



ACTUALIZACIÓN Y TRATAMIENTO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA Y TRASTORNO POR ATRACONES

UPDATE AND TREATMENT IN EATING DISORDERS: ANOREXIA NERVOSA, BULIMIA NERVOSA AND BINGE EATING DISORDER



Carolina Blanco Artula*

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por una alteración persistente de la alimentación que afecta la salud o el funcionamiento psicosocial. Los trastornos incluyen la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos por atracones, su etiología es multifactorial, intervienen factores sociales, biológicos y psicológicos. Los diagnósticos se basan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en su quinta edición (DSM-5), que divide los trastornos alimentarios en categorías mutuamente excluyentes que se basan en los síntomas observados. Algunos diagnósticos incluyen un componente dimensional que permite a los médicos especificar la gravedad de la enfermedad. El tratamiento se basa en la terapia cognitivo conductual, siendo esta la primera línea, y

solo en casos recomendados se realiza la combinación con psicofármacos.

Palabras clave: anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastorno por atracones, tratamiento

Abstract

Eating disorders are characterized by a persistent disturbance in eating that affects health or psychosocial functioning. The disorders include anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorders, their etiology is multifactorial, involving social, biological, and psychological factors. Diagnoses are based on the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5), which divides eating disorders into mutually exclusive categories based on observed symptoms. Some diagnoses include a dimensional component

*Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. email. caroblancoa25@gmail.com



that allows clinicians to specify the severity of the disease. The treatment is based on cognitive behavioral therapy, this being the first line, and only in recommended cases is the combination with psychotropic drugs performed.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, treatment

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria se han descrito como una alteración persistente de la conducta alimentaria o de la conducta destinada a controlar el peso, que afecta significativamente la salud física o el funcionamiento psicosocial (1). Se caracterizan por una combinación de alteraciones en la imagen corporal y comportamientos alimentarios desadaptativos (2). La imagen corporal ha sido descrita como una construcción multidimensional que abarca la visión interiorizada que uno tiene del propio cuerpo, incluye, percepciones, pensamientos, sentimientos y actitudes relacionadas con los aspectos físicos del cuerpo, como el peso y la forma (3). Los comportamientos desadaptativos incluyen: restricción de la ingesta dietética, comer en exceso con una sensación de pérdida de control y conductas compensatorias tales como vómitos, ejercicio y abuso de laxantes (1). Las 2 variantes más conocidas son la

anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) pero con frecuencia coexisten con otras enfermedades como la depresión, abuso de sustancias o los trastornos de ansiedad (4). El objetivo de esta revisión bibliográfica es proporcionar una actualización del tema y una guía resumida para el médico en su práctica clínica.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica donde se utilizaron artículos de los últimos 5 años, seleccionados de bases de datos de Elsevier, NICE Clinical Guideline, Frontiers in Psychiatry, Internal Medicine Journal e International Journal of Environmental Research and Public Health además de otros artículos de revisión brindados por el BINASS. Se tomaron en cuenta artículos en español e inglés, enfocados en las generalidades y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Se utilizaron un total de 21 referencias bibliográficas.

Curso

La mayoría de los trastornos de la conducta alimentaria tienen su origen en la adolescencia y la adultez temprana, aunque un número considerable de casos comienzan a edades más tempranas o avanzadas. Si no se trata o se trata de manera inadecuada, muchos casos continúan durante décadas, la gravedad



puede variar con el tiempo y puede haber períodos temporales de remisión. Muchos casos cambiarán de un diagnóstico a otro, por ejemplo, un individuo cuyo diagnóstico cambia durante varios años de anorexia nerviosa restrictiva a anorexia nerviosa de atracones/purgas a bulimia nerviosa (1).

