipo a lo largo de su vida. Las estudiantes presentaban puntuaciones más altas de síntomas de trastornos alimentarios y mayor insatisfacción con el tamaño de su cuerpo que los hombres.

La única excepción estaba en la puntuación pública de la *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS, por sus siglas en inglés) que era mayor en los hombres que en las mujeres. El WBIS es un cuestionario de autoevaluación que mide el grado en que las personas con sobrepeso y obesas interiorizan los estereotipos negativos y sus propias afirmaciones sobre su peso. Los autores también informaron de una disminución de los niveles de ingesta de lípidos proteicos. En comparación con los hombres, las mujeres presentan el doble de probabilidades de tener al menos una experiencia de vergüenza corporal relacionada con el peso, lo que probablemente esté relacionado con factores socioculturales, como la dominante influencia del "ideal de delgadez."

Casi el 40% de los participantes reportaron síntomas clínicamente significativos de un trastorno alimentario. Los autores informaron que estudios italianos anteriores señalaban una alarmante tasa de prevalencia creciente del 28%, posiblemente relacionada con un efecto pandémico posterior al COVID. Según los autores, la pandemia alteró profundamente la vida cotidiana y creó un efecto global de aumento del riesgo de trastornos alimentarios.

El hallazgo de que la vergüenza pública sobre el peso parece producir efectos diferentes que los prejuicios internalizados sobre el peso y no se asocia con la vergüenza corporal y los síntomas de trastornos alimentarios en adolescentes con sobrepeso podría parecer controvertido. Sin embargo, con un estudio más detallado, esto podría tener sentido, teniendo en cuenta que este grupo (estudiantes que declaran tener sobrepeso) puede haber interiorizado prejuicios sobre el peso, y puede aplicarse a sí mismo estereotipos y actitudes negativas. También es posible que hayan desarrollado una mayor sensibilidad hacia otras personas, lo que se traduce en actitudes menos negativas hacia la obesidad y, por lo tanto, no la asocian con experiencias de vergüenza corporal y síntomas de trastornos alimentarios.

alimentarios

Algunas ventajas y desventajas de esta ciencia en rápido desarrollo

La inteligencia artificial, o IA, está en todas partes y ahora llega al tratamiento de los trastornos alimentarios. En un reflexivo editorial, tres investigadores de la University of Turin, Italia, han explorado las primeras formas en que la IA puede aplicarse de forma creativa a la relación terapéutica, pero también señalan importantes precauciones (*Eat Weight Disord. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2023. 28:50).

Las plataformas digitales originales están siendo sustituidas por grandes modelos lingüísticos (LLM, por sus siglas en inglés), que permiten a una persona interactuar con la IA de forma conversacional, planteando preguntas y recibiendo respuestas originales y articuladas. ChatGPT, que fue lanzado a finales del año pasado, ha estimulado un intenso debate en ambos lados. ¿Es útil o perjudicial? En el lado positivo, la IA ha hecho posible aplicar una gran cantidad de datos de un solo paciente o de grupos de ellos. Un segundo ámbito de discusión y debate se refiere al uso activo de herramientas basadas en IA durante el tratamiento y en la vida cotidiana del paciente. Como señalan el Dr. Giovanni Abbate-Daga y sus colegas, ambas áreas "pueden conducir a eventuales avances terapéuticos, pero también presentar obstáculos y problemas éticos".

Considerar algunos beneficios

Uno de los elementos atractivos de la IA es que proporciona información directa de una forma conversacional con la que muchos internautas están familiarizados y les gusta. A través de navegadores y aplicaciones, el individuo es ahora libre de utilizar la IA a su manera, lo que da lugar a posibilidades flexibles e imprevistas. La IA podría utilizarse a favor y en contra de la terapia, así como exponer al paciente o futuro paciente a enfoques terapéuticos completamente novedosos. Con el paso del tiempo, los límites del tratamiento pueden difuminarse, dicen los autores, lo que hace más difícil definir qué es apropiado en terapia y qué no lo es. La IA puede proporcionar apoyo entre las sesiones de tratamiento cuando un paciente tiene impulsos de comer, o gana más peso del esperado, o está intentando alcanzar un objetivo de tratamiento.

