

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

María Carolina González Romero
Compiladora



González Romero, María Carolina, compiladora

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada / María Carolina González Romero y otros trece -- 1 edición-- Medellín: UPB. 2023 -- 251 páginas.

ISBN: 978-628-500-092-8 (versión digital)

1. Psiquiatría 2. Trastornos mentales y psiquiátricos 3. Seguridad de los pacientes

CO-MdUPB / spa / RDA / SCDD 21 /

© Camilo Andrés Agudelo Vélez
© Carmenza A. Ricardo Ramírez
© Diego Espíndola Fernández
© José Gabriel Franco Vásquez
© Juan Diego Corzo Casadiego
© Marcela Alviz Núñez
© María Victoria Ocampo Saldarriaga
© Postgrado en Psiquiatría
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

© María Adelaida Posada Uribe
© María Botero Urrea
© María Carolina González Romero
© María Margarita Villa García
© Natalia Gutiérrez Ochoa
© Ricardo Antonio Consuegra Peña
© Yeison Felipe Gutiérrez Vélez

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

ISBN: 978-628-500-092-8 obra digital

Escuela de Ciencias de la Salud

Postgrado en Psiquiatría

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Padre Diego Marulanda Díaz

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Decano Escuela de Ciencias de la Salud: Marco Antonio González Agudelo

Coordinadora (e) editorial: Maricela Gómez Vargas

Compiladora: María Carolina González Romero

Producción: Ana Milena Gómez Correa

Diagramación: María Isabel Arango Franco

Corrección de estilo: Fernando Aquiles Arango Navarro

Imagen portada: Shutterstock ID 310562189

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2023

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

www.upb.edu.co

Telefax: (0057) (4) 354 4565

A.A. 56006 Medellín-Colombia

Radicado: 2253-13-03-23

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

Anorexia, un abordaje desde la terapia cognitivo conductual

Yeison Felipe Gutiérrez Vélez*
María Adelaida Posada Uribe**

Resumen


La terapia cognitivo conductual (TCC) es un tipo de psicoterapia de gran reconocimiento y soporte en la investigación clínica para la intervención de gran variedad de alteraciones mentales y psicosociales. Ha sido ampliamente reconocida su efectividad para los trastornos de la alimentación, en particular para la Bulimia Nerviosa (BN) y el trastorno por atracones.

En particular, la Anorexia Nerviosa (AN) es una de las alteraciones mentales que genera mayor incapacidad y riesgo de mortalidad, se caracteriza por la coexistencia de otras condiciones psiquiátricas, alta resistencia al tratamiento y riesgo sustancial de muerte por las complicaciones médicas, así como la alta probabilidad de conducta suicida.

La etiología de la AN es multifactorial y compleja, e involucra características biológicas, psicológicas y ambientales. Desde la perspectiva psicológica, aspectos de modelado en la crianza, apego inseguro, traumas psicológicos, rasgos de personalidad disfuncionales, estigma social sobre la imagen corporal, entre otros, son factores de riesgo para la configuración del cuadro.

* Psicólogo de la Universidad Pontificia Bolivariana, especialista en Educación para Profesionales de La Salud de la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad del Rosario, magíster en Psicología profundización Clínica de la Universidad del Norte, docente de cátedra de la Especialización en Psiquiatría de la Universidad Pontificia Bolivariana, psicólogo clínico Especialista del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín. yeison.gutierrezv@upb.edu.co

** Médica cirujana de la Universidad CES, especialista en Psiquiatría de la Universidad CES, subespecialista en Psiquiatría de Enlace de la Universidad Pontificia Bolivariana, psiquiatra de enlace del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín.



La TCC mejorada (TCC-E) es la opción terapéutica recomendada para intervenir a los pacientes con esta condición, cuenta con protocolos claros para su ejecución, ampliando el espectro de la impulsividad al perfeccionismo y exceso de control.

La farmacoterapia continúa siendo limitada para este cuadro, requiere mayores estudios para evaluar la pertinencia de estos, y en general está orientada al tratamiento de comorbilidades.

Palabras clave: Anorexia nerviosa; Terapia cognitiva conductual; Trastornos de la alimentación y de la ingestión de alimentos; Psicoterapia

1. Introducción

La AN es uno de los trastornos de la alimentación que reviste mayor gravedad tanto por las implicaciones que genera a nivel funcional y psicosocial, como por el riesgo de muerte y su asociación con la conducta suicida.

Es un cuadro altamente comórbido con otros trastornos psiquiátricos y con problemas psicológicos; y genera una importante afectación tanto al paciente como a su familia.

La psicoterapia es la principal estrategia terapéutica para el tratamiento de los pacientes con esta alteración y, en particular, la TCC ha generado intervenciones mejoradas para el manejo de esta población, lo que hace imperativo reconocer las herramientas de este tipo de terapia psicológica.

