



AADYND

DIAETA es propiedad de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas y mantiene la propiedad intelectual.
ISSN 0328-1310
ISSN 1852-7337 (En línea)

¿Cómo se pesa al paciente con trastorno de la conducta alimentaria? Revisión del abordaje del peso en los tratamientos

How is the patient with Eating Disorders weighed? Review of weight approach in treatments

Grupo de Estudio de Trastornos de la Conducta Alimentaria. AADYND.

Coordinadora: Mgtr. Matzhin Valeria ^{1,2} – Secretaria: Lic. Gafare Claudia ^{3,4,8}

Integrantes: Lic. Valicenti Natalia ^{8,9}, Lic. Soto Sofía ^{5,9}, Lic. Ringel Carina ^{6,7}

¹Directora del Centro El Colibrí, La Pampa. ²Docente de la Universidad Nacional de La Pampa. ³Hospital Juan A. Fernández, CABA. ⁴IAB Interdisciplina en Anorexia y Bulimia, Buenos Aires, ⁵Hospital Borda, Servicio de Salud Mental en Desórdenes del Comportamiento Alimentario, CABA. ⁶Integrante del Grupo AIDA, Buenos Aires. ⁷Cátedra de Trastornos de la Conducta Alimentaria Universidad de Belgrano. ⁸Docente de la Universidad Católica Argentina. ⁹Cátedra de Psicología de la Nutrición, Universidad de Buenos Aires

Resumen

Introducción: la excesiva preocupación por el peso y la forma corporal en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) conducen a conductas obsesivas de chequeo y/o evitación corporal. Existe consenso que el peso es un elemento fundamental en el tratamiento de los TCA, sin embargo, en el pesaje conviven enfoques múltiples.

Objetivo: describir cómo se aborda el pesaje en el tratamiento de los pacientes con TCA.

Materiales y método: el estudio consiste en una revisión de bibliografía, descriptiva. Se incluyeron publicaciones científicas mediante la búsqueda actualizada en base de datos: *Scielo*, *Lilacs* y *Pubmed*, desde 2010 hasta el 2020. Los descriptores de la búsqueda fueron: "pesaje y trastornos alimentarios/desórdenes alimentarios" y "tratamiento, trastornos alimentarios y pesaje".

Resultados: de la búsqueda bibliográfica quedaron incluidos 14 artículos internacionales de diseño descriptivo. Los estudios fueron diversos, en estudiantes, atletas, pacientes, grupo control y profesionales, el tamaño muestral fue desde 24 instituciones especializadas en TCA hasta una población de 2287 participantes. Ningún estudio identificó cuál es el profesional encargado de pesar al paciente. El 75% de los artículos que describieron la modalidad de pesaje eligieron pesaje ciego en el comienzo del tratamiento y el resto optó por pesaje abierto, utilizándolo como terapia de exposición. Todos los profesionales modificaron la modalidad de pesaje según el nivel de ansiedad del paciente y el tiempo del tratamiento. Los pacientes prefirieron el pesaje ciego como beneficioso para sus tratamientos. El 90% de los estudios mostraron que los individuos que se autopesaban con mayor frecuencia, iniciaron más tempranamente atracones y conductas compensatorias.

Conclusión: los tratamientos basados en evidencia no abordan la modalidad del pesaje de manera consensuada y las recomendaciones varían dentro de las terapias, y a lo largo del tiempo. La utilidad terapéutica del pesaje en los TCA es fundamental para evaluar el riesgo, alertar sobre los cambios en la ingesta alimentaria y para reducir la ansiedad. Sin embargo, es necesario abordarlo con profesionalismo e interdisciplina para disminuir el impacto sobre las conductas perjudiciales para la salud y la psicopatología. Se recomiendan más estudios que ayuden a construir criterios comunes y guías de consenso regional para mejorar el tratamiento de los TCA.

Palabras claves: trastorno de la conducta alimentaria, peso corporal, modalidad pesaje, tratamiento.

Abstract

Introduction: excessive concern about weight and body shape in Eating Disorders (ED) lead to obsessive checking and/or body avoidance behaviors. There is consensus that weight is a fundamental element in the treatment of eating disorders, however multiple approaches coexist in weighing.

Objectives: to describe how weighing is addressed in the treatment of patients with ED

Materials and method: the study consists of a descriptive bibliographic review. Scientific publications were included through the updated database search: *Scielo*, *Lilacs* and *Pubmed*, from 2010 to 2020. Search descriptors were: "body weight and eating disorders/eating disorders" and "treatment, eating disorders and body weight".

Results: out of the bibliographic search, 14 international articles of descriptive design were included. The sample groups of the studies were diverse, including students, athletes, patients, control group and professionals, with a sample size of 2287 participants and 24 institutions specialized in eating disorders. No study identified the professional in charge of weighing the patient. 75% of the articles that described the weighing modality chose blind weighing at the beginning of the treatment and the rest opted for open weighing, using it as exposure therapy. All the professionals modified the weighing modality according to the patient's anxiety level and the treatment time. Patients preferred blind weighing as beneficial for their treatment. 90% of the studies showed that individuals who self-weighed more frequently initiated binge eating and compensatory behaviors earlier.

Conclusion: evidence-based treatments do not consensually address how the patient is weighed, and the recommendations vary according to therapies and time period. The therapeutic utility of ED weighing is essential to assess risk, alert to changes in food intake, and to reduce anxiety. However, it is necessary to approach it with professionalism and interdiscipline to reduce the impact on behaviors harmful to health and psychopathology. More studies are recommended to help build common criteria and regional consensus guidelines to improve the treatment of ED.

Key Words: eating disorders, body weight, weighing modality, treatment.

Contacto:

Dra. Valeria Matzhin,
valeria.matzhin@gmail.com

Recibido: 01/06/2021 Envío de revisiones al autor: 03/04/2021. Aceptado en su versión corregida: 16/5/22

Declaración de conflicto de intereses:

las autoras no declaran conflictos de intereses.

Fuente de financiamiento:

la presente revisión se realizó sin fuente de financiamiento externa.

Este es un artículo open access licenciado por Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Licencia Pública Internacional — CC BY-NC-SA 4.0. Para conocer el alcance de esta licencia, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>



Publica en Scielo, Lilacs y EBSCO Núcleo Básico de revistas científicas argentinas.

