



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

SITUACIÓN ACTUAL, Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Marta Pérez Lombardo, Jesús Pemán Rodríguez, Íñigo Alberdi Páramo, Mar Jiménez Cabañas, Ana García Carpintero, Germán Montero Hernández

martaperezlombardo@gmail.com

Anorexia, bulimia, CIE-11, tratamiento, prevención

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria han aumentado o mantenido su prevalencia en los últimos años (21). El diagnóstico de estos trastornos se ha visto sesgado en ocasiones por la categoría de "trastornos de la conducta alimentaria sin especificación" (20). Las nuevas guías como la DSM 5 en su momento, y CIE 11 siguiendo el ejemplo de la primera, incluyen en sus diagnósticos cambios importantes para realizar un diagnóstico más específico y por tanto un mejor abordaje de estos trastornos.

El tratamiento, tanto psicoterapéutico como farmacológico ha sido objeto de estudio en las últimas décadas. Se hace evidente la necesidad de una distinción entre dos grupos de trastornos: la anorexia nerviosa y el trastorno por atracones junto a la bulimia nerviosa. (9) Los antipsicóticos y antidepresivos son los grupos farmacológicos más estudiados en estos trastornos, con diversos resultados según el diagnóstico y la edad de tratamiento (13, 14), y la terapia cognitivo-conductual sigue siendo la que aporta más evidencia, aunque de nuevo su efectividad se ve cuestionada por el tipo de trastorno.

En esta revisión, señalaremos algunos estudios sobre la eficacia de tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, así como veremos las prevalencias y diagnósticos en diferentes estudios y propuestas para la prevención.

EL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA HOY

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) afectan a más de 30 millones de personas en el mundo¹. Son trastornos que a menudo son infradiagnosticados, sin que puedan las personas que los padecen recibir el tratamiento adecuado para ello y siendo este tipo de trastornos causa frecuente de disminución de la calidad de vida de la persona que lo sufre.

SITUACIÓN ACTUAL, Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Además, el riesgo de mortalidad de los pacientes con TCA es muy elevada, siendo especialmente destacable la anorexia nerviosa, que según algunos estudios puede ser la enfermedad mental con mayor mortalidad asociada².

Estas cifras son solo algunas de las razones por las que los trastornos de la conducta alimentaria deben ser considerados una nueva pandemia en nuestro siglo.

Las nuevas guías

Los trastornos de la conducta alimentaria incluyen trastornos como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones. En el DSM 5³, se incluyen otros trastornos como el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, que sustituye y amplía el diagnóstico del trastorno de alimentación en la infancia y la primera niñez del DSM-IV.

Este último trastorno, se caracteriza por no conseguir obtener las necesidades nutritivas o por tener una ingesta energética insuficiente mediante la ingesta oral de alimentos. Este nuevo constructo se añade también en la guía provisional de la CIE-11, que coincide en muchos aspectos con la última versión del DSM.

En esta línea de diagnóstico, el uso de escalas como el cuestionario SCOFF (*Questionnaire for Screening the Eating Behaviour Disorders of Adolescents in School*) han sido estudiadas como métodos para el diagnóstico de los trastornos relatados en el DSM 5. En un metaanálisis, se concluyó que la escala era efectiva para el diagnóstico de la anorexia y la bulimia nerviosa acorde a los criterios de DSM 5, con elevada sensibilidad. Sin embargo, para otros diagnósticos serían necesarias nuevos estudios que permitieran la extensión de estas escalas al diagnóstico del resto de trastornos de la conducta alimentaria descritos.

TRATAMIENTOS EN EL TCA: PSICOTERAPIAS Y FARMACOLOGÍA

El tratamiento en los TCA varía mucho entre diagnósticos y edades, habiendo una diferencia clara entre adolescentes y adultos de larga evolución⁴. Ante esta situación, que es un reflejo de los distintos mecanismos neurobiológicos y psicosociales que subyacen a cada una de los distintos tipos de TCA, procederemos a subdividir este apartado en función de los distintos diagnósticos para una mayor claridad del mismo.

Antes queremos aclarar que el tratamiento de elección debe ajustarse a la situación global del paciente, prestando una atención especial a la situación médica global del mismo; pues en ocasiones; principalmente en casos de anorexia nerviosa; es preciosa proceder a ingresos hospitalarios que garanticen la seguridad física del paciente asegurando una

SITUACIÓN ACTUAL, Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

adecuada realimentación⁵. Es decir, el tratamiento debe adecuarse en todo momento a la situación clínica del paciente.

El tratamiento en líneas generales se basa en la psicoterapia, que es el tratamiento de elección en los TCA, farmacológico para los momentos agudos y que ha demostrado eficacia en situaciones concretas y dietético.