Como forma de prevenir un trastorno alimentario, debe tenerse en cuenta el uso de IA por parte de personas que aún no están recibiendo tratamiento, pero que corren un grave riesgo de padecer un TCA. Una persona puede recurrir a la IA en primer lugar cuando ha desarrollado recientemente síntomas de un trastorno alimentario, pero desconoce o se resiste a pensar en la posibilidad de padecer uno. Tener acceso a la IA puede estimular al individuo a obtener más información sobre las purgas, el exceso de ejercicio, una dieta poco saludable y otras señales de alarma. El enfoque conversacional proporcionado por la inteligencia artificial puede llevar al paciente a actuar.

Los profesionales sanitarios también pueden beneficiarse de la IA al reconocer patrones de comportamiento y señales lingüísticas, lo que les ayuda a intervenir en las primeras fases de un trastorno alimentario, mejorando las posibilidades de éxito del tratamiento y la recuperación. La IA, gracias a su amplia recopilación de datos, podría proporcionar acceso a información más precisa y adecuada sobre el tratamiento y ayudar a calificar la eficacia de las intervenciones para los TCA de forma mucho más rápida y articulada que a través de una búsqueda normal en Internet. En un ámbito distinto pero relacionado, un estudio reciente demostró que la IA daba respuestas precisas y reproducibles a preguntas frecuentes relacionadas con la cirugía bariátrica: El 86.7% de las 151 respuestas obtenidas por IA fue calificado de integral por cirujanos bariátricos certificado (*Obes Surg*. 2023. 33:1790). La IA también podría permitir a las personas evitar los sentimientos de aislamiento y vergüenza, un problema importante para algunos pacientes (*J Clin Med*. 2022. 11:6683).

Considerar algunos aspectos negativos

Los autores señalan que las actuales entradas de IA conversacional pueden proporcionar información falsa, presentándola como un hecho (*Front Comput Intell Syst. 2023. 2:81*), produciendo las llamadas "alucinaciones o delirios de IA". Los pacientes vulnerables pueden tomarse muy a pecho la información falsa de Internet, por ejemplo, la información falsa sobre el peso, los alimentos y las calorías. Esta información falsa puede incluso respaldar estas afirmaciones citando estudios clínicos que nunca se han realizado. Los clínicos pueden discutir y restablecer la información correcta sobre dietas, peso y metabolismo, por ejemplo. Los autores señalan que los médicos y los psicoterapeutas también pueden trabajar juntos para desarrollar sus propios modelos de IA para contrarrestar la información dañina y comprobar los riesgos de errores de ésta.

Finalmente, puede haber problemas éticos. Los pacientes que viven lejos de centros de tratamiento especializados y tienen barreras geográficas o económicas para recibir atención pueden recurrir en gran medida a Internet entre sesiones presenciales limitadas. La privacidad y la seguridad de los datos también están potencialmente en peligro, lo que exige transparencia, seguridad y que los pacientes sepan cómo se utilizan estos datos. Los autores señalan que se necesitan urgentemente leyes y normas sobre el intercambio de datos.

Por último, Internet no puede sustituir a las sesiones presenciales

El reto para los clínicos es mantener las relaciones personales con los pacientes y recordar que la comunicación no verbal también es una parte esencial de la terapia. Aunque se están desarrollando muchas herramientas de Internet, no pueden sustituir a las sesiones presenciales. Incluso con la dudosa afirmación de que las herramientas de IA pueden leer las expresiones faciales y corporales, la relación clínico-paciente no puede reproducirse mediante mecanismos artificiales. (*Front Psychiatry. 2013. 10:746*) Los autores señalan que un efecto positivo es que la IA puede proporcionar un apoyo accesible y asequible entre sesiones. Las aplicaciones móviles y las plataformas en línea impulsadas por algoritmos de IA pueden ofrecer alertas basadas en pruebas.

Por último, los autores señalan: "Nuestro deber es ayudar a nuestros pacientes a entender cómo utilizar de forma responsable las oportunidades que abre la IA, aprendiendo de ellas al mismo tiempo. Es mejor subirse a la ola que acabar debajo de ella."

Efectos de la música de fondo durante las comidas de los pacientes hospitalizados

Poner música durante las comidas puede tener un efecto positivo en los pacientes hospitalizados con trastornos alimentarios.

La idea de combinar música y tratamiento no es nueva. Por ejemplo, el filósofo griego Pitágoras (c. 579-494 a.C.) prescribía una serie de escalas y modos musicales para curar diversas dolencias físicas y psicológicas. La capacidad de la música para aliviar los estados de ánimo negativos está bien demostrada, y las intervenciones musicales se utilizan habitualmente para calmar las emociones negativas en diversos contextos, ofreciendo beneficios tanto psicológicos como fisiológicos. Además, los estudios existentes sugieren que el estilo particular de música no modera el estado de ánimo durante las comidas, lo que refuerza el papel de la música como una forma potente de distraer a los pacientes de las preocupaciones relacionadas con la comida.

