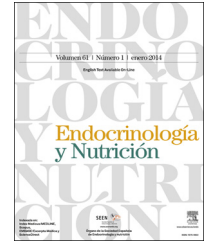




Endocrinología y Nutrición

www.elsevier.es/endo



EDITORIAL

Panorama actual de los trastornos de la conducta alimentaria



Current perspective of eating disorders

Josefina Castro-Fornieles

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) agrupan una serie de trastornos que presentan alteraciones muy persistentes de los comportamientos relacionados con la alimentación que conllevan graves repercusiones tanto físicas como psicológicas y de funcionamiento. Los más frecuentes son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón, que suelen iniciarse en la adolescencia o al principio de la vida adulta. Las clasificaciones más recientes de los trastornos mentales, como es el DSM-5¹, incluyen dentro de los TCA otros trastornos más propios de la infancia como el trastorno por evitación/restricción de la ingesta. La AN se define como pérdida de peso autoimpuesta que se asocia a una evaluación exagerada del propio peso o figura corporal; su gravedad se establece en función del índice de masa corporal. La BN consiste en la presencia de episodios de atracones de forma regular y frecuente, acompañados de conductas para compensar el posible incremento de peso como el vómito o la toma de laxantes; además existen alteraciones en relación con la sobrevaloración de la figura y el peso. El trastorno por atracón se caracteriza, al igual que la BN, por episodios de atracones de forma regular, pero los pacientes no realizan conductas compensatorias, por lo que llegan a tener sobrepeso u obesidad, ni tampoco presentan alteraciones relacionadas con la imagen corporal como en la AN y la BN. El trastorno por restricción/evitación de la comida, que suele darse

a edades más tempranas, presenta una disminución de la ingesta por diferentes causas, generalmente de tipo psicológico, que conlleva una pérdida de peso que puede llegar a ser extrema, pero no existen alteraciones de la imagen corporal ni miedo a incrementar el peso. El agrupar los TCA de forma diferente, incluyendo los que no tienen una sobrevaloración del peso y de la figura, es un cambio conceptual que implica que este no es un síntoma necesario y ello ha llevado a una larga discusión entre los expertos². Todos estos TCA son trastornos a los que se debe prestar una mayor atención, teniendo en cuenta su elevada prevalencia, ya que en muchos casos no se diagnostican adecuadamente y de forma precoz. En la población general, la prevalencia aproximada a lo largo de la vida en mujeres es de 1% para la AN, 2% para la BN y 3,5% para el trastorno por atracón³. Las cifras para cada trastorno pueden variar en función de que los criterios diagnósticos que se utilicen sean más o menos estrictos⁴. No se incluye como trastorno psiquiátrico la obesidad ya que se considera que en su etiología contribuyen factores genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales que pueden variar entre los individuos que la padecen. Sin embargo sí que hay una asociación importante entre la obesidad y algunos trastornos mentales como el trastorno por atracón. Los TCA conllevan una importante interferencia con el funcionamiento social, laboral, familiar y personal y además afectan notablemente a la calidad de vida. Por otro lado, sus complicaciones endocrinológicas, bioquímicas, óseas, cerebrales y cardiológicas, entre otras, son muy notables y pueden llegar a ser graves. También

Correo electrónico: jcastro@clinic.ub.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2015.01.001>

1575-0922/© 2015 SEEN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

es relevante la elevada mortalidad, especialmente en la AN. Las mujeres con AN tienen una probabilidad 5,2 veces superior de morir prematuramente por cualquier causa, y 18,1 veces superior de morir por suicidio que las mujeres entre 15 y 34 años de la población general⁵.

Respecto a la *etiología* de estos trastornos se considera que están implicados diferentes factores de tipo social, cultural, psicológico y genético⁶. No se puede despreciar la influencia sociocultural, con la presión por estar delgado y tener un cuerpo ideal, propia de los países más desarrollados, que hace aumentar el número de sujetos que se ponen en riesgo al iniciar dietas y otras conductas para perder peso. También pueden ser relevantes aspectos psicológicos como una baja autoestima, un elevado perfeccionismo en el caso de la AN o la impulsividad en el caso de la BN. Las experiencias adversas como el abuso escolar, familiar o social en la infancia o adolescencia, ya sea de tipo físico, emocional o sexual, aumentan la vulnerabilidad para diferentes trastornos psiquiátricos, entre ellos los TCA. La neurobiología y las diferentes hormonas reguladoras del hambre y el peso corporal también están alteradas⁷. Por ejemplo se han descrito anomalías estructurales y funcionales en neuroimagen cerebral, alteraciones serotoninérgicas y dopaminérgicas en líquido cefalorraquídeo, o disregulación de hormonas como leptina o ghrelin entre otras muchas⁸, que pueden variar en función del TCA estudiado. En la mayoría de casos, especialmente en adolescentes con una corta evolución, estas alteraciones pueden revertir a la normalidad tras el tratamiento; en cambio, mientras dura el trastorno pueden estar implicadas en su mantenimiento y especialmente en las consecuencias físicas a largo plazo.

