



XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría

#interpsiquis - del 1 al 29 de Febrero

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN ADULTOS: TASAS DE PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

EATING DISORDERS IN ADULTHOOD: PREVALENCE AND CLINICAL EVOLUTION

Guillermo Pérez Mora, Beatriz Villagrasa Blasco, Laura Bosqued Molina, Sonia Pedrosa Armenteros, Anna Salas Martínez, Patricia Latorre Forcén

1. Centre Asistencial Sant Joan de Déu, Lleida
2. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

waste69@hotmail.com

Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Prevalencia. Mortalidad.

Eating disorders. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Prevalence. Mortality.

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) es un grupo de entidades clínicas ampliamente descritas y analizadas, pero a pesar de ello, son bastante escasos los estudios existentes en la actualidad sobre la evolución de los mismos a largo plazo. La mayoría de artículos centran su atención en muestras de jóvenes o adolescentes, y más concretamente en mujeres principalmente.

No obstante, conviene tener en cuenta que debido a su característica evolución, en un porcentaje importante de casos, los TCAs no remiten, por lo que pueden encronizarse, presentando unas tasas de prevalencia en adultos bastante desconocidas por los profesionales de la Salud Mental.

En toda la bibliografía a nivel internacional, sólo un reducido número de autores son los que aportan datos sobre las tasas de prevalencia a lo largo de la vida, haciendo la mayoría de los artículos alusión principalmente a la Anorexia Nerviosa (AN).

Este sesgo de datos es el reflejo de un inquietante vacío de información al respecto, en un grupo de entidades clínicas de relevante interés, tanto a nivel médico como sociodemográfico (La AN es una de las patologías mentales que presenta una mayor tasa de mortalidad.)

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN ADULTOS: TASAS DE PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

Son muy escasos los estudios existentes en la actualidad sobre la evolución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA); pero todavía menos frecuentes resultan ser los datos existentes sobre su desarrollo en la población, y más concretamente en adultos. Un reducido número de autores son los que aportan datos sobre las tasas de prevalencia a lo largo de la vida, haciendo la mayoría de los escasos artículos realizados alusión únicamente a muestras de mujeres.

Uno de los pocos ejemplos es el estudio realizado por Wade et al, en el que se analizan los datos poblacionales obtenidos en una muestra de mujeres gemelas adultas conformada por 1002 mujeres australianas de edades comprendidas entre los 28 a los 39 años, sobre los TCAs (incluyendo Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados). En dicha muestra, la intervención se llevó a cabo como promedio, unos 14.52 años (DE=5.65) a partir de la aparición del trastorno (Wade et al). Otro de los reducidos estudios de prevalencia de TCA en población adulta (mayores de 18 años) es el realizado por Preti en el año 2009 en el marco del proyecto europeo ESEMeD (un estudio poblacional cuya muestra total es de 21.425, pero más concretamente la submuestra de TCAs era de 4.139) (Preti).

PREVALENCIA GENERAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

Existen importantes discrepancias en los datos de prevalencia, y algunos autores apuntan a diversos factores confusores. Entre ellos encontramos: la tendencia innata de los pacientes a negar su enfermedad, minimizarla, o sencillamente no acudir al psiquiatra para ser valorados (esto conlleva inevitablemente un aumento del coste de los estudios comunitarios, por lo que finalmente las muestras suelen ser hospitalarias). Así pues, estos datos no son fiel reflejo de las tasas de prevalencia reales en la población general, debido al evidente sesgo de selección (Smink).

Resulta ser llamativo que la entidad clínica de los TCA que realmente es más prevalente, tanto en estudios de muestras clínicas como poblacionales, resulta ser el subgrupo conocido como "Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados", una entidad marcadamente heterogénea que incluye síndromes parciales de AN, de BN, el Trastorno de purga y el Trastorno por atracones (Smink).

