



**FACULTAD DE FARMACIA  
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE**

**TRABAJO FIN DE GRADO  
TÍTULO: TRATAMIENTO DE LOS  
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA**

Autor: Beatriz Raso Esteban

Fecha: 22/07/2020

Tutor: José Antonio Guerra Guirao

## ÍNDICE

RESUMEN / ABSTRACT .....	2
1 INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 Antecedentes históricos .....	3
1.2 Definición y clasificación de los TCA.....	3
1.2.1 Anorexia nerviosa .....	4
1.2.2 Bulimia nerviosa .....	5
1.3 Cuadro psicológico asociado a los TCA .....	5
1.4 Etiopatogenia .....	6
1.5 Epidemiología.....	6
2 OBJETIVOS.....	7
3 MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	8
4.1 Tratamiento no farmacológico .....	10
4.1.1 Normalización del peso y del estado nutricional.....	10
4.1.2 Educación nutricional.....	11
4.1.3 Establecimiento de líneas racionales de alimentación.....	12
4.1.4 Tratamiento de las complicaciones orgánicas asociadas.....	12
4.1.5 Tratamiento psicológico.....	13
4.2 Tratamiento farmacológico .....	14
4.2.1 Antidepresivos .....	15
4.2.2 Antipsicóticos.....	16
4.2.3 Antiepilépticos .....	16
4.2.4 Benzodiazepinas .....	17
4.2.5 Naltrexona.....	17
4.3 Resultados del tratamiento .....	17
5 CONCLUSIONES.....	18
6 BIBLIOGRAFÍA.....	18

## RESUMEN / ABSTRACT

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración persistente del comportamiento alimentario de un individuo que impacta negativamente sobre su salud y sobre sus capacidades psicosociales, ya que los enfermos viven condicionados por el logro y la persistencia de un estado ideal de delgadez. Las categorías diagnósticas más frecuentemente descritas son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Aunque la etiología se desconoce a día de hoy, se asume que es de carácter multifactorial. Así, el tratamiento ha de ser multidisciplinar y tendrá que instaurarse atendiendo a las características personales del individuo. No obstante, los pilares fundamentales del procedimiento son el abordaje nutricional, el soporte médico, el tratamiento psicológico y la terapia familiar, siendo el tratamiento farmacológico coadyuvante de la psicoterapia. Es fundamental que el paciente recupere un peso corporal adecuado a su talla y edad y un estado nutricional normal. También debe recibir educación nutricional para eliminar la restricción alimentaria, los atracones y los comportamientos de purga, y para adoptar unos hábitos de alimentación más saludables. Si existen complicaciones orgánicas, estas deben ser examinadas y tratadas correctamente. El tratamiento psicológico, junto con el tratamiento farmacológico, se centrará en el abordaje de las alteraciones conductuales y de las comorbilidades psiquiátricas asociadas a los TCA. Es necesario continuar investigando y avanzando en el desarrollo de métodos de diagnóstico más fiables, de métodos de realimentación más efectivos y de líneas de tratamiento psicológico y farmacológico más eficaces y accesibles para la totalidad de los pacientes que padecen un TCA.

**Palabras clave:** “trastornos de la conducta alimentaria”, “anorexia nerviosa”, “restricción alimentaria”, “bulimia nerviosa”, “atracon”, “comportamientos de purga”, “tratamiento”.

*Eating disorders (ED) consist in a persistent disturbance of eating behaviour, which impacts negatively in the patients' health and in their psychosocial capabilities. The patients' main goal is to achieve and to maintain an ideal thinness. The most frequent diagnostic categories are anorexia nervosa and bulimia nervosa. Although the aetiology is still unknown, it is assumed to be multifactorial. Thus, the treatment must be multidisciplinary and must attend to the personal traits of each patient. Even so, the basic pillars of the procedure are nutritional approach, medical support, psychological treatment and familiar therapy. Pharmacologic treatment is an adjuvant of psychological treatment. It is essential for the patient to regain the appropriate weight to his stature and his age and to restore a normal nutritional status. The patient must receive health education in order to remove dietary restrictions, binge episodes and purgative behaviours, and to adopt healthier eating habits. Also, organic disorders must be properly assessed and treated. Psychological and pharmacological treatments are useful to approach the behavioural disturbances and the psychiatric comorbidities associated to ED. Additional studies are needed to develop more reliable diagnostic methods, more effective refeeding guidelines and more effective and accessible psychological and pharmacological treatments to all patients suffering from ED.*

**Key words:** “eating disorders”, “anorexia nervosa”, “dietary restriction”, “bulimia nervosa”, “binge episode”, “purgative behaviours”, “treatment”.

## **1 INTRODUCCIÓN**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por la alteración persistente del comportamiento alimentario de un individuo que impacta negativamente sobre su salud y sobre sus capacidades psicosociales, ya que los enfermos viven condicionados por el logro y la persistencia de un estado ideal de delgadez (1,2).

### **1.1 Antecedentes históricos**

Durante siglos, el ayuno fue contemplado como una práctica mística de purificación del cuerpo. En el año 1695, Richard Morton describió por primera vez un trastorno alimentario que, a diferencia de otros estados de malnutrición, tenía su origen en una alteración del sistema nervioso provocada por una gran tristeza y preocupación (3). En 1868, sir William Gull acuñó el término “*anorexia nervosa*” para describir un cuadro patológico “de causa mental o histérica” observado en mujeres jóvenes que se caracterizaba por una severa emaciación y por un intenso miedo a comer (4). Simultáneamente, Charles Laségue observó la relación de esta enfermedad con conflictos familiares en entornos de alta exigencia, frustraciones en la transición de la adolescencia a la edad adulta o el bloqueo de las oportunidades educativas y profesionales al que se enfrentaban especialmente las mujeres (5).

Ya en el siglo XX, tras la aparición de la psiquiatría como especialidad médica, Hilde Bruch resaltó la influencia de las relaciones familiares, diferenciando los TCA de la esquizofrenia por ese rasgo de rechazo al alimento como modo de adquirir autonomía y control del propio cuerpo (6). Por el contrario, Arthur Crisp propuso que los TCA aparecían fundamentalmente en la pubertad para evitar la maduración, la sexualidad y la expectativa de separación del entorno familiar (7). Por su parte, Mara Selvini Pazzolini coincide con Bruch en cuanto a la influencia familiar y con Crisp en que los cambios corporales para las pacientes son abrumadores, denominando a estas dolencias paranoias intrapersonales y situándolas a medio camino entre la esquizofrenia y la depresión (8).

### **1.2 Definición y clasificación de los TCA**

En general, los TCA se caracterizan por alteraciones en la conducta alimentaria con importantes consecuencias psicobiosociales para el individuo que los padece. Se consideran enfermedades psicopatológicas con una gran variabilidad en su presentación y gravedad (2).

La clasificación de los TCA se lleva a cabo fundamentalmente por criterios diagnósticos. Existen dos clasificaciones de trastornos mentales usadas por los clínicos a nivel mundial. La primera de ellas es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición Revisada (DSM-IV-TR) (9) y su última actualización el DSM-5 (10); y la segunda es la Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Versión (CIE-11) (11).

El DSM (9,10) reconoce tres categorías principales: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el TCA no especificado (Tabla 1).

En este trabajo nos centraremos en la anorexia nerviosa y en la bulimia nerviosa como patologías más prevalentes.