El tratamiento dietético es imprescindible en cualquier paciente, aportando unas pautas claras de alimentación⁶; aunque según McMaster et al. en la mayoría de centros dedicados al tratamiento de estas patologías o manuales que se aportan a los pacientes no figura ningún dietista, y en alrededor del 60% de los manuales la información contenida no se adecua a la evidencia científica.

Además, según McMaster et al, la presencia de un dietético permitiría a los terapeutas centrarse en aquellas situaciones que subyacen al problema alimenticio dejando la alimentación a cargo del dietista.

Para terminar especificar que la mayoría de estudios son en adultos o adolescentes mayores; en cambio no existe mucha evidencia de cara al tratamiento en pacientes con TCA de corta edad; en estos casos los mayores estudios a nivel farmacológico se centran el uso de antipsicóticos atípicos, olanzapina y aripiprazol principalmente; aunque no es posible todavía recomendarlos como tratamientos de primera línea en adolescentes o niños con TCA⁷; persistiendo en estos casos la psicoterapia como primera línea⁸.

A continuación, procederemos a explicar los tratamientos disponibles para cada uno de los subtipos.

Anorexia Nerviosa

El tratamiento debe ser multidisciplinar y ajustarse en todo momento a la situación clínica del paciente como ya se ha dicho con anterioridad. Es frecuente que estos pacientes presenten elevada ansiedad y angustia que interfiera con el trastorno alimentario; requiriendo de ayuda farmacológica para el tratamiento de éstas y así permitir un abordar psicológicamente el problema de base⁴.

Primero hay que evaluar la situación clínica global del paciente y en aquellos que presenten un peso inferior del 20% del límite inferior del IMC se valore ingreso; siendo necesario en aquellos con un peso inferior al 30%⁵. Una vez valorado la necesidad o no de ingreso se debe decidir si se procederá a tratamiento ambulatorio en régimen de hospital de día o en forma de consultas externas, aunque esto podrá variar en función de los recursos disponibles en cada comunidad.

SITUACIÓN ACTUAL, Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

El tratamiento de elección para la AN es la psicoterapia. En el caso de los adolescentes es la psicoterapia basada en la familia la de elección; mientras que en los adultos sería la terapia cognitivo conductual (TCC)⁹. Otra opción sería la terapia cognitivo-conductual potenciada (TCCp), que consistiría en una TCC centrada en la psicopatología subyacente; que estaría indicada para el tratamiento de cualquier tipo de TCA, independientemente de la edad; aunque si bien es cierto que no ha mostrado ser mejor que las terapias habituales¹⁰.

Respecto a la terapia familiar mencionar que no siempre es posible, y que en esos casos podría probarse con terapia individual a cada miembro de la familia; así como que aunque no se ha demostrado evidencia en el uso conjunto de terapia individual y familiar; esta situación se lleva a cabo en múltiples centros⁵.

Otra opción psicoterapéutica sería la terapia psicodinámica, aunque esta es más difícil de llevar a cabo y exige una mayor flexibilidad por parte del terapeuta⁵.

Actualmente existen numerosos tratamientos farmacológicos para la AN pero ninguno ha recibido la aprobación de la Federal Drug Agency (FDA) o Agencia Europea del Medicamento (AEM)⁴. El único tratamiento que ha demostrado eficacia ha sido la olanzapina¹¹ aunque otros tratamientos como fluoxetina, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), litio han sido probados sin demostrar clara eficacia al respecto, pudiéndose útiles en perfiles concretos, pero no pudiéndose hacer una recomendación generalizada⁴.

Bulimia Nerviosa

La mayoría de estos pacientes no requieren de ingreso hospitalario; pero es algo a valorar siempre que se vea un paciente con BN.

El tratamiento de elección independientemente de la edad es la TCC, la cual suele precisar de entre 18-20 sesiones y presenta dos objetivos claros: el cese del ciclo automatizado de atracones y dietas; y modificar los pensamientos disfuncionales del sujeto⁸.

Otras opciones psicoterapéuticas son la TCCp¹⁰, la terapia psicodinámica y últimamente, están apareciendo nuevos tipos de terapia que pueden realizarse a distancia⁵.

Respecto al tratamiento farmacológico se emplean multitud de opciones como lo ISRS, ácido valproico, topiramato, olanzapina; pero solo la fluoxetina ha sido aprobada por la FDA y la AEM¹¹. La fluoxetina ha demostrado eficacia en dosis de mínimo 60mg/día; la necesidad de elevadas dosis y el riesgo de alteración del QT ha impedido que otros ISRS recibiesen la aprobación⁴. También destacar la prohibición del bupropion para la BN debido al aumento en el riesgo de padecer crisis convulsivas¹².

SITUACIÓN ACTUAL, Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Destacar el uso de litio y carbamazepina para el tratamiento de pacientes con BN y comorbilidad de trastorno bipolar tipo I⁵.