En una encuesta transversal a nivel nacional, la prevalencia media de Trastornos de la Conducta Alimentaria a lo largo de la vida se estimó en un 2% (Smink,2012). Respecto a las diferentes prevalencias de padecer cualquier TCA dependiendo del sexo, se ha estimado que ésta es entre 3 a 8 veces más frecuente entre las mujeres que en los varones (Preti).

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN ADULTOS: TASAS DE PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

La **tasa de prevalencia estimada a lo largo de la vida** del Trastorno por atracones varía dependiendo del autor, siendo del 1.12% según Preti o del 2.9% según Wade. Para el sub-diagnóstico del Trastorno por atracones se estimó ésta en un 0.72% (Preti). En los casos de Trastorno por purgas (subtipo de otros trastornos alimentarios especificados en DSM-5) los valores calculados fueron de un 5.3% (Wade). Y finalmente para cualquier trastorno por atracones, ésta resultó ser del 2.15%. (Preti).

PREVALENCIA ESPECÍFICA DE ANOREXIA NERVIOSA:

Según Roux et al, la **prevalencia de Anorexia Nerviosa (AN) en mujeres**, de edades comprendidas entre los 11 y los 65 años de edad, procedentes de muestras no clínicas, se ha estimado entre un 0% a un 2,2%. Dicho autor considera que esta variación en el porcentaje de prevalencia pueda deberse principalmente debido a: la edad, las medidas empleadas, y el criterio de AN aplicado.

La **tasa de prevalencia de AN a lo largo de la vida** ha sido analizada en varios estudios. En tres de ellos, se analizaron los valores de dicha tasa realizando análisis de cohortes basados en la población, tomando a mujeres gemelas como muestra. En primero de ellos, el estudio sueco, se realizó un análisis de las nacidas desde 1935 a 1958; se obtuvo una tasa de un 1.2% (Bulik). En el estudio australiano de gemelas, se halló una tasa de prevalencia de AN del 1.9%, y del 2.4% en AN "parcial" (ausencia de amenorrea) (Wade). En el estudio finlandés (gemelas nacidas entre 1975 a 1979) la tasa obtenida fue del 2.2% (Keski). Además, otros dos estudios (uno de ellos una encuesta a nivel nacional representativa de la población estadounidense – Hudson et al; y el otro un estudio a gran escala basado en la población de 6 países europeos – Preti et al) coinciden en el valor obtenido, siendo éste del 0.9% entre mujeres adultas.

Analizando conjuntamente **ambos sexos**, Preti et al estimaron una tasa de prevalencia (en mujeres y hombres) a lo largo de la vida del 0.48%.

Y en cuanto a la **prevalencia a lo largo de la vida de AN de los varones** no existen grandes diferencias entre autores: Roux. et al estiman un valor del 0.3%, al igual que reflejan Smink et al en su artículo de revisión sobre la encuesta estadounidense; frente al 0.24% de Raevuori et al.; e incluso la ausencia de casos encontrada por Smink et al en la revisión del artículo a nivel europeo de Preti et al.

A pesar de lo restrictivo de las muestras poblacionales, numerosos estudios basados en la comunidad refieren (en contraposición a las hipótesis previas) que la AN es más frecuente entre varones de lo que se estimaba. Algunos autores van más allá, sugiriendo incluso que el número de casos infradiagnosticados sea mayor en hombres que en mujeres (Keski-Rahkonen et al).

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN ADULTOS: TASAS DE PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

Según una revisión de la bibliografía realizada por Roux et al, no existe ninguna coincidencia significativa entre la AN y la condición socio-económica.

A pesar que algunas voces consideran que la AN es una "epidemia", no se ha podido establecer que ésta deba ser considerada como tal, a tenor de los datos aportados de incidencia y prevalencia (Roux et al).

