



LÍMITES DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

ALIMENTARIA

Antoni Grau¹⁻², Montse Sánchez¹⁻², Sandra Vinuesa², Vicente Turón¹

1 Fundación "Instituto Trastornos de la Alimentación".(FITA).

2 Instituto Trastornos de la Alimentación (ITA).

proteusdos@hotmail.com

vicente.turon@yahoo.com

RESUMEN:

Las guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica son documentos que responden a los interrogantes que plantea la praxis médica y psicológica, la metodología es rigurosa buscando la evidencia sin embargo esta evidencia es limitada por diferentes factores que aquí se estudian.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) tienen una etiología multideterminada y son el resultado de la interacción de factores genéticos, biológicos del desarrollo del individuo, psicológicos y socio-culturales que dan curso a un proceso patológico específico.

La medicina basada en la evidencia (MBE) o mejor dicho la medicina basada en pruebas, la traducción del término inglés de "evidence" no es equipable a "evidencia" en castellano, pues hay un problema de transliterabilidad, sería la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia, o por las mejores pruebas científicas clínicas disponibles para ayudar en la toma de decisiones.

En la praxis médica la utilización de la MBE¹⁻² requiere la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible derivada de la investigación sistemática y permite a través de un método de investigación objetivo y científico, conocer y validar la eficacia con estudios clínicos escrupulosamente controlados, desarrollados en centros donde las facilidades de soporte estén garantizadas, más tarde se plantea la discusión de su aplicabilidad y los beneficios, tras esto se publicará de forma abierta y fiel de los resultados. Lo correcto es investigar, para validar los tratamientos, una medicina no basada en prácticas validadas es insatisfactoria, engañosa y peligrosa, es necesario investigar para producir máximo beneficio y mínimo perjuicio a los enfermos, incluso no sería ético aplicar prácticas médicas no validadas por la investigación clínica

Las guías de práctica clínica (GPC)³ se pueden definir como el conjunto de recomendaciones sistemáticas que tienen por objeto guiar a los profesionales y a los usuarios en el proceso de la toma de decisiones, están elaboradas por profesionales de todas las disciplinas implicadas en aquella área y estructuradas para dar respuesta a cuestiones previamente planteadas, las GPC no pueden dar respuesta a todas las cuestiones que se presentan en la práctica diaria, sin embargo el modelo de GPC es válido para plantear el abordaje de las diferentes patologías y avanzar en su conocimiento, para utilizar adecuadamente los recursos sanitarios existentes y hacerlos más homogéneos, para marcar parámetros de calidad asistencial, de eficacia, eficiencia y finalmente para racionalizar los recursos.

Sin embargo creemos que a pesar de sus beneficios de la Medicina basada en la evidencia tiene unas limitaciones que la metodología no aborda. Nos vamos a referir únicamente a los aspectos de

homogeneidad de la muestra y a las categorías diagnósticas, no dudando de la metodología ni de la objetividad de los resultados a la luz de la muestra seleccionada.

En la clínica de los TCA hay un habitualmente hay un "continuum" entre las diferentes entidades que conforman los TCA: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y TCANE donde se integran la patología conductual y psicológica con un peso y una variabilidad extrema y diferente en cada caso, no está resuelto el conflicto entre categoría y dimensión⁴, un trabajo de Striegel-Moore⁵ pone de manifiesto la inestabilidad del diagnóstico, en su trabajo se observa que el 22% de las pacientes con el diagnóstico de bulimia nerviosa tenían antecedentes, y así las habían diagnosticado, de anorexia nerviosa, el 11% de las pacientes diagnosticadas de trastorno por atracones tenía antecedente de bulimia nerviosa y el 25% de las pacientes bulimicas habían sido diagnosticadas anteriormente de trastorno por atracones, conclusiones similares encontraron Keel y Fairburn⁶⁻⁷. Parece que el sistema de clasificación categorial no es la mejor manera de conocer en profundidad la patología de la paciente, los grupos seleccionados por un método categorial no son tan homogéneos como puedan parecer y no sería extraño que en algunos estudios si se demora el tiempo entre la selección de la muestra y la investigación, esta muestra ya ha variado el diagnóstico e incluso el perfil conductual y cognitivo, es por tanto una cuestión importante plantear si estos modelos categoriales de clasificar las enfermedades en el ámbito de la salud mental y mas aún en el de los TCA es lo suficientemente explícito como para describir exactamente lo que estamos observando.