Epidemiología

Los trastornos de la conducta alimentaria (AN, BN y TA) tienen una prevalencia combinada en mujeres del 3% al 6%, teniendo en cuenta los cambios en los criterios diagnósticos en el DSM-5, alrededor del 10 % de todos los casos de AN y BN son en hombres, y la proporción aumenta alrededor del 30 % para TA en muestras clínicas (5). La AN es el trastorno psiquiátrico más letal, los pacientes con AN tienen 5.2 veces más probabilidades de morir prematuramente que las mujeres en la población general y 18.1 veces más probabilidades de morir por suicidio (1). Los estudios de incidencia clínica y de cohortes sugieren un aumento en toda la comunidad de la BN y del TA, también se han producido aumentos en la AN y son mayores en mujeres jóvenes (6). El TA tiene altas tasas de prevalencia a lo largo de la vida (5-13%) y complicadas secuelas en la salud tales como la obesidad (7).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo representan una diversidad de variables complejas

asociadas con el inicio, el desarrollo y el curso de los trastornos alimentarios. Los estudios familiares han demostrado una fuerte asociación genética para la AN en particular. Una persona tiene 11 veces más probabilidades de desarrollar AN si tiene un familiar con el trastorno en comparación con alguien sin antecedentes familiares. Del mismo modo, un individuo tiene 9.6 veces más probabilidades de desarrollar BN y 2.2 veces más probabilidades de desarrollar TA si tiene un familiar con el trastorno. Se ha demostrado que los patrones hereditarios de los TCA afectan desproporcionadamente a las mujeres. Una posible explicación para esta diferencia se ofreció en un estudio de cohortes francesas y alemanas en el que las variaciones heredadas en un gen del receptor de estrógeno (ESR1) aumentaron significativamente el riesgo de una alimentación restrictiva y, posteriormente, el desarrollo del subtipo restrictivo AN. El riesgo genético se ha implicado en la concurrencia de TCA y otros diagnósticos psiquiátricos (8).

Anorexia nerviosa

El término AN deriva del término griego para pérdida de apetito y una palabra latina que implica un origen nervioso. Es un síndrome caracterizado por tres criterios fundamentales: una búsqueda implacable de la delgadez o un miedo mórbido a la obesidad, es decir, una psicopatología,



y la presencia de signos y síntomas médicos debido a la inanición, esto es síntomas fisiológicos (9). Es el trastorno psiquiátrico más letal, las pacientes con AN tienen 5.2 veces más probabilidades de morir prematuramente que las mujeres en la población general y 18.1 veces más probabilidades de morir por suicidio (5).

Epidemiología

La AN es más común en mujeres que en hombres, la prevalencia de por vida estimada fue tres veces mayor en mujeres que en hombres (10). Las edades de inicio más habituales se sitúan en la mitad de la adolescencia, entre los 14 y los 18 años, pero hasta en el 5% de los pacientes se inicia a principios de la década de los 20 años. Se estima que la prevalencia de la AN se da en alrededor del 0,5- 1% de las adolescentes. Es de 10 a 20 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres (9).

Etiología

En las causas de la anorexia nerviosa intervienen factores biológicos, sociales y psicológicos (9). Existen teorías culturales para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, se encontró que las variables de insatisfacción corporal y las preocupaciones por el peso aumentan el riesgo entre grupos de género. La presión familiar o de los compañeros sobre la

aparición también asoció significativamente más riesgo para desarrollar AN (11).

La AN se presenta en familias y son hereditarios, las mujeres familiares de personas con AN tienen 11 veces más probabilidades de desarrollar AN que las familiares de personas sin AN. Los estudios en gemelos han arrojado estimaciones de heredabilidad para AN que oscila entre 0.28 y 0.74 (12).

Diagnóstico y cuadro clínico

Existe un consenso amplio y de larga data sobre las características esenciales de la anorexia nerviosa, el DSM-5 intenta capturar estas características de manera eficiente a través de 3 criterios (13):

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades que conduce a un peso corporal significativamente en el contexto de la edad, el sexo, la trayectoria del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes inferior a mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que se experimenta el peso o la forma del cuerpo, influencia indebida de la forma o el peso



del cuerpo en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

La AN se ha dividido en dos subtipos: el tipo restrictivo y el tipo con atracones/purgas. En el tipo restrictivo, presente en alrededor del 50% de los casos, la ingesta de alimentos está muy restringida, y el paciente puede mostrarse implacable y compulsivamente hiperactivo, con lesiones deportivas por sobreesfuerzo. El tipo con atracones/purgas, los pacientes van alterando los intentos de seguir una dieta rigurosa con episodios intermitentes de atracones o purgas. Las purgas representan una compensación secundaria de las calorías no deseadas, normalmente se llevan a cabo mediante el vómito autoinducido, a menudo con el abuso de laxantes, con menor frecuencia mediante diuréticos, y, en ocasiones, mediante eméticos (9).

