

UNA VISIÓN GENERAL DE LOS ENFOQUES DE TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Janet Treasure

Instituto de Psiquiatría, Londres (Reino Unido)

Resumen

El objetivo de este artículo es resumir los conocimientos existentes sobre el tratamiento de los trastornos alimentarios. Se presentan los resultados de las guías del *National Institute of Clinical Excellence (NICE)* desarrolladas por un comité de expertos y revisores independientes que examinaron los estudios existentes. Sin embargo, el presente trabajo no se limitará al resumen del citado documento, accesible y disponible de forma gratuita a través de Internet, sino que se discutirá parte de la teoría y evidencia empírica que debe guiar las líneas futuras de investigación y desarrollo y se traerán a colación cuestiones y conceptos que las directrices del *NICE* no han tenido en cuenta.

PALABRAS CLAVE: *Trastornos alimentarios, guías de tratamiento, NICE.*

Abstract

The aim of this article is to summarise what is known about the management of eating disorders. I introduce the findings from the National Institute of Clinical Excellence (NICE) guideline which was developed by a committee of experts and stakeholders who reviewed the literature. However I will not merely summarise that document which is freely available and accessible from the internet but I propose to discuss some of the theoretical and empirical evidence for future directions for research and development and to highlight questions and ideas that the NICE guidelines failed to address.

KEY WORDS: *Eating disorders, treatment guidelines, NICE.*

Contexto histórico

A lo largo del tiempo se han desarrollado diversos tratamientos para los pacientes con trastornos alimentarios. El método principal de intervención contra la anorexia nerviosa propugnado en el siglo XIX consistía en separar a la persona que

sufría este trastorno de su familia para que el equipo médico restableciera la nutrición empleando procedimientos psicológicos. Diversas variantes de este método se utilizaron a lo largo del siglo XX. La eficacia del tratamiento cognitivo-conductual de la bulimia nerviosa potenció la búsqueda de tratamientos ambulatorios eficaces para la anorexia nerviosa. Más recientemente, los tratamientos se han aplicado a un espectro más amplio de personas como aquellas que padecen trastorno por atracón. La evidencia de algunos tratamientos ha sido analizada sistemáticamente y forma parte de la *Biblioteca Cochrane* (Hay y Bacaltchuk, 2003; Hay *et al.*, 2003; Bacaltchuk, Hay y Mari, 2000; Bacaltchuk *et al.*, 2000), o fuentes similares como la revista *Clinical Evidence* (Treasure y Schmidt, 2002; Hay y Bacaltchuk, 2001).

Guías clínicas en la actualidad

La necesidad de controlar el cuidado sanitario para mejorar al máximo la eficiencia y calidad y asegurar la equidad, ha llevado a la elaboración de guías de tratamiento para los trastornos alimentarios. Las guías desarrolladas en EE.UU. fueron de las primeras (APA, 2000). En el Reino Unido, las guías para el tratamiento de los trastornos alimentarios se han desarrollado según los análisis explícitos y estandarizados de los tratamientos basados en la evidencia. Una revisión sistemática y metaanálisis de los tratamientos basados en la evidencia fueron compilados y sintetizados por un panel de expertos. El informe completo fue publicado en Internet a comienzos del 2004 (NICE, National Institute for Clinical Excellence, 2004). La tabla 1 presenta un resumen de las recomendaciones y calidad de la evidencia en la que se basaron.

Tabla 1

Recomendaciones sobre guías para el tratamiento de los trastornos alimentarios (NICE)

	Recomendaciones	Nivel «A»	Nivel «B»	Nivel «C»
Anorexia Nerviosa	75	0	1	74
Bulimia Nerviosa	17	1	7	9
T. por atracón	9	2	5	2
TCANE	1	0	0	1

Sólo una de las 75 recomendaciones acerca de la anorexia nerviosa alcanzó el grado de calidad grado B (es decir, ser estudios clínicos bien desarrollados pero sin alcanzar la elevada calidad del diseño experimental aleatorio (*Randomised-Controlled Trial, RCT*), en el que la cuestión o recomendación se deriva con extrapolación. Esta recomendación fue:

1. Las intervenciones familiares centradas explícitamente en los trastornos alimentarios deberían ofrecerse a niños y adolescentes con AN (B).