Es fundamental explorar las opciones que a nivel farmacológico existen tanto para el manejo de la anorexia nerviosa como de sus comorbilidades.

2. Terapia Cognitivo Conductual

La TCC es un tipo de psicoterapia ampliamente reconocida para la atención clínica de diversas psicopatologías y que se ha extendido a la inter-

vención de situaciones psicosociales que generan malestar o disfuncionalidad; específicamente podría definirse como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente.¹

Por medio de cuatro características fundamentales puede comprenderse la TCC, la primera es que es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido; segundo, que cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo; tercero, que tiene una orientación educativa, que puede ser más o menos explícita, y cuarto, que posee, en esencia, un carácter autoevaluador a lo largo de todo el proceso de intervención, con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Estas características son herederas de la adopción del conductismo metodológico como principal eje vertebrador de la TCC, y probablemente la seña de identidad más genuina de la TCC actual.¹

La investigación sugiere fuertemente que la TCC para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es más efectiva que otros tratamientos para la BN y para el trastorno por atracón. Sin embargo, también se considera que la evidencia de la efectividad de la TCC para los TCA en su forma persistente (adulta) de AN es insuficiente en la actualidad y está esencialmente ausente para la AN en adolescentes, excepto por alguna evidencia de ensayos no controlados.² Aunque esta afirmación, en el caso de adultos, es controvertida.

La validación empírica de la TCC para la depresión y la ansiedad a través de la investigación psicosocial ha abierto la posibilidad de una versión modificada de esta forma de psicoterapia que pudiera ser útil para la AN, que ha sido denominada como Terapia Cognitivo Conductual mejorada o TCC-E. Históricamente los estudios se centraron inicialmente en la bulimia nerviosa y demostraron la eficacia sobre otros enfoques (p. ej., medicamentos) para este trastorno.³

En la actualidad las intervenciones basadas en el grupo familiar son las que tienen la mejor evidencia de eficacia y rentabilidad,³ en especial en la población adolescente con AN.

3. Anorexia Nerviosa

Los TCA han sido considerados generalmente como alteraciones mentales incapacitantes, mortales y costosas, que deterioran considerablemente la salud física y alteran el funcionamiento psicosocial.⁴ El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado (DSM-5-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) agrupan seis trastornos, abarcando los más familiares de AN, BN y trastorno por atracones, además del trastorno por evitación restrictiva de la ingesta de alimentos, la pica y el trastorno de rumiación. El DSM-5-TR también proporciona calificadores de subtipo, indicadores de gravedad y definiciones de remisión.^{4,5}

Específicamente la AN es un TCA grave, caracterizado por síntomas mentales y conductuales que conducen a un peso significativamente bajo, asociado con una alteración en la experiencia de la imagen corporal, el peso corporal o ambos, y un deterioro significativo en el funcionamiento físico, social, vocacional y psicológico,⁶ que consecuentemente producen una ingesta oral restringida, motiva una restricción dietética severa u otras conductas de pérdida de peso (purgas, actividad física excesiva) y al consiguiente bajo peso.⁴

Aunque es un trastorno psiquiátrico (y de hecho es el más letal de todos los trastornos psiquiátricos, con tasas de mortalidad 5,86 veces superiores a las de la población general), alrededor de la mitad de las muertes son atribuibles a complicaciones físicas asociadas con la falta de ingesta de alimentos.⁷ La AN tiene una alta relación con la conducta suicida, una de cada cinco muertes, resultó del suicidio,⁸ pero también las muertes se deben a complicaciones médicas de inanición crónica.⁹ El riesgo de suicidio entre los pacientes con AN es alto, con una incidencia estimada que es 18 veces mayor que la de los controles.¹⁰

Cabe resaltar que la AN tiene una alta incidencia de condiciones psiquiátricas coexistentes, así como resistencia al tratamiento y un riesgo sustancial de muerte debido a las complicaciones médicas y el suicidio,¹⁰ la psicopatología comórbida, particularmente se relaciona con depresión, trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos de ansiedad, discapacidad social y una de las tasas de muerte más altas para cualquier trastorno psiquiátrico.⁹

Es común identificar comorbilidades psiquiátricas en pacientes con trastornos alimentarios (>70%), las más comunes incluyen trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastornos del neurodesarrollo, trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias y trastornos de la personalidad.⁴

Este cuadro clínico es más frecuente en mujeres que en hombres, aunque se reconoce que su incidencia en los hombres con frecuencia se ha subestimado, muy probablemente debido a aspectos socioculturales. Su inicio característicamente se da en la juventud, pero también puede ocurrir en niños y en adultos. Generalmente tiene un curso sostenido y persiste hasta la edad adulta para la mayoría de las personas.¹¹