Tabla 1: Clasificación de los TCA según los principales manuales de clasificación diagnóstica (9-11)

DSM-IV-TR: Trastornos de la Conducta Alimentaria	DSM-V: Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos	CIE-11: Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo; Trastornos del comportamiento alimentario
<b>Anorexia nerviosa</b>	Anorexia nerviosa	Anorexia nerviosa
<b>Bulimia nerviosa</b>	Bulimia nerviosa	Bulimia nerviosa
<b>Trastorno de la conducta alimentaria no especificado</b>	Pica	Trastorno por atracón
	Trastorno de rumiación	Trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria
	Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos	Síndrome de pica
	Trastorno de atracones	Trastorno por rumiación o regurgitación
	Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta alimentaria no especificado	Otros trastornos especificados del comportamiento alimentario
	Otro trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos especificado	Trastornos del comportamiento alimentario, sin especificación

### 1.2.1 Anorexia nerviosa

Por un lado, para el DSM-IV-TR (9), los criterios diagnósticos fundamentales de la anorexia nerviosa (AN) son el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, el miedo intenso a ganar peso, la alteración significativa de la percepción de la forma o el tamaño del cuerpo y, en mujeres, la amenorrea. Por otro lado, en el DSM-V (10) se explica que las tres características diagnósticas de la AN son la restricción persistente de la ingesta energética, el miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios. Atendiendo al CIE-11, se puede decir que la AN es un "*trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo*" (11). La pérdida de peso inducida y mantenida por el paciente conduce a un estado de malnutrición progresivo que puede llegar a poner en peligro su vida (12,13).

En resumen, la AN se caracteriza por la restricción excesiva de la ingesta de alimentos en relación con los requerimientos nutricionales, lo que determina un peso corporal significativamente bajo para la edad, la talla y el estado de salud del individuo (2).

Además, los pacientes presentan rasgos psicopatológicos peculiares: el rechazo a mantener el peso corporal dentro del rango adecuado a la talla y la edad, la negación del peligro que comporta el bajo peso corporal, la distorsión de la percepción de la imagen corporal, la influencia excesiva del aspecto corporal en la autoevaluación, la falta de conciencia de enfermedad y el temor extremo al aumento de peso (3,12,14).

Se han descrito dos subtipos de AN: restrictivo y purgativo (15). El tipo restrictivo se caracteriza por la extrema restricción en el consumo de alimentos y, a menudo, el ejercicio físico excesivo. En el tipo purgativo, los pacientes desarrollan conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito o el abuso de laxantes y diuréticos.

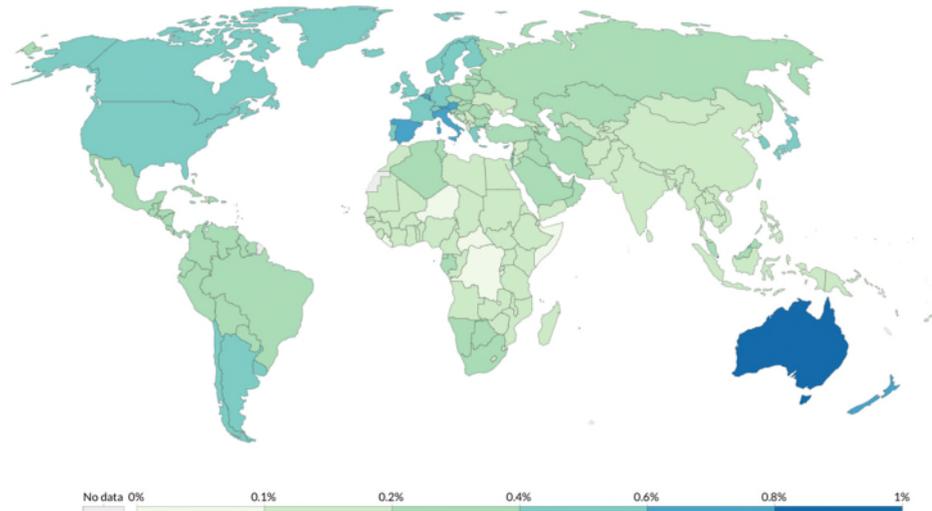


Figura 1. Porcentaje de la población que padece TCA. Esta proporción se ha estandarizado por edad, asumiendo una estructura de edad constante para comparar la prevalencia entre países y a través del tiempo. Las cifras intentan proporcionar una estimación real (más allá del diagnóstico informado) de la prevalencia del trastorno alimentario basada en datos médicos, epidemiológicos, encuestas y modelos de meta-regresión (16).

### 1.2.2 Bulimia nerviosa

Para el DSM-IV-TR (9), los principales criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa (BN) son dos: los atracones y el empleo de métodos compensatorios inadecuados para evitar el aumento de peso. Se define atracón como la ingesta excesiva de alimentos durante un corto periodo de tiempo, al menos de 2 horas, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un tiempo similar y en las mismas circunstancias, existiendo una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (1,2). Sin embargo, el DSM-V (10) establece que son tres las principales características diagnósticas: los episodios recurrentes de atracones, los comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso. Los métodos compensatorios empleados por individuos que padecen BN se conocen como comportamientos de purga o purgas. Dentro de esta denominación se encuentran métodos como el vómito o el abuso de laxantes o diuréticos. Los episodios de atracones y conductas compensatorias tienen lugar, como promedio, una vez por semana durante al menos 3 meses. De acuerdo con el CIE-11 (11), la BN se refiere a la repetición de episodios caracterizados por la ingesta excesiva de alimentos, a la que se añade una preocupación desmesurada por el control del peso corporal.

A diferencia de la AN, la BN no implica necesariamente cambios en el peso corporal. Los pacientes pueden presentar bajo peso, normopeso o sobrepeso. Además, los atracones se suelen producir en secreto y, por vergüenza y/o culpabilidad, los pacientes no buscan ayuda hasta que la enfermedad está muy avanzada. Todo ello provoca que la BN sea un trastorno difícil de detectar (13).

### 1.3 Cuadro psicológico asociado a los TCA

El cuadro psicológico asociado a los TCA se caracteriza por ansiedad, trastornos obsesivos, distorsión cognitiva, depresión, baja autoestima y falta de autocontrol (17).

- Los trastornos de ansiedad constituyen la comorbilidad psiquiátrica más frecuente asociada a los TCA (18) y suelen preceder a la aparición del trastorno, por lo que se han considerado un factor que predispone su desarrollo (14,18). En la AN, la ansiedad aumenta en el momento en el que el paciente tiene que enfrentarse a las comidas (17), mientras que la restricción alimentaria y la disminución de la ingesta calórica diaria la reducen (14). En la BN, el estado de ansiedad se manifiesta con mayor intensidad justo antes del atracón. En cualquier caso, la frustración de no conseguir un “cuerpo perfecto” potencia esta comorbilidad, que puede llegar a ser incapacitante (17).
- Los pacientes con TCA manifiestan una obsesión excesiva con la comida, el peso y la imagen corporal, que puede llegar a alcanzar niveles irracionales en la AN (13).
- La percepción distorsionada de la imagen corporal se manifiesta en ambas patologías, aunque con más frecuencia en la AN, agravándose conforme disminuye el peso (17).
- El cuadro depresivo cursa con tristeza y cambios en el carácter del paciente. En los casos más graves, culmina con intentos de autolisis, particularmente frecuentes en la BN (17).
- Los pacientes tienen muy baja autoestima. Su objetivo principal es asemejarse a los modelos que aparecen en los anuncios publicitarios, ya que piensan que van a ser más aceptados por la sociedad y más amados si tienen un cuerpo perfecto, que es lo que pretenden conseguir con la pérdida de peso (19).
- La falta de autocontrol se manifiesta en la BN con los episodios de atracones, aunque también se asocia a una conducta impulsiva que puede conducir a cleptomanía, consumo de tóxicos, promiscuidad, ludopatía, etcétera (20).