Hubo una recomendación de grado (A) para la bulimia nerviosa y siete recomendaciones de grado (B). Se hace una recomendación de grado (A) si existe un conjunto de estudios con calidad y consistencia, que incluyan diseños experimentales aleatorios que aborden directamente la cuestión sin extrapolación.

La recomendación de grado (A) fue:

1. A los adultos con bulimia nerviosa se les debería ofrecer terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa (TCC-BN), una forma de terapia cognitivo-conductual adaptada específicamente para dicho trastorno. El desarrollo de la TCC-BN debería realizarse entre 16 y 20 sesiones mantenidas a lo largo de 4 o 5 meses. (A)

Las siete recomendaciones de grado (B) fueron las siguientes:

1. Como posible primer paso, se debería animar a los pacientes con bulimia nerviosa a que siguieran un programa de autoayuda basado en la evidencia.
2. Los profesionales de la sanidad deberían considerar el dar ánimo y apoyo directo a los pacientes participantes en programas de autoayuda basados en la evidencia puesto que esto puede mejorar el pronóstico. Puede ser el tratamiento suficiente para un subgrupo limitado de pacientes.
3. Como alternativa o primer paso adicional al empleo de programas de autoayuda basados en la evidencia, a los adultos con bulimia nerviosa se les puede ofrecer medicación antidepresiva.
4. Debería informarse a los pacientes de que los medicamentos antidepresivos pueden reducir la frecuencia de la conducta de atracón y de purga, aunque se desconocen los efectos a largo plazo. Los efectos beneficiosos se harán rápidamente evidentes.
5. No se recomiendan medicamentos distintos de los antidepresivos para el tratamiento de la bulimia nerviosa.
6. Cuando las personas con bulimia nerviosa no han respondido a la TCC o no la quieren, deberían considerarse otros tratamientos psicológicos.
7. Como alternativa a la terapia cognitivo-conductual, debería considerarse la psicoterapia interpersonal, pero debe informarse a los pacientes de que con ésta se tarda entre 8 y 12 meses en lograr resultados comparables a la terapia cognitivo-conductual.

Paradójicamente, el mayor número de recomendaciones de grado (A) se ha hecho para el trastorno por atracón, que todavía no está reconocido como categoría independiente dentro de los sistemas de clasificación. Estas recomendaciones son las siguientes:

1. A los adultos con trastorno por atracón se les debería ofrecer la terapia cognitivo-conductual para el trastorno por atracón (TCC-TPA), una forma de TCC adaptada específicamente.
2. Debería informarse a los pacientes de que todos los tratamientos psicológicos para el trastorno por atracón tienen un efecto limitado en el peso corporal.

A continuación aparecen las recomendaciones de grado (B) para esta condición:

1. Como posible primer paso, se debería animar a los pacientes con trastorno por atracón a que siguieran un programa de autoayuda basado en la evidencia.
2. Los profesionales de la sanidad deberían considerar el dar ánimo y apoyo directo a los pacientes participantes en programas de autoayuda basados en la evidencia puesto que esto puede mejorar el pronóstico. Esto puede ser tratamiento suficiente para un subgrupo limitado de pacientes.
3. Como alternativa o primer paso adicional al empleo de programas de autoayuda basados en la evidencia, se debería considerar el ofrecer una medicación antidepresiva inhibidora selectiva de la recaptación de serotonina (SSRI) a los pacientes con trastorno por atracón.
4. Debería informarse a los pacientes con trastorno por atracón que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina pueden reducir el trastorno por atracón pero que no se conocen sus efectos a largo plazo. Los medicamentos antidepresivos pueden ser suficiente tratamiento para un subgrupo limitado de pacientes.
5. A los adultos con un trastorno por atracón persistente se les pueden ofrecer otros tratamientos psicológicos (psicoterapia interpersonal para el trastorno por atracón y terapia dialéctica conductual modificada).