Es importante aclarar que la AN se diferencia del trastorno de ingestión de alimentos por evitación y restricción en las preocupaciones sobre el peso y la distorsión de la imagen corporal; además, el funcionamiento cognitivo y emocional se ve notablemente alterado. Las complicaciones médicas de la AN afectan a todos los órganos y sistemas, y generalmente se deben a la desnutrición, la pérdida de peso y las conductas de purga. Los síntomas gastrointestinales, que afectan a todo el tracto gastrointestinal, son particularmente frecuentes y molestos.⁴

Las características típicas del cuadro incluyen percepciones distorsionadas de sobrepeso, peso objetivo, consumo objetivo de calorías, alimentos específicos que se deben o no comer, así como niveles de ejercicio excesivo u otros comportamientos compensatorios, como vómitos autoinducidos. Puede ser encubierta y las presentaciones pueden ocultarse durante largos períodos de tiempo sin que otras personas lo puedan identificar. Además, en pacientes más jóvenes, donde el desarrollo cognitivo no es lo suficientemente maduro, la presentación inicial puede ser con pérdida de peso como resultado del rechazo de alimentos únicamente.⁷

Cabe tener en cuenta que este cuadro afecta al 0,4% de las mujeres y al 0,1% de los hombres en cualquier momento en todo el mundo, y se estima a nivel mundial, una tasa de prevalencia a lo largo de la vida del 0,21%.⁸

4. Etiología

Como la mayoría de las enfermedades mentales su etiología es multifactorial y compleja, involucrando características biológicas, psicológicas y ambientales.¹² Existe un claro factor de riesgo genético, con estudios de gemelos que demuestran una alta heredabilidad, y hay evidencia de interacción del riesgo genético con otros factores de riesgo identificados, que incluyen ansiedad, perfeccionismo, rigidez cognitiva y problemas de alimentación en la infancia niñez.^{10,7}

En cuanto a los factores de riesgo ambientales se ha sugerido que las interacciones tempranas de la vida con los cuidadores y los estilos de apego inseguro se han asociado a menudo con la aparición de TCA. De acuerdo con John Bowlby, Harry Harlow y Mary Ainsworth, el apego es el resultado de predisposiciones humanas innatas e interrelacionadas para que los bebés busquen la atención de los adultos, y en el caso del adulto son modelos de conductas interpersonales cuyas características dependen de la calidad de las interacciones con los cuidadores durante las primeras fases de la vida. Se pueden identificar 2 dimensiones principales del apego adulto inseguro, los estilos inseguro-ambivalente e inseguro-evitativo, ambos implicados en el desarrollo de la AN. El primero da como resultado un miedo generalizado al rechazo interpersonal y la consiguiente necesidad excesiva de aprobación por parte de los demás. El segundo se caracteriza por un miedo intenso a la dependencia e intimidad interpersonal y la consiguiente necesidad excesiva de autosuficiencia.¹²

Otros factores de riesgo incluyen la historia de trauma psicológico y vivir en una sociedad en la que se otorga un gran valor a la delgadez, aunque la AN solo se desarrolla en un pequeño porcentaje de dicha población, lo que sugiere que el comportamiento dietario puede ser un desencadenante de la AN en las personas vulnerables.¹⁰

5. Diagnóstico

El diagnóstico de la AN requiere una evaluación médica, psiquiátrica y nutricional detallada, un examen físico (que incluye la medición de la

altura y el peso) y pruebas de laboratorio. Es fundamental entrevistar a los familiares y cuidadores, y obtener información de la historia clínica, con el fin de corroborar el autoinforme del paciente. La información errónea del paciente puede deberse al miedo al tratamiento forzado, la falta de autoconciencia y los efectos cognitivos de la desnutrición. Las preguntas deben estar orientadas a evitar el juicio (por ejemplo, “me gustaría saber un poco más acerca de que limites tu alimentación a una comida al día, ¿puedes contarme un poco más de eso?”) y a una aceptación empática y validadora de la renuencia del paciente a participar en el tratamiento.¹⁰

Es recomendable también evaluar el índice de masa corporal (IMC) si es ≤ 16.5 (aunque no es esencial para el diagnóstico, ya que se requiere de los criterios expuestos previamente y de las condiciones clínicas tratadas a lo largo de este documento), la historia del peso (si ha tenido una pérdida progresiva o una ganancia inadecuada de peso), la duración de los problemas del peso (si la duración es muy variable), el estado menstrual (menstruaciones irregulares, amenorrea), los patrones de alimentación, evitación de alimentos y reglas acerca de la comida (si hay ingesta reducida, evitación de alimentos altos en calorías), los atracones o la pérdida de control cuando come, o las conductas purgativas (si hay inducción del vómito, uso inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas), el ejercicio (si es excesivo, si hace ejercicio a pesar de la enfermedad y si siente impulso u obligación de hacerlo), la comprobación del cuerpo (si hay comprobación frecuente ante el espejo y medición de la ropa), el pesarse (si es frecuente, o si lo realiza múltiples veces al día), la insatisfacción corporal (si es severa, generalizada, si el paciente “se siente gordo” – algunas veces en todo el cuerpo, en otras ocasiones solo en partes específicas), el miedo a aumentar de peso (si es severo, generalizado), la preocupación por el peso y la forma (es el pensamiento dominante), la autoestima (si está fuertemente influenciada por el peso, la imagen corporal y el control excesivo de la ingesta), las ideas o planes de suicidio actuales o pasados (pueden estar presentes), las conductas autolesivas como quemarse o cortarse (pueden estar presentes), depresión actual o pasada, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trauma o trastorno de estrés postraumático (a menudo presente), el consumo problemático de alcohol o drogas incluyendo medicamentos dietarios (puede estar presente), historia psicosocial (se debe realizar una historia extensa, longitudinal).¹⁰