Esta difícil concreción nosológica cambiante en el tiempo perfila la enfermedad TCA de manera muy diferencial para cada paciente⁸, hay una gran singularidad en cada enfermo que le diferencia de los demás, esto puede crear grandes dificultades para el estudio riguroso de los TCA aunque desde un punto de vista más humanista es de una gran riqueza y un gran reto para los profesionales que los tratan.

Por ser esencialmente trastornos de la conducta su espectro es amplio, están íntimamente relacionados con otras patologías que a su vez los perfilan y los definen, la obsesividad y la impulsividad tienen capacidad para delimitar subgrupos en los TCA, los restrictivos y los purgativos. La personalidad y sus alteraciones se encuentran también en un gran número de paciente, la relación de estas patologías con los TCA es tan profunda que va más allá de la comorbilidad y

prefiguran perfiles de personalidad y conducta que predisponen a los TCA⁹.

A todo ello se añade el factor cultural, la cultura, los estilos de vida y los estereotipos sociales son factores de riesgo y etiopatogénicos de los TCA, sobre una predisposición genética son los factores culturales los de más peso a la hora de desencadenar un TCA, a la luz de esta premisa podemos considerarlos, como dice Di Nicola¹⁰, una enfermedad asociada a la cultura¹¹, pero la cultura y el como la vive cada persona es diferente, su respuesta ante los estímulos culturales es diferente por tanto la uniformidad es muy discutible.

La cultura es una cosa viva, cambiante y tal vez por ello y por la acción de las medidas sanitarias se ha apreciado el aumento progresivo de los cuadros incompletos o atípicos y crónicos, hay una clara atipicidad en aumento⁵⁻⁷ que sin duda está relacionada con la rigidez de los manuales de clasificación y al aumento de las personas que ejercen un parcial autocontrol de sus conductas TCA. El aumento de crónicos es el resultado de dos situaciones, por un lado está el hecho de que las personas que están o han estado en tratamiento se pueden clasificar como crónicas por el tiempo de evolución y por la remisión parcial de síntomas y por otro lado al estar o haber estado en tratamiento la mayoría de las personas afectas de TCA aumenta el subgrupo de las que se cronifican realmente, se mantienen así, y no mejoran.

En las enfermedades mentales y especialmente en los TCA se debe revisar el concepto de cronicidad, no debe estar ligado a la temporalidad y si a la persistencia invariable de una serie de síntomas a lo largo de un tiempo notablemente largo, tampoco el concepto de recaída y recidiva nos es muy útil cuando el proceso morboso, este o no en tratamiento, es tan largo y consecuentemente la remisión o la irreversibilidad de la enfermedad están sujetas a una revisión conceptual, en el caso de los TCA no deberíamos hablar de si son o no son enfermedades crónicas y si hablar de si los pacientes son o no son enfermos crónicos.

Se percibe de una forma franca un aumento del llamado trastorno por atracones, aún no debidamente clasificado, este aumento se debe por un lado al aumento de una forma atípica de los TCA como ya hemos comentado antes y por otro lado al aumento de la demanda de ayuda por parte de personas con atracones y obesidad que sienten gran insatisfacción con su imagen corporal y que en otras circunstancias culturales no recurrirían a los dispositivos asistenciales de los TCA. Un trabajo

de ITA¹² revisión de los diagnósticos puso de manifiesto una clara disminución de los cuadros restrictivos a favor de los de la esfera bulímica y trastorno por atracones (Figura 1). El aumento de la obesidad a pesar de su estigmatización, especialmente la obesidad infantil, suponen un reto importante no tanto para la asistencia como para la ubicación nosológica de estos cuadros de sobreingesta.