De las guías a la práctica clínica

La escasa evidencia existente se limita a comparaciones de las distintas modalidades terapéuticas. Para la toma de decisiones clínicas o la planificación de servicios necesitamos establecer una comparación de los distintos tratamientos y modelos de servicios en términos de eficacia, aceptación y coste. Esto implica evaluar la calidad de la evidencia existente, teniendo en cuenta los daños potenciales de cada intervención o modelo. También debemos conocer cómo la eficacia teórica (*efficacy*) de tratamiento se traduce en eficacia real (*effectiveness*) en entornos clínicos alejados del ámbito de la investigación. Además, necesitamos saber cómo optimizar la secuencia de las intervenciones y si combinarlas o el modo de hacerlo para lograr la máxima eficacia. Finalmente, quizá la cuestión más difícil de todas es qué tratamiento o intervención resulta más útil para cada paciente (con niveles específicos de gravedad, cronicidad y comorbilidad, motivación y habilidades de afrontamiento) en un momento concreto (teniendo en cuenta el historial previo de tratamiento y las circunstancias vitales actuales) y que sea aceptable para ellos y para sus familias. Para contestar a preguntas de este tipo es necesario integrar la mejores evidencias de las investigaciones con la experiencia clínica y los valores de los pacientes (Sackett, 2000).

Adaptar el tratamiento al individuo

La primera pregunta que ha de hacerse al considerar los posibles tratamientos para cada individuo es: «¿Cuál es el nivel de riesgo a corto plazo?». En la anorexia nerviosa, la preocupación dominante es el riesgo médico aunque el suicidio es también común en ambas formas de trastornos alimentarios; la comorbilidad, tanto médica como psicológica, puede plantear problemas adicionales y raras veces ha de considerarse la protección de menores o la asistencia social. La segunda pregunta es «¿Cuál es la gravedad y el pronóstico?».

La supervisión del riesgo agudo

El nivel de riesgo agudo determina la rapidez y eficiencia de que se aplique un tratamiento como la re-alimentación. Se hace necesaria una evaluación clínica del riesgo médico. Queda más allá de los objetivos de este trabajo el entrar en esta cuestión en detalle pero esto queda perfilado en muchas de las directrices. Hemos desarrollado una forma simplificada de evaluación de riesgos que pueden realizar los clínicos y que está disponible en nuestra página web www.eatingresearch.com/professionals. Esta sección de la página web incluye también un cuadro del IMC (Índice de masa corporal) que contiene así mismo una medida aproximada del riesgo. Si existen signos de riesgo médico elevado, es esencial controlarlos en un entorno seguro. Esto implica evaluar el nivel de motivación y los recursos disponibles. Si hay algún tipo de cuidados compartidos (cuidados familiares o comunitarios) con elevados niveles de motivación, se puede llevar a cabo la intervención desde la propia casa. Sin embargo, en casos más graves pueden necesitarse los equipos de unidades pediátricas, médicas o especializadas en trastornos alimentarios.

Evaluar la gravedad y el pronóstico

Incluidos en las directrices del *NICE* (National Institute for Clinical Excellence, 2004) y en revisiones recientes (Steinhausen, 2002; Reas, Schoemaker, Zipfel y Williamson, 2001; Keel *et al.*, 1999) se encuentran resúmenes de los factores que influyen tanto en el curso a largo plazo como en la respuesta al tratamiento. Los estudios sobre anorexia nerviosa coinciden en señalar el índice de masa corporal, el riesgo físico, la edad y la duración del trastorno como factores que afectan al pronóstico. Algunos de estos factores son potencialmente modificables, lo que implica que el diagnóstico y tratamiento de la anorexia nerviosa antes de que el déficit nutricional llegue a ser grave y prolongado mejorará el pronóstico. Por tanto, si los servicios se configuran para realizar un método de intervención temprano, podría ser posible mejorar el pronóstico de la anorexia nerviosa. Existe menos coincidencia en cuanto a los factores de pronóstico para la bulimia nerviosa, aunque los casos de adolescentes tratadas inadecuadamente muestran niveles elevados de morbilidad psicológica y médica posteriores (Johnson, Cohen, Kasen y Brook, 2002).