#### **1.4 Etiopatogenia**

Aunque la etiología de los TCA no se conoce bien a día de hoy, se asume que es de carácter multifactorial, con participación de factores genéticos, psicológicos, biológicos, familiares y socioculturales (2). En la actualidad, la incidencia de las diferentes causas aún no está determinada con claridad en la literatura científica, cuestión que dificulta su tratamiento (21).

Algunos antecedentes de riesgo comunes en los pacientes con TCA son la obesidad en la infancia-adolescencia, la inseguridad, la preocupación excesiva por el peso, la obsesión por un cuerpo delgado, la realización previa de una dieta, el temor a la marginación social, experiencias de exclusión social, antecedentes familiares de TCA, trastornos emocionales, la ansiedad social, el distrés sociofamiliar y abusos sexuales en la infancia (2,3).

#### **1.5 Epidemiología**

En las últimas décadas, estas patologías han adquirido una gran relevancia sociosanitaria debido a sus altas tasas de morbi-mortalidad (21), siendo la AN el trastorno psiquiátrico con la mayor tasa de mortalidad (22), y a su elevada prevalencia entre jóvenes y adolescentes en los países desarrollados (21).

Son más frecuentes en mujeres jóvenes y suelen iniciarse durante la adolescencia, en torno a los 15 años (2). Los TCA se encuentran entre las tres enfermedades psiquiátricas más frecuentes en mujeres jóvenes y constituyen la tercera enfermedad crónica en las adolescentes tras la obesidad y el asma (2,13).

En general, las estimaciones sobre la incidencia y la prevalencia de los TCA varían según la población estudiada (edad y sexo) y las herramientas de evaluación (23,24). Además, la mayoría de estudios cuentan con serias dificultades metodológicas que pueden infravalorar su prevalencia real (24), de ahí que sea necesario realizar una revisión sistemática que valore no solo la situación actual, sino también la heterogeneidad y la calidad de los estudios publicados hasta la fecha. En España, los estudios realizados estiman una prevalencia del 0,14 al 0,9 % para la AN, del 0,41 al 2,9 % para la BN y del 2,76 al 5,3 % para los TCANE, pero la heterogeneidad de los resultados y la diversidad de herramientas usadas para su evaluación sugieren que debemos interpretar los datos con cautela (24,26,27).

Los TCA son enfermedades infradiagnosticadas por varias razones: la falta de tiempo en atención primaria para realizar una evaluación exhaustiva de los pacientes para la detección precoz del trastorno, el reducido número de profesionales especializados en su diagnóstico y tratamiento, las escasas medidas de prevención primaria dirigidas a reducir la exposición de los grupos de población más vulnerables a los factores de riesgo socioculturales, la baja asistencia de los adolescentes al centro de salud, la falta de conciencia de enfermedad y la infravaloración de las complicaciones que puede provocar (13).

Así, el diagnóstico tardío de los TCA conduce a un mayor grado de morbilidad y a un pronóstico más grave (13). Además, sin el tratamiento adecuado, pueden adquirir un curso clínico de carácter crónico e incapacitante (2), con devastadoras y, a veces, irreversibles consecuencias médicas, conductuales y emocionales (28).

## 2 OBJETIVOS

La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo examinar y concretar el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa, analizando todos los niveles de actuación que se tienen que abordar: normalización del peso corporal y recuperación del estado nutricional, educación sanitaria, tratamiento de las complicaciones orgánicas y tratamiento psicofarmacológico.

## 3 MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una intensa búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas como Pubmed, Elsevier, Dialnet o Cochrane, así como en libros y artículos de la biblioteca virtual de la Universidad Complutense de Madrid o Google Académico. En la estrategia de búsqueda bibliográfica, se han utilizado los términos “*anorexia nervosa*”, “*bulimia nervosa*”, “*eating disorders*”, “*eating disordered behaviour*”, así como sus correspondientes traducciones al castellano.

Los artículos se seleccionaron atendiendo a su año de publicación (considerando solo los estudios publicados desde el año 2000 hasta la actualidad), su idioma (inglés o español) y su índice de impacto. Otros criterios de inclusión fueron revisiones sistemáticas, meta-análisis, ensayos experimentales *in vitro*, ensayos clínicos en pacientes adultos con cáncer y estudios que valoren la mortalidad, morbilidad o la calidad de vida en términos de supervivencia, recurrencias y toxicidad tras el tratamiento con fármacos.

Todo este proceso se completó mediante una búsqueda de informes de sociedades científicas y organizaciones oficiales como la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios o la Organización Mundial de la Salud.

#### **4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Los TCA muestran una gran variabilidad en su presentación y en su gravedad, lo que va a condicionar diferentes consideraciones terapéuticas y la individualización del tratamiento. Por ello, se hace indispensable un enfoque multidisciplinar y altamente especializado (2), siendo los pilares fundamentales el abordaje nutricional, el soporte médico, el tratamiento psicológico y la terapia familiar (12).

La coordinación de las unidades de TCA corre generalmente a cargo del psiquiatra, que suele ser el responsable de establecer las líneas generales del tratamiento y coordina al resto del equipo. El médico de familia, además de participar en los programas de prevención primaria y de intentar realizar un diagnóstico precoz, participará, siempre que haya sido entrenado, en el programa de prevención de recaídas (2).

El paciente ha de estar bajo la supervisión del médico nutriólogo, encargado de valorar su estado nutricional y las posibles complicaciones somáticas asociadas. El dietista es la persona más indicada para llevar a cabo la educación nutricional, aunque el personal de enfermería con un alto nivel de entrenamiento y experiencia en esta materia también puede ser capaz de realizar esta función (2).

Los objetivos generales del tratamiento de los TCA deben ser individualizados, realistas y adaptados al contexto y a la situación clínica del paciente (2), y consisten en (2,13):

- Normalización del peso corporal y del estado nutricional.
- Educación nutricional para que los pacientes adquieran hábitos alimentarios saludables.
- Establecimiento de líneas racionales de alimentación (incluido el cese de las restricciones y de las conductas purgativas).
- Tratamiento de las complicaciones orgánicas asociadas al correspondiente TCA.
- Tratamiento psicofarmacológico de las alteraciones conductuales y las comorbilidades psiquiátricas.

El tratamiento puede realizarse en distintos niveles asistenciales: en régimen ambulatorio, en hospital de día o en régimen de hospitalización (12).

El nivel asistencial ambulatorio es el marco de tratamiento más habitual y más prolongado en los TCA (2). Es en el centro de Atención Primaria donde existe la posibilidad de identificar a los individuos susceptibles de desarrollar un TCA (13). El diagnóstico final lo deberá establecer un psicólogo o un psiquiatra del Centro de Salud Mental (CSM) de referencia del paciente (29).

Para diagnosticar un TCA, debe hacerse una entrevista psiquiátrica en la que se realice la valoración de la patología alimentaria (18) y se exploren en profundidad las alteraciones conductuales propias del trastorno (distorsión de la imagen corporal, cogniciones anoréxicas, conductas purgantes, etcétera) y las comorbilidades psiquiátricas asociadas (depresión, ansiedad, trastornos obsesivos, de la personalidad o del control de impulsos) (19).

Además, se efectuarán una valoración nutricional estructurada y una evaluación clínica completa. Han de contemplarse aspectos referentes a salud bucodental, constantes vitales, crecimiento y desarrollo en niños y adolescentes, ciclo ovárico en mujeres en edad fértil y síntomas de hipogonadismo en varones (2). También se realizará una exploración física para medir los parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro braquial) y una valoración analítica (18).

En las intervenciones sucesivas y en función de la gravedad del paciente, se efectuarán valoraciones periódicas de las complicaciones médicas asociadas y el seguimiento de la comorbilidades psiquiátricas (3,18).

