



PSICOFARMACOLOGÍA EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: ENFOQUES ACTUALES PSYCHOPHARMACOLOGY IN EATING DISORDERS: CURRENT APPROACHES



Laura Vanessa Bermúdez Durán*

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades multifactoriales de alta morbilidad y mortalidad que afectan principalmente a adolescentes y jóvenes. Se caracterizan por alteraciones en la conducta alimentaria, una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal, y un deterioro significativo de la salud física y psicosocial. Aunque el tratamiento principal es la psicoterapia, la farmacoterapia complementaria es a menudo necesaria. Para la anorexia nerviosa (AN), no hay fármacos aprobados con eficacia robusta, aunque la olanzapina ha mostrado mejoras modestas y se investigan opciones emergentes. En la bulimia nerviosa (BN), la fluoxetina se mantiene como el estándar, demostrando ser eficaz para reducir los atracones y las conductas compensatorias, especialmente cuando se combina con la psicoterapia cognitivo-conductual. En el trastorno por atracón (TA), la lisdexanfetamina es la

principal opción aprobada. En conjunto, la evidencia respalda un abordaje integrado que combine farmacoterapia y psicoterapia, y resalta la necesidad de ensayos clínicos rigurosos para el desarrollo de nuevas intervenciones.

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia nerviosa, bulimia, Tratamiento

Abstract

Eating disorders (EDs) are multifactorial diseases with high morbidity and mortality that primarily affect adolescents and young adults. They are characterized by disturbances in eating behavior, excessive concern about weight and body image, and significant impairment in physical and psychosocial health. Although the primary treatment is psychotherapy, complementary pharmacotherapy is often necessary. The use of psychoactive medications presents challenges and is subject to controversy

*Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. email.bermudezlau96@outlook.es



regarding their efficacy and safety. In anorexia nervosa (AN), there are no approved drugs with robust efficacy, although olanzapine has shown modest improvements and emerging options are being investigated. In bulimia nervosa (BN), fluoxetine remains the standard, proving effective in reducing binge eating and compensatory behaviors, especially when combined with cognitive-behavioral psychotherapy. In binge eating disorder (BED), lisdexamfetamine is the main approved option. Overall, the evidence supports an integrated approach combining pharmacotherapy and psychotherapy and highlights the need for rigorous clinical trials for the development of new interventions.

Key Words: Eating disorders, Anorexia nervosa, bulimia, treatment

Introducción

Los Trastornos de conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de patologías psiquiátricas graves, caracterizadas por alteraciones persistentes en la ingesta y en las conductas relacionadas con la alimentación, que afectan significativamente la salud física, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida (1). Estos trastornos presentan una de las tasas de mortalidad más altas entre las enfermedades mentales, suelen manifestarse en la adolescencia y la juventud y son notoriamente resistentes al tratamiento (2). Entre ellos destacan la Anorexia nerviosa (AN) , la bulimia

nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA), cada uno con perfiles clínicos y consecuencias fisiológicas particulares. La complejidad etiológica de los TCA, que involucra factores biológicos, psicológicos y socioculturales, ha dificultado el desarrollo de intervenciones farmacológicas de alta eficacia, lo que ha llevado a que el tratamiento se base principalmente en abordajes psicoterapéuticos (3,4).

En las últimas dos décadas, los avances en neurociencia, psicofarmacología y endocrinología han permitido explorar nuevas dianas terapéuticas y fármacos potencialmente útiles para la modulación de la conducta alimentaria y sus síntomas asociados. Sin embargo, la eficacia de la farmacoterapia difiere notablemente entre los distintos TCA, además de presentar evidencia heterogénea (1, 3). Mientras que en AN las intervenciones farmacológicas han mostrado resultados limitados, en BN y BED se cuenta con opciones aprobadas que demuestran un impacto significativo en la reducción de conductas de atracones y purgas (5, 6). Además, el desarrollo de agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1) ha abierto una línea de investigación prometedora para el control de la ingesta y el peso corporal, aunque su uso en TCA aún plantea interrogantes sobre seguridad y aplicabilidad clínica (1).