Introducción

La excesiva preocupación por el peso y la forma corporal en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) conduce a conductas obsesivas de chequeo, control o la evitación corporal (rechazo a tocar, mirar su propio cuerpo). El chequeo corporal frecuente, incluyendo la medición del peso corporal y el escrutinio de los cuerpos, incrementa la insatisfacción corporal, así como la intensidad de la autocrítica actuando como un círculo vicioso (1) y conduciendo a conductas dietantes (2).

Las balanzas comenzaron a utilizarse como instrumento terapéutico para la salud en el tratamiento de la obesidad a partir de 1870 (3). Posteriormente se aplicaron a los tratamientos de los TCA, aunque su uso es controversial. Las balanzas cumplen la función de monitoreo del peso en los tratamientos y su utilidad se basa en los siguientes fundamentos:

1. Evaluación del riesgo, para asegurarse que el paciente se encuentre físicamente saludable, ya que, tanto la desnutrición y el adelgazamiento acelerado, como la obesidad tienen implicancias negativas para la salud.
2. Consecuencias de los cambios de la ingesta alimentaria. Se puede acceder a cambios repentinos de peso, por restricción o atracones, o fluctuaciones de peso por uso de conductas compensatorias. El monitoreo regular de la ingesta energética, la actividad física y el peso corporal han sido documentados como estrategias para el descenso de peso. Los registros alimentarios y de la actividad física, no constituyen herramientas precisas porque enmascaran el autoreporte del paciente. Por ende, el registro del peso es más fácil de monitorear y permite realizar ajustes a tiempo.
3. Reducción de la ansiedad. La terapia cognitiva conductual sugiere el registro del peso

para estimar el nivel de ansiedad que algunos pacientes evidencian cuando se pesan (4). Este enfoque concibe que la evitación del peso es una conducta que debe ser tratada por terapia de exposición y experimentación conductual. La exposición es válida cuando el paciente teme a ser pesado o no quiere saber su peso. Las emociones de enojo, frustración, culpa, incomodidad y miedo, que surgen en el procedimiento de pesaje, pueden ser abordadas luego por los profesionales pertinentes.

La balanza es vista como un barómetro del estado de ánimo en varios pacientes. Si adelgazan, mejoran su autoestima; y si aumentan de peso, se angustian. Por lo tanto, la actitud de los profesionales encargados del pesaje es de carácter terapéutico (5). La bibliografía sugiere que, si el paciente está ansioso por la cantidad de kilos que cree haber aumentado, se les debe preguntar su predicción sobre lo que sucedió con su peso y su índice de certeza con respecto a esa predicción. Se le pide al paciente que explique el razonamiento de la misma y qué significaría si es correcta o incorrecta. Por lo tanto, es importante destacar quién es el personal del equipo que registra el peso y cómo transita su propia ansiedad porque podría influenciar la acción terapéutica.

En la práctica clínica son frecuentes los casos de pacientes con TCA que ocultan cargas de pesas extras en el momento del registro de peso para evitar ajustes alimentarios. También están aquellos pacientes que automonitorean estrictamente su peso, en balanzas de farmacias u hogareñas, aun teniendo la indicación terapéutica de no hacerlo. Es por ello, que existe una gran variabilidad en los protocolos clínicos, según el tipo de terapia ofrecida, la discrecionalidad del terapeuta o las decisiones del equipo interdisciplinario, que son los que indicarán si los pacientes pueden tener conocimiento de su peso o si se pesan de espaldas a la balanza.

La guía de *New South Wales* (NSW) australiana (6) menciona que el pesaje no es negociable, los pacientes deben ser pesados en ropa interior y sin accesorios para el cabello, en días predeterminados, por la mañana antes del desayuno y con la vejiga vacía. El pesar a menudo provoca una gran ansiedad y/o angustia, por ende, se deben utilizar métodos de distracción. En la primera etapa donde es esencial la recuperación del peso, se sugiere “pesar a ciegas” o decidir colaborativamente con el paciente para desconocer su peso. En etapas más avanzadas del tratamiento, se podrán utilizar técnicas de exposición. Según Touyz S. *et al.* (7), con el tiempo se transfiere a los pacientes la responsabilidad del pesaje. Así mismo, el equipo terapéutico debe estar de acuerdo con el enfoque del peso y estar claramente descrito en el plan de tratamiento para evitar confusiones y divisiones.

En relación a la ganancia de peso durante el tratamiento, existe consenso en la expectativa de un aumento de peso lento y constante. Los detalles de un rango de peso objetivo se analizan mejor cuando se ha establecido una relación terapéutica y reunido suficiente información del paciente. El “peso objetivo” es un rango de peso corporal saludable determinado individualmente que tiene en cuenta el historial de peso premórbido y familiar, la menstruación/ovulación/libido y la edad (8-11). La guía de la *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomienda incluir un seguimiento semanal de los atracones, la ingesta dietética y el peso y compartir el registro de peso con el paciente (11).

El automonitoreo del peso puede ser una herramienta eficaz para atraer a las personas hacia conductas alimentarias y de actividad física saludables (11-12). Sin embargo, darle más atención al peso también podría provocar depresión y baja autoestima (14-15) y precipitar conductas insalubres de control de peso como saltar comidas, ejercicio extenuante, o uso de métodos compensatorios para adelgazar. Aunque un estudio de revisión bibliográfica mostró que

pesarse frecuentemente está asociado al descenso de peso, y no a implicancias psicológicas como depresión y ansiedad (16), otros autores demostraron daños psicológicos, como evaluación corporal negativa, baja autoestima y conductas alimentarias inapropiadas (17).

Abraham S. (18) afirma que es preferible pesar a pacientes en tratamiento dos o tres veces por semana, pero no diariamente, ya que generalmente predomina la preocupación excesiva por el peso. Cuando los pacientes se pesan con demasiada frecuencia, se les puede indicar que limiten este comportamiento (19). Otros autores han sugerido problemas derivados del registro del peso conceptualizado como “un número” (20). La identidad personal anoréxica puede en parte construirse como una cifra. Otra objeción es que el pesaje frecuente desplaza el enfoque del tratamiento para que el paciente mejore su bienestar y salud en función al número registrado. A su vez, el pesar frecuentemente puede ser perjudicial en los intentos de perder peso cuando está terapéuticamente indicado (21).