PREVALENCIA ESPECÍFICA DE BULIMIA NERVIOSA:

Existen pequeñas discrepancias sobre el valor de la prevalencia de BN dependiendo de la bibliografía consultada: Smink la ha estimado en torno al 2%; la cual no dista en exceso del resultado obtenido por Keski-Rahkonen et al, quienes llevaron a cabo el primer estudio de cohortes diseñado a nivel nacional para medir las tasas de incidencia, prevalencia y pronóstico de BN (entrevistaron a gemelas finlandesas nacidas entre 1975 a 1979), obteniendo un 1.7% de prevalencia. En cambio, aplicando los recientes criterios DSM-5 (la frecuencia de síntomas disminuye a una vez por semana), su valor aumenta al 2.3% en mujeres (Keski-Rahkonen et al). Valores menores obtuvieron Hudson y Preti en sendos estudios: 0.9 al 1.5% en mujeres y 0.1 a 0.5% en varones.

Para analizar posibles discrepancias en dependencia de la **raza**, el grupo liderado por Marques analizó y comparó la prevalencia de BN entre los distintos grupos étnicos residentes en EEUU: los mayores niveles de prevalencia a lo largo de la vida recayeron en los "Latinos" (2%) y "Afro-americanos", frente a los "blancos no latinos" (0.51%) (Marques et al).

Preti realiza una estimación de la **tasa de prevalencia de BN a lo largo de la vida**, situándola en el 0.51%. Más concretamente, en las mujeres de edad adulta esta tasa se encuentra en el 2.9% (Wade et al).

Trace et al demostraron una marcada variabilidad de dicha tasa en una muestra poblacional de mujeres suecas. Dichas discrepancias dependían de los criterios aplicados: DSM-IV (8 atracones mínimos al mes) conllevaron un valor estimado del 1.2%, frente al 1.6% usando criterios DSM-5 (al menos 4 atracones/mes).

EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

En el estudio de Wade et al, únicamente el 7% de las mujeres seleccionadas, presentaban actualmente un **TCA** activo. No obstante, conviene reseñar que a pesar del notable porcentaje de pacientes que evolucionan favorablemente, o sencillamente mejoran hasta alcanzar niveles de severidad que los posiciona fuera de los criterios diagnósticos, sólo menos del 50% de cada grupo diagnóstico permanecían asintomáticos (Wade). Según este autor, sería conveniente incluir en los estudios de prevalencia y de análisis del curso de los TCAs el criterio <<Trastorno

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN ADULTOS: TASAS DE PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

de la conducta alimentaria no especificado >> del manual de criterios diagnósticos DSM-IV (Wade).

Concretamente en lo que se refiere a la **AN**, existe una contrastada evidencia científica (mediante un considerable número de estudios de seguimiento a largo plazo) que objetiva que aproximadamente el 50% de las/los pacientes llevarán a cabo una recuperación completa. (Long, 2012). No obstante, hemos de considerar que no todos aquellos individuos con este diagnóstico, accederán a ser tratados o recibirán tratamiento. En el caso de aquellos que sí hayan sido tratadas/os, su evolución clínica se ha estimado como sigue:

- 47% de ellos presentarán una recuperación,
- 34% mejorarán,
- 21% se cronificarán, convirtiéndose en un trastorno crónico de la alimentación;
- y finalmente sólo el 5% de ellos fallecerán. (Roux et al)

Las **tasas de remisión** obtenidas en Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) varían dependiendo de la fuente de información, desde un 19% hasta un 65%. En el estudio comunitario llevada a cabo por Smink, las tasas de conversión a 5 años de AN y BM (según criterios DSM-5) son del 69% y el 55%, respectivamente.

En el estudio cualitativo llevado a cabo por Robinson PH et al, analizaron una muestra bastante reducida de pacientes (n=8) con diagnósticos previos de AN y BN, de larga trayectoria clínica (más de 20 años de evolución). Este estudio resulta relevante y presenta importantes repercusiones clínicas, ya que realiza un exhaustivo análisis descriptivo de las posibles repercusiones en diferentes áreas: físico, psicológica, social, familiar, ocupacional y el tratamiento. Concluyen que las áreas social y psicológica son aquellas que se demostró que estaban más afectadas por la enfermedad, presentando principalmente insatisfacción, y sentimientos de desesperanza y depresión (Robinson PH et al).