Desde el DSM-5 se eliminó el criterio de amenorrea ya que no puede ser evaluado en hombres o en mujeres premenárquicas;⁷ y el DSM-5-TR para su diagnóstico señala en el criterio A la restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso *significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado; el criterio B como un miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo; y el en criterio C una alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual. Tiene dos especificadores de tipo, el primero restrictivo y el segundo de atracones/purgas, dos especificadores de remisión, tanto la parcial como la total, y el especificador de la gravedad actual, que se basa en los adultos en el IMC y en niños y adolescentes en el percentil del IMC.⁵

El miedo intenso al aumento de peso es una característica central; sin embargo, los pacientes a menudo lo niegan y debe inferirse de su comportamiento, por eso debe realizarse una entrevista exhaustiva. Un enfoque extremo en el peso y la forma del cuerpo es parte integral del trastorno, combinado con un control total sobre todo lo que se come, incluida la preparación de los alimentos.¹⁰

6. Conceptualización cognitiva

Se ha considerado la concepción “transdiagnóstica” de los TCA debido a los procesos psicopatológicos que operan entre los cuadros de ese rango clínico.¹³ Algunos autores han considerado que los TCA se mantienen mediante un conjunto de mecanismos en gran parte comunes, y que los tratamientos capaces de abordar estos mecanismos deberían ser efectivos en las diversas presentaciones de los trastornos de la alimentación. Se ha modificado la TCC para la BN para hacerla adecuada a todas las formas de TCA y el tratamiento más potente es la TCC-E.¹³

Un modelo cognitivo conductual de factores que influyen en el desarrollo de los TCA se relaciona con una baja autoestima y un afecto negativo asociado con una insatisfacción de la imagen y el peso corporal, influyen en la generación de dietas, en la pérdida de control sobre la ingesta o atracones de comida (que pueden estar relacionados con otros estresores vitales o interpersonales), y en conductas compensatorias como vómitos o uso inadecuado de laxantes o diuréticos.⁹

La teoría que sustenta la TCC-E se ocupa de los procesos que mantienen la psicopatología del trastorno de la alimentación más que de los responsables de su desarrollo inicial, aunque los dos pueden superponerse.¹⁴ La TCC-E se centra exclusivamente en la modificación de hábitos alimentarios, los comportamientos disfuncionales de control de peso y las preocupaciones sobre la alimentación, la imagen y el peso corporal.¹³

La TCC-E es un tratamiento para la psicopatología del trastorno de la alimentación. Fue diseñado como un tratamiento para adultos, aunque se puede adaptar para su uso con pacientes más jóvenes. Es igualmente adecuado para hombres y mujeres.¹⁴

La estrategia en la que se basa es en construir una “formulación” personalizada (o conjunto de hipótesis) de los procesos que mantienen la psicopatología del paciente y utilizarla para identificar las características que deben abordarse en el tratamiento,¹⁴ este aspecto se conoce en TCC como la operacionalización de cada caso.

Al igual que la TCC, la TCC-E se fundamenta en la importancia del establecimiento de una relación terapéutica basada en el empirismo colaborativo, asociado a un esfuerzo porque los pacientes entiendan lo que está ocurriendo en el tratamiento y participen activamente del mismo, de tal manera que no se sientan controlados, coaccionados o engañados, y exista menos riesgo de resistencia al tratamiento. Las actividades terapéuticas revisten esencial importancia¹⁴ y se evalúan en el puente entre sesiones.