El Dr. Paolo Meneguzzo y sus colegas del Padova Neuroscience Center of the University of Padova, Padua, Italy, descubrieron recientemente que añadir música de fondo a las comidas ayudaba a los pacientes con

anorexia nervosa y trastornos restrictivos o por atracones (*J Eat Disord.* 2024.12:7). Cincuenta y una mujeres con trastornos alimentarios fueron reclutadas para un estudio mientras recibían atención hospitalaria en una sala especializada en rehabilitación psiconutricional.

Tres configuraciones para la música de fondo

De abril a julio de 2022, la planificación general de las comidas en el centro de tratamiento incluía seis comidas distintas: desayuno, comida, cena y tres sesiones de refrigerios, cada una de ellas personalizada para abordar las necesidades específicas de rehabilitación nutricional relacionadas con el diagnóstico del paciente. De lunes a viernes, se utilizaron tres tipos aleatorios de música de fondo durante el almuerzo y la cena. Durante las dos primeras semanas y las dos últimas del estudio, los componentes de las comidas fueron constantes e idénticos para todos los participantes en el estudio.

Se utilizaron tres configuraciones de música de fondo: (1) sin música de fondo; (2) música clásica continua con sólo un piano, denominada "música de concentración", y (3) una lista de reproducción de música pop preestablecida. Todas las demás variables durante las comidas siguieron siendo las mismas, incluidas las condiciones de la sala, el horario de las comidas, la planificación de estas, los grupos comunitarios y la presencia tanto de una enfermera como de un dietista. Los participantes se sentaron en mesas, en grupos de tres o cuatro, y se les animó a hablar entre ellos como de costumbre. Los dietistas gestionaron las diferencias individuales en la composición de las comidas, registrándolas para posteriores comparaciones con los participantes.

Cuestionarios

Los participantes también completaron una serie de cuestionarios. Antes de cada comida de prueba, se recogió información sobre el hambre, la saciedad, el deseo de comer y las puntuaciones del cuestionario Positive and Negative Affect Schedule (PANAS, por sus siglas en inglés) utilizando un método de lápiz y papel. [Nota: véase más adelante la descripción del cuestionario PANAS] Los cuestionarios posteriores a las comidas se completaron 5 minutos después del final de la comida. Los pacientes hospitalizados fueron evaluados con *The Eating Disorder Questionnaire* (EDE-Q, por sus siglas en inglés) and el PANAS, un cuestionario de autoinforme con dos escalas de 10 ítems diseñadas para medir el afecto positivo y negativo (*Pers Soc Psychol.* 1988. 54:1063).

Algunos aspectos inesperados de la música de fondo

La ausencia de música llevó a un aumento de los alimentos no consumidos y de los rituales de alimentación durante las comidas. En el escenario sin música, o silencioso, el Dr. Meneguzzo y sus colegas también observaron una disminución en la *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS, por sus siglas en inglés), un cuestionario de autoevaluación que mide el grado en que las personas con sobrepeso y obesas interiorizan los estereotipos negativos y sus propias afirmaciones sobre su peso. Los autores también informaron de una disminución de los niveles de ingesta de proteínas y lípidos entre los participantes en el estudio. Los autores señalaron que durante la rehabilitación nutricional, una cantidad adecuada de grasas y proteínas es crucial para la densidad normal de nutrientes, la energía, el mantenimiento muscular, el equilibrio hormonal, la saciedad y la función cerebral (*Nutr Clin Prac.* 2010. 122).

De hecho, este hallazgo es intrigante, según los autores, porque la proteína es esencial para la síntesis de serotonina y dopamina, neurotransmisores que desempeñan un papel fundamental en el fomento de sentimientos de positividad, motivación, pasión, tranquilidad y de estar presente. Del mismo modo, los lípidos son cruciales para el desarrollo neuronal, la diferenciación de las células nerviosas y la migración, por lo que son de vital importancia para el correcto funcionamiento del sistema nervioso y para activar las zonas del cerebro relacionadas con la recompensa. Estos resultados confirman el papel de la música como distractor ambiental benéfico para las personas con trastornos alimentarios durante las comidas. La introducción de música de fondo puede mejorar la experiencia general del tratamiento hospitalario,

creando una atmósfera más acogedora y de apoyo, sobre todo en momentos estresantes como lo es, la hora de comer.