La situación inversa es que los casos de adultos en que se produce normalmente una larga duración de la enfermedad y los que tienen una acentuada pérdida de peso requerirán intervenciones prolongadas y con frecuencia de alta intensidad y coste tales como ingreso hospitalario, hospital de día o rehabilitación.

Intervención temprana en los trastornos alimentarios

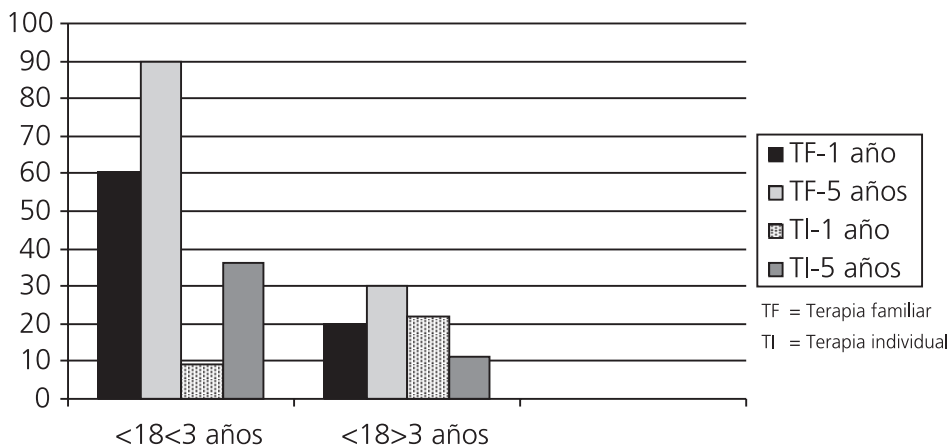
Aunque la evidencia de los estudios en un entorno natural se basa en una cantidad razonable de datos, puede que esté contaminada por sesgos. Sólo los datos de diseños experimentales aleatorios carecen de estas limitaciones. No ha habido ningún estudio que tratara plenamente la cuestión de la intervención temprana, es decir, de comparar casos distribuidos al azar a condición de tratamiento frente a condición de no tratamiento al inicio de la enfermedad, aunque hay estudios que apoyan esta premisa.

La anorexia nerviosa

El estudio pionero del Maudsley dividió a los pacientes aleatoriamente según criterios predeterminados de pronóstico (Russell, Szmukler, Dare y Eisler, 1987; Eisler *et al.*, 1997). Así, para la anorexia nerviosa hubo un «grupo de intervención temprana» (edad inferior a 18 años y menos de 3 años de evolución) que se diferenció de otros dos subgrupos, el de «intervención tardía, inicio típico» (más de tres años de duración e inicio antes de los 18 años) y el «grupo de adultos» (mayores de 18 años, edad de inicio sin especificar). La comparación de los primeros dos grupos puede explicar si el tratamiento especializado al comienzo del curso de la enfermedad mejora el pronóstico. Aunque este estudio obtuvo poco poder estadístico, el tamaño del efecto fue sustancial y, por tanto, los resultados fueron definidamente claros, como se aprecia en la Figura 1. En el grupo de «intervención tardía, inicio típico», sólo el 20% tenía un buen pronóstico después de 5 años. Esto contrasta con los resultados del «grupo de intervención temprana» en el que más del 60% tenía un buen pronóstico después de 5 años. Una conclusión adicional que puede extraerse de este estudio es que la eficacia del tratamiento durante el primer año se extiende a los posteriores. De este modo, en la terapia familiar en la que el 60% tuvo un buen pronóstico al año, el 90% tuvo un buen pronóstico tras 5 años, mientras que en la terapia individual en la que sólo un 10% tuvo un buen pronóstico al año, sólo el 35% tuvo buen pronóstico tras 5 años. Todos los grupos de este estudio tuvieron una fase inicial de tratamiento hospitalario durante el cual el peso de las pacientes se restableció a niveles normales. Las diferencias entre los grupos se limitaron a si las familias se incluían en el cuidado tras la hospitalización o no.