Usa estrategias y procedimientos cognitivo conductuales genéricos como la comprensión de los sesgos cognitivos, la identificación del pensamiento dicotómico y la atención selectiva; sin embargo no usa registros de pensamientos convencionales, tampoco hace mucho uso

de la reestructuración cognitiva formal, y por lo tanto hay mayor limitación de aspectos relacionados con los pensamientos automáticos disfuncionales, las creencias intermedias como las suposiciones, o las creencias centrales y esquemas.¹⁴

Aunque la TCC-E es una forma de terapia individual, uno a uno, se ha considerado por la práctica clínica que ver a otras personas importantes para el paciente facilita el tratamiento. Hay dos indicaciones específicas para involucrar a otros: 1. Si otros pueden ayudar al paciente a hacer cambios 2. Si otros están dificultando que el paciente cambie; por ejemplo, al comentar negativamente sobre su apariencia o alimentación. Esto es lo que se define en TCC-E como el “otro significativo”.¹⁴

Los pacientes con AN presentan una característica cognitiva denominada *sobrevaloración del control* que influye en la restricción dietaria, la comprobación del control luego de comer, tales como el conteo de calorías o pesar los alimentos, y la preocupación relacionada con los pensamientos sobre los alimentos y la alimentación, que se asocian a una marginalización de otras áreas de la vida.¹⁵

Otra característica esencial es la *insatisfacción corporal* muy relacionada con la distorsión de la imagen corporal. La imagen corporal se ha definido como un constructo multifacético que abarca cogniciones y emociones, percepciones y comportamientos relacionados con el cuerpo¹⁵, y el DSM-5-TR continúa con la definición de dos aspectos de la alteración de la imagen corporal como parte de los criterios diagnósticos. El primer aspecto es “una perturbación en la forma en que se experimenta el peso o la forma del cuerpo”, el segundo es una “influencia indebida de la imagen y el peso del cuerpo en la autoevaluación”.¹⁵


En este sentido, los desencadenantes comunes de la insatisfacción corporal incluyen las burlas por la apariencia o el peso del cuerpo, ser fácilmente influenciado por los ideales de belleza y tener baja autoestima. Juega un papel en la aparición, continuación y recaída de los trastornos de la alimentación, especialmente en la AN, donde los individuos sobrestiman constantemente el tamaño y la apariencia de su cuerpo. Estos individuos no están satisfechos debido a las diferencias entre el peso corporal real y el que consideran ideal. Esto compromete su autoestima y autoaceptación, lo que lleva a la depresión, la ansiedad y la disminución

de la calidad de vida. Los individuos en estados más severos de AN usualmente reportaron una mayor insatisfacción corporal.⁸

Se reconocen 3 componentes en la formulación cognitiva de la AN, el cognitivo afectivo, el perceptivo y el conductual. El primero es el elemento esencial que conduce y mantiene la restricción dietética y otras conductas de control de peso, se relaciona con la característica ya descrita de sobrevaloración del peso y la imagen corporal. El segundo, el DSM-5-TR, lo presenta como “perturbación en la forma en que se experimenta el peso o la forma del cuerpo”, se interpreta y operacionaliza con mayor frecuencia como una alteración en la *percepción visual* del propio cuerpo (es decir, en la mayoría de los casos sobreestimación del tamaño corporal),¹⁵ y el tercero tiene que ver con el control y la evitación corporal; el control hipervigilante mediante la verificación y el escrutinio repetidos, por ejemplo, al pesarse en exceso, mirarse en el espejo o medir la circunferencia de varias partes del cuerpo, y la *evitación* corporal se utiliza cuando el sujeto evita una confrontación con el propio peso y forma, por ejemplo, la negativa a ser pesado o mirarse en el espejo. Ambos conceptos se utilizan para conductas de seguridad relacionadas con el cuerpo, como usar ropa demasiado grande, ducharse con las luces apagadas o revisar repetidamente las partes del cuerpo en situaciones sociales. En modelos cognitivo-conductuales, se supone que el control y la evitación corporal conducen a un alivio temporal de la angustia que refuerza negativamente estos comportamientos.¹⁵

7. Tratamiento psicoterapéutico

La gravedad clínica de la AN, junto con su larga historia, han llevado a la consideración y el estudio de tratamientos conductuales y farmacológicos en un esfuerzo por identificar y establecer métodos con base empírica para reducir la carga del trastorno.¹⁶ El pilar del tratamiento es la psicoterapia, sin embargo, los datos siguen siendo limitados y controvertidos acerca de la mejor elección del tipo de terapia,¹⁰ no obstante, las guías internacionales generalmente convergen en indicar tratamientos psicológicos ambulatorios independientes (sobre tratamientos farmacológicos solos) como una opción de primera línea en adultos con



AN, pero brindan recomendaciones inconsistentes cuando se trata de intervenciones específicas.⁶

Al considerar los tratamientos para la AN, es necesario tener en cuenta 2 fases diferentes del trastorno: la fase aguda en la adolescencia y la fase persistente que suele manifestarse en los adultos.⁹

