

Abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria

F.J. TINAHONES Y M. GONZALO-MARÍN

Servicio de Endocrinología. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga. España.

Los trastornos de la conducta alimentaria forman un grupo de enfermedades donde se mezcla el deterioro físico y el malestar psíquico. Partiendo de esta premisa, el contexto de atención de estos trastornos debe realizarse en un espacio multidisciplinario. La atención del deterioro físico requiere una aproximación médica tanto de los problemas nutricionales como de las complicaciones físicas del síntoma. Según nuestro criterio, la especialidad de endocrinología y nutrición es la más capacitada para dar dicha respuesta.

Existe una gran variabilidad en el abordaje terapéutico de los trastornos de la conducta alimentaria. No existe unanimidad sobre su génesis y, por tanto, de cómo se debe tratar estos trastornos, y existen diferentes aproximaciones terapéuticas. La orientación teórica del psicoterapeuta encargado del tratamiento es un factor muy importante. Otra diferencia sería la indicación del ingreso hospitalario; algunos grupos consideran el ingreso hospitalario como una parte del proceso terapéutico y otros (como el nuestro) optan por el seguimiento ambulatorio fundamentalmente y restringen los ingresos a los casos en que el deterioro físico lo haga imprescindible. Y por último, la forma de constituirse los equipos multidisciplinarios está sujeta a una gran variabilidad.

Los datos de morbimortalidad de los diferentes estudios presentan una gran diversidad, que puede ser un reflejo de la gran variabilidad existente en el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria. Como conclusión habría que señalar que existen todavía muchas incógnitas en la patología de los trastornos de la conducta alimentaria y que cualquier abordaje terapéutico aplicado debe estar sometido a un continuo juicio crítico.

Palabras clave: Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Tratamiento.

APPROACHES TO EATING DISORDERS

Eating disorders combine physical deterioration and psychological malaise. Based on this premise, the treatment of eating disorders should be multidisciplinary. Physical deterioration requires medical treatment for both nutritional problems and physical complications. According to our criteria, the specialty most able to provide this type of care is endocrinology and nutrition.

There is wide variability in the therapeutic approach to eating disorders. Consensus on the genesis, and therefore on how these disorders should be treated, is lacking and several approaches exist. The theoretical orientation of the psychotherapist charged with the patient's treatment is highly important. Another difference lies in the indication of hospitalization: some groups consider hospital admission to be part of the therapeutic process and others (such as ours) prefer outpatient follow-up and use hospital admission mainly as a last resort. Lastly, the composition of multidisciplinary teams is highly diverse.

The data on morbidity and mortality reported in various studies are far from homogeneous and may reflect the wide variability in the approach to eating disorders. In conclusion, many questions remain to be answered in eating disorders and any therapeutic approach used should be subject to continual critical evaluation.

Key words: Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Treatment.

INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa es una enfermedad seductora; en la sociedad de la opulencia y del exceso, estas mujeres se alimentan de nada. Esta heroicidad difícil de entender en nuestra sociedad hace que esta enfermedad sea atrayente para los medios de comunicación que, en los últimos años, han sido también seducidos por la anorexia. La anorexia y la bulimia se han convertido en protagonistas de muchas páginas de diarios y de espacios televisivos. Existe una importante alarma en la sociedad. Se han organizado asociaciones de familiares con alto carácter reivindicativo tanto desde el punto de vista cuantitativo de la enfermedad como de la atención cualitativa que se les presta a estas pacientes en el sistema público de salud. Además, en el país hay algunos profesionales

Correspondencia: Dr. F.J. Tinahones.
Servicio de Endocrinología. Hospital Regional Carlos Haya.
Avda. Carlos Haya, s/n. 29010 Málaga. España.

Manuscrito recibido el 22-12-2003; aceptado para su publicación el 26-1-2004.

sanitarios, que ejercen de líderes de opinión, que se han sumado al alarmismo, lo que ha contribuido a crear una atención especializada de estas pacientes.