Si se diagnostica AN, se exigirá al paciente el registro diario de la ingesta, la hiperactividad y el uso de laxantes y diuréticos. Se le prohibirá pesarse y se procederá al registro semanal del peso en la consulta (sin que el paciente pueda acceder al mismo). En caso de BN, se registrará la pérdida de control con atracones y vómitos, el consumo de tóxicos, la cleptomanía y la promiscuidad (12,20).

Hay que tener en cuenta que la estabilidad diagnóstica de los TCA a medio y largo plazo es baja (3). Mientras que un pequeño subgrupo se mantiene en el cuadro inicial de debut, la gran mayoría de los pacientes migran entre las diferentes categorías diagnósticas (18).

Si desde el punto de vista psiquiátrico, médico, individual, familiar o social, se considera que el paciente precisa ingreso, el tratamiento se realizará en régimen de internamiento hospitalario (12). El ingreso hospitalario en los TCA puede ser voluntario o involuntario (2).

Los criterios de ingreso hospitalario aceptados por la mayoría de los autores son (2,20):

- Fracaso del tratamiento ambulatorio.
- Cronicidad del trastorno.
- Estado físico grave: desnutrición severa (pérdida del 30% del peso previo), graves desequilibrios electrolíticos, complicaciones médicas agudas, repetidos vómitos auto-inducidos, etcétera.
- Necesidad de aislamiento por pérdida del control de la situación en el entorno familiar y social del paciente, lo que podría complicar el cuadro.
- Necesidad de medios asistenciales adecuados para garantizar el cumplimiento terapéutico y la aplicación de terapias conductistas, si la gravedad del cuadro lo requiere.
- Presencia de situaciones psiquiátricas agudas, intento de autolisis o necesidad de tratamiento integral de la comorbilidad psiquiátrica.

El conjunto de criterios que se tienen que cumplir para recibir el alta hospitalaria serán (2,13):

- Recuperación del peso corporal adecuado a la talla y la edad del paciente.
- Resolución de las complicaciones agudas, tanto médicas como psiquiátricas, que condujeron al ingreso hospitalario.
- Control significativo de las alteraciones conductuales, asegurando el cumplimiento y seguimiento de los objetivos terapéuticos tras el alta hospitalaria.
- Mejora de la situación familiar.
- Cese de los intentos autolíticos.

El hospital de día para TCA (HDTCA) surge como una alternativa a medio camino entre el tratamiento ambulatorio y la hospitalización completa. Los pacientes reciben tratamiento médico, terapia nutricional (comidas acompañadas y vigiladas), educación nutricional, atención psiquiátrica y psicológica, terapia ocupacional y apoyo social, siempre con un enfoque multidisciplinar e intensivo (2).

Algunos modelos de HDTCA se orientan a tratamientos de corta duración (semanas) para el control de los síntomas del trastorno y la estabilización ponderal; y otras veces se intenta el tratamiento integral del paciente con un objetivo de recuperación del estado nutricional más gradual (varios meses) (2).

Los criterios habituales de ingreso en HDTCA suelen ser (2,13):

- Transición hacia el abordaje ambulatorio tras el ingreso hospitalario.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio.
- Problemas en el entorno familiar que no se pueden resolver a nivel ambulatorio.
- Ausencia de un peso de riesgo o de complicaciones graves que aconsejen hospitalización completa.
- Desmotivación e incumplimiento del tratamiento ambulatorio.

El conjunto de criterios que se tienen que cumplir para recibir el alta del HDTCA son (2,13):

- Conseguir y mantener el objetivo ponderal establecido.
- Corregir los comportamientos alimentarios inadecuados y los pensamientos irracionales.
- Asegurar un soporte sociofamiliar adecuado para el pertinente seguimiento ambulatorio.
- Asegurar el cumplimiento y el seguimiento de los objetivos marcados en el HDTCA acerca del régimen de comidas, la restricción de la actividad física, etcétera, tras el alta.

Si en algún momento se constata que no se está siguiendo correctamente lo establecido en el programa del HDTCA o que surgen complicaciones, el paciente debería ser transferido a otra modalidad terapéutica más apropiada a su caso (2).

#### **4.1 Tratamiento no farmacológico**

##### **4.1.1 Normalización del peso corporal y del estado nutricional**

Al inicio del tratamiento, profesionales especializados en el abordaje de los TCA tienen que tratar con el paciente con el objetivo de concienciarle de su enfermedad, de que colabore en su recuperación (13) y de que se responsabilice de su peso y de su alimentación (19).

Existen particularidades en el plan nutricional según el TCA y la situación clínica del paciente (2).

- En pacientes con bajo peso, se debe promover la recuperación de un peso y un estado nutricional adecuados, siempre bajo estrecha supervisión médica y con corrección de electrolitos para evitar la aparición del síndrome de realimentación en pacientes severamente desnutridos (2).
- Si existen alteraciones electrolíticas como consecuencia de los vómitos y del abuso de laxantes y diuréticos, la eliminación de dichas conductas purgativas generalmente es suficiente para recuperar el equilibrio electrolítico. En un pequeño número de casos, será necesaria la administración oral de los electrolitos deficitarios para recuperar unos niveles plasmáticos normales (13).
- Si los pacientes presentan excesivo peso, se debe fomentar un cambio saludable de los hábitos alimentarios y del estilo de vida. La cirugía bariátrica está contraindicada en el tratamiento de la BN (2).

Habitualmente, durante el ingreso hospitalario, el tipo de alimentación será oral y, excepcionalmente, se utilizará la nutrición artificial (NA). La NA engloba aquellas modalidades de nutrición (oral, enteral y parenteral) cuyo objetivo es cubrir las necesidades del organismo cuando no es posible o se hace de forma insuficiente a través de alimentos de consumo ordinario (2). Antes de iniciar la NA, hay que tratar de convencer al paciente de los beneficios de la alimentación normal por vía oral (13).

El empleo de la NA debe estar acompañado de un tratamiento psicoterapéutico y nutricional completo y la duración debe ser aclarada y pactada con el paciente previamente (2).

La NA se debe indicar de forma escalonada, comenzando con los suplementos nutricionales orales, posteriormente con la nutrición enteral y, excepcionalmente, con la nutrición parenteral (2).

En pacientes con TCA y bajo peso que se encuentran hospitalizados, se administran suplementos nutricionales orales tras las comidas, lo que permite una ganancia de peso más rápida y, en algunos casos, se acorta el tiempo de tratamiento y la estancia hospitalaria. También son necesarios en mujeres con TCA embarazadas con desnutrición o en riesgo (2).

La nutrición enteral por sonda nasogástrica se emplea casi de forma exclusiva en pacientes ingresados, cuando la gravedad (malnutrición severa, inanición extrema) o la falta de colaboración hacen preciso su empleo. Excepcionalmente, si existe disfunción gastrointestinal o si la vía enteral está contraindicada por una enfermedad intercurrente, puede recurrirse a la nutrición parenteral (2,13).

Si la AN cursa con desnutrición severa o con rechazo a la alimentación normal, se procederá a la reposición electrolítica y vitamínica y se instaurará nutrición enteral por sonda nasogástrica con dietas de 1000-1500 calorías. El objetivo es ganar 200-400 gramos al día. En 10-12 días, los pacientes deben ingerir una dieta ya preparada por vía oral de 3000-4000 calorías bajo estrecha vigilancia para evitar los vómitos auto-inducidos. Realizarán reposo posprandial de una hora, bajo contención mecánica si es necesario, y se limitará la hiperactividad (20).