Trastorno por atracones

En este trastorno sigue siendo la TCC el tratamiento de elección⁸, aunque su uso conjunto con tratamiento psicofarmacológico obtiene mejores resultados, y siendo otra opción la psicoterapia interpersonal⁵.

Otras opciones que han demostrado eficacia, aunque limitada, sería los grupos de ayuda y el tratamiento farmacológico de manera individual.

Dentro de los tratamientos farmacológicos destacar los ISRS, sertralina y citalopram; topiramato, antipsicóticos atípicos para la impulsividad; y las anfetaminas. Concretamente la lisdexanfetamina es el único fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento del trastorno por atracones⁴.

Otros tipos de TCA

Para el resto de diagnósticos del espectro TCA no existe evidencia suficiente como para individualizarlos, aunque la lógica sugeriría seguir las recomendaciones mencionadas en los trastornos previos, como el uso inicial para cualquiera de ellos de la TCC y de fármacos de manera sintomática. Si bien es cierto que en el trastorno por negativa a la ingesta existe ligera evidencia que apoyaría el uso de mirtazapina⁴ o bien de terapia basada en la familia¹¹.

En resumen, creemos que el tratamiento del TCA debe ser multidisciplinar, incluyendo médicos y dietistas; y que debe en todo momento individualizarse a las necesidades del paciente y de la disponibilidad de medios; pues existen situaciones donde debido a los medios disponibles debe decantarse por el uso de fármacos en lugar de psicoterapia o de un tipo concreto de psicoterapia.

Es importante también avanzar en la investigación de la neurobiología subyacente a los distintos trastornos y comportamientos porque como veremos en el siguiente apartado se están desarrollando nuevas técnicas de tratamiento más específicas y basadas en principios neurobiológicos y no síntomas.

Por último, recordar que estos trastornos son psicosociales donde cobra una gran importancia el ambiente y creemos que aquellos que no tengan en cuenta el ambiente del paciente están abocados a un fracaso tras otro.

SITUACIÓN ACTUAL, Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

NUEVOS RETOS Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

La tendencia observada en los últimos años es hacia un crecimiento de los trastornos de la conducta alimentaria¹³. La prevalencia de estos trastornos implica un marcado mantenimiento de estos trastornos, con la consecuente pérdida de años de calidad de vida ya nombrados y la elevada mortalidad que el padecimiento de estos trastornos implica.

Prevención como plan de futuro

La prevención se erige como el principal caballo de batalla para poder combatir este tipo de trastornos. Se han propuesto estrategias de prevención desde los servicios de emergencia, dado que a estos acuden en numerosas ocasiones pacientes con este tipo de trastorno y un screening en este sentido permitiría detectar este tipo de patología de una forma más precoz. En un estudio realizado por el servicio de psiquiatría de Michigan², se estudió el porcentaje de casos que habría en la población que acudía a urgencias. Los datos señalaron que la prevalencia, medida con la escala SCOFF anteriormente nombrada, son más elevados que la prevalencia en la población normal (un 12% frente a un 5%).

La prevalencia en hombres siempre ha sido considerada menor que en mujeres. Sin embargo, también se ha señalado en múltiples ocasiones que los hombres suelen ser más reacios a la búsqueda de ayuda. De hecho, en estudios realizados en servicios de emergencia², las cifras de hombres que cumplirían criterios para TCA son más elevadas que las descritas en los estudios de seguimiento o de diagnóstico general en unidades específicas.

Se han realizado numerosos estudios en universidades sobre la efectividad de intervenciones de prevención de trastornos de la conducta alimentaria, y la posible prevención de estos trastornos en este campo. Esta etapa vital se considera especialmente estresante, de modo que numerosos trastornos mentales pueden aflorar en estos momentos¹⁴. En estos estudios se ha observado que intervenciones de psicoeducación por medio de plataformas multimedia, pueden ser efectivas a la hora de la solicitud de ayuda de los estudiantes, ayudando de esta forma a la detección y tratamiento precoz de estas enfermedades o trastornos. Consideramos que, atendiendo a estos resultados, los centros universitarios pueden ser un lugar apropiado para realizar un screening de este tipo de trastornos, y poder ser tratados a tiempo.

Otro de los grupos de riesgos son la infancia y adolescencia. Las intervenciones preventivas en escuelas son especialmente beneficiosas según los estudios realizados¹⁵. Es importante no solo detectar los síntomas del trastorno, sino factores de riesgo en la infancia que puedan llevar a desarrollar este trastorno en un futuro cercano.

SITUACIÓN ACTUAL, Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Es importante señalar que los métodos de screening como podría ser la escala SCOFF, tienen una elevada sensibilidad, lo que permite incluir prácticamente todos los posibles casos de TCA, pero siempre siendo necesaria una segunda prueba más específica para confirmar estos diagnósticos².