No se conoce una explicación clara de la génesis de esta afección, por lo que existen diferentes aproximaciones teóricas y, por tanto, varias aproximaciones terapéuticas. Estamos ante una enfermedad que aglutina problemas físicos y psíquicos y que hace, por tanto, necesaria la confluencia de profesionales que atiendan el cuerpo de la paciente con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y otros que atiendan su malestar psíquico¹.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Como se ha afirmado anteriormente, los TCA son una enfermedad en la que se mezcla el deterioro físico y el malestar psíquico. Partiendo de esta premisa, la atención de estos trastornos debe realizarse en un espacio multidisciplinario. La atención del deterioro físico requiere una aproximación médica tanto de los problemas nutricionales como de las complicaciones físicas del síntoma. Según nuestro criterio, la especialidad de endocrinología y nutrición es la más capacitada para dar respuesta a los problemas físicos. La complejidad de las complicaciones metabólicas que acompañan a estos trastornos hace necesario que se aborde desde un área de conocimiento especialmente capacitada para resolver estos problemas. Las pruebas de esta complejidad van desde el control del balance hidroelectrolítico hasta al diseño de una correcta renutrición que evite el temido síndrome de realimentación², pasando por la correcta valoración antropométrica donde el peso es la variable menos fiable³. Naturalmente, el malestar psíquico debe abordarse desde la psicología y la psiquiatría. Es indispensable una coordinación entre los dos ámbitos de tratamiento.

Aproximaciones médicas que intentan hacer “psicología barata” con sus pacientes, sin recurrir a otras disciplinas, son igual de incongruentes que el abordaje por parte de la psiquiatría de todo el cuadro clínico. Encargarse simultáneamente del potasio y de los problemas psíquicos de la paciente por el mismo terapeuta es tan anacrónico como incompetente. Las guías clínicas de la American Psychiatry Association (APA) concluyen de forma contundente la necesidad de equipos multidisciplinarios para la atención de estas afecciones⁴.

La cooperación entre especialidades tan diferentes es un reto difícil que sólo es capaz de superarse con el diálogo. Las unidades multidisciplinarias que poco a poco van creándose en España son un laboratorio de experimentación cuyo rodaje con los años les da características peculiares y que no son motivo de esta revisión. Hay que considerar que en la mayoría de los hospitales se han creado estas unidades, sin que se haya realizado una inversión adicional en personal y en infraestructura.

A continuación, se apuntan los requisitos mínimos que deben cumplir estas unidades o programas de tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario:

1. Las pacientes deben ser atendidas de sus problemas físicos y nutricionales por especialistas de endocrinología y nutrición, que deben mantener una conexión continua con el profesional que realiza el tratamiento psíquico (especialistas en psicología y psiquiatría).

2. Debe existir un espacio hospitalario donde se pueda ingresar a las pacientes que lo requieran para ser atendidas por el equipo multidisciplinario.

3. Sería conveniente que los especialistas del equipo, así como el personal de enfermería y auxiliar, estén específicamente formados para la atención de estos trastornos.

4. Es deseable que el seguimiento durante los ingresos y después del alta hospitalaria lo realice el mismo equipo¹.

VARIABILIDAD EN EL ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Tratamiento psicológico

Dado que no existe unanimidad de criterios sobre el tratamiento de estos trastornos, existe una gran variedad de aproximaciones terapéuticas. Se dispone de diferentes modelos teóricos para explicar el proceso. Las orientaciones más extendidas en España son: terapia cognitiva, terapia cognitivo-conductual, terapia familiar o sistémica y psicoterapia psicodinámica. El marco teórico en que se mueven es radicalmente distinto y existe una importante dificultad de comparación. Tanto la aproximación cognitiva como la cognitivo-conductual pueden valorarse con herramientas parecidas a las utilizadas por el paradigma médico; la aproximación sistémica y psicodinámica difícilmente se adapta a ese paradigma⁵.