Existen diferentes consensos en el tratamiento de los TCA que se realizan generalmente bajo el aval de agrupaciones profesionales internacionales. Los consensos, basados en la evidencia científica actualizada, establecen protocolos de atención que orientan a los equipos terapéuticos en la práctica clínica. Las normas incluyen el diagnóstico, la medicación, prácticas asistenciales, entre otros. En general, es escasa la información acerca de los tratamientos nutricionales y, en particular, sobre el manejo del pesaje. Las guías de consenso para el tratamiento de los TCA de diferentes países coinciden que la toma de peso debe ser un instrumento en la evaluación del paciente. Sin embargo, la falta de información acerca de los modos posibles de registrar el peso y su impacto en los pacientes con TCA generó la necesidad de la presente revisión de bibliografía con el fin de describir cómo se aborda y la intencionalidad de la medición del peso de los pacientes con TCA durante el

tratamiento. A su vez, conocer el impacto de la valoración del peso en los aspectos psicológicos y en las conductas compensatorias. Por último, identificar las estrategias de los equipos de salud tratantes en torno a quién realiza la toma del peso.

Materiales y método

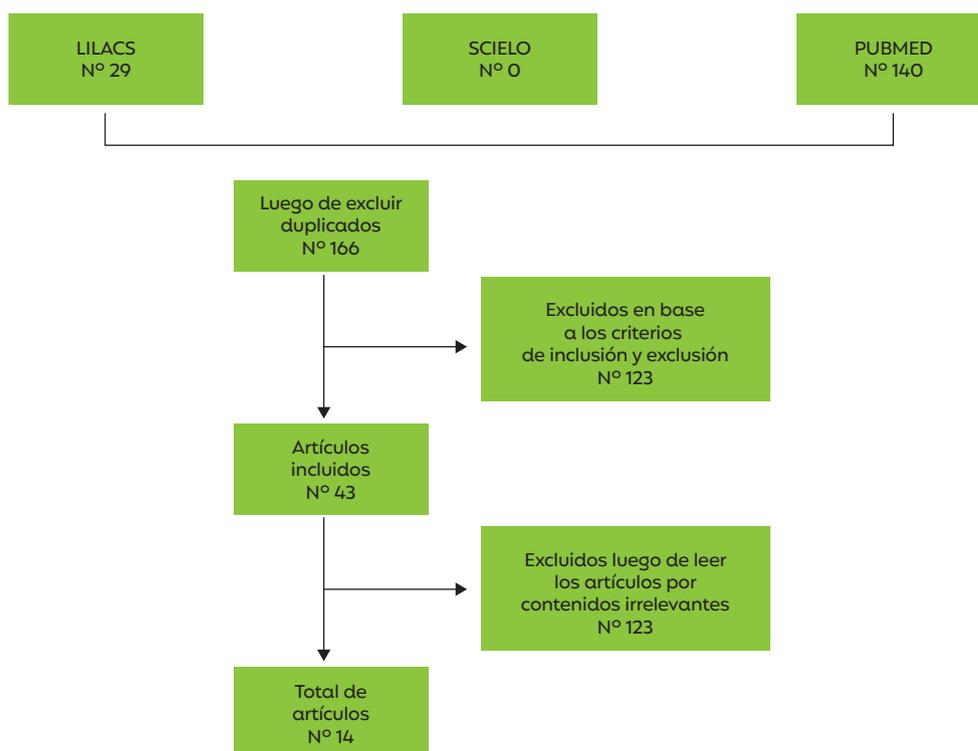
Se desarrolló una revisión de bibliografía actualizada en las bases de datos *Scielo*, *Lilacs* y *Pubmed*. Se incluyeron artículos científicos originales y completos que estudiaran TCA con fecha de publicación desde el 1 enero de 2010 hasta el 31 de agosto de 2020, en inglés y español. Las palabras claves para la búsqueda fueron: “*pesaje y trastornos alimentarios/desórdenes alimentarios*” y “*tratamiento, trastornos alimentarios y pesaje*”. Se excluyeron los artículos de revisión bibliográfica y los referidos únicamente a obesidad.

Al realizar el proceso de búsqueda avanzada, se seleccionaron los estudios teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión y la relevancia de los mismos. La figura N° 1 explica el procedimiento de búsqueda.

Resultados

De la búsqueda bibliográfica quedaron incluidos un total de 14 artículos de diseño descriptivo, 3 del total utilizaron análisis de datos secundarios provenientes de investigaciones previas. Luego de aplicar los criterios de inclusión/exclusión se obtuvieron estudios variados, que se pueden dividir en dos grupos. Por un lado, un grupo que incluía pacientes en tratamiento, estudiantes de niveles secundarios y universitarios, atletas y ex-pacientes que habían padecido o no patologías alimentarias. El otro grupo incluía centros médicos (donde se evaluaron los

Figura 1. Diagrama de flujo de procedimiento de búsqueda y selección de artículos



protocolos de atención) y profesionales especialistas convocados por correo electrónico, sitios web y otros medios de publicación. Entre todos los estudios revisados, el 64,3% de los estudios fueron realizados con muestras de estudiantes que variaron entre 106 y 2287, mínimo y máximo respectivamente (22,29-31,33,35), atletas (34), pacientes contrastados con grupo control: dos estudios con 118 y 758 individuos (28,32), 21,4% con profesionales especializados en TCA (23-25), 7,1% en instituciones especializadas en TCA (26) y 7,2% restante con muestra mixta: ex pacientes y profesionales especialistas (27-28).

Las investigaciones analizadas se llevaron a cabo en Estados Unidos (10 estudios), Reino Unido (3 estudios) y Australia (1 estudio). En la tabla N°1 se resumen los artículos revisados.

Con respecto a la intencionalidad de la evaluación de peso, Friend S. *et al.* (22) realizan pesaje en pacientes para que los mismos no presenten riesgos de salud como desnutrición y desequilibrio hidroelectrolítico por las conductas compensatorias que puede llegar a presentar, como así también, las enfermedades asociadas con la sobreingesta.