A la hora de investigar con rigor los TCA hay grandes problemas para delimitar y seleccionar la muestra, no es suficiente con los criterios diagnósticos para incluir pacientes y mucho menos con los criterios de exclusión, ya que se corre el riesgo de que si se es muy estricto en la inclusión y exclusión de pacientes la muestra seleccionada y las conclusiones del trabajo ¿a quien representan?. Está comprobado que los TCA se perciben de forma diferente tanto por parte de los pacientes como por la sociedad que los rodea, una misma entidad clínica es percibida de forma diferente por cada paciente, el valor de los síntomas que definen la clínica, su gravedad, el pronóstico y las implicaciones sociales de la enfermedad al ser percibidos de forma diferente así se valorarán y así se manifestarán en los cuestionarios administrados para evaluar la conducta y las cogniciones alteradas por los TCA.

Pero cada grupo social interpreta de manera diferente también los trastornos TCA, en la actualidad se está aún más preocupado por los cuadros restrictivos, la delgadez extrema es más morbosa, que por los relacionados con la impulsividad y el descontrol que son realmente más alarmantes y la asistencia pública está vinculada con estas preocupaciones.

La exigencia de cumplimiento de todos síntomas incluidos en los manuales de clasificación hace que haya una cierta desvinculación entre los criterios más laxos que se utilizan en los tratamientos que los estrictos de los grupos de investigación, pero los resultados de la investigación se aplican a la generalidad de los pacientes.

Cuando se hacen ensayos clínicos para evaluar la eficacia de un psicofármaco se utilizan criterios muy estrictos no solo diagnósticos, también de la selección de la muestra: hombres sanos de 18 a 50 o 55 años, sin antecedentes de enfermedades físicas y mujeres en las mismas condiciones, con el compromiso de no quedar embarazadas durante el ensayo, lo que las hace que estén prácticamente ausentes de los ensayos, este grupo seleccionado participa en un ensayo a doble ciego que si es

positivo, el nuevo fármaco ha de ser tanto o más eficaz que otro conocido con el que se le compara, sera introducido en el mercado farmacéutico. La experiencia nos ha mostrado como algunos fármacos eficaces a través de los ensayos han fracasado rotundamente cuando se han utilizado en la población general enferma de esa patología que pueden ser: mayores de 50 años y menores de 18, con enfermedades concomitantes físicas y con comorbilidades psíquicas, que es la autentica población a quien va dirigido el fármaco, parece que una muestra controlada de por ejemplo 500 pacientes no representa a una población normal de 10.000 pacientes a los que se les ha prescrito ese fármaco.

Añadamos a esto que hay pocas razones económicas para investigar nuevos psicofármacos en grupos tan limitados como puedan ser la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, debiéndonos conformar con indicaciones no incluidas oficialmente.

De la estructura interna de los criterios diagnósticos no se puede tener una opinión excesivamente favorable, suman de manera simple criterios objetivos estrictos como la existencia o no de amenorrea y frecuencia de vómitos con otros no solo subjetivos sino autoevaluativos y explicativos por parte del paciente y que interpreta el explorador.

Reconozcamos que las guías de practica clínica basadas en la evidencia científica son "sensu estricto" solo útiles para el 40% de los pacientes afectos de TCA, que son los que realmente están cumpliendo criterios rigurosos de anorexia o bulimia nerviosa, que son los que conforman las muestras utilizadas en los estudios.

Un trabajo de Hudson del año 2007 y Brownw del 2006¹³⁻¹⁴ ponen de manifiesto que hay grandes diferencias entre la incidencia de la anorexia nerviosa en las razas caucásicas comparadas con una población formada por latinos, americanos, afroamericanos y asiaticos, diferencias no asumidas por la mayoría de los trabajos con grandes muestras aportadas por diferentes centros y países.