Por otro lado, la imbricación del endocrinólogo dentro de los equipos multidisciplinarios será radicalmente diferente en función de la orientación teórica del profesional que realice la terapia psicológica. Las aproximaciones cognitivas y cognitivo-conductuales se interesan también por el peso y la ingesta y, en muchas ocasiones, se duplican tareas. Las aproximaciones sistémicas y psicodinámicas se interesan casi exclusivamente por lo relacional, por lo que se produce menos entrecruzamiento de funciones. Nuestra experiencia clínica está fundamentada en el trabajo conjunto con psicoterapeutas de orientación sistémica y psicodinámica, y esto nos ha permitido separar el espacio donde se habla de comida, peso y variables físicas en general del espacio psicoterapéutico, donde surgen los conflictos intrapsíquicos que padece el sujeto y su relación con el mundo que le rodea¹.

Ingreso hospitalario

Otra diferencia importante en la orientación terapéutica es la indicación del ingreso hospitalario. Algunos grupos consideran el ingreso hospitalario como una parte del proceso terapéutico y otros (como el nuestro) optan por el seguimiento ambulatorio, fundamentalmente, y restringen los ingresos a los casos en los que el deterioro físico lo haga imprescindible.

Existen unos criterios de ingreso que pueden recibir el consenso de todos los profesionales que atienden a estas pacientes (tabla 1)⁶. Pero, como se observa, muchos de ellos son bastante subjetivos (p. ej., fracaso del tratamiento ambulatorio, rechazo agudo a la ingesta, etc.). En estos casos, la decisión de ingresar o no a la paciente puede depender en gran medida de la percepción que tenga el equipo de la función que cumple el ingreso en la terapia de estas pacientes. Nuestra percepción es que debe evitarse el ingreso y que sólo debe utilizarse en casos en que el deterioro físico lo haga inevitable. Nos basamos en una serie de argumentos esgrimidos por algunos autores⁷⁻¹¹ y en la propia experiencia de más de 10 años de atención a estas pacientes.

La asociación entre hospitalización y pronóstico más favorable en pacientes con anorexia con un alto grado de desnutrición también ha sido recogida por varios autores^{12,13}; sin embargo, el beneficio a largo plazo de los regímenes de realimentación hospitalarios no se ha probado, a pesar de restaurar el peso prontamente⁷.

No existen estudios aleatorizados y controlados en que se compare el tratamiento ambulatorio con el ingreso hospitalario, ya que son ensayos difíciles de realizar desde el punto de vista ético y práctico. Gowers et al⁸ encuentran que el 62% de las pacientes con anorexia en seguimiento ambulatorio tenía un resultado satisfactorio comparado con sólo el 14,3% de las que recibieron ingreso hospitalario; ambos grupos tenían características clínicas parecidas. El estudio no era aleatorizado y controlado, y los autores reconocen esta limitación; sin embargo, afirman que no parece que exista un beneficio extra en las pacientes que siguen tratamiento hospitalario frente a las que siguen tratamiento ambulatorio, e incluso afirman con rotundidad que lo que sí parece claro es que el ajuste social al año es mejor en las pacientes que no tienen un ingreso hospitalario.

De los resultados de este estudio pueden derivarse una serie de implicaciones clínicas. El posible impacto positivo en el pronóstico del ingreso de una adolescente en un hospital debe valorarse de forma muy prudente, así como el coste añadido. El coste de la hospitalización de una adolescente durante 3 meses está entre 18.000 y 24.000 euros. Hay, además, otros costes añadidos, como el cese de la actividad escolar y de la vida familiar, así como los posibles efectos negativos en la propia enfermedad. Tiller et al⁹ llegan a afirmar que el ingreso del paciente en un hospital utilizando métodos coercitivos es poco probable que lo mejore clínicamente. Los autores reconocen la inutili-

TABLA 1. Criterios de ingreso hospitalario en los trastornos de conducta alimentaria