Los resultados de otros estudios controlados apoyan indirectamente lo anterior. Así, el tratamiento ambulatorio en adolescentes, con una duración media de la enfermedad inferior a un año, produjo un buen pronóstico en el 40-60% de los casos después de un año (Eisler *et al.*, 2000; Wallin y Kronvall, 2000). Mientras

Figura 1
 Post-hospitalización: Prevención de las recaídas
 (Russell *et al.*, 1987; Eisler *et al.*, 1997).



que sólo el 30% tuvo un buen pronóstico con terapia ambulatoria para adultos (duración media de 6 años). Y sólo el 5% de este grupo tuvo buen pronóstico con psicoterapia de apoyo.

Por tanto, los resultados son consistentes en que una intervención temprana en los casos de anorexia nerviosa con un tratamiento eficaz especializado mejora el pronóstico a largo plazo. Pero, ¿qué sucede con la bulimia nerviosa?

La bulimia nerviosa

Aunque ha habido un gran número de estudios de mucha calidad sobre la bulimia nerviosa (el *NICE* revisó más de 70), existe una menor coincidencia entre los estudios que han estudiado los factores de predicción. Por tanto, hacen falta estudios que indaguen esta cuestión (Reas, Schoemaker, Zipfel y Williamson, 2001). Uno de los problemas es que la mayoría de estudios sobre la bulimia nerviosa incluyen casos de adultos con un historial prolongado. Nosotros hemos realizado uno de los escasos trabajos que tratan casos de adolescentes. Aunque no llegamos a la conclusión de que la duración de la enfermedad tenga efecto en el pronóstico, sí que encontramos que aquellos casos con pocos síntomas, es decir, con menos conductas compensatorias y menos episodios de atracón, esto es, lo que sucede en el grupo de trastorno alimentario no especificado —TCANE— efectivamente obtuvieron un mejor pronóstico. Esto indica que el reconocimiento y tratamiento de los casos menos sintomáticos es importante.

¿Cómo puede planificarse los servicios para una intervención temprana?

La evidencia anterior indica que es crucial detectar tempranamente los casos de anorexia nerviosa y hacer que reciban tratamiento especializado. No obstante, esta es precisamente la cuestión. Uno de los problemas que señalan los padres es la dificultad para convencer a las hijas de que necesitan ayuda y que, a veces, los médicos generales no aciertan en el diagnóstico y, por lo tanto, no actúan y se pierde la oportunidad de una intervención temprana. Una gran proporción de la población continúa con los estudios superiores hasta los 20 años y más tarde. Por tanto, la detección e intervención en institutos y universidades, además de en casa, son una prioridad. Se necesitan servicios especializados para asegurar que se realice el diagnóstico requerido y que ciertas habilidades se extiendan de forma adecuada en estos entornos. Existen trabajos en curso para utilizar materiales escritos (Treasure, 1997; Treasure y Schmidt, 1997), habilidades prácticas por medio de Internet y talleres para ayudar a padres, profesores y trabajadores sociales.