También observa que la suma de trastorno por atracones (BED) y trastorno por atracones subclínico es muy superiores a la anorexia y bulimia nerviosas¹². Se puede cuestionar la utilidad del DSM-IV respecto a los TCA a través de un trabajo de Ackard¹⁵ del año 2007 sobre una muestra de 4.746 sujetos jóvenes con diversidad étnica, el 41,5% de las mujeres y el 24,9% de los hombres tenían una percepción perturbada de su cuerpo, un 36,4% de las mujeres y un 23,9% de los hombres la

tenían sobre forma y figura, y estas percepciones influían negativamente sobre la autoestima, sobre esta realidad únicamente cumplían criterios diagnósticos estrictos para la anorexia nerviosa el 0,04% de las mujeres y el 0,0% de los hombres, y respecto a la bulimia nerviosa los cumplían el 0,3 de las mujeres y el 0,2 de los hombres, la prevalencia del trastorno por atracones en mujeres fue del 1,9% y en hombres el 0,3%. Hay por tanto poca coherencia entre una gran población "doliente" por los problemas de peso dieta y figura que los criterios diagnósticos no observan ni siquiera como población en riesgo, gran parte de la población percibe negativamente su figura y que esa disminuye la autoestima pero tampoco se ve esto reflejado en estudios epidemiológicos homogéneos de población de riesgo.

Cabe pues plantearse la utilidad de los actuales modelos de clasificación de los TCA, Gordon¹⁶ en 2007 plantea a, a través de un análisis taxométrico el valor de lo categorial frente a la dimensión así como lo insuficiente de la utilización actual de los criterios del DSM-IV¹⁷.

En el caso de la salud mental los trabajos que exponen estudios y analizan grandes muestras de pacientes no son muy realistas, estos trabajos pueden ser homogéneos en su diseño pero no lo son al generalizar los resultados, con diferentes étnias, modelos culturales, problemas de transliterabilidad de la terminología, etc., es al menos teóricamente difícil la generalización. Este problema se soluciona en parte en el campo de la psicología cuando se validan los cuestionarios a una población específica, pero no ocurre así en los análisis de la psicopatología donde no se suelen contemplar las diferencias culturales y mucho menos aún en el caso de los ensayos con fármacos de los que se excluye una población: el sexo femenino, los niños, los ancianos y enfermos aunque posteriormente se suelen incluir en las indicaciones. A pesar de todo es imprescindible una metodología rigurosa y científica que aborde estos problemas y puede redimir en parte estas limitaciones.

Hemos hablado de transliterabilidad y ese problema se desliza en la misma forma de nombrar la llamada evidencia científica, en inglés "Evidencence" se puede traducir por evidenciar, patentizar, probar, demostrar, mientras que "Evidencia" en castellano significa "certidumbre manifiesta" y tan perceptible que nadie puede dudar de ella, justamente un concepto diferente, de ahí que en nuestro ámbito cultura sería mejor hablar de "medicina basada en pruebas", hay problemas de transculturalidad cuando los pacientes, especialmente en salud mental, son atendidos y explorados

con diferentes modelos asistenciales y los resultados se generalizan a toda la población, pero también es erróneo hacer agrupaciones multiculturales y multirraciales para ser estudiadas y extraer conclusiones estadísticas de denominador común, entonces la llamada evidencia científica no es tan evidente.

En el caso de los TCA en las GPC de la MBE hay grandes lagunas, con temas que no se abordan por falta de estudios cualificados y que por tanto no tienen recomendación grado A o B. Los grados de evidencia en la Guía NICE y en la GPC del Servicio Nacional de Salud no se abarcan todos los aspectos fundamentales de la patología TCA por estas razones y además la mayoría de las que la tienen lo es con un grado de evidencia poco consistente, así en la GPC española únicamente son de grado A el 3% de las cuestiones planteadas, de grado B el 11% y de grado D el 59%, por último hay recomendaciones de consenso en una proporción de 27%, como se puede observar en la figura 2.

Se observa en algunos trabajos, y por tanto en la recomendación, que el método primó sobre interés del tema tratado. Tampoco las respuestas siempre son objetivamente aplicables a nuestra realidad, sin olvidar la presión fáctica, externa a las guías, no depende de ellas, para hacer esta u otra investigación. En salud mental y más en el caso de los TCA no todas las áreas: epidemiología, diagnóstico, clínica y tratamiento y prevención están suficientemente estudiadas y las estudiadas no todas con la misma profundidad.