Complicaciones

Las complicaciones surgen como resultado de la desnutrición, los atracones y las conductas compensatorias (incluidos los vómitos, el uso indebido de diuréticos y laxantes y ejercicio excesivo), o el uso indebido de otras drogas o alcohol. Las complicaciones agudas generalmente se relacionan con el bajo peso del individuo o con la tasa de pérdida de peso (14).

A. Cardiovasculares: frecuencia cardíaca baja, presión arterial baja, hipotensión postural, mala circulación periférica o problemas de conducción (intervalo QTc prolongado y arritmias). También puede ocurrir derrame pericárdico e insuficiencia cardíaca. La fibrosis miocárdica puede ser una causa de muerte cardíaca súbita en estos pacientes.

B. Hematológicos: reducción de la actividad de la médula ósea y de la cantidad y calidad de las células sanguíneas, en particular, reducción de la cantidad de plaquetas y neutrófilos. Esto puede resultar en una respuesta inmunológica alterada, anemia y un mayor riesgo de accidente cerebrovascular.

C. Metabólicos: trastornos electrolíticos (particularmente niveles bajos de potasio, sodio, fosfato y magnesio), deficiencias de vitaminas y hierro y una reducción en la densidad mineral ósea, que puede ser lo suficientemente grave como para causar osteoporosis incluso en pacientes jóvenes. Esto resulta en un mayor riesgo de fracturas, puede haber una pérdida de estatura en pacientes completamente desarrollados.

D. Musculares: se debe a agotamiento de las reservas de grasa y se utiliza la proteína como combustible, produciendo debilidad muscular, dolor en los músculos esqueléticos y articulaciones.



E. TGI: retraso en el tránsito intestinal, causando molestias tales como, distensión abdominal y estreñimiento.

F. Pulmonar: La función pulmonar puede verse comprometida (p. ej., cambios enfisematosos) y puede desarrollarse edema pulmonar.

G. Hepático: Hepatitis y más raramente pancreatitis.

Los pacientes pueden experimentar hipotermia, la piel puede estar seca o magullarse con facilidad y pueden desarrollarse úlceras por presión, que tardan en sanar (14).

Tratamiento

A la vista de las complicadas implicaciones psicológicas y médicas de la AN, se recomienda un plan de tratamiento global, que incluya el ingreso hospitalario siempre que haga falta y psicoterapia tanto individual como familiar. Deben valorarse los enfoques conductuales, interpersonales, cognitivos y en algunos casos, los farmacológicos (9).

Psicoterapia

La mayoría de las guías de tratamiento consideran que la TCC es el tratamiento de primera línea para AN, BN y TA (15). Esto generalmente se realiza en 20 sesiones semanales para BN y TA, y en

40 sesiones para la AN (6). La terapia cognitivo conductual (TCC) se basa en los principios del aprendizaje, tales como el condicionamiento operante y clásico. Las estrategias conductuales tienen como objetivo reducir o eliminar los comportamientos problemáticos a través de un nuevo aprendizaje, un elemento común de estos tratamientos es un fuerte enfoque en el uso de estrategias conductuales para reducir los síntomas del trastorno alimentario, con todas las intervenciones particularmente enfocadas en normalizar los hábitos alimentarios y el peso (16). La terapia familiar específica (tratamiento basado en la familia) tiene como objetivo ayudar a los padres a hacerse cargo de la alimentación de sus hijos, parece tener éxito tanto a corto como a largo plazo, con aproximadamente el 50% de los pacientes con anorexia recuperados tanto al final del tratamiento y en el seguimiento (5). Por lo tanto, para la AN adolescente, la terapia familiar en general y el tratamiento basado en la familia, en particular son tratamientos basados en la evidencia (5). La mayor parte de la literatura del tratamiento basado en la familia se ha centrado en adolescentes entre las edades de 12 y 18 años. Sin embargo, la definición de adolescencia es mutable y, particularmente en las sociedades occidentales, la adolescencia con frecuencia se extiende hasta la edad adulta temprana (17).