En la fase aguda en la adolescencia se ha considerado que responden bien al tratamiento, y que la terapia familiar se asocia consistentemente con mejoras tanto en el peso como en los síntomas psicológicos relacionados.¹⁶ El tratamiento basado en la familia (FBT), también conocido como el método Maudsley, se considera el tratamiento estándar de oro para la AN adolescente. El FBT fue desarrollado como un tratamiento ambulatorio que adopta una postura agnóstica con respecto a la etiología de la AN y conceptualiza a la familia como un recurso vital, a través del cual los adolescentes pueden lograr la recuperación. Los padres tienen la responsabilidad de recuperar el control de la AN y restaurar el bienestar de su hijo, mientras que los hermanos del paciente cumplen una función de apoyo. El proceso en la FBT tiene 3 fases, la primera de realimentación y recuperación del peso, la segunda en la que se procura devolver gradualmente la responsabilidad al adolescente y la tercera en la que se trata de establecer una identidad adolescente saludable.¹⁶

En la fase persistente que se manifiesta en la edad adulta, la TCC-E se administra convencionalmente en 40 sesiones, enfocándose en regularizar los patrones de alimentación, eliminar el ejercicio u otros comportamientos compensatorios y reestructurar las cogniciones que respaldan la sobrevaloración de la imagen y el peso corporal.¹⁶

La TCC-E tiene dos versiones, una focalizada y otra ampliada, la primera se orienta al tratamiento en los síntomas centrales, la segunda hacia síntomas que modulan el cuadro como el perfeccionismo, la baja autoestima y las dificultades interpersonales. También tiene dos intensidades, la de 20 sesiones y la de 40 sesiones¹⁴.

Tiene 4 fases para el tratamiento, en la primera fase el terapeuta y el paciente exploran los factores que influyen en el desarrollo del TCA y llegan a un acuerdo, se pesa semanalmente al paciente con el terapeu-

ta, se realiza un automonitoreo y la ingesta se realiza por horario, en la segunda fase se revisa el progreso y se ajustan los objetivos terapéuticos en caso de ser necesario, en la tercera fase se inicia la introducción de alimentos temidos, se abordan preocupaciones sobre el peso y la imagen corporal y se intervienen detonantes de atracones, por ejemplo, los conflictos interpersonales, en la cuarta y última fase se revisa el progreso en cuanto a la reducción de factores que influyen en el TCA, y se consideran las recaídas a futuro para prevenirlas.⁶

La razón por la que el terapeuta pesa al paciente es porque las preocupaciones del paciente sobre el peso a menudo son provocadas por el pesaje y pueden tratarse de inmediato en la sesión; estas preocupaciones sobre el peso y la forma se abordan en detalle, al igual que el perfeccionismo, los estados de ánimo intensos y los problemas interpersonales.⁹

Los programas de TCC-E tienen las siguientes características:

- 7.1** Por lo general duran 40 sesiones. Sesiones semanales, inicialmente 2 o 3 por semana.
- 7.2** El objetivo es reducir el riesgo para la salud física y cualquier otro síntoma de TCA.
- 7.3** Busca fomentar una alimentación saludable y alcanzar un peso corporal saludable.
- 7.4** Abarca aspectos nutricionales, la reestructuración cognitiva, la regulación del estado de ánimo, las habilidades sociales, la preocupación por la imagen corporal, la autoestima y la prevención de recaídas.
- 7.5** Crea un plan de tratamiento personalizado basado en los procesos que parecen mantener el problema de alimentación.
- 7.6** Explica los riesgos de la desnutrición y el bajo peso.
- 7.7** Mejora la autoeficacia.
- 7.8** Incluye el autocontrol de la ingesta dietética, los pensamientos y emociones asociadas.

7.9 Incluye tareas, para ayudar a la persona a practicar en su vida diaria lo que ha aprendido.¹¹

La TCC-E, el tratamiento de AN de Maudsley para adultos (MANTRA) y el manejo clínico de apoyo especializado están indicadas como los tratamientos de elección por las directrices del Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE) del Reino Unido.⁶

Las revisiones sistemáticas de alta calidad han demostrado que formas específicas de TCC son eficaces para una variedad de presentaciones de trastornos de la alimentación a corto y largo plazo.¹⁷

De las ocho guías clínicas disponibles que recomiendan tratamientos psicológicos para los TCA, todas recomiendan la TCC para la BN y el trastorno por atracón, y seis recomiendan la TCC para la AN. Cuatro guías clínicas recomiendan terapia interpersonal (TPI) para BN y trastorno por atracón, y dos recomiendan TPI para AN. La terapia familiar, para adolescentes, es recomendada por seis y cuatro guías para AN y BN, respectivamente. Otras intervenciones recomendadas con menos frecuencia por las guías clínicas incluyen la terapia psicodinámica y MANTRA.¹⁷ La TCC-E es la recomendada por el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE) como tratamiento de primera línea.¹²

Cabe aclarar que la TCC-E no es simplemente una colección de técnicas, es un tratamiento completo que no se puede combinar con otros tratamientos conceptualmente o procedimentalmente incompatibles, está diseñada para administrarse por un terapeuta experimentado, requiere de tolerancia y perseverancia para lograr progreso, así como adherencia al protocolo de la psicoterapia.¹⁴