Actualización: Barreras socioeconómicas para los jóvenes con trastornos alimentarios

Los síntomas de los trastornos alimentarios pueden pasar desapercibidos entre los estadounidenses de clase media, pero las barreras socioeconómicas suelen ser mayores entre los jóvenes con desventajas raciales y étnicas. El coste de los servicios y la falta de centros de tratamiento son sólo algunos de estas barreras.

Un estudio de las reclamaciones de Medicare de diagnósticos de trastornos alimentarios primarios o secundarios de 2010 a 2014 descubrió que solo a una cuarta parte de los 8075 jóvenes con trastornos alimentarios asegurados públicamente en California se les diagnosticó alguna complicación médica relacionada con los trastornos alimentarios. La Dra. Amanda E. Downey y sus colegas de la University of California, San Francisco, observaron que los criterios de diagnóstico de la AN exigen la malnutrición para los jóvenes con AN, y sin embargo sólo se detectó ésta en el 8% de los jóvenes con AN de esta población. (*J Adolescent Health*. 2023). Las anomalías hematológicas fueron las complicaciones médicas diagnosticadas con más frecuencia.

Un segundo artículo, de la Dra. Erin C. Accurso y sus colegas, también de la University of California, San Francisco, encontró que alrededor de la mitad de las reclamaciones de Medicare de 2010 a 2014 involucraron a jóvenes latinos (58.5%, n=2634), y alrededor de la mitad de los diagnósticos de trastornos alimentarios no fueron especificados (*Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023. 23: 02193-7). Los análisis adicionales compararon a los jóvenes con trastornos alimentarios que se inscribieron de forma continua durante los 3 años (n=4,500) con submuestras aleatorias de jóvenes inscritos de forma continua a los que se les diagnosticó un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad (n=4128), un trastorno de la conducta disruptiva (n=4599) o un trastorno psicótico (n=4.290).

El idioma español y la ascendencia latinex eran significativamente más frecuentes entre los jóvenes con trastornos alimentarios que entre los que tenían otros diagnósticos. Los resultados pusieron de relieve las barreras estructurales que dificultan una atención sanitaria médica y conductual equitativa. El acceso limitado a los tratamientos para los trastornos alimentarios basados en la evidencia y a los proveedores de tratamiento especializados contribuye aún más a las disparidades en los resultados médicos y al empeoramiento de la importante carga de salud pública de estas enfermedades.

Los dos estudios hicieron énfasis en la necesidad de formar a los proveedores de atención médica de la comunidad para que reconozcan y traten a las personas con complicaciones médicas relacionadas con los trastornos alimentarios. Los autores subrayan que una psicoterapia temprana y accesible con supervisión médica de un profesional médico informado sobre los trastornos alimentarios puede ayudar a prevenir o reducir las tasas de morbilidad y mortalidad.

Preguntas y respuestas: Insatisfacción corporal entre los hombres mayores

P. Una de mis pacientes mencionó casualmente que su abuelo, de 65 años, está muy insatisfecho y es extremadamente crítico con su apariencia. Acude fielmente a un gimnasio local varias veces a la semana. Esto me hizo preguntarme si la preocupación por la imagen corporal y los trastornos alimentarios son inusuales entre los hombres mayores. (*B.D., Towson, MD*)

R. No, los trastornos alimentarios en los hombres mayores no son tan exclusivos y las nuevas investigaciones sugieren que la insatisfacción corporal en etapas posteriores de la vida es mucho más común de lo que pensamos. Un estudio reciente reveló que el 10% de los hombres mayores padecían trastornos alimentarios relacionados con la insatisfacción con su cuerpo. La insatisfacción es mayor en las mujeres; según un estudio, hasta el 70% de las mujeres de mediana edad están insatisfechas con su imagen corporal (*Int J Environ Res Public Health*. 2023. 20:7143).