Podríamos concluir diciendo que en los criterios diagnósticos categoriales en las clasificaciones de los manuales al uso, ICD.10 y DSM IV, están incluidos y mezclados criterios objetivos físicos estrictos y otros subjetivos y autoevaluativos, otras clasificaciones en las áreas médicas incluyen únicamente datos objetivos de la exploración, esto no ocurre en los TCA, es cierto que objetivar cogniciones y conductas es difícil pero tal vez deberían tener un peso diferente para el diagnóstico y no mezclarlos con lo estrictamente objetivo.

Deberíamos considerar que la atipicidad de los TCANES es realmente lo más "típico" de cualquier estudio epidemiológico.

Se debería integrar lo categorial con lo dimensional para conocer de forma más objetiva lo que padece el paciente y lo que representa este paciente incluido en un estudio.

Sabemos que peso anómalo no es proporcional a la severidad de la psiopatología cognitiva, la amenorrea no siempre es un marcador de gravedad y el miedo a ganar peso es suficiente para delimitar un cuadro TCA.

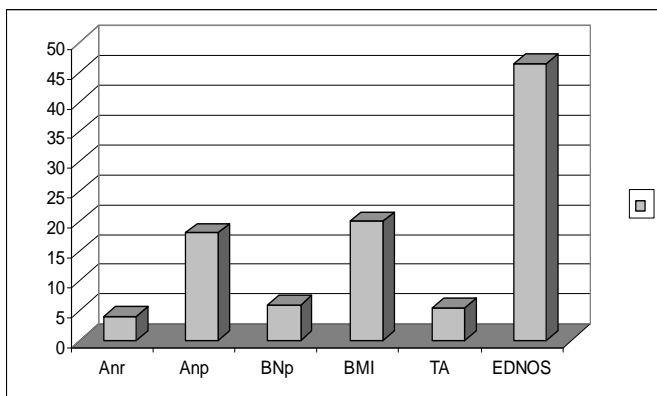
Habría que considerar si en la evaluación nosológica actual de los TCA se debería incluir una modificación de la clasificación manteniendo las categorías pero eliminando el criterio de amenorrea en la anorexia nerviosa, la eliminación de los subtipos de AN (restrictiva y purgativa) y de BN (purgativo y no purgativo), hacer de los BED un diagnóstico oficial, unificación de la frecuencia y la duración de conductas de atracón y purga para BN y BED a una vez por semana durante 3 meses.

Otro aspecto a analizar es el de si los manuales de clasificación se adaptan o no a los perfiles de personalidad, se obvia la presencia o no del alto rendimiento y perfeccionismo de las AN o la impulsividad y la mala regulación de las emociones en los cuadros BN, si ambos, AN y BN, son o no evitativos o depresivos. Se hace una asociación negativa con la comorbilidad pero positiva con la respuesta terapéutica.

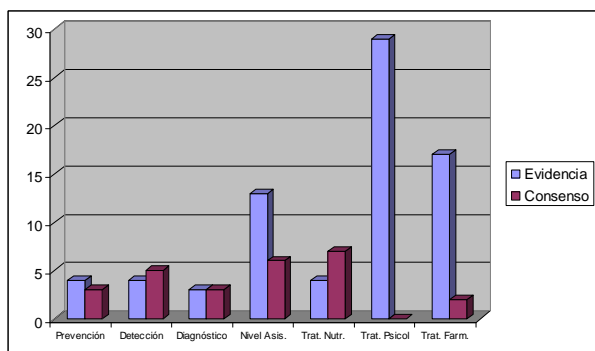
Creemos que deben ser valorados los episodios de descompensación, la clasificación debería ser multiaxial, evitar que la información conductual sea subjetiva, clarificar bien lo que es síntoma, estado o rasgo.