Farmacológico

Los estudios farmacológicos controlados tanto en adolescentes como en adultos generalmente han mostrado una falta de eficacia. La mayoría de los estudios de agentes antipsicóticos en el tratamiento de la AN, incluidos clorpromazina, pimozida, sulpirida, olanzapina y risperidona, no mostraron evidencia de eficacia para el aumento de peso, del mismo modo, los antidepresivos han resultado decepcionantes.

Un estudio de pacientes hospitalizados encontró que la fluoxetina no era efectiva en pacientes hospitalizados con AN y se suma al fracaso constante de la literatura para mostrar un efecto beneficioso de la medicación antidepresiva durante el período de recuperación de peso.

Dado el hallazgo de que la fluoxetina no confiere ningún beneficio a los pacientes adultos con AN, ya sea durante el período de ganancia de peso en el hospital o durante el tratamiento ambulatorio, se debe concluir que el uso de fluoxetina no está indicado en el tratamiento de la AN excepto para tratar la psicopatología comórbida.

La mayoría de los pacientes con AN pueden ser tratados como pacientes ambulatorios. Sin embargo, el tratamiento puede ser difícil debido a la reticencia del paciente a aumentar de peso (5).

Manejo nutricional

El manejo nutricional está dirigido a la corrección de las alteraciones nutricionales, la conducta alimentaria y otros comportamientos destinados a un control ponderal no saludable, además de al establecimiento de un manejo saludable y flexible de la alimentación y el peso (18).

El personal de apoyo dietético y nutricional dirige la rehabilitación nutricional, analiza las opciones dietéticas disponibles y los requisitos del plan de comidas con los pacientes, y brinda educación nutricional con respecto a los cambios en los comportamientos alimentarios.

El dietista junto con el médico general, establecen los objetivos de peso apropiados (14).

Hospitalización

Las indicaciones de hospitalización incluyen: peso inferior al 75 % del peso corporal ideal para la edad y la altura, frecuencia cardíaca inferior a 40 latidos/minuto, presión arterial inferior a 90/60 mm Hg, niveles de potasio inferiores a 3 mEq/L, temperatura inferior a 97 °F y pérdida de peso muy rápida. Además, debido a la psicopatología asociada a este trastorno, se deben seguir las indicaciones habituales de hospitalización por psicopatología grave. (5).



Bulimia nerviosa

El término BN deriva de los términos griegos hambre de buey y latino nerviosa (9), tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana, con un período prodrómico caracterizado por insatisfacción con la forma corporal y temor a tener sobrepeso, seguido de restricción dietética y pérdida de peso. Tarde o temprano, los períodos de restricción dietética van seguidos de episodios de atracones experimentados como una pérdida de control sobre la ingesta dietética. Estos, a su vez, agravan aún más la insatisfacción con la forma del cuerpo y los temores de aumentar de peso. En última instancia, el paciente bulímico descubre la purga, por lo general en forma de vómitos autoinducidos, con o sin uso de laxantes o diuréticos, ejercicio excesivo o menos comúnmente ayuno, y en casos raros en forma de masticar la comida y escupirla (5).

Epidemiología

La BN es más prevalente que la AN. Las estimaciones de prevalencia oscilan entre un 2-4% en las mujeres jóvenes (10). La bulimia nerviosa es más común en mujeres que en hombres, la prevalencia de por vida era tres veces mayor en las mujeres que en los hombres, la mediana de edad de inicio de la bulimia nerviosa es de 18 años (10). La incidencia ha ido en disminución durante la última década, con una edad máxima de aparición entre los 15 y los 24 años (1).

Etiología

La etiología es de origen multifactorial, con factores biológicos, sociales y psicológicos. En la BN, la familia como primer agente de socialización de la persona, posibilita el acceso y adaptación de sus hijos a la sociedad. Es por eso que la familia adquiere un lugar prioritario para el desarrollo físico y psicológico de sus miembros (18). Muchos tienen antecedentes de problemas para separarse de sus cuidadores, que se manifiestan a través de la ausencia de objetos de transición durante sus primeros años de infancia (9).