El 75% de los artículos que describieron la modalidad de pesaje eligieron pesaje ciego en el comienzo del tratamiento y el resto indicó preferir pesaje abierto. Daglish A. *et al.* (23), English S. (24) y Forbush KT. *et al.* (25) exploraron la forma de realizar el pesaje en cuanto “ciego” versus “pesaje abierto” con resultados diversos. Daglish A. *et al.* (23) reportaron que un 92,2% de la muestra evaluada utilizaba el pesaje abierto, con mayor probabilidad de pesar a pacientes con anorexia nerviosa (AN) que con bulimia nerviosa (BN), pero siempre abiertamente. Se justificaba la práctica de pesaje regular y abierto para que el paciente sea consciente y pueda conectarlo con su patrón alimentario. English S. (24), en cambio, informó que un 54,5% utilizaba el pesaje ciego como práctica habitual; pero que esto podía cambiar a lo largo del tratamiento como una terapia de exposición para ayudar a los pacientes a que

controlen las reacciones ante los aumentos de peso. Forbush KT. *et al.* (25) hallaron que sólo el 46,5% realizaba pesaje abierto. En pacientes con AN era más probable realizar pesaje ciego, con cambios a medida que avanzaba el tratamiento por mayor vulnerabilidad y menor estabilidad al inicio del mismo. La práctica de pesaje abierto era utilizada por los profesionales con mayor experiencia.

Kelly-Weeder S. *et al.* (26) analizaron las prácticas de pesaje realizadas por profesionales de 24 instituciones especializadas. Este estudio también demostró una variabilidad generalizada en la evaluación del peso y su divulgación. Las políticas institucionales con respecto a informar al paciente de su peso variaban desde: nunca (54%; n=13), una vez por semana (4%; n=1) y una vez por día (4%; n=1) y a un enfoque personalizado basado por ejemplo en el estado clínico (38%; n=9). Los profesionales de las instituciones informaron que nunca transmitían el peso exacto a sus pacientes en un 54,2% (n=13) frente a un 45,8% (n=11) que sí lo hacían, eligiendo por ejemplo sólo el momento de la admisión. En cuanto a la forma de evaluación del peso, se realizaron principalmente por la mañana (n=23; 95,8%), en batas hospitalarias (n=21; 87,5%) y después de la micción (n=14; 58,3%).

Respecto a las preferencias de los pacientes, en el estudio de Froreich F. (27), el 58,6% de los que aún estaban en tratamiento y el 73,3% de los recuperados, eligieron la práctica de pesaje ciego. Refiriendo que les aliviaba la ansiedad, cambiando el foco del tratamiento centrado en el registro del peso hacia otros aspectos del trastorno y la recuperación, y mejoraron la confianza corporal. Los pacientes que prefirieron el pesaje abierto (n=15) expresaron una fuerte necesidad de conocer su peso, principalmente para sentirse en control. Los participantes experimentaron angustia por “no saber” su peso exacto durante el pesaje a ciegas. Algunos pacientes expresaron que el conocer su peso les proporcionó retroalimentación sobre el progreso, facilitó la habituación

Tabla 1. Resumen de los principales resultados de las publicaciones científicas incluidas en la revisión bibliográfica según grupo de participantes (pacientes, ex-pacientes, estudiantes, atletas y adultos) y profesionales/instituciones.

Autor/es Año.	Población	Diseño/ Herramientas de Recolección de datos	Principales Hallazgos
Friend S. et al. 2012 (22)	n=356 adolescentes; mujeres; 14 a 20 años	Descriptivo	El pesaje frecuente fue relacionado tanto a conductas de control de peso saludables como también a conductas no saludables como ayunar, restringirse, usar sustitutos alimentarios, saltar comidas, fumar más tabaco, hacer dieta. Se observó una relación directa entre insatisfacción del cuerpo y frecuencia de pesaje. En conclusión, no se recomienda estimular el automonitoreo del peso en adolescentes porque promueve la constante preocupación por el peso y conductas compensatorias.
Walsh DJ. y Charlton BG. 2014 (30)	n=106 estudiantes; 33 hombres y 73 mujeres, Edad media 28.6 años	Descriptivo	Se asoció la frecuencia de pesaje con alta puntuación del EAT-26. El uso de la balanza puede ser un factor de riesgo de TCA. Se sugiere que el autopesaje frecuente en pacientes con AN puede ser contraproducente.
Klos LA. et al. 2012 (33)	n=268 estudiantes universitarios; 190 mujeres y 78 hombres	Descriptivo	En mujeres, el autopesaje se asoció con una mayor preocupación por el peso y la forma del cuerpo. En los hombres, en cambio se asoció mayormente con la orientación sobre salud y estado físico y valoración de las partes mayores de su cuerpo. Los resultados sugieren que el autopesaje es un comportamiento bastante común, pero su relación con la imagen corporal es compleja y específica por género.
Rohde P. et al. 2018 (29)	n=762 estudiantes universitarios; 86% mujeres. Edad media 18.7 años	Descriptivo	Los que se auto-pesaban más frecuentemente obtuvieron mayor ganancia de peso durante el seguimiento y fueron los que expresaron mayor frecuencia de atracones e iniciaron más tempranamente las conductas compensatorias. Se concluye que la acción de auto-pesarse frecuentemente es predictor de desórdenes alimentarios.
Quick V. et al. 2012 (31)	n=2287 adultos jóvenes Edad media 25.3 años	Descriptivo	El autopesaje frecuente se asoció con una mayor prevalencia de dietas, y comportamientos de mejora muscular. Las mujeres con autopesaje frecuente fueron más propensas a los atracones. También se asoció con síntomas más depresivos y una baja autoestima en las mujeres y una menor satisfacción corporal en los hombres jóvenes. Los comportamientos de autopesaje más frecuentes se asocian con una mayor participación en prácticas de control de peso saludables y no saludables, uso de sustancias para mejoría muscular y condiciones psicológicas negativas.
LaRose JG. et al. 2014 (35)	n=178 adultos 21 años; IMC 27-45 kg/m ²	Descriptivo	El autopesaje diario no parecía estar relacionado con un mayor comportamiento alimentario desordenado y se asoció con mejores resultados en la pérdida de peso.
Galli N. et al. 2017(34)	n=738 atletas masculinos intercolegiales	Descriptivo	Los atletas que se pesaron más de 7 veces por semana reportaron mayor presión para perder peso y estar delgados y musculosos, participaron en comportamientos de desarrollo muscular con mayor frecuencia, hicieron dieta con mayor frecuencia y tuvieron el nivel más alto de sintomatología bulímica. Además, los atletas en equipos que realizaron pesajes obligatorios (versus no) participaron en más comportamientos de desarrollo de musculatura y restricción dietética. El pesaje, pero en particular el que se realiza voluntariamente, puede contribuir a una preocupación excesiva por la apariencia, tamaño/forma del cuerpo y peso, lo que a su vez puede conducir a una variedad de comportamientos relacionados con comer y cambiar el cuerpo.