En cuanto a las terapias de tercera generación, estas conservan componentes de la TCC como el autocontrol, la exposición, la prevención de respuesta, la reestructuración, pero usan nuevos métodos enfocándose en la conciencia de las cogniciones y de las emociones, fomentando la aceptación, la atención plena, la metacognición y la flexibilidad psicológica, y reduciendo la evitación experiencial, tratando de regular la respuesta emocional.¹⁷

El curso a largo plazo es heterogéneo, con un estudio longitudinal de 20 años que sugiere una remisión completa en aproximadamente el 30 al 60% de los pacientes, enfermedad crónica en el 20% y síntomas residuales en el resto.¹⁰

8. Tratamiento farmacológico

El tratamiento de la AN se basa en la psicoterapia y el manejo nutricional, los psicofármacos para esta patología son limitados y generalmente de uso *Off label* o para el manejo de las comorbilidades. En el 2011 la Federación Mundial de Psiquiatría Biológica, en sus guías del tratamiento farmacológico para los trastorno de la alimentación, concluye que a pesar de su prescripción amplia los psicofármacos tienen un potencial de baja seguridad en los pacientes con AN.¹⁸

Lo primero a tener en cuenta es que más del 70% de los pacientes que sufren de AN tienen otra comorbilidad psiquiátrica que debe ser atendida y tratada al mismo tiempo que la enfermedad en cuestión. Dentro de la psicopatología comórbida se incluyen los trastornos de ansiedad, trastornos del ánimo, trastornos del neurodesarrollo, trastorno por uso de sustancias y trastornos de la personalidad. Estas deben ser priorizadas y tratadas para poder controlar a largo plazo la enfermedad¹⁹.

Las recomendaciones que entrega la guía NICE para el tratamiento de la AN concluyen: no dar tratamiento farmacológico como el único manejo de la anorexia, tratar la comorbilidad psiquiátrica como prioridad, con esto evaluar cómo el trastorno de la alimentación afectará la farmacología del medicamento a utilizar.²⁰

Cuando se revisan los metaanálisis y las revisiones sistemáticas se encuentra una falta de evidencia de alta calidad debido a los pocos estudios y de baja calidad que no permiten llegar a hallazgos concluyentes.

Dentro de lo que se escribe en la literatura para el manejo farmacológico se encuentra:

8.1 Antidepresivos: estudios con clomipramina, amitriptilina, fluoxetina, sin encontrarse impacto en la ganancia o el mantenimiento del peso en los pacientes con AN.²¹ Algo importante a aclarar es que dentro de la práctica clínica es común ver pacientes con antidepresivos tricíclicos y bupropion, estos medicamentos están contraindicados en pacientes con AN debido a su alta toxicidad en esta población.

8.2 Antipsicóticos: se han generado varias hipótesis por las cuales se puede pensar en el uso de antipsicóticos para el manejo de la AN. Estudios con antipsicóticos típicos y atípicos no concluyentes. Con olanzapina: un estudio multicéntrico encontró que 10mg de olanzapina en pacientes adultos AN (N=152) tienen un modesto efecto en la ganancia de peso y mejoría de la inquietud, sin embargo no se presentó un cambio general o específico en la psicopatología como tal.⁴

8.3 Litio: se plantea su uso en AN extrapolando la ganancia de peso que se ha visto en otras patologías. Un pequeño ensayo aleatorio controlado muestra ganancia de peso en pacientes con AN versus placebo sin encontrarse cambios en la psicopatología, sin embargo no se recomienda el uso de litio por alto riesgo de intoxicación por litio asociada a los cambios en el sodio, cambios en la volemia y las complicaciones renales asociadas a la AN.²²

En conclusión, el manejo farmacológico de la AN es limitado, no debe ser la piedra angular del tratamiento y se necesitarán más y mejores estudios para evaluar la pertinencia de estos. El manejo farmacológico se debe orientar al tratamiento de las comorbilidades siempre teniendo en cuenta los cambios fisiológicos que trae la enfermedad y el perfil de seguridad de la medicación.

9. Educación

El componente educativo es fundamental en la TCC-E, tiene en cuenta entrenar a los pacientes en aspectos relacionados con la restricción y las reglas sobre la dieta, se espera que los pacientes reconozcan la restricción como un problema, destacando lo siguiente:

1. Si es “rígida” la restricción dietética siempre será un problema, fomenta los atracones.
2. Si es “extrema”, bien sea porque haya muchas reglas o porque por su naturaleza sean muy exigentes.
3. La restricción extrema tiene consecuencias negativas, indistintamente se logre o no cumplir las reglas que se impone el paciente. Si lo logran tendrán muchas consecuencias adversas a nivel psicosocial y físico, si no lo logran se sentirán fracasados y con mayor riesgo de atracones.
4. Debe abordarse con éxito la restricción dietética para eliminar el conjunto de consecuencias adversas que se derivan de ella.¹⁴