Este trabajo revisa y sintetiza la evidencia más reciente sobre los tratamientos



farmacológicos en TCA, analizando principalmente su eficacia clínica y limitaciones, así como las perspectivas futuras en el desarrollo de terapias dirigidas a estas complejas patologías.

Método

Para la elaboración de esta monografía, se revisaron artículos, seleccionados con los siguientes criterios de inclusión: artículos de idioma inglés y español, con fechas de publicación desde el año 2021 hasta el año 2025, considerando rango de cinco años de actualización de la información. Los artículos utilizados proceden de diferentes fuentes y bases de datos, entre las que se encuentran PubMed, MEDLINE, SciELO, Elsevier, Asociación Americana de Psiquiatría, British Journal of Psychiatry, Journal of the American Medical Association (JAMA) y buscadores como Google Académico. Se utilizaron revisiones con énfasis en las palabras claves relacionadas como: “Trastorno de conducta alimentaria”, “Anorexia nerviosa”, “Bulimia”, “Tratamiento”. Como criterios de exclusión, se descartaron los artículos publicados antes del 2020, en idiomas diferentes al inglés o español, e investigaciones con conflictos de intereses. Dentro de los resultados se revisaron los artículos y se eligieron los que presentaron mayor respaldo y relevancia en la comunidad científica, además de la información más actualizada.

Marco Teórico

Anorexia Nerviosa (AN)

El tratamiento de AN se fundamenta en un consenso clínico sólido que prioriza los enfoques psicológicos. La naturaleza egosintónica de la enfermedad y la distorsión de la imagen corporal hacen de la psicoterapia el pilar central del tratamiento. A pesar de la variedad de enfoques psicológicos, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia familiar, no se ha establecido de manera concluyente un tipo de terapia que tenga una ventaja significativa sobre otras (2, 4).

En contraste, el rol de la farmacoterapia en la AN es limitado y controversial. No existen medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de esta enfermedad (1). Los estudios clínicos, a menudo pequeños y de corta duración, no han logrado demostrar una eficacia estadísticamente significativa de los fármacos en la ganancia de peso o en la mejora de los síntomas centrales de la AN (2,4). Los medicamentos más estudiados han sido los antidepresivos y los antipsicóticos. Los antidepresivos, incluidos los tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la fluoxetina, no han mostrado consistentemente un beneficio en el aumento de peso durante la fase aguda de la enfermedad. Aunque se prescriben con frecuencia para tratar comorbilidades como la depresión y la ansiedad, existe escasa



evidencia que respalde su eficacia en la prevención de recaídas o en la promoción del aumento de peso (1,2). La mirtazapina es el único antidepresivo con una recomendación positiva, sin embargo, esta recomendación es débil y se basa únicamente en dos informes de casos favorables del 2011 y 2018 (1). Las revisiones sistemáticas concluyen que los antidepresivos no muestran mejoría en el aumento de peso, y su impacto en los síntomas alimentarios, la psicopatología y la prevención de recaídas tras la recuperación del peso aún no se ha esclarecido.

La olanzapina ha sido el antipsicótico más estudiado, con hallazgos que sugieren mejoras modestas en el peso y la reducción de pensamientos obsesivos, pero sin resultados estadísticamente significativos. Se puede considerar su uso en casos de agitación extrema o resistencia a la realimentación, pero su aplicación es limitada (5)

La evidencia actual no respalda el uso de intervenciones farmacológicas como tratamiento específico para los síntomas esenciales de la AN. Los medicamentos, cuando se utilizan, se reservan principalmente para el manejo de trastornos comórbidos, siempre dentro de un abordaje multidisciplinario que se centra en la terapia psicológica como la intervención principal (1, 6).