(continúa)

Tabla 1. Resumen de los principales resultados de las publicaciones científicas incluidas en la revisión bibliográfica según grupo de participantes (pacientes, ex-pacientes, estudiantes, atletas y adultos) y profesionales/instituciones. (continuación)

Autor/es Año.	Población	Diseño/ Herramientas de Recolección de datos	Principales Hallazgos
Pacanowski CR. et al. 2016 (32)	n=758, (5 muestras TCA y sobrepeso)	Descriptivo	El autopesaje fue más frecuente entre las personas con AN, seguido por aquellos con BN y TA. En promedio, los participantes reaccionaron moderadamente negativos al pesaje semanal prescrito. La frecuencia de pesaje en cada muestra de trastorno alimentario se asoció en cierta medida con una mayor gravedad de TCA: Las personas con TCA informan un peso mayor que el autopesaje semanal independientemente del diagnóstico. También, una mayor frecuencia de pesaje inicial se asocia con un aumento de la psicopatología de los desórdenes alimentarios y esto puede diferir según la categoría de diagnóstico.
Foreich FV et al. 2020 (27)	n= 41 (26 en tratamiento y 15 de alta).	Descriptivo	Las preferencias de la práctica de pesaje difieren según la condición de tratamiento actual, aunque en todas las muestras el 58,5% (n=24) de los participantes prefirió el pesaje ciego y el 36,6% (n=15) el pesaje abierto. Entre los participantes recuperados, el 73,3% (n=11) prefirió el pesaje a ciegas. Los participantes declararon que el pesaje a ciegas disminuyó la ansiedad y la psicopatología de los TA (ej, la preocupación por el peso) y aumentó la capacidad de respuesta al tratamiento. Para muchos, renunciar al control de su peso facilitó la confianza corporal y fue un paso necesario hacia la recuperación.
Jaffa T. et al. 2011 (28)	n=118. 20 Ex- pacientes y 98 profesionales	Descriptivo	Las respuestas confirmaron la variabilidad en los procedimientos para pesar a los pacientes. Tanto los pacientes como los profesionales estuvieron más preocupados por la precisión que por la privacidad, y los pacientes manifestaron su preferencia por ser pesados en ropa interior. Entre 30 y 57% de los pacientes informaron haber falsificado su peso durante el tratamiento.
Forbush KT et al. 2014 (25)	n=114 profesionales de salud; 85% mujeres	Descriptivo	Se encontró que es más común el pesaje de espalda comparada con otras patologías. Las dificultades cognitivas y emocionales fueron predictores para que los profesionales decidan sus prácticas de pesaje. Los profesionales siguieron protocolos clínicos, diferenciando entre pacientes ambulatorios y hospitalizados. Los profesionales compartieron menos información del peso con pacientes que recién comenzaban tratamientos, los que mostraban menor estabilidad y los más vulnerables a las recaídas. El 46,4% de los profesionales reportaron que usualmente pesaban al paciente abiertamente dándole a conocer su peso.
Englisch, S. 2016 (24)	n=37 profesionales,	Descriptivo	La mayoría de los participantes (n=26) se identificaron usando TCC. La mitad expresó el uso de prácticas de pesaje abierto como una forma de terapia de exposición con sus pacientes. El 23.1% informó: <i>"Si un paciente muestra preocupación excesiva o fuertes síntomas obsesivos con respecto a su peso, es menos probable que comparta su peso"</i> . También, el 21,4% de los participantes refirió: <i>"Si el funcionamiento cognitivo y emocional de un paciente parece deteriorado por la desnutrición, es menos probable que comparta su peso"</i> .
Daglish, A; Waller, G. 2019 (23)	n=74 médicos de TCC	Diseño cuantitativo	Los médicos tenían más probabilidades de pesar a los pacientes con AN que a los pacientes con BN, probablemente debido a que se enfocaban en el riesgo físico. Sin embargo, eran menos propensos a pesar a los pacientes que estaban angustiados. Los médicos usaban el pesaje de manera diferente según la presentación del paciente y sus propias creencias.

(continúa)

Tabla 1. Resumen de los principales resultados de las publicaciones científicas incluidas en la revisión bibliográfica según grupo de participantes (pacientes, ex-pacientes, estudiantes, atletas y adultos) y profesionales/instituciones. (continuación)

Autor/es Año.	Población	Diseño/ Herramientas de Recolección de datos	Principales Hallazgos
Kelly Weeder, S; et al.2019 (26)	n=24 protocolos de instituciones ambulatorias privadas	Descriptivo	La mayoría de las instituciones (n=22; 92%) tienen protocolos para evaluación de peso. El pesaje ocurrió principalmente en la mañana (n=23; 95.8%), en batas de hospital (n=21; 87.5%) y después de evacuar (n=14; 58.3%). Los encuestados informaron prácticas mixtas con respecto a informar a los pacientes de su peso o rango de peso. Políticas institucionales con respecto a informar al paciente de su peso variaba, desde nunca (54%; n=13), una vez por semana (4%; n=1), una vez por día (4%; n=1); para un enfoque personalizado basado en el estado clínico, la preferencia del proveedor y/o el plan de tratamiento (38%; n=9). Los resultados indican una variabilidad generalizada en la evaluación del peso y la divulgación del mismo, incluida la frecuencia de pesaje, la ropa usada durante la evaluación del peso, los requisitos de evacuación y el uso del volumen de la orina para evaluar el estado de hidratación y la posible carga de agua.

