



ESQUIZOFRENIA Y ANOREXIA NERVIOSA POSITIVA: COMORBILIDAD EN EMERGENCIA

M^a Teresa Tolosa Pérez, Araceli Martínez Carrascosa, Carmen García Moreno, Alicia Gómez Peinado, Paloma Cano Ruiz y Marta Lucas Pérez-Romero.

fran.peralta.gallego@gmail.com

ABSTRACT

La comorbilidad entre los Trastornos de Comportamiento Alimentario (TCA) y los Trastornos Psicóticos ha sido poco estudiada. La mayoría de TCA en pacientes esquizofrénicos se ha relacionado con ideación delirante con repercusión en alimentación siendo la potomanía, rumiación y la pica los TCA que más se describen en este tipo de pacientes. En las últimas décadas, se objetiva el incremento de la preocupación en torno a la imagen corporal de pacientes esquizofrénicos, con una prevalencia superior del sexo femenino. El tratamiento farmacológico, la tendencia al sedentarismo así como en numerosas ocasiones la hiperorexia generan una tendencia al sobrepeso/obesidad en pacientes psicóticos. La insatisfacción corporal consecuente se relaciona con el inicio de conductas restrictivas y purgativas en las pacientes con un T. psicótico así como en otras ocasiones, los síntomas prodrómicos de un T. psicótico pueden enmascarse con sintomatología en torno a la conducta alimentaria. Es importante poder identificar esta sintomatología de una forma precoz con el fin de evitar la cronicidad de los síntomas. Presento un caso de paciente mujer de 33 años con diagnóstico de Esquizofrenia indiferenciada desde la adolescencia y TCA tipo Anorexia Nerviosa tipo Purgativa de 3 años de evolución. La comorbilidad de dos patologías de eje I, el deterioro cognitivo propio de la esquizofrenia y el adquirido por la desnutrición hacen una situación clínica de difícil manejo y peor pronóstico.

INTRODUCCIÓN

Existen escasos estudios sobre la comorbilidad entre los T. psicóticos y los Trastornos de Conducta Alimentaria, pero la práctica clínica nos indica que la prevalencia de la misma está en crecimiento.

La indefinición de estos trastornos, la falta de homogeneidad de las poblaciones estudiadas y la ausencia hasta la fecha de unos instrumentos de evaluación adecuados explican la ausencia de datos epidemiológicos fiables.

Se mantiene la mayor prevalencia en sexo femenino al igual que en Trastornos del comportamiento alimentarios sin comorbilidad. Ésta suele ser más frecuente con otro tipo de patologías como los Trastornos de personalidad o los Trastornos Obsesivos compulsivos

ESQUIZOFRENIA Y ANOREXIA NERVIOSA POSITIVA: COMORBILIDAD EN EMERGENCIA

ETIOLOGÍA

Son diversas las causas que pueden generar un TCA en una paciente con esquizofrenia. Entre las mismas destacan:

- Aumento de peso secundario a psicofármacos y al sedentarismo que es frecuente en pacientes esquizofrénicos.
- Aumento de apetito secundario a psicofármacos
- El estigma esquizofrenia puede ocasionar ciertas burlas y consecuente aislamiento por lo que existe un incremento de preocupación por imagen corporal
- La vulnerabilidad de los pacientes con esquizofrenia puede potenciar dejarse llevar por la crítica del entorno.
- Dificultades en el control de impulsos
- Pródromos de primer episodio psicótico: en ocasiones no aparece el TCA secundario a la esquizofrenia sino que son los síntomas alimentarios los que inician la alarma en el paciente.
- Ideación delirante en relación con alimentación: potomanía, rumiación y pica.

DIFICULTADES Y RETOS

Ante una comorbilidad tan poco estudiada y con escasa prevalencia hasta ahora, en el ámbito sanitario no existen dispositivos específicos para este tipo de comorbilidad. Es complicado encontrar un grupo homogéneo para tratamiento y son escasos los profesionales especializados en ambas patologías. Sería conveniente para la evolución positiva de las patologías, la identificación precoz de las mismas así como un tratamiento integral tanto de las conductas propias de la esquizofrenia como de las del trastorno alimentario.