En caso de obesidad creciente en pacientes bulímicos hospitalizados, se impondrá una dieta hipocalórica (1000-1700 calorías) (20).

En el ámbito ambulatorio, los suplementos nutricionales orales pueden estar indicados tras la retirada de la nutrición enteral para continuar el proceso de recuperación del peso corporal y del estado nutricional, con el fin de evitar una nueva pérdida de peso tras el alta hospitalaria. También son útiles en pacientes ambulatorios desnutridos como alternativa al ingreso hospitalario, siempre que no exista riesgo vital (2). En el HDTCA, estos suplementos se administran durante las horas que tiene que pasar el paciente en el centro para asegurarse de que no se salta la toma (13).

#### 4.1.2 Educación nutricional

El plan nutricional debe contemplar no solo el consejo dietético individualizado que garantice un adecuado estado nutricional, sino que debe buscar educar al paciente. Para ello, hay que proporcionar la información nutricional necesaria que le permita adoptar voluntariamente hábitos alimentarios que fomenten la salud y el bienestar, el cese de la restricción alimentaria, los atracones y los comportamientos de purga, y la práctica de ejercicio físico saludable (2).

En lo que respecta a la AN, la educación nutricional persigue mejorar la actitud y el comportamiento en relación con la comida, alcanzar una mejora en el patrón alimentario, aclarar mitos y favorecer con todos estos cambios la recuperación del estado nutricional (2).

En la BN, el primer paso será conseguir una razonable organización de las comidas, centrándose en marcar tiempos y horarios, evitando en todo caso periodos largos de ayuno (2).

En muchos casos, la educación nutricional debe hacerse extensiva a las familias, ya que mejora la eficacia de las intervenciones educativas al facilitar la aplicación práctica y la adhesión de todos los miembros a los nuevos modelos conductuales propuestos (2).

#### 4.1.3 Establecimiento de líneas racionales de alimentación

Tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario, se realizarán las comidas programadas por el dietista según la situación clínica del paciente y siempre siguiendo una dieta variada y equilibrada (12,20). Además, se pondrá especial atención en evitar que los pacientes se salten alguna toma (20) y en minimizar y eliminar la restricción alimentaria, los atracones y los comportamientos de purga (2). El paciente tiene que participar activamente y responsabilizarse de su tratamiento, no ser un espectador pasivo (19).

#### 4.1.4 Tratamiento de las complicaciones orgánicas asociadas

Los TCA se asocian a numerosas complicaciones médicas, cuya gravedad depende de la intensidad del trastorno, la duración del mismo y el predominio del patrón alimentario restrictivo, compulsivo y/o purgativo (2).

En los pacientes que presentan desnutrición, se origina una atrofia de numerosos órganos y sistemas que viene condicionada por el grado de pérdida de peso y la cronicidad de la enfermedad. Por su parte, la obesidad condiciona un mayor riesgo de patologías metabólicas como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad cardiovascular, etcétera, y una mayor incidencia de algunos tipos de tumores (2).

Las conductas compensatorias purgativas pueden dar lugar a complicaciones locales –erosión del esmalte dental, caries, gingivitis, enfermedad periodontal, sialoadenosis, signo de Russell, reflujo laringofaríngeo, broncoaspiración, reflujo gastroesofágico, esofagitis, síndrome de Mallory-Weiss, síndrome de Boerhaave, colon catártico, prolapso rectal y hemorroides– y sistémicas –deshidratación, alteraciones hidroeléctricas y del equilibrio ácido-base, y manifestaciones neurológicas, cardíacas o renales– (2).

- Dentro de los trastornos hormonales, el que tiene mayor trascendencia clínica en las mujeres es el hipoestrogenismo, que produce amenorrea, efectos deletéreos sobre la densidad mineral ósea (osteopenia y osteoporosis) e, incluso, infertilidad (2,20,22).
- A nivel metabólico, pueden aparecer hipoglucemia e hipercolesterolemia (2).
- A nivel cardiovascular, los pacientes con AN suelen presentar bradicardia, hipotensión y, con menor frecuencia, anomalías cardíacas (30). Tanto los pacientes con AN como con BN suelen presentar alteraciones electrolíticas, como hipopotasemia, que, en los casos más severos, pueden desencadenar arritmias cardíacas por la prolongación del intervalo QT (20).
- A nivel gastrointestinal, es común el enlentecimiento del vaciamiento gástrico, el estreñimiento y la alteración del perfil de enzimas hepáticas.
- A nivel renal, los pacientes desnutridos presentan una reducción del filtrado glomerular y alteraciones en la capacidad de concentración de la orina.
- Los trastornos pulmonares ocurren principalmente en los pacientes que, como conducta purgativa, se autoinducen el vómito. La debilidad de la musculatura respiratoria y diafragmática conlleva una disminución de la capacidad funcional e incrementa el riesgo de neumotórax espontáneo, de neumomediastino y de neumonía por broncoaspiración.

- A nivel hematológico, los pacientes con AN pueden padecer diferentes citopenias, siendo las más frecuentes la anemia y la leucopenia (hasta en el 50% de los pacientes con AN) (2).
- A nivel neurológico, como consecuencia de la restricción alimentaria, de los atracones y de los comportamientos de purga, los pacientes pueden experimentar cambios en la estructura del cerebro (31), deterioro cognitivo y disfunciones neuropsicológicas que afectan fundamentalmente a la atención, a la memoria, a las funciones ejecutivas y, en menor medida, al procesamiento visual y a las aptitudes verbales. El déficit de micronutrientes puede condicionar neuropatías (2).

#### 4.1.5 Tratamiento psicológico

Los objetivos terapéuticos en el área psicológica son la orientación educativa, la modificación conductual y cognitiva, la adquisición de estrategias y habilidades de afrontamiento y de toma de decisiones, y la prevención de recaídas (17).

Aunque un estudio reciente apunta que no existe un tipo específico de psicoterapia que presente más ventajas que otros tipos (29), la terapia psicológica es fundamental en el tratamiento de los TCA y se tiene que proporcionar en todos los niveles asistenciales (20). Las diferentes terapias pueden ser individuales o colectivas (19).

Dentro de las individuales, una de las más utilizadas es la terapia cognitivo-conductual. En ella se abordan los pensamientos erróneos (la distorsión de la imagen corporal, la baja autoestima, etcétera) que conducen a la alteración de la conducta alimentaria. Los profesionales proporcionarán los recursos necesarios para que el paciente identifique por sí mismo estas creencias erróneas, de forma que pueda cambiarlas y, secundariamente, modificar sus conductas (19,20).

La evidencia reciente sugiere que la terapia cognitivo-conductual mejora la adherencia al tratamiento y minimiza el abandono entre los pacientes con AN. También se relaciona con la mejora de los resultados clave (IMC, sintomatología propia de la AN, psicopatología), pero no en mayor medida que otros tratamientos como el asesoramiento dietético, el manejo de apoyo no específico, la terapia interpersonal o la terapia familiar conductual. Respecto a la BN, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado efectividad para la reducción de la frecuencia de los episodios de atracones, pero menos para la pérdida de peso (30).

También son útiles las técnicas de relajación en los momentos de tensión y en la sobremesa para aliviar la angustia y la ansiedad (19).

Las terapias de grupo son adecuadas porque alivian la soledad y el aislamiento, ayudan a compartir experiencias y tienen un efecto dinamizador. Sin embargo, también son el lugar donde aprender conductas anómalas de otros pacientes y, si no se vigila la evolución, pueden convertirse en lugares de discusión sobre las calorías y las comidas (19).

La terapia familiar resulta muy efectiva en el tratamiento de los pacientes adolescentes a nivel ambulatorio, sobre todo en la AN. Con ella no se pretende identificar el origen de la enfermedad, ya que se asume de etiología multifactorial (32), y ello permite descargar de culpa tanto al paciente como a los padres (19).