Bulimia Nerviosa (BN)

El tratamiento de la BN se basa en un enfoque multidisciplinario donde la

psicoterapia focal, en particular la terapia cognitivo-conductual (TCC), se considera el tratamiento de elección. A pesar de que su acceso puede ser limitado debido a la escasez de terapeutas cualificados y las largas listas de espera, la TCC es fundamental para romper el ciclo de atracones y purgas, y modificar pensamientos disfuncionales sobre la comida y la imagen corporal (2,3). En cuanto a la farmacoterapia, la fluoxetina es el único medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de la BN, aunque su eficacia ha sido objeto de debate en estudios recientes. A una dosis de 60 mg/día, ha mostrado ser útil para reducir significativamente los episodios de atracones y vómitos, incluso en ausencia de depresión comórbida. Se recomienda su uso como una alternativa inicial cuando la psicoterapia no está disponible de inmediato, o como un complemento en casos de respuesta insuficiente (2, 6).

Otros fármacos también han sido objeto de investigación. El topiramato ha demostrado eficacia en la reducción de atracones y purgas. Sin embargo, su uso se ve limitado por efectos secundarios cognitivos y el riesgo de pérdida excesiva de peso. Además, su interacción con anticonceptivos orales debe ser cuidadosamente considerada en pacientes en edad fértil (4). Otros medicamentos como la trazodona, la imipramina y otros antidepresivos han mostrado resultados prometedores, aunque la evidencia es limitada debido a la falta de



estudios con poblaciones grandes y los resultados mixtos (1). A pesar de esto, se usan con frecuencia en la práctica clínica, especialmente para tratar comorbilidades como la depresión y la ansiedad. Se han evaluado otra variedad de agentes farmacológicos para la sintomatología de la bulimia nerviosa, incluyendo IMAO, antiepilépticos, antagonistas opioides, antipsicóticos sin embargo los estudios han sido con poblaciones muy pequeñas además de presentar poca evidencia (2,6).

Trastorno por Atracón (TA)

El tratamiento farmacológico del TA se ha desarrollado principalmente a partir de medicamentos reorientados para otras indicaciones. A diferencia de otros trastornos de conducta alimentaria, el TA cuenta con una opción farmacológica aprobada y con una evidencia más sólida. En 2015, la FDA aprobó la lisdexanfetamina como el primer y único fármaco con una indicación específica para el BED de grave a moderado. En dosis de 50 a 70 mg/día, se ha demostrado que es superior al placebo, reduciendo de manera consistente la frecuencia de los atracones y la psicopatología asociada. Su mecanismo de acción se relaciona con la modulación de la dopamina, noradrenalina y serotonina, mejorando la saciedad y reduciendo el valor de recompensa de la comida (1,7). También ha mostrado beneficios en la atención y la impulsividad (8)

El Topiramato es otra opción con evidencia significativa. Múltiples estudios

han demostrado que el topiramato es eficaz para reducir la frecuencia de atracones y la psicopatología asociada, además de ser el único fármaco que produce una pérdida de peso significativa. Sin embargo, su uso es limitado en la práctica clínica debido a sus importantes efectos secundarios, especialmente a nivel cognitivo (5). Se han realizado estudios con otros tratamientos como los ISRS que han mostrado cierta eficacia en la reducción de atracones, aunque los resultados son menos concluyentes que para la bulimia nerviosa. Los antidepresivos tricíclicos también han sido estudiados, pero no se recomiendan debido a su perfil de efectos adversos. Otros estimulantes del SNC utilizados para el TDAH, como el metilfenidato, han demostrado una eficacia limitada para reducir los episodios de atracón (1,4). Pese a tener tratamiento aprobado por la FDA, el tratamiento del TA sigue siendo complejo y a menudo requiere un enfoque que integre la farmacoterapia con otras intervenciones, como la psicoterapia (7).

Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Los enfoques de tratamiento farmacológico han incluido los ISRS y los ansiolíticos debido a la alta comorbilidad con los trastornos de ansiedad; la olanzapina, por su eficacia en la AN, que comparte muchas de sus características y la mirtazapina, por sus propiedades para inducir el apetito y el aumento de peso, y sus efectos sobre



los síntomas de depresión y ansiedad. La evidencia actual es descriptiva e incluye informes de casos y series de casos, y la interpretación de los resultados es limitada, ya que muchos de los casos implican tratamiento con polifarmacia (6, 4).