Pérdida continuada de peso (peso menor al 75% del esperado peso/talla)
Datos de desnutrición crónica grave: hipoproteïnemia (albúmina < 2,5 mg/dl), transferrina sérica < 100 mg/dl, linfopenia (< 1.000 linfocitos/ l)
Deshidratación
Trastornos hidroelectrolíticos graves
Arritmias cardíacas (incluido alargamiento del QT)
Inestabilidad fisiológica
Bradicardia grave (< 45 lat/min)
Hipotensión
Hipotermia (temperatura < 36 °C)
Cambios por ortostatismo en pulso y presión arterial
Retraso del desarrollo o crecimiento
Fracaso del tratamiento ambulatorio
Rechazo agudo a la ingesta
Purgaciones o atracones incontrolables
Complicaciones médicas agudas de la desnutrición (síncope, convulsiones, ICC, pancreatitis)
Complicaciones psiquiátricas graves (tentativas autolíticas, psicosis agudas)
Otros trastornos psicológicos importantes que interfieren en el tratamiento (depresión grave, trastorno obsesivo-compulsivo)
Problemática en relación familiar que dificulta tratamiento ambulatorio

dad de dicho tratamiento y afirman que este trastorno puede ser reforzado con estos “esforzados” clínicos. En este sentido, se ha señalado la importancia de la motivación personal en la solución de los trastornos del comportamiento alimentario¹⁰. Todas estas reflexiones no niegan la evidencia de que, ante determinadas circunstancias, el ingreso hospitalario es necesario de forma urgente para restaurar la salud física.

Un destacado autor¹¹ ha llegado a afirmar con rotundidad que “el tratamiento intensivo y breve con aproximaciones terapéuticas, con una excesiva focalización en la ganancia de peso y que descuide el tratamiento psicológico asociado puede ser inapropiado”. Esta última afirmación nos centra en el debate de si es recomendable el ingreso; en nuestra opinión, el ingreso hospitalario tiene una serie de inconvenientes importantes que pueden contribuir al mal pronóstico de la enfermedad; entre ellos destacamos:

1. Considera al sujeto como un ser pasivo que ingresa para que lo alimenten porque no puede cuidarse, por lo que se diluye la implicación subjetiva de la paciente, ya que son otros los que tienen que organizar y ordenar.
2. Potencia el papel de enfermo y se contribuye a que la paciente haga una identificación sintomática.
3. Paraliza los lazos sociales de la paciente, ya que ingresos muy prolongados pueden afectar gravemente a la red social del sujeto.
4. El ingreso hospitalario se hace para modificar de una forma brusca la conducta alimentaria, y si la paciente no come, se utilizan técnicas invasivas (alimentación enteral o parenteral) que retan a la paciente. Nuestra experiencia clínica conoce las limitaciones de esos retos. Pretender vencer por la fuerza a una pa-

ciente con anorexia, da lugar a un forcejeo que puede que le cueste la vida¹.

Sin embargo, hay que reconocer que los efectos negativos del ingreso en pacientes jóvenes se ha estudiado poco, y además muchos autores siguen recomendando el ingreso hospitalario casi sistemático hasta que se alcance el 90% del peso ideal. La guía clínica de la APA⁴ no se define a este respecto y afirma de forma genérica que la hospitalización deberá basarse en problemas psiquiátricos, de comportamiento u orgánicos, y el peso y el estado metabólico son los parámetros físicos más importantes. Añade también la utilidad de un procedimiento de ingreso intermedio, como son los hospitales de día en situaciones de menor gravedad. En último caso afirma que en la práctica clínica el fracaso del tratamiento ambulatorio es la indicación más frecuente para la hospitalización en sus diferentes modalidades.

Equipos multidisciplinarios

Otra fuente de variedad es la formación de equipos multidisciplinarios para el tratamiento. En la actualidad hay pacientes con TCA que sólo reciben psicoterapia ambulatoria y otros que sólo son tratados para su rehabilitación alimentaria durante un largo ingreso hospitalario; éstos serían 2 extremos no deseables.