La terapia familiar consiste en informar y orientar a los padres con el fin de que identifiquen por sí mismos cómo pueden intervenir en el proceso terapéutico para que la recuperación del adolescente, tanto nutricional como psicológica, sea lo más rápida posible. De esta forma, en

vez de seguir un plan establecido por el terapeuta, participan activamente en el tratamiento de su familiar, toman conciencia de lo que supone la enfermedad y son capaces de manejar la ambivalencia y los sentimientos de culpa del adolescente (18,32). También se motivará a introducir cambios en el ámbito familiar si se detectan dinámicas patológicas dentro del núcleo familiar, como los celos fraternales, la simbiosis con uno de los progenitores o los chantajes y manipulaciones del paciente (18,19). Con todo ello, se logrará un mejor soporte en el abordaje de los TCA (18).

La terapia familiar también puede extrapolarse a niveles asistenciales superiores, como el HDTCA o el régimen hospitalario (32).

Respecto a la optimización de la psicoterapia, los tratamientos centrados en la reducción y la eliminación de las conductas patológicas no resultan eficaces. El fracaso terapéutico se debe a que el énfasis de la recuperación se pone en factores externos (terapeuta que todo lo sabe y al que se obedece) y no en factores internos (personales y familiares) que impliquen aprendizaje y existencia propia. De esta manera, se logran cambios impuestos, sin significado personal, sin comprensión del trastorno ni preparación para el cambio y, por ello, son inestables y se abandonan ante cualquier dificultad. Así pues, la posibilidad de seguir actuando únicamente con un modelo de control se hace imposible (33).

Se ha desarrollado actualmente un nuevo modelo de actuación y tratamiento de la AN cuyo objetivo primordial es conseguir que, a través de las decisiones informadas, el paciente vaya realizando un tránsito desde el control externo de sus cuidados hasta el despliegue de sus capacidades de autocuidado personal (a nivel médico, nutricional, psíquico y relacional). El promedio de duración suele ser de 12-18 meses, ya que se deben salvar los obstáculos de la motivación, la normalización del peso e, incluso, los ingresos hospitalarios en algún momento del tratamiento. El punto de inflexión hacia la mejoría se produce cuando el paciente decide por sí mismo que quiere salir del trastorno. Este hecho suele acontecer entre 9 y 12 meses después del inicio del tratamiento. Los pasos que den hacia su recuperación les deben producir seguridad y, por tanto, los incrementos en la ingesta de comida, la incorporación de una mayor variedad de alimentos, el establecimiento de unos horarios, etcétera, tienen que ser pequeños y estables (33).

#### **4.2 Tratamiento farmacológico**

La farmacoterapia no se considera tratamiento de elección en los TCA, sino adyuvante de la terapia psicológica (22). Además de remitir los principales síntomas que se desarrollan durante la fase aguda del trastorno, está orientada al tratamiento de las alteraciones conductuales y de las comorbilidades psiquiátricas (2), y a la prevención de recaídas e, incluso, del suicidio (1,34).

Los neurotransmisores que promueven la ingesta de comida son la serotonina, la dopamina y las prostaglandinas. Por el contrario, el neuropéptido Y, la noradrenalina, el GABA y los péptidos opioides la inhiben (29). El tratamiento farmacológico se justifica porque existe una desregulación en la homeostasis de estos neurotransmisores en los TCA (14,15,35).

Existe evidencia de que tanto las características de personalidad (ansiedad, perfeccionismo, conductas obsesivas) como las alteraciones en los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico se mantienen después de que los pacientes se hayan recuperado, lo que sugiere que son independientes del estado de la enfermedad (35) y que probablemente sean factores de riesgo causales de los TCA (29).

Sin embargo, es difícil establecer cuál es la causa y cuál el efecto, por lo que aún se desconoce si las alteraciones en la neurotransmisión y las comorbilidades psiquiátricas son consecuencia de los patrones anormales de la conducta alimentaria (29) o constituyen un factor predisponente para desarrollar los TCA (15,35).

#### 4.2.1 Antidepresivos

La utilización de antidepresivos se justifica si coexisten trastornos afectivos, obsesivos, depresivos o predominio de ansiedad, así como por su efecto sobre el apetito (12,22). Es importante considerar la alta incidencia de efectos secundarios que, especialmente en pacientes de bajo peso, pueden potenciar alteraciones metabólicas, de ritmo cardíaco (prolongación del intervalo QT y otras arritmias) o de tensión arterial, intolerancia digestiva, etcétera (12).

Entre los antidepresivos tricíclicos, se han utilizado clomipramina, amitriptilina e imipramina, especialmente en la AN con o sin síntomas afectivos (12) debido a que, como efecto secundario, inducen el aumento de peso (15). Sin embargo, no se observa un aumento de peso significativo comparado con placebo (34), por lo que se concluye que no existe evidencia clara que avale el uso rutinario de antidepresivos tricíclicos en pacientes con AN (22).

El uso de fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) –fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina o citalopram– se justifica por la implicación de la neurotransmisión serotoninérgica en el control del apetito y la saciedad posprandial, así como en la psicopatología obsesiva y depresiva, en la ansiedad y en los trastornos del control de los impulsos que se asocian a los TCA (12,22).

En la AN, el beneficio de los agentes serotoninérgicos redunda en el tratamiento de la depresión, la ansiedad y los aspectos obsesivos (12). Sin embargo, no se ha demostrado que favorezcan la ganancia de peso (22,34).

Se ha sugerido que las alteraciones neuroquímicas producidas como consecuencia del ayuno y del estado de desnutrición pueden explicar parcialmente la ausencia de respuesta clínica a los ISRS en la fase aguda de la AN. Por ello, se considera más adecuado el empleo de estos fármacos una vez que se hayan controlado las alteraciones electrolíticas, se haya normalizado el estado nutricional y se haya recuperado el peso corporal. En dicha etapa, los fármacos podrían utilizarse para tratar los síntomas depresivos y obsesivo-compulsivos y para prevenir recaídas (15).

Sin embargo, los ISRS no han demostrado una mejora significativa de la sintomatología depresiva en la AN frente a placebo (35,36) y su eficacia en el tratamiento de la comorbilidad depresiva ha sido recientemente cuestionada (37).

En la BN, el perfil psicológico de los pacientes candidatos a tener una buena respuesta a los ISRS incluye a los pacientes colaboradores y responsables con patología obsesiva o depresiva manifiesta (20). Generalmente, la dosis efectiva de ISRS en el tratamiento de la BN es mayor que las dosis que se emplean en el tratamiento de la depresión (22,34). Los agentes serotoninérgicos mejoran la sintomatología depresiva y disminuyen el apetito, el número de vómitos y atracones, y la pérdida del control de los impulsos en otras esferas (cleptomanía, consumo de tóxicos, promiscuidad, ludopatía) (12). Por tanto, los ISRS son los agentes de primera línea en el tratamiento de la BN (15), destacando la fluoxetina, considerada el mejor fármaco en términos de aceptabilidad y de tolerancia (2), y con el que se ha observado una significativa disminución de los atracones, de las conductas purgantes (12) y de las recaídas

(34), y una mejora de la sintomatología depresiva y del control de los impulsos (29). Por todo ello, la fluoxetina administrada a dosis de 60 mg/día es el único fármaco que ha sido aprobado por la FDA para el tratamiento de la BN (34).