TCA TIPO ANOREXIA NERVIOSA RESTRICTIVA PURGATIVA

Restricción alimentaria desnutrición

Conductas purgativas no absorción tratamiento farmacológico

DESCOMPENSACIÓN ESQUIZOFRENIA mayor desconfianza y clínica psicótica empeoramiento TCA

PRONÓSTICO

- En la comorbilidad de TCA y Esquizofrenia el pronóstico es peor para ambos trastornos que cualquiera de ellos por separado.
- Las conductas propias del TCA potencian las descompensaciones de la clínica psicótica.
- Por otro lado, la sintomatología de la esquizofrenia, así como el deterioro cognitivo de la misma, hacen más complicado la comprensión y la motivación al tratamiento del TCA

ESQUIZOFRENIA Y ANOREXIA NERVIOSA POSITIVA: COMORBILIDAD EN EMERGENCIA

cuyo requisito imprescindible para una evolución favorable sería la motivación y la implicación de la paciente en su propio tratamiento.

- En ocasiones, los pródromos de la esquizofrenia no se tienen en cuenta hasta que aparece la sintomatología TCA.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Es muy importante el abordaje integral de ambas patologías. En la mayoría de los casos, es necesario un tratamiento en ámbito hospitalario con objetivos como los siguientes:

- Renutrición y estabilización clínica.
- Estructuración de horarios tanto en las comidas como en la funcionalidad global.
- Psicoeducación de ambas patologías con paciente y familia.

Las pautas de comportamiento y las psicoterapéuticas deben de ser sencillas y claras y de forma progresiva en función del momento de enfermedad y la mejoría, se irán incorporando los diferentes estímulos (ropa, alimentos complicados...)

A nivel farmacológico las patologías se abordan de forma integral, eligiendo tratamiento farmacológico que a nivel de la imagen corporal tenga los efectos secundarios más leves. Deben evitarse fármacos antipsicóticos que generen un aumento de peso y apetito ya que con ellos va a ser más complicado abordar la patología alimentaria comórbida.

CASO CLÍNICO

- Mujer de 34 años diagnosticada de Esquizofrenia indiferenciada desde la adolescencia.
- Evolución desfavorable de su patología e ingreso en Unidad de Media Estancia (UME).
- P max tras inicio de enfermedad: 65 Kg (IMC: 26,7)
- En UME adaptación adecuada y buena evolución
- Comentarios despectivos en torno a su peso por parte de la familia y otros pacientes.
- Alta a vivienda supervisada
- En vivienda supervisada:
 - Desorganización alimentaria
 - Ejercicio físico excesivo
 - Conductas purgativas en forma de vómitos y uso de laxantes que provocaban incontinencias fecales
 - Obsesividad con la ropa
 - Importante pérdida de peso (P mín 42kg. IMC: 17)
- Reingreso en UME:
 - Compras compulsivas de ropa de talla inapropiada
 - Tendencia a la restricción alimentaria siempre que es posible
 - Uso de laxantes

ESQUIZOFRENIA Y ANOREXIA NERVIOSA POSITIVA: COMORBILIDAD EN EMERGENCIA

- Abandono de tratamiento psicofarmacológico oral descompensación psicótica
- Actualmente estabilidad clínica de esquizofrenia centrado el tratamiento multidisciplinar en el T. Comportamiento alimentario.

CONCLUSIONES

- La comorbilidad entre los Trastornos de Conducta Alimentaria y los trastornos de la esfera psicótica está aumentando la prevalencia.
- Es importante el abordaje conjunto de ambos trastornos ya que ambos pueden alcanzar situaciones clínicas muy disfuncionales.
- Un tratamiento individualizado y en un dispositivo adecuado sería beneficioso para obtener una evolución favorable.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). Am J Psychiatry 2000.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. 5ª ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.