EAT-26: Eating Attitude Test. TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria, AN: anorexia nerviosa, BN: bulimia nerviosa, TA: trastorno por atracón, IMC: índice de masa corporal, TCC: terapia conductiva conductual.

al peso y ayudó a desafiar las creencias sobre el aumento de peso exagerado.

Jaffa T. *et al.* (28) confirmaron también la variabilidad en los procedimientos para pesar a los pacientes con AN, y agregaron que tanto los pacientes como los profesionales estuvieron más preocupados por la precisión que por la privacidad. Los pacientes manifestaron su preferencia por ser pesados en ropa interior para mayor exactitud. A su vez, entre el 30 y 57% de los pacientes informaron haber falsificado alguna vez su peso durante el tratamiento recurriendo sobre todo a la ingesta previa de agua.

Las investigaciones analizadas con respecto al impacto del autopesaje, fueron llevadas a cabo en poblaciones heterogéneas. El 90% de los estudios mostraron que los individuos que se autopesaban con mayor frecuencia, iniciaron más tempranamente atracones y conductas compensatorias. Friend S. *et al.* (22) encontraron que el automonitoreo del peso en adolescentes se relacionó con conductas no saludables

como ayunos, restricciones, uso de sustitutos alimentarios, salteo de comidas, más tabaco y dietas. Similarmente, Rohde P. *et al.* (29) expresaron que los estudiantes que se autopesaban más frecuentemente ganaron más peso y se involucraron en conductas compensatorias para adelgazar. En la misma dirección, Walsh DJ y Charlton BG (30), demostraron que el autopesaje era más frecuente en sujetos con altos puntajes de *Eating Attitude Test* (EAT), cuestionario que accede a síntomas de TCA, alertando sobre el pesaje en sujetos de riesgo y en pacientes en tratamiento. Quick V. *et al.* (31) coincidieron en que un aumento en la frecuencia de autopesaje se relacionó directamente con la psicopatología de los TCA, como insatisfacción de la imagen corporal, atracones y prácticas de control de peso (tanto saludables como no saludables). Pacanowski CR. *et al.* (32) evidenciaron que el automonitoreo del peso era más frecuente en pacientes con AN que en otros trastornos y en los cuadros más severos.

Para el trastorno del atracón, otro tipo de TCA en el cual los pacientes suelen padecer sobrepeso u obesidad, el abordaje del pesaje es diferente. Al respecto LaRose JG. *et al.* (35) demostraron que en personas obesas adultas el autopesaje diario no estaba relacionado con un mayor comportamiento alimentario desordenado y notablemente se asoció con mejores resultados en la pérdida de peso en aquellos pacientes con Índice de Masa Corporal (IMC) de 27 a 45 kg/m².

En relación al impacto del pesaje en las variables psicológicas, Friend S. *et al.* (22) observaron una relación directa entre insatisfacción del cuerpo y frecuencia de pesaje. Klos LA. *et al.* (33) hallaron que en mujeres universitarias el autopesaje se asoció con una mayor preocupación por el peso y la forma del cuerpo, y en los hombres, en cambio, se asoció mayormente con la orientación sobre salud y la valoración física de aumentar el volumen de ciertas partes del cuerpo. Los resultados sugieren que el autopesaje es un comportamiento bastante común, pero su relación con la imagen corporal es compleja y específica por género. Galli N. *et al.* (34) observaron que los atletas que se pesaron más de siete veces por semana reportaron mayor presión para perder peso y estar más musculosos; y participaron en comportamientos de desarrollo muscular desmedido, hicieron dieta con mayor frecuencia y tuvieron el nivel más alto de sintomatología bulímica. Pacanowski CR. *et al.* (32) concluyeron que una mayor frecuencia de pesaje inicial se asocia con un aumento de la psicopatología de los desórdenes alimentarios, y en la misma dirección Quick V. *et al.* (31), aportaron que los autopesajes más frecuentes se relacionaban con condiciones psicológicas negativas.

Englaish S. (24) y Daglish A. *et al.* (23) observaron que, si bien el pesaje abierto provocó un mayor nivel de angustia, a largo plazo funcionó como terapia de exposición, reduciendo el miedo del estímulo (peso numérico), así como el aumento de la aceptación/satisfacción del

cuerpo. Los autores además expresaron que el pesaje abierto permitió que el paciente pruebe sus creencias sobre el aumento de peso, pero que también los profesionales fueran menos propensos a pesar a los pacientes que estaban angustiados, aunque ese curso de acción estaba indicado clínicamente.

Cabe destacar que ningún estudio identificó cuál era el profesional del equipo interdisciplinario encargado de pesar al paciente.

Discusión

El automonitoreo del peso fuera del tratamiento es frecuente en pacientes. Este comportamiento generalmente ocasiona preocupación y acentúa la distorsión de la imagen corporal. Es por ello que varios autores de las publicaciones revisadas sugieren que se registre el peso corporal con planificación previa y que en la terapia se aborden las emociones de enojo, frustración, culpa, incomodidad, miedo y las reacciones en torno a la ganancia o pérdida del mismo (23-26). Muchos de los protocolos que sugieren pesaje de frente incluyeron instructivos para atenuar el impacto en el paciente y que no interfieran en la restauración del peso, por ejemplo, reglas claras institucionales de cómo será el pesaje y alianzas terapéuticas en el manejo del peso (6,11). Similarmente, otras investigaciones coinciden que, si esto no es posible, la medida podría ser terapéuticamente iatrogénica (29-32).

Los hallazgos sugieren que las estrategias de prevención para los TCA, dirigidas a la población en general, deben ser cautelosas en los mensajes que puedan conducir a un autopesaje frecuente. Varias de las publicaciones revisadas (22,35) demostraron que en individuos adultos con sobrepeso u obesidad que se autopesaban frecuentemente se vieron beneficiados con un descenso de peso, mientras que otros grupos, como estudiantes y atletas (34), la acción de autopesarse frecuentemente era predictor de

conductas no saludables (dietas, restricciones, ayunos, vómitos autoprovocados, hiperactividad física, aumento de tabaquismo) pudiendo llevar a desórdenes alimentarios (29-32).