Entre los hombres mayores, la "actividad deportiva excesiva" es un posible método de purga en el contexto de la BN, al actuar como compensación de los atracones y como forma de evitar el aumento de peso (*BMJ*.2017. doi.org./10.1136/bmj.j1745). En uno de los pocos estudios sobre hombres con trastornos alimentarios, se estudiaron los trastornos alimentarios en 307 hombres austriacos jóvenes, de mediana edad y mayores que acuden con frecuencia a gimnasios. (*Eat Weight Disord*. 2022.27:1765) La Dra. Barbara Mangweth-Matzek, de la Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria, quien ha dirigido una serie de estudios sobre trastornos alimentarios entre hombres mayores, descubrió que el 10% de éstos presentaba altos índices de trastornos alimentarios, tal y como mostraban sus respuestas en el *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q, por sus siglas en inglés) y los síntomas de los trastornos alimentarios en el *DSM-5*.

Los autores también compararon las características demográficas, de peso y deportivas por tres grupos de edad: hombres de 18 a 40 años; entre 41 a 60 años, y de 61 a 80 años. Cuanto mayores eran los hombres, más a menudo declaraban estar casados o en pareja, tener hijos, estar menos escolarizados o tener un índice de masa corporal (IMC, kg/m²) más elevado. El 66% del grupo de edad más joven y el 54% del grupo de mediana edad tenían un IMC normal (de 18.5 a 24.9); el 27% de los hombres de más edad tenían mucho sobrepeso o eran obesos. Más de tres cuartas partes de los hombres declararon realizar una actividad deportiva intensiva a diario o entre 4 y 6 veces por semana. La mayoría de los hombres de los tres grupos de edad utilizaban la actividad deportiva para perder peso, ganar musculatura o para relajarse o competir. Según la puntuación global en el EDE-Q, se registró una puntuación inferior en los hombres de mediana edad en comparación con los más jóvenes y los de más edad.

Falta de conciencia de los síntomas

La Dra. Mangweth-Mazek y sus colaboradores descubrieron comportamientos alimentarios preocupantes en todos los grupos de edad. El 10% de todos los participantes en el estudio presentaban síntomas de trastornos alimentarios. Las tasas más elevadas se registraron en el grupo de los más jóvenes, seguidos de los hombres de mediana edad y, a continuación, los de más edad. Los atracones fueron el síntoma más frecuente, seguido de los atracones y las purgas: los hombres con síntomas bulímicos declararon con mayor frecuencia hacer ejercicio excesivo para compensar los episodios de atracones. Un hallazgo importante fue la gran discrepancia entre las alteraciones alimentarias observadas en las respuestas de los cuestionarios y los trastornos alimentarios autoevaluados. Esto parecía sugerir que los hombres no eran conscientes del patrón patológico de su conducta alimentaria. De hecho, los autores también descubrieron que un alto porcentaje de hombres estaban satisfechos con su peso, su figura y su cuerpo en general, en contraste directo con las mujeres de todas las edades. El hecho de que casi el 80% de los hombres hicieran ejercicio entre 4 y 7 veces por semana podría ser la razón subyacente de sus altas puntuaciones en imagen corporal.

Opciones de tratamiento

En un artículo anterior, los doctores Mangweth-Matzek y Hans W. Hoek señalaron una grave falta de información sobre el tratamiento de los trastornos alimentarios entre los hombres de mediana edad o mayores (*Curr Opin Psychiatry*. 2017. 30:446) Estudios recientes demuestran que la incidencia de los trastornos alimentarios después de los 40 años se sitúa entre el 3% y el 4% entre las mujeres y entre el 1% y el 2% entre los hombres. También señalaron algunas de las dificultades de identificar un trastorno

alimentario entre hombres y mujeres mayores. Esto puede deberse a los problemas relacionados con la edad, así como al hecho de que los pacientes de más edad informan menos de los síntomas de trastornos alimentarios debido a la vergüenza que les produce y a la estigmatización de los trastornos psiquiátricos en general. Observaron que las intervenciones de terapia cognitivo-conductual (TCC) condujeron a una clara mejoría después de que los clínicos hicieran énfasis en los cambios en la apariencia relacionados con la edad y en las mejoras en el sentido de la autoestima, la aceptación del cuerpo y el autocuidado.

Detección de trastornos alimentarios durante el embarazo

Un recordatorio de que los trastornos alimentarios distintos de la AN pueden estar presentes en pacientes embarazadas.

El embarazo conlleva una gran variedad de cambios corporales y también puede desencadenar síntomas de trastornos alimentarios. La conexión con la AN y la preocupación por el aumento de peso son quizá más conocidas pero, como ha demostrado un estudio reciente, otros trastornos alimentarios, como la BN y el trastorno por atracón (TA/BED), también están presentes durante el embarazo y el posparto.