Respecto a la **tasa de mortalidad**, algunos autores la consideran como un indicador de la severidad de la enfermedad.

Smink por su parte, no hace diferenciación en cuanto al incremento en la tasa de mortalidad entre la **AN** y la BN, considerando que ambas entidades se asocian a un aumento de la misma (Smink). Por el contrario, Arcelus J, et al concluyen, tras realizar un meta-análisis de 36 estudios sobre la mortalidad de los TCA, que es el subgrupo de la AN la entidad que presenta mayores tasas de mortalidad dentro de todos los TCA (Arcelus J, et al, 2011). De forma más generalizada todavía, en los años 90s se publicó un artículo que concluía que la AN era la enfermedad con mayor tasa de mortalidad entre todos los trastornos mentales existentes (Smink, 2012).

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN ADULTOS: TASAS DE PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

Las cifras de mortalidad presentadas entre la población con el diagnóstico de AN varían entre 6.2 y 10.6 veces más frecuente frente a la población general (en periodos de seguimiento que varían desde los 3 a los 10 años de duración, respectivamente). Se ha considerado que es menor para periodos de seguimiento más prolongados, siendo la tasa de mortalidad solamente 3.7 veces más probable que la población general para periodos de seguimiento de 20 a 40 años de duración.

Conviene considerar que la mortalidad se expresa frecuentemente mediante el índice Tasa Cruda de Mortalidad (Crude Mortality Rate (CMR)), el cual se ha valorado como un parámetro no muy fiable (debido a la heterogeneidad de las cohortes analizadas); por lo que se ha estimado que solamente los estudios que analizan Tasa Estandarizada de Mortalidad (<<Standardised Mortality Rate>> (SMR)) son realmente significativos (Roux et al).

A pesar que la AN es una de las patologías mentales que presenta una mayor tasa de mortalidad (Roux et al), conviene reseñar como dato de pronóstico positivo que la tasa de mortalidad en AN será más favorable entre aquellos individuos que hayan sido tratados durante la adolescencia, en los cuales se producirán mejores resultados (Roux et al).

Las principales causas de fallecimiento en los trastornos de la alimentación son: complicaciones del propio trastorno alimentario, suicidio y cáncer (Roux et al).

Sobre la **BN** existen escasos datos, pudiéndose destacar que: pocas mujeres con diagnóstico de BN serán valoradas en un dispositivo sanitario; la sintomatología perdura notablemente a lo largo del tiempo; y la recuperación es gradual (Keski-Rahkonen et al). Respecto a las tasas de mortalidad de la BN, en el artículo ya citado de Arcelus J, et al, 2011 realizan un meta-análisis de 12 trabajos, concluyendo que el valor de ésta es 1.74 por cada 1.000 personas-año (IC del 95%: 1.09-2.44), lo que significaría que cada año fallecen 0.17 personas del total de aquellas que padecen BN (Arcelus J, et al, 2011).

Crow estimó el porcentaje de suicidios entre aquellas personas fallecidas que presentaban diagnóstico de BN en un 23% de los casos (Crow S J, 2009).

Acerca de los **Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados** y sus tasas de mortalidad, se pueden destacar los resultados obtenidos por Arcelus J, et al en su meta-análisis, en esta ocasión tras la revisión de los datos obtenidos en 6 estudios. Concluye que el valor de la tasa de mortalidad anual en este subgrupo diagnóstico es de 3.31 muertes por cada 1.000 personas-año (IC del 95%: 1.48-5.75), lo que significaría que cada año fallecen 0.33 personas del total de aquellas que padecen este trastorno; es decir casi el doble que para la BN (Arcelus J, et al, 2011). Según Button EJ et al 2010, quizá se pueda explicar parcialmente la elevada tasa de mortalidad de los Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados considerando que estos a veces son realmente fases iniciales de la AN (Button EJ et al 2010).