Diagnóstico y cuadro clínico

El diagnóstico de la BN se basa en 5 criterios según en DSM-5 (13):

A. Episodios recurrentes de atracones, un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que a mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito



autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o ejercicio excesivo. Los atracones y comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

C. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso del cuerpo.

D. La alteración no se produce exclusivamente durante episodios de AN.

La forma clínica más frecuente es el acceso bulímico, conocido como atracón, en donde se da la ingesta masiva, impulsiva, continua y casi frenética de gran cantidad de comida con pérdida de control de la conducta. La comida escogida suele ser altamente calórica (19). Posteriormente realizan conductas compensatorias, tanto purgativas como vómitos autoinducidos y uso indebido de laxantes, diuréticos u otros medicamentos o no purgativas tales como la restricción alimentaria y/o ejercicio excesivo (20). Los vómitos se acompañan de sentimientos de vergüenza, odio y sentimientos de culpa. Pasado el atracón es habitual olvidar el estado afectivo y físico penoso que sucedió, por lo que si hay comida disponible, el atracón puede reanudarse (19). La BN se da en individuos con altas tasas de trastornos del estado de ánimo y del control

de los impulsos. También se ha publicado en individuos con riesgo de presentar trastornos relacionados con el consumo de sustancias y diversos trastornos de la personalidad (9).

Tratamiento

La mayor parte de los pacientes con BN no complicada no necesitan ser ingresados. En general, no son tan reservados con respecto a sus síntomas como los pacientes con AN, por lo que el tratamiento ambulatorio no suele ser complicado, aunque a menudo la psicoterapia es tormentosa y puede ser prolongada. En algunos casos cuando los atracones están fuera de control, el tratamiento ambulatorio no funciona o un paciente muestra síntomas psiquiátricos adicionales, como tendencias suicidas y consumo de sustancias puede ser necesario recurrir al ingreso hospitalario (9).

Farmacológico

El uso de antidepresivos en el tratamiento de la BN fue provocado por la observación de que la depresión suele ser una característica comórbida del trastorno.

La fluoxetina es el único medicamento aprobado FDA para el tratamiento de la BN. Los antidepresivos se recetan para la BN en las mismas dosis que se usan para tratar la depresión, con la excepción de la fluoxetina, para la cual se encontró que una dosis de 60 mg/día era más efectiva que



20 mg/día para reducir los atracones y las purgas. Un problema con la medicación administrada fuera de la hora de acostarse es que una cantidad significativa se puede purgar a través del vómito subsiguiente. Los efectos secundarios y las razones para la interrupción de los diversos medicamentos son similares a los observados en el tratamiento de la depresión. El topiramato, un fármaco anticonvulsivo, se ha evaluado en dos ensayos controlados. La razón para considerar el topiramato fue que los pacientes epilépticos experimentaron reducción del apetito y pérdida de peso con este medicamento. El topiramato fue estadísticamente superior al placebo en la reducción de los atracones y las purgas; sin embargo, no se informaron datos sobre remisión o recuperación (5).

Terapia combinada

La TCC se considera el tratamiento de primera línea para la BN porque parece ser más eficaz que la medicación antidepresiva y otras psicoterapias como la psicoterapia interpersonal.

Los componentes de la TCC incluyen: psicoeducación sobre la BN, reducción de la dieta y restablecimiento de la alimentación normal, exposición a alimentos temidos, reducción de preocupaciones sobre el peso y la forma y reducción de los desencadenantes interpersonales de los atracones. La

existencia de dos tratamientos diferentes y efectivos, los medicamentos antidepresivos y la TCC, llevó naturalmente a la cuestión de si los tratamientos combinados serían más efectivos que cualquier tratamiento solo (5).