Por otro lado, los TCA tienen una elevada heredabilidad, tanto en aspectos como el índice de masa corporal como en la facilidad para llegar a desarrollar un TCA tras algún desencadenante como iniciar dietas o padecer acontecimientos vitales estresantes. Los estudios epidemiológicos indican un mayor riesgo de presentar una AN en familiares de primer grado de pacientes, y la heredabilidad según algunos estudios de gemelos llegaría al 80%. Sin embargo, los estudios genéticos no consiguen encontrar resultados definitivos y replicables⁹ y parece que su base genética tiene relación con diferentes variables tanto biológicas como psicopatológicas. Así, se ha encontrado una asociación con genes específicos que son relevantes en la regulación del peso y también con otros relacionados con diferentes mecanismos de neurotransmisión como las vías dopaminérgicas y serotoninérgicas, que pueden estar influyendo en síntomas como el estado de ánimo, la impulsividad, la conducta adictiva, los atracones o el perfeccionismo^{10,11}. Por todo ello, parece que la respuesta respecto a la etiología de los TCA estaría en la interacción entre características individuales determinadas genéticamente y presiones ambientales, para llegar a las conductas de riesgo como la dieta o los vómitos. También parecen relevantes cambios epigenéticos en la estructura del DNA no codificados en su secuencia, pero que implican cambios perdurables en la expresión genética y que pueden ser transmitidos a las siguientes generaciones. Por ejemplo, ello puede ocurrir tras períodos de grave falta de alimentos (durante guerras o sequías), o épocas de estrés importante¹².

Con relación al tratamiento se recomienda que se realice, siempre que sea posible, de forma ambulatoria

o en hospital de día, ya que se interfiere menos con el funcionamiento general de los pacientes, que en muchos casos serán adolescentes. Se debe reservar el ingreso hospitalario para aquellos casos en que exista riesgo médico o psicológico, o que no hayan respondido al tratamiento menos intensivo. Es necesario un abordaje conjunto, entre diferentes profesionales, que tenga en cuenta los aspectos nutricionales, médicos y psicológicos¹³. Es imprescindible la recuperación nutricional y controlar y corregir las alteraciones biológicas que existan. El abordaje psicológico que ha obtenido mejores resultados en estudios controlados es la terapia cognitivo-conductual; en el caso de los adolescentes se debe añadir el abordaje familiar. El tratamiento farmacológico puede ser de ayuda administrado conjuntamente con el abordaje psicológico, y la evidencia de su eficacia es diferente según el TCA de que se trate¹⁴. En la AN los resultados no son muy alentadores, aunque los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina pueden ayudar a mejorar síntomas de depresión, perfeccionismo o irritabilidad: aunque no ayudan a la recuperación de peso, sí pueden colaborar a evitar recaídas. Los estudios con antipsicóticos no han conseguido demostrar su eficacia, si bien parecen ser útiles en casos con gran resistencia al tratamiento y alteraciones claras del pensamiento y de la conducta. En la BN, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y algunos antiepilépticos como el topiramato han demostrado eficacia en diferentes estudios controlados. En el trastorno por atracón, además de los mencionados para la BN, también se han utilizado otros fármacos como el orlistat que ayuda a la pérdida de peso en estos pacientes. El seguimiento ha de ser largo para conseguir el mantenimiento de la mejoría y evitar recaídas. El pronóstico de estos trastornos a menudo no es bueno: aproximadamente en el 20% de los casos persiste de forma crónica algún tipo de TCA, y en un 30% se mantienen algunos síntomas a pesar de la mejoría. En los casos en que el tratamiento se realiza de forma precoz en la adolescencia el pronóstico parece ser mejor¹⁵.

En resumen, los TCA son trastornos frecuentes si se consideran los diferentes diagnósticos comprendidos, y pueden conllevar graves complicaciones. En su etiología parecen intervenir factores biológicos y psicológicos que interactúan entre ellos. Es importante que se diagnostiquen de forma precoz para incrementar las posibilidades de mejoría con el tratamiento, que necesariamente debe abordar los diferentes síntomas tanto físicos como psiquiátricos y psicológicos.

Conflicto de intereses

La autora declara que no tiene conflicto de intereses.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Hay PJ. What is an eating disorder? Implications for current and future criteria. *Aus New Zeal J Psychiatry*. 2013;47:208–11.
3. Preti A, Girolamo GD, Vilagut G, Alonso J, Graaf RD, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in 6 European

- countries: Results of the ESEMeD-WMH Project. *J Psychosom Res.* 2009;43:1125–32.
4. Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *J Adolesc Health.* 2013;53:303–5.
 5. Keshaviah A, Edkins K, Hastings ER, Krishna M, Franko DL, Herzog DB, et al. Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: A meta-analysis redux. *Comp Psychiatry.* 2014;55:1773–84.
 6. Mitchison D, Hay PJ. The epidemiology of eating disorders: Genetic, environmental, and societal factors. *Clin Epidemiol.* 2014;6:89–97.
 7. Von Hausswolff-Julín Y, Brooks SJ, Larsson M. The neurobiology of eating disorders –a clinical perspective. *Acta Psychiatr Scand.* 2014, [underlinehttp://dx.doi.org/10.1111/acps.12335](http://dx.doi.org/10.1111/acps.12335) [Epub ahead of print].
 8. Misra M, Klibanski A. Endocrine consequences of anorexia nervosa. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2:581–92.
 9. Boraska V, Franklin CS, Floyd JAB, Thornton LM, Huckins LM, Southam L, et al. A genome-wide association study of anorexia nervosa. *Mol Psychiatry.* 2014;19:1085–94.
 10. Davis C, Levitan RD, Yilmaz Z, Kaplan AS, Carter JC, Kennedy JL. Binge eating disorder and the dopamine D2 receptor: Genotypes and sub-phenotypes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2012;38:328–35.
 11. Koren R, Duncan AE, Munn-Chernoff MA, Bucholz KK, Lynskey MT, Heath AC, et al. Preliminary evidence for the role of HTR2A variants in binge eating in young women. *Psychiat Genetics.* 2014;24:28–33.
 12. Campbell IC, Mill J, Uher R, Schmidt U. Eating disorders, gene-environment interactions and epigenetics. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011;35:784–93.
 13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
 14. Mitchell JE, Roerig J, Steffen K. Biological therapies for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2013;46:470–7.
 15. Wentz E, Gillberg C, Anckarsäter H, Gillberg C, Rastam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiatry.* 2014;194:168–74.