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN ADULTOS: TASAS DE PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

El **Trastorno por atracones** y su evolución han sido estudiados por Keel y Brown (2010) en una revisión de 6 artículos de seguimiento, con periodos comprendidos entre uno y doce años. La tasa cruda de mortalidad obtenida en el de mayor tiempo de seguimiento es de 2.9%, aunque hay que destacar que el tamaño muestral era bastante reducido: fallecieron 2 de 68 pacientes. Por su parte, Preti A, et al (2011) realizó el análisis del riesgo de suicidio en una muestra de 246 pacientes con diagnóstico de Trastorno por atracones, llevando a cabo un seguimiento de dicha muestra durante una media de 5.3 años. Los resultados son concluyentes: ninguno de ellos se suicidó (Preti A, et al (2011)).

A pesar de todo lo referido, se puede concluir que los datos referentes sobre el curso y los resultados a largo plazo, incluyendo mortalidad, son relativamente limitados para los TCA, tanto en muestras de pacientes como a nivel comunitario (Smink).

En términos generales, una pequeña minoría de los pacientes con TCA son atendidos en el ámbito de la Salud Mental, y más concretamente aquellos que padecen BM. Algún estudio confirma dicha aseveración, centrándose en este caso en la AN (Hoek et al).

BIBLIOGRAFÍA

1. Arcelus J, et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724–31.
2. Bulik CM, et al. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63 (3):305–12.
3. Button EJ, Chadalavada B, Palmer RL. Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *Int J Eat Disord*. 2010;43(5):387–92.
4. Crow SJ, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatr*. 2009;166(12):1342–6.
5. Frédérique R. E. Smink Daphne van Hoeken; Hans W. Hoek. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep* (2012) 14:406–414.
6. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003 Dec;34(4):383-96.
7. Hudson JI, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatr*. 2007;61(3):348–58.
8. Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2010;43(3):195–204.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN ADULTOS: TASAS DE PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

9. Keski-Rahkonen A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatr*. 2007;164(8):1259–65. 412
10. Keski-Rahkonen A, Raevuori A, Hoek H. Epidemiology of eating disorder: an update. *Annual Review of Eating Disorders Part 2*. 2008:58–68.
11. Keski-Rahkonen A, et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med*. 2009;39(5):823–31.
12. Long CG, Fitzgerald KA, Hollin CR. Treatment of chronic anorexia nervosa: a 4-year follow-up of adult patients treated in an acute inpatient setting. *Clin Psychol Psychother*. 2012 Jan-Feb;19(1):1-13.
13. Marques L, et al. Comparative prevalence, correlates of impairment, and service utilization for eating disorders across US ethnic groups: Implications for reducing ethnic disparities in health care access for eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2011;44(5):412–20.
14. Preti A, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. 2009;43(14):1125–32.
15. Preti A, et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124(1):6–17.
16. Raevuori A, et al. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS One*. 2009;4(2):e4402.
17. Robinson PH, Kukucska R, Guidetti G, Leavey G. Severe and enduring anorexia nervosa (SEED-AN): a qualitative study of patients with 20+ years of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2015 Jul;23(4):318-26.
18. Roux H, Chapelon E, Godart N. Epidemiology of anorexia nervosa: a review. *Encephale*. 2013 Apr;39(2):85-93.
19. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013 Nov; 26(6):543-8.
20. Trace SE, et al. Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: Implications for DSM-5. *Int J Eat Disord*. 2011.
21. Wade TD, Bergin JL, Tiggemann M, Bulik CM, Fairburn CG. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006 Feb;40(2):121-8.