Para tratar las reglas sobre la dieta debe tenerse en cuenta lo siguiente:

1. Identificar cada regla y qué la motiva.
2. Explorar con el paciente las posibles consecuencias de romper la regla.
3. Diseñar un plan con el paciente para romper la regla en cuestión con el fin de explorar las consecuencias de hacerlo, y ayude al paciente a hacerlo.
4. Analizar las implicaciones de la ruptura de reglas.
5. Planificar más episodios de ruptura de la misma regla.¹⁴

Con respecto a la evitación de alimentos hay que reconocer que la mayoría de los pacientes con TCA excluyen una variedad de alimentos de su dieta, las reglas de evitación son las que primero deben abordarse. Los pacientes que evitan creen que comer ciertos alimentos conducirá inevitablemente al aumento de peso y la obesidad, también a episodios de atracones.¹⁵

10. Conclusión

La AN continúa teniendo estrategias limitadas de intervención sobre todo a nivel farmacológico. Se ha reconocido la psicoterapia como el tratamiento de elección para este tipo de trastorno. En particular la TCC-E es una psicoterapia cognitiva que permite la intervención clínica

en esta población. Se ha considerado la terapia familiar como de primera elección en pacientes adolescentes.

Referencias

1. García MID, Fernández MAR, Crespo AV. Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales. Desclée de Brouwer; 2017.
2. Atras WS, Bohon C. Cognitive Behavioral Therapy for the Eating Disorders. *Annu Rev Clin Psychol.* 2021; 17:417-438. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-110907>
3. Lock J. Updates on Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019; 28(4):523-535. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.001>
4. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet.* 2020; 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. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ª ed. (Sheridan Books). Text Revision; 2022.
6. Solmi M, Wade TD, Byrne S *et al.* Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2021; 8(3):215-224. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30566-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30566-6)
7. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. *Br J Hosp Med.* 2020; 81(6):1-8. <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>
8. Gan JKE, Wu VX, Chow G, Chan JKY, Klainin-Yobas P. Effectiveness of non-pharmacological interventions on individuals with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns.* 2022; 105(1):44-55. <https://acortar.link/C99XYb>
9. Atras WS. Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2019; 42(2):169-179. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
10. Mitchell JE, Peterson CB. Anorexia Nervosa. *N Engl J Med.* 2020; 382(14):1343-1351. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1803175>
11. National Institute for Health and Carer Excellence. *Eating Disorders: Recognition and Treatment*; 2017.
12. Cassioli E, Rossi E, Vizzotto C *et al.* Avoidant Attachment Style Moderates the Recovery of Healthy Sexuality in Women with Anorexia Nervosa Treated with Enhanced Cognitive Behavior Therapy (CBT-E): A 2-Year Follow-Up Study. *J Sex Med.* 2022; 19(2):347-355. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.12.001>
13. Fairburn CG, Bailey-Straebler S, Basden S *et al.* A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behav Res Ther.* 2015; 70:64-71. <https://acortar.link/x9WYF5>
14. Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* Guilford Press; 2008.
15. Glashouwer KA, Van der Veer RML, Adipatria F, De Jong PJ, Vocks S. The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2019; 74:101771. <https://acortar.link/sfnK1m>
16. Muratore AF, Attia E. Current Therapeutic Approaches to Anorexia Nervosa: State of the Art. *Clin Ther.* 2021; 43(1):85-94. doi:<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.11.006>
17. Linardon J, Fairburn CG, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE, Brennan L. The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2017; 58:125-140. <https://acortar.link/kAXOMl>

18. Blanchet C, Guillaume S, Bat-Pitault F *et al.* Medication in AN: A Multidisciplinary Overview of Meta-Analyses and Systematic Reviews. *J Clin Med.* 2019; 8(2). [doi:10.3390/jcm8020278](https://doi.org/10.3390/jcm8020278)
19. Treasure J, Zipfel S, Micali N *et al.* Anorexia nervosa. *Nat Rev Dis Prim.* 2015; 1:15074. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74>
20. Garner DM, Anderson ML, Keiper CD, Whynott R, Parker L. Psychotropic medications in adult and adolescent eating disorders: clinical practice versus evidence-based recommendations. *Eat Weight Disord.* 2016; 21(3):395-402. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0253-0>
21. De Vos J, Houtzager L, Katsaragaki G, Van de Berg E, Cuijpers P, Dekker J. Meta analysis on the efficacy of pharmacotherapy versus placebo on anorexia nervosa. *J Eat Disord.* 2014; 2(1):27. <https://doi.org/10.1186/s40337-014-0027-x>
22. Gross HA, Ebert MH, Faden VB, Goldberg SC, Nee LE, Kaye WH. A double-blind controlled trial of lithium carbonate primary anorexia nervosa. *J Clin Psychopharmacol.* 1981; 1(6):376-381. <https://doi.org/10.1097/00004714-198111000-00005>