Nuevas tendencias

La investigación sobre las bases biológicas de los trastornos alimentarios ha tenido un gran impacto en el campo teórico. Sin embargo, esta investigación ha de trasladarse a los tratamientos. Por ejemplo, los resultados de las intervenciones tempranas necesitan de una explicación. ¿Cuáles son los mecanismos por los que una infra-nutrición persistente lleva a que la anorexia nerviosa tenga un curso prolongado? Una posibilidad es que la infra-nutrición crónica pueda llevar a adaptaciones del control central del apetito. Por ejemplo, cuando examinamos la activación cerebral para indicios de comida en personas que se habían recuperado de un episodio de enfermedad (duración media 3, 4 años), encontramos activación en las mismas áreas (el córtex orbitofrontal y el cíngulo anterior) que estaban anormalmente activadas en las personas con trastornos alimentarios. Una explicación de este fenómeno es que esto es como una «cicatriz» de la enfermedad. El grupo que se ha recuperado también tiene una única área de activación para los indicios de comida en el córtex apical frontal. Es como si se hubieran desarrollado nuevas rutas de activación para inhibir la anormal activación persistente de esta área. Sería interesante examinar la activación funcional de los indicios de comida en personas con una breve duración de la enfermedad y seguir el desarrollo del patrón de activación para la comida durante el curso de la enfermedad. Así, puede surgir una situación similar a la que parece tener lugar en la psicosis en que el retraso del tratamiento cause daños biológicos además de psicosociales. Puede ser que la anorexia nerviosa prolongada y no tratada lleve al desarrollo de cambios cerebrales permanentes.

Esto acentúa la necesidad de examinar los factores que mantienen la enfermedad. El tratamiento de la bulimia nerviosa avanzó mucho siguiendo el modelo cognitivo-conductual de Fairburn (Fairburn, 1984). Se necesita un modelo de la anorexia nerviosa que aporte elementos a la terapia.

Conclusiones

Un cínico podría argumentar que el conjunto del desarrollo de las guías clínicas relativas a los trastornos alimentarios ha revelado todo lo que ignoramos. En efecto, existe mucho que aprender todavía. No obstante, las nuevas asociaciones entre profesionales, familiares y personas con trastornos alimentarios ofrecen esperanza y optimismo para el futuro. Los servicios tendrán que considerar los modos en que pueden contribuir a que haya intervenciones tempranas, asegurándose de que la detección, el diagnóstico y la adopción de un tratamiento eficaz tenga lugar al comienzo del curso de la enfermedad.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1-39.
- Bacaltchuk, J., Hay, P. y Mari, J.J. (2000). Antidepressants versus placebo for the treatment of bulimia nervosa: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 310-317.
- Bacaltchuk, J., Trefiglio, R.P., Oliveira, I.R., Hay, P., Lima, M.S. y Mari, J.J. (2000). Combination of antidepressants and psychological treatments for bulimia nervosa: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 256-264.
- Eisler, I., Dare, C., Russell, G.F., Szmulker, G., Le Grange, D. y Dodge, E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*; 54,1025-1030.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E. y Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 727-736.
- Hay, P.J. y Bacaltchuk, J. (2001). Extracts from «Clinical evidence»: Bulimia nervosa. *British Medical Journal*, 323, 33-37.
- Hay, P.J. y Bacaltchuk, J. (2003). Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Cochrane Review). *Cochrane Database System Review* CD000562.
- Hay, P., Bacaltchuk, J., Claudino, A., Ben-Tovim, D. y Yong, P.Y. (2003). Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa (Cochrane Methodology Review). En John Wiley & Sons L, ed. *The Cochrane Library*, Chichester, United Kingdom.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S. y Brook, J.S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 545-552.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis, T.L. y Crow, S.J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63-69.
- National Institute of Clinical Excellence (2004). NICE Guidelines for Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. <http://www.nice.org.uk>
- Reas, D.L., Schoemaker, C., Zipfel, S. y Williamson, D.A. (2001). Prognostic value of duration of illness and early intervention in bulimia nervosa: a systematic review of the outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 1-10.

- Russell, G.F., Szmulker, G.I., Dare, C. y Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.
- Sackett, D.L. (2000). The fall of «clinical research» and the rise of «clinical-practice research». *Clinical and Investigative Medicine*, 23, 331-333.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Treasure, J. y Schmidt, U. (2002). Anorexia nervosa. *Clinical Evidence*, 824-833.
- Wallin, U. y Kronvall, P.M.M. (2000). Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years. *European Eating Disorders Review*, 8, 19-30.