#### 4.2.2 Antipsicóticos

Ante la inanición, puede producirse una autofagia de proteínas musculares que conduce a una hiperproducción de neurotransmisores, como la dopamina, que contribuyen a la agitación. Al bloquear los receptores dopaminérgicos, los antipsicóticos favorecen el restablecimiento del equilibrio de la neurotransmisión cerebral y la normalización de la ingesta (12).

El uso de fármacos antipsicóticos, asociados habitualmente a ISRS y en régimen hospitalario, se justifica en los cuadros de AN que cursen con hiperactividad, agitación, ansiedad o con ideas delirantes (12,20).

Considerando el perfil de efectos secundarios de los antipsicóticos clásicos –haloperidol, pimozida, sulpirida y clorpromazina– y las escasas pruebas de su eficacia, se ha desestimado su uso rutinario en este tipo de pacientes (22).

Respecto a la administración de los antipsicóticos atípicos, se han publicado datos contradictorios en cuanto a que produzca un aumento significativo del IMC frente a placebo (30,38), por lo que es necesario un estudio más exhaustivo en el futuro (39). En cualquier caso, la combinación de olanzapina + ISRS sí ha demostrado una mejora significativa del cuadro depresivo (30,39), mientras que la combinación de aripiprazol + ISRS ha demostrado una mejora significativa de la sintomatología obsesivo-compulsiva (39), comparando ambos casos con el tratamiento con ISRS en monoterapia.

Además, los antipsicóticos atípicos tienen un perfil de efectos secundarios mucho más favorable que los antipsicóticos clásicos, entre ellos la estimulación del apetito (15), por lo que se presentan como fármacos útiles en el tratamiento de la AN (12,22).

A pesar de ello, no se consideran un tratamiento de elección de la AN porque algunos de sus efectos adversos, como los efectos extrapiramidales, el síndrome neuroléptico maligno o la prolongación del intervalo QT, pueden ser peligrosos para individuos tan frágiles como son los pacientes anoréxicos debido a la malnutrición, al bajo peso y a las alteraciones electrolíticas (34).

#### 4.2.3 Antiepilépticos

Los fármacos antiepilépticos han demostrado ser útiles en el tratamiento de varias de las comorbilidades psiquiátricas asociadas a los TCA, como el trastorno bipolar, la ansiedad, desórdenes de la personalidad y el abuso de sustancias. Además, muchos fármacos con acción antiepiléptica interactúan con diferentes sistemas neuronales implicados en la regulación del apetito y del peso corporal, como los sistemas glutamatérgico, GABAérgico, serotoninérgico, dopaminérgico y el neuropéptido Y (34).

El topiramato podría considerarse en el tratamiento de la BN, ya que reduce la frecuencia de los episodios de atracones y conductas purgantes, y promueve la pérdida de peso corporal (19). Los efectos adversos más frecuentes del topiramato son confusión, parestesias, fatiga y falta de concentración (22,34).

#### 4.2.4 Benzodiazepinas

Se puede administrar de forma puntual clorazepato (50-100 mg/día), diazepam (30 mg/día) o alprazolam (dosis según peso y estado clínico) para tratar la sintomatología ansiosa y como hipnóticos en ambas patologías (12,19,20).

#### 4.2.5 Naltrexona

Desde que en la década de los setenta se descubrieron los péptidos opioides endógenos y algunos de sus receptores, este sistema de modulación del sistema nervioso central se ha implicado en la patogénesis de diversas enfermedades psiquiátricas, entre ellas los TCA (1).

Por ello, se ha planteado la consideración de los TCA como una variedad de trastorno adictivo. En este caso, no se trataría de una adicción a la sustancia (alimento), sino de una “adicción comportamental”, entendida como un trastorno de dependencia a actividades humanas no relacionadas con la ingesta de sustancias. Los elementos comunes del atracón en la BN y de la restricción alimentaria en la AN con las conductas adictivas serían a) malestar cuando no puede realizarse, b) “incapacidad” para reducir o controlar su realización, c) dedicación de mucho tiempo a la fase de planificación, d) frecuente interferencia con otras actividades (psicológicas, académicas, laborales y sociales) y e) mantenimiento de dichas conductas a pesar de que el individuo conoce e, incluso, teme sus consecuencias negativas (3).

Los receptores opioides  $\mu$  ( $\mu$ ) están implicados en el mecanismo del control del apetito, particularmente en la experiencia placentera asociada al consumo de comida. En modelos animales de atracón, los antagonistas selectivos del receptor  $\mu$  suprimen el consumo de comida. En humanos, los antagonistas no selectivos de los receptores opioides reducen la ingesta, particularmente de comidas succulentas y provocan pérdida de peso a corto plazo (40).

La naltrexona es un antagonista opiáceo cuya administración ha demostrado una reducción significativa de los episodios atracón-purgación en pacientes bulímicos en dosis de 100 mg/día durante 6 semanas (12,20) y de las conductas purgativas en pacientes anoréxicos en dosis altas (200-300 mg/día) (1,22), aunque la administración de dosis tan elevadas puede producir hepatotoxicidad (12).

### **4.3 Resultados del tratamiento**

Según recientes meta-análisis, con la instauración del tratamiento solo el 30 % de los pacientes con BN presentan una disminución de los síntomas conductuales. En la AN, la remisión total de los síntomas solo ocurre en un tercio de los pacientes adolescentes al final del tratamiento, otro tercio presenta remisión de los síntomas a largo plazo y requiere seguimiento y en el otro tercio, la enfermedad se cronifica. En cuanto a los pacientes adultos con AN, la tasa de remisión oscila entre el 0 y el 25 %. Por tanto, se concluye que la mayoría de los individuos que padecen un TCA no se recupera completamente a pesar de recibir tratamiento, por lo que es necesario seguir trabajando en optimizar la terapia para mejorar estos resultados (41).

Así, las tasas de curación completa de un TCA no superan el 50-60 %, observándose una tendencia a la cronificación en el 20-30% de los casos. Además, los pacientes con TCA tienen mayor riesgo de morbi-mortalidad. Las tasas de mortalidad son 10-12 veces más elevadas que las de la población general y aumentan durante el transcurso de la enfermedad. El impacto

económico de los TCA y sus comorbilidades, así como su repercusión en el entorno familiar y en la calidad de vida son muy elevados (2).

## 5 CONCLUSIONES

Los TCA son enfermedades psicopatológicas que cursan con comorbilidades físicas y psiquiátricas graves. Por ello, su tratamiento requiere la participación de numerosos profesionales de diferentes disciplinas: Psiquiatría, Psicología, Medicina, Nutrición, Enfermería, Farmacia, etcétera.

Es necesario continuar investigando y trabajando en el desarrollo de métodos de diagnóstico más fiables, de métodos de realimentación más efectivos y de líneas de tratamiento psicológico más eficaces y accesibles para la totalidad de los pacientes que padecen un TCA. En el ámbito farmacológico, el avance de los estudios probablemente permitirá disponer de más opciones para el tratamiento de los TCA y minimizar los efectos secundarios de los fármacos que se utilizan actualmente.

Todavía son muy escasos los datos disponibles sobre el tratamiento de los TCA, lo que en gran parte es debido a que los pacientes no aceptan que padecen una enfermedad y no acceden a someterse a un tratamiento que les haga ganar peso.

Respecto a la AN, no se han publicado resultados concluyentes que avalen el uso de un tratamiento específico, ni psicológico, ni farmacológico. Por el contrario, el tratamiento más eficaz de la BN combina la psicoterapia y el tratamiento farmacológico con ISRS.

A pesar de que la fluoxetina es el único fármaco que ha sido autorizado para el tratamiento de los TCA, la farmacoterapia sí es efectiva en el tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas asociadas a los TCA.