Trastorno por atracones

El trastorno por atracones se caracteriza por un consumo rápido y discreto de cantidades objetivamente grandes de alimentos sin compensación, asociado con una pérdida de control y angustia (7). Como resultado, gran cantidad de las personas con trastorno por atracón tienen sobrepeso u obesidad (1). Los episodios a menudo ocurren en privado, por lo general incluyen alimentos hipercalóricos y durante el atracón, la persona siente que no puede controlar su impulso de comer (10).

Epidemiología

El TA es el más común de los trastornos de la conducta alimentaria. Se da alrededor del 25% de pacientes que solicitan atención médica por obesidad, y en el 50-70% de los que presentan obesidad mórbida (IMC >40). En comparación con los otros trastornos alimentarios, el trastorno por atracón es más común en hombres y personas mayores (1). El trastorno por atracón tiene una alta comorbilidad con una variedad de diagnósticos de salud mental y deteriora significativamente la calidad de vida (21).



Etiología

Las causas del TA son desconocidas. Los estilos de personalidad impulsiva y extrovertida están vinculados a este trastorno, al igual que las personas que llevan a cabo una dieta muy baja en calorías. Los atracones también pueden darse durante periodos de estrés. Puede que se realicen con la finalidad de reducir la ansiedad o aliviar estados de ánimo depresivos (9).

Diagnóstico y cuadro clínico

Para recibir el diagnóstico de trastorno por atracones, deben de cumplirse los siguientes criterios diagnósticos según el DSM-5 (13):

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por dos hechos siguientes:

1. Ingestión en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que a mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

B. Los episodios de atracones se asocian a tres o más de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de la BN o la AN.

El trastorno se asocia con altas tasas de prevalencia a lo largo de la vida y secuelas de salud complicadas que incluyen una alta comorbilidad con una variedad de trastornos de salud mental y una calidad de vida significativamente deteriorada. Las comorbilidades de salud mental más prevalentes en el trastorno por atracones en adultos son la depresión, ansiedad, trastornos relacionados con el consumo de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático (21).



Tratamiento Farmacológico

Los estudios doble ciego controlados por placebo sugieren que los antidepresivos son al menos tan útiles en el tratamiento de TA como lo son en BN. Los primeros estudios controlados con placebo encontraron que la desipramina es eficaz para reducir los atracones, con una tasa de abstinencia del 60%. Los estudios de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han sugerido una eficacia moderada, con tasas de remisión generales de aproximadamente el 40 %, en comparación con el 20 % del placebo. La mayoría de los estudios mostraron algún grado de pérdida de peso, que en su mayor parte no fue clínicamente significativo.

Los anticonvulsivos como el topiramato y la zonisamida también parecen ser útiles en el tratamiento del TA. La dosis media de topiramato fue de 300 mg/día. La pérdida de peso media fue de 4.5 kg en el grupo de topiramato frente a un pequeño aumento de peso en el grupo de placebo.

Un estudio multicéntrico reciente sugirió que la lisdexanfetamina, un fármaco similar a la dextroanfetamina aprobado por la FDA para el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, puede ser útil, al menos a corto plazo, para el tratamiento del TA. Se administró lisdexanfetamina

durante 8 semanas con un seguimiento de 1 semana después de la interrupción. Los resultados fueron a favor de la medicación, con el 50 % de los pacientes en el grupo que recibió lisdexanfetamina 70 mg/día logrando 4 semanas sin atracones antes del final del tratamiento, en comparación con el 21.3 % de los pacientes con placebo. Estos resultados son alentadores tanto para la reducción de los atracones como para la pérdida de peso, aunque ahora se necesitan estudios a largo plazo para examinar el mantenimiento de los logros terapéuticos y extender los hallazgos a un grupo más representativo de pacientes (5).

Psicoterapia

La TCC es el tratamiento psicológico más efectivo para el trastorno por atracones. Se ha demostrado que obtiene una disminución de los atracones y sus problemas asociados, pero los estudios no han probado una pérdida de peso notable como resultado, y la TCC combinada algún tratamiento psicofarmacológico, como los ISRS, revela mejores resultados que la primera sola. La terapia interpersonal también ha probado su efectividad, pero se centra más en los problemas interpersonales que fomentan el trastorno que en las alteraciones en la conducta alimentaria (9).