Existe diversidad también en el campo de acción de los equipos multidisciplinarios, con programas donde el equipo únicamente sigue a la paciente durante su estancia hospitalaria y después se la envía al segundo nivel, y otros con equipos que tratan a las pacientes durante toda la evolución clínica. El concepto de equipo multidisciplinario no es una suma de acciones médicas, sino una interconexión de esas acciones, lo que implica, como mínimo:

1. La sesión clínica multidisciplinaria, donde se analiza la evolución psíquica y física de la paciente y donde se establece por consenso el proceso terapéutico que se seguirá. Ningún ingreso médico se debe realizar sin que pase por la deliberación de los clínicos responsables de la paciente. Integrar el discurso médico con el psíquico necesita, sin duda, un rodaje, y la sesión clínica es la mejor forma de acercar esos 2 espacios.

2. La comunicación constante y fluida entre los clínicos (endocrinólogos, psicólogos y psiquiatras) que tratan a la paciente.

Sin estos 2 requisitos, el abordaje de las pacientes con TCA puede hacerse tortuoso, ya que si las pacientes reciben 2 mensajes diferentes, por parte de los profesionales que las atienden, la eficacia del proceso terapéutico puede verse irreversiblemente dañada.

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA MÉDICO-PACIENTE

En la anorexia nerviosa existe una serie de características especiales que hay que considerar para que se

pueda establecer una relación terapéutica. La relación médico-paciente tradicional surge por una demanda: el paciente acude al médico con una demanda que el médico satisface la mayoría de las veces de forma parcial. Las pacientes con anorexia nerviosa, en las primeras entrevistas, no demandan nada, si acaso su demanda va dirigida a que “las dejen en paz”. El saber médico posee un inmenso poder sustentado por la investigación, por las pruebas diagnósticas y por la propia estructura de tratamiento con fármacos y hospitales. A toda esta estructura la paciente no le pide nada, más bien quiere demostrar que todo ese saber no le sirve y no lo necesita.

La ausencia de demanda hacia el endocrinólogo es fácilmente entendible. La paciente con su actitud de rechazo a la comida se encuentra bien, ya que cuando come se traiciona. Hay que entender que al ingerir comida la paciente se siente mal; si partimos de esa premisa es lógico que vea al endocrinólogo como un enemigo, como alguien que va a interferir en su decisión y casi siempre lo sitúa como un aliado materno.

Todas estas características las debe tener en cuenta el endocrinólogo para plantear una correcta relación terapéutica. Nosotros diseñamos una renutrición empezando por 30-40 kcal/kg y vamos subiendo de 70 a 100 kcal/día⁴; así, pronosticamos un incremento de peso de 0,5 kg/semana ambulatoriamente y de 1 kg/semana hospitalariamente. Sin embargo, hay que estar preparado para reaccionar, ya que en un altísimo porcentaje de casos esos pronósticos no se cumplen y, además, es imposible hacerlos cumplir.

Otro aspecto importante en la relación terapéutica con las pacientes con TCA es la relación con sus familias. En pacientes menores de edad, sin duda hay que contar con los padres, y puede ser que se establezca una óptima relación terapéutica con la paciente que sea boicoteada por la familia. Los padres no llevan a la paciente al médico para que la comprenda, llevan a la paciente para que la engorde y que vuelva a ser la misma que era antes de enfermar. La mayoría de las familias acuden con un alto grado de alarma fundamentado en la imagen tan negativa que los medios de comunicación han dado de esta enfermedad (alta mortalidad, dramatismo de los casos que muestran los medios, etc.). Para intentar evitar estos problemas hay que plantear una serie de acciones:

1. Informar a los padres del diseño terapéutico que comprende el programa de tratamiento, y señalarles que sus hijas son las pacientes con las que necesariamente tenemos que colaborar.

2. Hay que informarles del seguimiento médico que van a seguir sus hijas, y que este seguimiento evitará problemas físicos graves. A veces para tranquilizar a la familia hay que hacer un seguimiento físico de la paciente muy estrecho, incluso 2 y 3 visitas semanales.