Otro de los retos para el futuro sería cambiar la idea de la asociación de TCA con bajo peso que aún existe en la sociedad. La mayoría de los TCA cursan con peso normal o sobrepeso. Esta idea equívoca hace que profesionales que no se dedican de forma específica a TCA puedan obviar problemas relacionados con la alimentación por el mero hecho de tener un índice de masa corporal normal o alto², así como profesores o personas del entorno de la persona que puede comenzar a desarrollar un TCA no pueda reconocerlo a tiempo en etapas vitales especialmente vulnerables.

El papel del experto en alimentación

La inclusión de información sobre alimentación, así como la participación directa del profesional de endocrinología o dietista son fundamentales para el tratamiento de estos trastornos a largo plazo.

En una revisión realizada en 2019, se ha observado que, a pesar de que la mayoría de las guías para el tratamiento de los TCA incluyen información sobre nutrición, tan solo en una de cada cinco se incluye este contenido escrito directamente por un experto en nutrición⁶. La implicación de los dietistas en la elaboración de guías es necesaria, tanto por la información especializada en cuanto a la alimentación como para poder estudiar con más detalle si existen intervenciones nutricionales concretas que sean especialmente beneficiosas para pacientes que sufren trastornos de la conducta alimentaria.

Nuevas terapias

Como hemos descrito anteriormente, los tratamientos tanto farmacológicos como psicoterapéuticos son objeto de estudio frecuente en los trastornos de la conducta alimentaria. Fármacos como la lisdexanfetamina se contemplan para el trastorno por atracones¹², y otros clásicos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina siguen estando en el objetivo de muchos expertos.

Es fundamental, sin embargo, individualizar el tratamiento del paciente, contemplando siempre qué sintomatología podemos combatir farmacológicamente, qué trastorno puede subyacer al TCA y de qué tipo de psicoterapia podría beneficiarse cada paciente. Porque el TCA es en muchas ocasiones la punta del iceberg, y esto tenemos que tenerlo en cuenta para enfocar los tratamientos en el futuro y poder diagnosticar y sobre todo tratar a los pacientes que lo sufren de la mejor forma posible.

SITUACIÓN ACTUAL, Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

BIBLIOGRAFÍA

1. Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *J Gen Intern Med.* 2020;35(3):885–93.
2. Dooley-Hash S, Adams M, Walton MA, Blow FC, Cunningham RM. The prevalence and correlates of eating disorders in adult emergency department patients. *Int J Eat Disord.* 2019;52(11):1281–90.
3. APA. *Dsm-V* [Internet]. 1980. 451–459 p. Available from: <http://www.saludpsicologia.com/app/webroot/useruploads/imageManager/DSM 5.pdf>
4. Crow SJ. Pharmacologic Treatment of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2019;42(2):253–62. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.007>
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock - Sinopsis de Psiquiatría. 11th ed. Barcelona; 2015. 1472 p.
6. McMaster CM, Wade T, Franklin J, Hart S. A review of treatment manuals for adults with an eating disorder: nutrition content and consistency with current dietetic evidence. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2020;(November 2019). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00850-6>
7. Couturier J, Isserlin L, Spettigue W, Norris M. Psychotropic Medication for Children and Adolescents with Eating Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019;28(4):583–92.
8. Agras WS. Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2019;42(2):169–79. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
9. van den Berg E, Houtzager L, de Vos J, Daemen I, Katsaragaki G, Karyotaki E, et al. Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2019;27(4):331–51.
10. Atwood ME, Friedman A. A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2020;53(3):311–30.
11. Davis LE, Attia E. Recent advances in therapies for eating disorders [version 1; peer review: 2 approved]. *F1000Research.* 2019;8.
12. Appolinario JC, Nardi AE, McElroy SL. Investigational drugs for the treatment of binge eating disorder (BED): an update. *Expert Opin Investig Drugs* [Internet]. 2019;28(12):1081–94. Available from: <https://doi.org/10.1080/13543784.2019.1692813>

SITUACIÓN ACTUAL, Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

- 13.13. Bagaric M, Touyz S, Heriseanu A, Conti J, Hay P. Are bulimia nervosa and binge eating disorder increasing? Results of a population-based study of lifetime prevalence and lifetime prevalence by age in South Australia. *Eur Eat Disord Rev.* 2020;(July 2019):1-9.
- 14.14. Harrer M, Adam SH, Messner EM, Baumeister H, Cuijpers P, Bruffaerts R, et al. Prevention of eating disorders at universities: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2020;(December 2019):1-21.
- 15.15. Chua JYX, Tam W, Shorey S. Research Review: Effectiveness of universal eating disorder prevention interventions in improving body image among children: a systematic review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2019;