Sabemos que hay ideas pre-concebidas y que la gravedad conductual induce al diagnóstico de trastorno de la personalidad y así se anota con la idea de una situación más permanente que el propio TCA, la experiencia enseña que en muchas ocasiones lo clasificado como trastorno de la personalidad cede al mejorar el TCA y por tanto formaba parte de la clínica activa del TCA y no era propiamente un trastorno de la personalidad. Creemos finalmente que hay una excesiva confianza en las categorías diagnósticas y una muy poca homogeneidad de las amplias muestras utilizadas y sobre todo de la generalización de los resultados.

Figura 1.



ANr: 4%.
 ANp: 18%,
 BN: 9%,
 BMI: 17%,
 TA: 5,5%,
 TCANE: 46%



Grado recomendación A	3 (2,7%)
Grado recomendación B	13 (11,9%)
Grado recomendación D	65 (59,6%)
Consenso	28 (25,6%)

Bibliografía:

1. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Eating Disorders. National Clinical Practice Guideline Number CG9 (NICE)
2. American Psychiatric Association. Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, third edition. Steering Committee on Practice Guidelines, US; 2006.
3. Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria- Guías del Servicio Nacional de la salud. Ministerio de sanidad y Consumo. 2009.
4. Williamson, D., Gleaves, D. y Steward, T.: Categorical versus dimensional models of eating disorders: an examination of the evidence. *Inter. J. of eat. Dis.* 37:1, 1-10. 2005
5. Striegel-Moore, R; Cachelin, F.; Duhm, F.; Pike, K.; Wilfley, D. y Fairburn,CG.: Comparison of Binge Eating Disorders and Bulimia Nervosa in a Community Sample. *Int. J. Of. Eat. Dis.* 29: 157-165. 2001.
6. Keel, PK.; Mitchell, JE.; Davis, TL.y Crow, SJ.: Long-Term out-come of Bulimia Nervosa. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1999.56:63-69.
7. Fairburn,C.; Coper,Z.; Doll,HA.; Norman,P. y O'Connor,M.: The natural course of bulimia nervosa an binge eating disorders in youg women.*Arch. Gen. Psychiatr.* 2000.57:659-66510.
8. Fairburn, C. y Cooper, Z.: Thinking Afresh about the Classification of Eating Disorders. *Inter. J. of Eat Dis.*40,S107-S110.2007
9. Thomson-Brenner, H.; Edy, K.; Satyr, D.; Boisseau, C. y Westen, D.: Personality Subtypes in Adolescents with Eating Disorders: validation of a classification approach. *J. of Child Psychology* 49:2, 170-180. 2008.
10. DiNicola, C.: Anorexia multiforme: self-starvation in historical and cultural context. *Transcultural Psychiatric Research Review.* 27:245-286.1990.
11. Devereux, G.: *Essais d'éthnopsichiatrie générale.* Ed. Gallimard. 1970.
12. Sanchez-Povedano, M.; Grau, T.; Cañadas, M.; Del Castillo, M.; Turón, V. Consentimiento informado y hospitalización forzada en los trastornos de la conducta alimentaria(TCA).

INTERPSIQUIS. -1; (2009).

13. Hudson, JL.; Hiripi, E.; Pope, HG. Y Kessler RC.: The prevalence and correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Biol Psychiatr.* 2007, 61: 348-358.

14. Browne, MA.; Wells, J.; Scott, KM. y McGee, MA.: Lifetime Prevalence and Projected Lifetime Risk of DSM-IV Disorders in Te Rau Hinengaro. *Aust. News Zealand J. Psiquiatr.* 40: 865-874.2006.

16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Estatistical Manual of Mental Disorders.* 4th Edition. Washington DC. APA.1994.

15. Ackard, D.; Fulkerson, J.; Jayne, A. y Neumark-Sztainer, D.: Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among young. *Vol 40, issue 5, 409-417.*2007.

16. Gordon, K.; Holm-Denoma, J.; Smith, A.; Fink, E. y Joiner, T.: Taxometric Analysis: Introduction and Overview. *Inter. J. of Eat. Dis., 40: S35-S39.* 2007