## 6 BIBLIOGRAFÍA

1. Guerra, J.A., López-Muñoz, F., Álamo, C. *Trastornos de la conducta alimentaria*. In: *Principios de Fisiopatología para la Atención Farmacéutica*, C. Álamo, Editor. 2009, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos: Madrid, ES. p. 177-201.
2. Gómez-Candela, C., Palma-Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez-Ortega, P., Matía-Martín, P., Loría-Kohen, V., et al. *Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria*. *Nutr Hosp*. 2017;35(2):489-94.
3. Rojo, L., Plumed, J., Conesa, L., Vaz, F., Diaz, M., Rojo-Bofill, L., et al. *Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI*. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5(3):197-204.
4. Gull, W.W., Bart, M.D. *Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica)*. *Obes Res*. 1997;5(5):498-502.
5. Soh, N., Walter, G., Robertson, M., Malhi, G.S. *Charles Lasègue (1816-1883): beyond anorexie hystérique*. *Acta Neuropsychiatr*. 2010;22(6):300-1.
6. Treasure, J., Cardi, V. *Anorexia Nervosa, Theory and Treatment: Where Are We 35 Years on from Hilde Bruch's Foundation Lectura?* *Eur Eat Disord Rev*. 2017;25(3):139-47.
7. Richmond, C. *Arthur Hamilton Crisp*. *Br Med J*. 2007;334(7592):540-540
8. Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., et al. *Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism and obsessive-compulsive spectrum*. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1651-60.

9. APA, *Feeding and Eating Disorders*, in *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition*, APA, Editor. 2013, American Psychiatric Association Publishing: Washintong, DC, USA. p. 653-667.
10. APA, *Feeding and Eating Disorders*, in *Diagnostic and statiscal manual of mental disorders: DSM-IV-TR.*, APA, Editor. 2000, American Psychiatric Association Publishing: Washintong, DC, USA. p. 416-460.
11. OMS, *CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades (Undecima edición)*, OMS, Editor. 2018, Organización Mundial de la Salud: Geneva, CHE.
12. Guerra, J.A., López-Muñoz, F., Martín-Águeda, B., Álamo, C. *Trastornos de la conducta alimentaria: ¿Mecanismos etiológicos compartidos con las drogodependencias?* In: *Avances en Drogodependencias*, C. Álamo, Editor. 2008. GAFOS: Madrid, ES. p. 407-421.
13. Working Group of the Clinical Practice Guideline for Eating Disorders. *Clinical Practice Guideline for Eating Disorders*. Madrid: Quality Plan for the National Health System of the Ministry of Health and Consumer Affairs. Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research; 2009. Clinical Practice Guidelines in the NHS: CAHTA Number 2006/05-01.
14. Kaye, W.H., Wierenga, C.E., Bailer, U.F., Simmons, A.N., Bischoff-Grethe, A. *Nothing tastes as good as skinny feels: The neurobiology of anorexia nervosa*. Trends Neurosci. 2013;36(2):110-20.
15. Claudino, A.M., Silva, M., Hay, P.P.J., Bacaltchuk, J., Schmidt, U.U.S., Treasure, J. *Antidepressivos para la anorexia nerviosa*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006. p. 1-24.
16. GHDx, *Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results: Prevalence - Eating disorders - sex: both - age: age-standardized (percent)*. 2020, Global Health Data Exchange (GHEx). Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Seattle, USA.
17. Lechuga, L., Gámiz, M.N. *Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. Aproximación cognitivo-conductual*. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2005;2:142-57.
18. Varela-Casal, P., Maldonado, M.J., Ferre, F. *Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos*. Actas Esp Psiquiatr. 2011;39(1):12-9.
19. Basurte, I., Sevilla, M.J., Holguera, S., Ferre, F. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Medicine (Baltimore). 2011;10(86):5817-24.
20. Borrego, O. *Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia*. Inf Ter del Sist Nac Salud. 2000;24(2):44-50.
21. Dueñas, Y., Murray, M., Rubio, B, Murjani, H.S., Jiménez, A. *Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: Una patología en auge*. Nutr Hosp. 2015;32(5):2091-7.
22. Aigner, M., Treasure, J., Kaye, W., Kasper, S. *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Eating Disorders*. World J Biol Psychiatry. 2011;12(6):400-43.
23. Ruiz-Lázaro, P.M., Comet, M.P., Calvo, A.I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L., et al. *Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos*. Actas Esp Psiquiatr. 2010;38(4):204-11.
24. Lindvall, C., Wisting, L, Ro, O. *Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples*. J Eat Disord. 2017;5(56):1-10.

25. Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L., Belmonte-Llario, A. *New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives*. Eur Psychiatry. 2005;20(2):173-8.
26. Peláez, M.A., Labrador, F.J., Raich, R.M. *Prevalence of eating disorders among adolescent and Young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain)*. J Psychosom Res. 2007;62(6):681-90.
27. Olesti, M., Piñol, J.L., Martín, N., De La Fuente, M., Riera, A., Bofarull, J.M., et al. *Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus*. An Pediatría (Barc). 2008;68(1):18-23.
28. Gómez, M. *Revisión y actualización del tratamiento farmacológico de la bulimia nerviosa*. 2015.
29. Capasso, A., Petrella, C., Milano, W. *Recent Clinical Aspects of Eating Disorders*. Rev Recent Clin Trials. 2009;4:63-9.
30. Martínez de Salazar, A.D., Aguilera, C., Cabañete, A., Mena, Á.L., Remesal, R. *Tratamientos basados en la evidencia para la anorexia nerviosa*. Vol. 51, Dialnet. 2018. p. 1-39.
31. Frank, G.K.W., Shott, M.E., Deguzman, M.C. *The Neurobiology of Eating Disorders*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2019;28:629-40.
32. Rienecke, R.D. *Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights*. Adolesc Health Med Ther. 2017;8:69-79.
33. Calvo Sagardoy, R., Gallego Morales, L.T, García de Lorenzo y Mateos, A. *Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio*. Nutr Hosp. 2012;27(3):763-70.
34. Milano, W., De Rosa, M., Milano, L., Riccio, A., Sanseverino, B., Capasso, A. *The Pharmacological Options in the Treatment of Eating Disorders*. ISRN Pharmacol. 2013;2013(352865):1-5.
35. Kaye, W.H., Frank, G.K., Bailer, U.F., Henry, S.E., Meltzer, C.C., Price, J.C., et al. *Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa: New insights from imaging studies*. Physiol Behav. 2005;85(1):73-81.
36. Walsh, B.T., Kaplan, A.S., Attia, E., Olmsted, M., Parides, M., Carter, J.C., et al. *Fluoxetine After Weight Restoration in Anorexia Nervosa*. Vol. 295, JAMA. 2006.
37. Mischoulon, D., Eddy K.T., Keshaviah, A., Dinescu, D. Ross, S.L., Kass, A.E., et al. *Depression and eating disorders: Treatment and course*. J Affect Disord. 2011;130(3):470-7.
38. Crow, S.J. *Pharmacological Treatment of Eating Disorders*. Psychiatr Clin N Am. 2019;1-10.
39. Marzola, E., Desedime, N., Giovannone, C., Amianto, F., Fassino, S., Abbate-Dega, G. *Atypical Antipsychotics as Augmentation Therapy in Anorexia Nervosa*. Vol. 10, PLoS ONE. 2015. p. 1-12.
40. Sauriyal D.S., Jaggi, A.S., Singh, N. *Extending pharmacological spectrum of opioids beyond analgesia: Multifactorial aspects in different pathophysiological states*. Neuropeptides. 2011;45(3):175-88.
41. Murray, S.B. *Updates in the treatment of eating disorders in 2018*. Eat Disord J Treat Prev. 2019;27(1):6-17.