3. Hay que conseguir que los padres confíen en la capacidad técnica del equipo: recelo y confianza son incompatibles. Éste es un aspecto importante, sobre

todo porque se ha difundido (quizá interesadamente) la necesidad de una superespecialización para el tratamiento de estos trastornos y que sólo poseen unos pocos centros en España.

4. En nuestro programa de tratamiento pusimos en marcha un grupo terapéutico de padres para dar respuesta a algunos que querían desempeñar un papel activo en el proceso terapéutico de sus hijos¹.

MORTALIDAD EN ANOREXIA NERVIOSA

La mortalidad de la anorexia nerviosa está sujeta a un alto grado de controversia. En 1995, Sullivan¹⁴ realizó un metaanálisis en el que estudiaba la mortalidad en la anorexia nerviosa, y llegó a la conclusión de que la tasa cruda de mortalidad por todas las causas en la anorexia nerviosa era del 0,56% por año, y, por tanto, en una década es del 5,6%. Concluyó que la tasa anual de mortalidad por todas las causas era 12 veces superior a la de una población general de mujeres entre 15 y 24 años, y el riesgo de suicidio era 200 veces superior al de la población general. Cuando se comparó con la población psiquiátrica de 10-39 años, se observó que la mortalidad era 2 veces superior en la anorexia nerviosa. Desde entonces se repite “machaconamente” en todos los foros que la mortalidad de la anorexia nerviosa es del 6%. Pero si algo sorprende de este metaanálisis es la enorme variabilidad entre estudios. En estudios donde la media de seguimiento estaba entre 5 y 10 años había registrado el autor 23 estudios. De ellos, 6 (26%) tenían una mortalidad del 0%; 10 (43,5%) estudios, entre el 1 y el 5%; 4 (17,5%), entre el 6 y el 10%, y 3 (13%), superior al 10%; incluso uno de ellos se situaba en el 21%. Entre los estudios analizados, existe uno que tras un seguimiento de 25 años la mortalidad es del 0%. La gran diversidad que refleja este metaanálisis es un reflejo de la enorme variabilidad existente en el abordaje de los TCA.

Como conclusión final, es importante señalar que existen todavía muchas incógnitas alrededor de los

TCA, y que cualquier abordaje terapéutico aplicado debe estar sometido a un continuo juicio crítico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tinahones Madueño FJ. Anorexia y bulimia. Una experiencia clínica. Madrid: Díaz de Santos, 2003.
2. Solomon SM, Kirby DF. The refeeding syndrome: a review. JPEN J Parenter Enteral Nutr 1990;14:90-97.
3. Tinahones FJ, Cardona F, Soriguer FJ. Determinación de la composición corporal. Cantidad de masa grasa. En: Diéguez C, Yturriaga R, editores. Trastornos alimentarios. Madrid: McGraw-Hill, 2001.
4. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. Am J Psychiatry 2000;157(Suppl):1-39.
5. Calvo R, De Francisco M, Gonzalo MA, Roldán A. Sobre anorexia. En: Anorexia y bulimia. Escuela lacaniana de psicoanálisis. Barcelona: Ediciones Eolia, 1997.
6. American Dietetic Association. Position of the American dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). J Am Diet Assoc 2001;101:810-9.
7. American Psychiatric Association. Practice guideline for eating disorders. Am J Psychiatry 1993;150:207-28.
8. Gowers SG, Weetman JS, Hossain F, Elvins R. Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. Br J Psychiatry 2000;176:138-41.
9. Tiller J, Schmodt U, Treasure J. Compulsory treatment for anorexia nervosa: compassion or coercion? Br J Psychiatry 1993;162:679-80.
10. Ward A, Troop N, Todd G, Treasure J. To change or not change. “How” is the question? Br J Med Psychology 1996;69:139-46.
11. Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. Am J Psychiatry 1998;155:939-46.
12. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. Int J Eat Disord 1997;22:339-60.
13. Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove E, Crosby R. Ten year follow up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. Psychol Med 1995;25:143-56.
14. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1995;152:1073-4.