Conclusiones

Los trastornos de la conducta alimentaria se asocian con múltiples factores de riesgo, aparecen con frecuencia en la adolescencia y pueden ser fuente de graves complicaciones en la salud, incluida la muerte, por tanto, deben de ser tratados de forma precoz, el conocimiento de la etiología, epidemiología y complicaciones nos permite discernir cuando es adecuado un manejo ambulatorio o intrahospitalario, por lo que es fundamental conocer los criterios diagnósticos para la detección y el inicio de una terapia temprana. Se ha realizado una gran cantidad de investigación en el campo, sin embargo, se requieren más estudios para evaluar la naturaleza causal de los factores de riesgo. Esto ayudará a comprender las secuelas del desarrollo del trastorno alimentario y, a su vez, permitirá mejorar las intervenciones existentes y, en última instancia, mejorar los resultados para las personas.

Referencias bibliográficas

1. Jones, D., LaBouchardiere, J., Bird, C., & Richardson, J. (2021). NICE Nuggets: NG69 Eating disorders: Recognition and treatment. *InnovAiT*, 14(9), 580-582. <https://doi.org/10.1177/1755738020903757>
2. Steinglass, J. E., Berner, L. A., & Attia, E. (2019). Cognitive neuroscience of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 75–91. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.008>
3. Steinglass, J. E., Berner, L. A., & Attia, E. (2019). Cognitive neuroscience of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 75–91. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.008>
4. Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
5. Schatzberg, A. F., & Nemeroff, C. B. (Eds.). (2017). *The American psychiatric association publishing textbook of psychopharmacology* (5a ed.). American Psychiatry Association Publishing.
6. Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50(1), 24–29. <https://doi.org/10.1111/imj.14691>
7. Bray, B., Bray, C., Bradley, R., & Zwickley, H. (2022). Binge eating disorder is a social justice issue: A cross-sectional mixed-methods study of binge eating disorder experts' opinions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*



- Health*, 19(10), 6243. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106243>
8. Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
9. Sadock, B., Sadock, V., Kaplan, H. and Ruiz, P., 2015. *Sinopsis De Psiquiatría* (11th ed). Wolters Kluwer.
10. UpToDate. (n.d.). *Eating disorders: Overview of prevention and treatment*. Consultado 26 Octubre, 2022.
11. Weissman, R. S. (2019). The role of sociocultural factors in the etiology of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 121–144. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.009>
12. Bulik, C. M., Blake, L., & Austin, J. (2019). Genetics of eating disorders: What the clinician needs to know. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 59–73. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007>
13. Walsh, B. T. (2019). Diagnostic categories for eating disorders: Current status and what lies ahead. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.001>
14. Voderholzer, U., Haas, V., Correll, C. U., & Körner, T. (2020). Medical management of eating disorders: an update: An update. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 542–553. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000653>
15. Agras, W. S. (2019). Cognitive behavior therapy for the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 169–179. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
16. Waller, G., & Raykos, B. (2019). Behavioral interventions in the treatment of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.002>
17. Society for Adolescent Health and Medicine. (2022). Medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 71(5), 648–654. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.08.006>



18. Gaete P V, López C C. (2020). Eating disorders in adolescents. A comprehensive approach. *Rev Chil Pediatr.*, 91(5):784-93. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S037041062020000500784&script=sci_arttext
19. Chaulet, S., Riquin, É., Avarello, G., Malka, J., & Duverger, P. (2015). Trastornos de conducta alimentaria en el adolescente. *EMC - Pediatría*, 50(3), 1–25. [https://doi.org/10.1016/s1245-1789\(15\)72932-x](https://doi.org/10.1016/s1245-1789(15)72932-x)
20. Losada, Analia Verónica, & Lupis, Bernardita Lioy. (2018). Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. *Psicología para América Latina*, (30), 26-43. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2018000100003&lng=pt&tlng=es.
21. Bray, B., Bray, C., Bradley, R., & Zwickey, H. (2022b). Mental health aspects of binge eating disorder: A cross-sectional mixed-methods study of binge eating disorder experts' perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 953203. <https://doi.org/10.3389/fpsy.20223203>