La Dra. Mantala Milembamane y un equipo de la Division of Food and Nutritional Sciences, Brescia University College, London, Ontario, Canada, examinaron la asociación entre los trastornos alimentarios maternos a lo largo de la vida, incluidos AN, BN y TA/BED, con los recién nacidos de bajo peso al nacer (BPN), los bebés de parto prematuro (PTB, por sus siglas en inglés), los bebés pequeños para la edad gestacional (SGA, por sus siglas en inglés) y los bebés grandes para la edad gestacional (LGA, por sus siglas en inglés) El estudio también incluía datos sobre abortos espontáneos (*Can J Diet Practice and Research*. 2024.85:53).

Tras una revisión exhaustiva, los autores identificaron 18 estudios que cumplían sus criterios. La revisión final incluyó 6 estudios sobre aborto espontáneo, 11 sobre PTB, 4 sobre LBW, 9 sobre SGA y 4 sobre lactantes LGA. El meta-análisis sobre TA/BED y PTB incluyó 3 estudios, con una muestra combinada de 42,068 mujeres.

Un notable aumento en el bajo peso al nacer

La AN se asoció con un aumento del 74% en la prevalencia de LBW y del 39% en la prevalencia de SGA; La BN se asoció a un aumento del 19% en la prevalencia de PTB; y TA/BED se asoció con un aumento del 43% en la prevalencia de LGA. Ninguno de los trastornos alimentarios se asoció significativamente con el aborto espontáneo.

Estudios anteriores

Las revisiones sistemáticas anteriores han investigado la asociación entre los trastornos alimentarios y los resultados del parto, así como grandes estudios que han hecho importantes avances en este tema. Por ejemplo, das Neves et al. descubrieron que la AN y la BN se asocian positivamente con el LBW, y que TA/BED se asocia con un mayor peso al nacer y con bebés que son LGA. (*J Bras Psiquiatr*. 2021. 44:201). Otra revisión sistemática encontró que la AN se asocia con el aborto espontáneo y el PTB, y que la BN se asocia con el nacimiento de un bebé SGA. (*Medicina*. 2020.56:352) Reducir el riesgo es fundamental, ya que los resultados adversos aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad infantil, así como el desarrollo de condiciones crónicas de salud en la edad adulta. Por ejemplo, el parto prematuro se correlaciona positivamente con la mortalidad por cualquier causa en la edad adulta, y tanto el LBW como el SGA aumentan el riesgo de diabetes tipo 2 (*Braz J Psychiatry*. 2022. 44: 201).

En un estudio realizado en Canadá, los recién nacidos de madres con AN tenían hasta seis veces más riesgo de hipotermia, hipoglucemia, infecciones y muerte perinatal que los neonatos de madres sanas (*Can Fam Physician*. 2003. 49:425).

Finalmente, cuando la Dra. Cynthia Bulik y sus colegas exploraron el impacto de los trastornos alimentarios en los resultados del parto en el Norwegian Mother and Child Cohort Study, descubrieron que el índice de masa corporal previo al embarazo era significativamente menor en las madres con AN y mayor en las madres con TA/BED que entre las mujeres control. Las madres con AN, BN y TA/BED declararon un mayor aumento de peso durante el embarazo, y declararon haber fumado durante éste. Las mujeres con TA/BED tuvieron bebés con mayor peso al nacer, menor riesgo de SGA y mayor riesgo de LGA. La ausencia de diferencias en los resultados del parto en mujeres con AN y trastornos alimentarios no especificados puede reflejar el pequeño tamaño de la muestra y la gravedad diferencial de la enfermedad en la población general frente a las muestras clínicas. La detección de trastornos alimentarios en el embarazo podría ayudar a identificar factores modificables (por ejemplo, atracones, tabaquismo) que podrían influir en los resultados del parto. Esta revisión sistemática y meta-análisis encontró que la AN estaba positivamente correlacionada con LBW y SGA, la BN con PTB, y el TA/BED con LGA.

Los resultados de los autores son un recordatorio importante de los factores que pueden influir en los resultados del parto dentro de las poblaciones con trastornos alimentarios, como el estado de la enfermedad durante el embarazo (activo o remitente) y que todos, incluido el aumento de peso gestacional, deben investigarse. El estudio de los autores subrayó la importancia de la detección de trastornos alimentarios entre las embarazadas y la necesidad de realizar más estudios.

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com