Pica

El enfoque del tratamiento de la pica depende del factor causal, sin que se hayan estudiado medicamentos específicos para la pica. La elección del tratamiento dependerá de las características de la persona que lo padece, su gravedad y tipo de enfermedad. Tras descartar deficiencias nutricionales o una causa médica, la evaluación psiquiátrica debe indicar el diagnóstico psiquiátrico para el tratamiento (6, 9).

Conclusión

En la actualidad, el abordaje farmacológico de los trastornos de conducta alimentaria se caracteriza por un enfoque basado en la evidencia que busca complementar, y no sustituir, las intervenciones psicoterapéuticas y nutricionales. Los avances en la última década han permitido identificar fármacos con eficacia específica para ciertos subtipos y síntomas, como el uso de ISRS, particularmente la fluoxetina, en la bulimia nerviosa y la lisdexanfetamina en el trastorno por atracón. Sin embargo, la respuesta terapéutica es heterogénea, y persisten desafíos importantes, como la falta de fármacos aprobados específicamente

para todos los TCA y la limitada evidencia de largo plazo sobre su seguridad y eficacia.

El panorama actual resalta la necesidad de una intervención integral y personalizada, en la que el tratamiento farmacológico sea cuidadosamente indicado según el perfil clínico, las comorbilidades psiquiátricas y los riesgos potenciales. La investigación futura debe orientarse a desarrollar terapias más dirigidas a los mecanismos neurobiológicos subyacentes, optimizar la combinación de estrategias terapéuticas y mejorar la adherencia a largo plazo. Solo mediante un abordaje interdisciplinario que combine farmacoterapia, psicoterapia y rehabilitación nutricional será posible lograr una recuperación sostenida y una mejor calidad de vida para quienes padecen estos trastornos.

Referencias Bibliográficas

1. Rodan, S.-C., Bryant, E., Le, A., Maloney, D., Touyz, S., McGregor, I. S., et al. (2023). Pharmacotherapy, alternative and adjunctive therapies for eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00833-9>
2. Álvarez-Mon, M. A., Mora, F., Rodríguez-Quiroga, A., & Quintero, J. (2022). Actualización sobre los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*, 13(69), 4064–4071. <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.12.004>



3. Argyrou, A., Lappas, A. S., Bakaloudi, D. R., Tsekitsidi, E., Mathioudaki, E., Michou, N., et al. (2023). Pharmacotherapy compared to placebo for people with Bulimia Nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 327, 115357. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115357>
4. Costandache, G. I., Munteanu, O., Salaru, A., Oroian, B., & Cozmin, M. (2023). An overview of the treatment of eating disorders in adults and adolescents: Pharmacology and psychotherapy. *Postępy Psychiatria i Neurologia*, 32(1), 40–48. <https://doi.org/10.5114/ppn.2023.127237>
5. Kellermann, V., Sengun Filiz, E., Said, O., Bentley, J., Khor, J. W. T., Simic, M., et al. (2024). A feasibility trial of olanzapine for young people with Anorexia Nervosa (OPEN): Clinicians' perspectives. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01106-9>
6. Mendieta Martínez, M. J., Laurencio Díaz, D. I., Jijón Durán, J. A., Mendieta Martínez, N. A., & Mejía Pinto, M. C. (2025). Relación psicológica y clínica entre trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de ansiedad: Retos y avances en el tratamiento integral. *Análisis Comportamental*, 9(1), 571–585.
7. Grilo, C. M., Ivezaj, V., Yurkow, S., Tek, C., Wiedemann, A. A., & Gueorguieva, R. (2024). Lisdexamfetamine maintenance treatment for binge-eating disorder following successful treatments: Randomized double-blind placebo-controlled trial. *Psychological Medicine*, 54(12), 1–11.
8. Spettigue, W., & Norris, M. L. (2024). Olanzapine use for the treatment of adolescents with anorexia nervosa—Reflecting on research and clinical practice. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(3), 164–170.
9. Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., et al. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 27(2), 415–428. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>