Algunos de los estudios revisados (22,30-31) asociaron mayor frecuencia de pesaje con mayor gravedad de psicopatología alimentaria. Por lo tanto, se puede deducir que enfocarse en el peso genera preocupación por el cuerpo y frustración sobre los esfuerzos de control del mismo. Aun así, son necesarias más investigaciones que expliquen cómo el comportamiento de autopeso se relaciona con la salud psicológica de los individuos, particularmente autoestima, ansiedad y satisfacción corporal.

Foreich FV. *et al.* (27) demostraron que, según la percepción de los pacientes, es más conveniente pesar de espaldas porque puede disipar la ansiedad acerca del cambio de peso. También, los comentarios que realizan los profesionales sobre el peso generan preocupación en el paciente: las felicitaciones, el uso de las tablas de crecimiento o el IMC. Y la idea del terapeuta de un peso saludable que el paciente no comparte ya que se impone como obligación o genera pensamientos y conductas dietantes. Es entonces importante la elección de las palabras que se usan cuando los profesionales pesan a los pacientes, pues un comentario mal interpretado podría quebrar el vínculo terapéutico y la adherencia al tratamiento.

El entrenamiento en el pesaje es un área esencial en la formación de profesionales especializados en TCA. Generalmente, la ganancia de peso en un paciente es vivenciada con culpa, castigo y restricción. Pesar de espalda puede minimizar el miedo, mientras que pesar de frente predispone al paciente a enfrentarse con los temores de recuperar peso. Forbush KT. *et al.* (25) estudiaron la opinión de los profesionales sobre el registro de peso, y coincidieron que dar a conocer el peso cuando los pacientes están más avanzados en el tratamiento les permite progresar a nivel cognitivo, emocional y

comportamental. Similarmente, English S. (24) coincide que la mayoría de los profesionales prefiere el uso del pesaje ciego, sin embargo, cambia esta práctica a lo largo del tratamiento. Esto sugiere que las estrategias que focalizan menos en el peso y más en el cambio de conductas alimentarias serían más efectivas para el manejo del peso en pacientes menos graves o que estén en etapa de mantenimiento. En estos pacientes se puede indicar el automonitoreo del peso, ser pesado por varios profesionales o por un mismo profesional, en sesiones individuales o grupales.

Es difícil hacer recomendaciones que sean aplicables a todos los pacientes, porque cada uno presenta diferentes síntomas y procesos. El registro del peso en pacientes con AN, sufriendo algún grado de desnutrición, no será el mismo que en pacientes con BN o trastorno del atracón, donde el peso puede estar en valores saludables, o en sobrepeso u obesidad. También los protocolos pueden diferir porque existen diversos tipos de tratamientos (terapia cognitiva conductual, dialéctica, grupal, psicodinámica) y no todos se focalizan en el registro del peso. Además, pueden variar según el contexto de tratamiento brindado: hospitalizaciones, hospital de día o ambulatorio.

La complejidad en las modalidades del pesaje y su abordaje muestra la necesidad de realizar protocolos para los profesionales tratantes dentro de las instituciones, que ordenen la técnica, frecuencia y modos del registro de peso y excepciones de monitoreo. Muchas instituciones tienen modos implícitos de operar, debido a que los protocolos son difíciles de hacer o consensuar y muchos profesionales fallan en cumplir las recomendaciones de monitoreo de peso de los pocos protocolos vigentes (36-37).

Por otro lado, se sugiere para futuras investigaciones preguntar a los pacientes sobre experiencias propias de terapia y realizar observaciones directas de consultas profesionales donde se registre el peso. Estas propuestas brindarían mayor evidencia para mejorar los

tratamientos de los pacientes. Asimismo, se requiere ampliar la comprensión del rol de los profesionales que integran los equipos interdisciplinarios y sus características (por ejemplo, nivel de formación, aptitud personal), y cómo influyen en los tratamientos. También, son necesarios nuevos estudios que comparen la tasa de aumento de peso durante la realimentación en pacientes que se pesan diariamente, con aquellos que se pesan con menor frecuencia, para validar la ganancia de peso en relación a la modalidad de pesaje.

Algunas de las limitaciones de este estudio incluyen: la dificultad de obtener resultados consensuados por la variedad y falta de estudios, la multiplicidad de variables, las diferentes metodologías y selección de muestras. Por lo tanto, se recomiendan más estudios que ayuden a determinar criterios comunes para el registro de peso en los TCA. Mientras tanto, se podría desarrollar un consenso de expertos que acuerden lineamientos sobre cómo abordar el pesaje en las personas con TCA.

Conclusión

Los tratamientos basados en evidencia no abordan la modalidad del pesaje de manera consensuada, y las recomendaciones varían dentro de las terapias y a lo largo del tiempo. Lamentablemente, no existen protocolos sobre cómo registrar el peso, ni se especifica quién es el profesional del equipo terapéutico encargado de pesar a los pacientes, ni con qué frecuencia se pesa. En general, hay convergencia que el paciente sea pesado a ciegas en el comienzo del tratamiento y posteriormente se utilice el pesaje abierto cuando presenta mejoría. La utilidad terapéutica del pesaje en los TCA es fundamental para evaluar el riesgo, alertar sobre los cambios en la ingesta alimentaria, y para reducir la ansiedad. Sin embargo, hay que abordarlo con cautela e interdisciplina para disminuir el impacto sobre las conductas perjudiciales para la salud y la psicopatología.

Referencias bibliográficas

1. Shafran R, Lee M, Payne E, Fairburn CG. An experimental analysis of body checking. *Behav Res Ther.* 2007; 45(1): 113–21.
2. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *J Psychosom Res.* 2002; 53(5): 985–93.
3. Healy D. *The Creation of Psychopharmacology.* Cambridge: Harvard University Press; 2004. (Revisado el 8 de mayo de 2021). Disponible en: <https://www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674015999>
4. Mountford V, Haase A, Waller G. Body checking in the eating disorders: Associations between cognitions and behaviors. *Int J Eat Disord.* 2006; 39(8): 708–15.
5. Waller G, Mountford VA. Weighing patients within cognitive-behavioural therapy for eating disorders: How, when and why. *Behav Res Ther.* 2015; 70: 1–10.
6. NSW Ministry of Health. *Guidelines for the Inpatient Management of Adult Eating Disorders in General Medical and Psychiatric Settings in NSWs.* 2013 (Revisado el 8 de mayo de 2021). Disponible en: <https://nla.gov.au/nla.obj-2878938318>
7. Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S, et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2013; 43(12): 2501–11.
8. AFDAS-TCA – HAS. *Clinical Practice Guidelines Anorexia Nervosa: management.* 2010.
9. Danish Health Authority. *National clinical guideline for the treatment of anorexia nervosa* Published. 2016.
10. Jordan J, McIntosh VVW, Bulik CM. Specialist Supportive Clinical Management for Anorexia Nervosa. In: Wade T, editor. *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders.* Singapore: Springer Singapore; 2015. p. 1–5.
11. National Institute for Health and Care Excellence. *Guideline: Eating disorders: recognition and treatment.* 2017.
12. Linde JA, Jeffery RW, French SA, Pronk NP, Boyle RG. Self-weighing in weight gain prevention and weight loss trials. *Ann*

- Behav Med Publ Soc Behav Med. 2005; 30(3): 210–6.
13. VanWormer JJ, Martinez AM, Martinson BC, Crain AL, Benson GA, Cosentino DL, et al. Self-weighing promotes weight loss for obese adults. *Am J Prev Med.* 2009; 36(1): 70–3.
 14. Ogden J, Evans C. The problem with weighing: effects on mood, self-esteem and body image. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes.* 1996; 20(3): 272–7.
 15. Dionne MM, Yeudall F. Monitoring of weight in weight loss programs: a double-edged sword? *J Nutr Educ Behav.* 2005; 37(6): 315–8.
 16. Zheng Y, Klem ML, Sereika SM, Danford CA, Ewing LJ, Burke LE. Self-weighing in weight management: a systematic literature review. *Obes Silver Spring Md.* 2015; 23(2): 256–65.
 17. Pacanowski CR, Linde JA, Neumark-Sztainer D. Self-Weighing: Helpful or Harmful for Psychological Well-Being? A Review of the Literature. *Curr Obes Rep.* 2015; 4(1): 65–72.
 18. Abraham S. *Eating Disorders: The Facts.* Seventh Edition. United Kingdom: Oxford University Press; 2016.
 19. Garner DM, Garfinkel PE. *Handbook of treatment for eating disorders*, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 1997. xv, 528 p.
 20. Duher M, Slade R. *Anorexia Nervosa and Bulimia: How to Help.* 2da ed. Birmingham: Open University Press; 2003.
 21. Ogden J, Whyman C. The effect of repeated weighing. 1997;20.
 22. Friend S, Bauer KW, Madden TC, Neumark-Sztainer D. Self-weighing among adolescents: associations with body mass index, body satisfaction, weight control behaviors, and binge eating. *J Acad Nutr Diet.* 2012; 112(1): 99–103.
 23. Daghli A, Waller G. Clinician and patient characteristics and cognitions that influence weighing practice in cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2019; 52(9): 977–86.
 24. English S. *Weighing the options: professional's weighing procedures in the treatment of eating disorder patients.* [Northampton, MA]: [tesis], Smith College; 2016.
 25. Forbush KT, Richardson JH, Bohrer BK. Clinician's practices regarding blind versus open weighing among patients with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2014; 48(7): 905–11.
 26. Kelly-Weeder S, Kells M, Jennings K, Dunne J, Wolfe B. Procedures and Protocols for Weight Assessment During Acute Illness in Individuals With Anorexia Nervosa: A National Survey. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2019; 24(3): 241–6.
 27. Foreich FV, Ratcliffe SE, Vartanian LR. Blind versus open weighing from an eating disorder patient perspective. *J Eat Disord.* 2020, 17;8(1): 39.
 28. Jaffa T, Davies S, Sardesai A. What patients with anorexia nervosa should wear when they are being weighed: report of two pilot surveys. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* 2011; 19(4): 368–70.
 29. Rohde P, Arigo D, Shaw H, Stice E. Relation of self-weighing to future weight gain and onset of disordered eating symptoms. *J Consult Clin Psychol.* 2018; 86(8): 677–87.
 30. Walsh DJ, Charlton BG. The association between the development of weighing technology, possession and use of weighing scales, and self-reported severity of disordered eating. *Ir J Med Sci.* 2014; 183(3): 471–5.
 31. Quick V, Larson N, Eisenberg ME, Hannan PJ, Neumark-Sztainer D. Self-weighing behaviors in young adults: tipping the scale toward unhealthy eating behaviors? *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* 2012; 51(5): 468–74.
 32. Pacanowski CR, Pisetshy EM, Berg KC, Crosby RD, Crow SJ, Linde JA, et al. Self-weighing behavior in individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2016; 49(8): 817–21.
 33. Klos LA, Esser VE, Kessler MM. To weigh or not to weigh: the relationship between self-weighing behavior and body image among adults. *Body Image.* 2012; 9(4): 551–4.
 34. Galli N, Petrie T, Chatterton J. Team weigh-ins and self-weighing: Relations to body-related perceptions and disordered eating in collegiate male athletes. *Psychol Sport Exerc.* 2017 (Revisado el 28 de abril de 2021). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1469029216303272>
 35. LaRose JG, Fava JL, Steeves EA, Hecht J, Wing RR, Raynor HA. Daily self-weighing within a lifestyle intervention: impact on disordered eating symptoms. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* 2014; 33(3): 297–300.
 36. Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* New York, US: Guilford Press; 2008. xii, 324 p.
 37. Waller G, Cordery H, Corstorphine E, Hinrichsen H, Lawson R, Mountford V, et al. *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Comprehensive Treatment Guide.* Cogn Behav Ther Eat Disord Compr Treat Guide. 2007; 1:1–444.

Matzhin Valeria  <https://orcid.org/0000-0002-3762-0700>

Gafare Claudia  <https://orcid.org/0000-0001-9803-8442>

Valicenti Natalia  <https://orcid.org/0000-0002-9933-1322>

Soto Sofía  <https://orcid.org/0000-0002-1280-3893>

Ringel Carina  <https://orcid.org/0000-0002-7007-0325>

Citación:

Matzhin V. y col. ¿Cómo se pesa al paciente con trastorno de la conducta alimentaria?

Revisión del abordaje del peso en los tratamientos.

DIAETA (B.AIRES) 2022; 40: e22040003