

Patologías contemporáneas

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Con la colaboración de



ES UN PROBLEMA EMERGENTE Y EN EXPANSIÓN, QUE DESPIERTA CADA VEZ MÁS ATENCIÓN E INTERÉS ENTRE LOS PROFESIONALES Y CIUDADANOS

Hace falta una mejor clasificación de los TCA

→ Los trastornos alimentarios cobran visibilidad y notoriedad en la opinión pública y los facultativos especializados en esta área se enfrentan al reto de mejorar los diagnósticos así como definir los tratamientos adecuados.

Anorexia y bulimia nerviosas son las dos patologías más frecuentes, pero, según Luis Rojo, de La Fe, de Valencia, la clasificación debe extenderse hasta "la asociación según fenotipos neuropsicológicos determinados".

■ Enrique Mezquita Valencia

Los trastornos de la conducta alimentaria son una realidad que cada vez despierta mayor interés entre profesionales y ciudadanos, sobre todo ante la percepción de que se trata de un problema emergente y en expansión.

Según Luis Rojo, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Valencia y jefe de la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil y de Trastornos de Conducta Alimentaria del Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia), los retos a corto y medio plazo para mejorar su abordaje consisten en optimizar las propias clasificaciones de los trastornos, las tradidas por una cierta inespecificidad, y aprovechar los avances y conocimientos de la investigación traslacional, que permite recoger avances y modelos de experimentación de especialidades psiquiátricas y médicas.

A su juicio, "las clasificaciones actuales llevan a la paradoja de que los trastornos alimentarios más frecuentes -las formas incompletas de los dos trastornos básicos, anorexia y bulimia nerviosas- sean precisamente los más frecuentes. Ello muestra las malas definiciones que tenemos y, en la práctica, que el fenotipo clínico que manejamos no es el deseable".

El especialista ha apuntado que "si a eso le sumamos que, en función de la cultura, hay manifestaciones clínicas diferentes -por ejemplo, en Ghana las pérdidas de peso pueden atribuirse fundamentalmente a razones espirituales, y en China, a molestias digestivas, pero en estas zonas no se contempla que haya un malestar con el aspecto físico, como ocurre en la cultura occidental-, nos encontramos con que los criterios clínicos que manejamos no expresan la realidad".

En este escenario, el experto ha apuntado que existen intentos de modificar esta agrupación: "Hay una



Luis Rojo, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Valencia.

corriente que plantea que los trastornos deberían agruparse en uno solo, ya que la anorexia y la bulimia nerviosas y los trastornos alimentarios no específicos tienen cosas en común. En él debería hacerse hincapié fundamentalmente en la pérdida de peso y en la disconformidad con el aspecto físico y la figura".

No obstante, Rojo ha matizado que esta visión plantea un problema, ya que "es muy común en la población

"En función de la cultura hay manifestaciones clínicas diferentes: en China o Ghana no se relaciona el malestar con el aspecto físico"

adolescente querer perder peso y encontrarse disconforme con su aspecto corporal -hasta un 60 por ciento de esta población no está a

gusto consigo misma- y ello dificultaría delimitar los casos, aspecto clave a la hora de definir los estudios epidemiológicos o el estudio de los factores de riesgo".

Además, existen otras propuestas que sugieren trasladar los trastornos alimentarios dentro de otras categorías. Por ejemplo, el modelo transdiagnóstico sostiene que podría considerarse una categoría dentro de los trastornos ansiosos, con la peculiaridad de que el control de

"Plantearse cambios es necesario: en el caso de la anorexia nerviosa no existen ni terapia psicológica ni abordaje farmacológico específicos"

esa ansiedad sería a través de la comida o la restricción alimentaria.

Según ha expuesto Rojo, "esta teoría se basa, entre otras observaciones, en la similitud que hay en ambos tipos de trastornos, además de tener en cuenta que la ansiedad es un fenómeno clínico constante en cualquier patología alimentaria y un precursor muy frecuente".

Investigación traslacional

El segundo punto clave es aprovechar las oportunidades que brinda la investigación traslacional. "Debemos beneficiarnos de los adelantos que se están dando en la ciencia psiquiátrica o médica. Hay modelos animales muy interesantes que nos permiten asociar comportamientos alimentarios a ciertas estructuras cerebrales. Gracias a ellos, se ha demostrado que la dieta facilita la incentivación de conductas en adictivas. Además, se ha apreciado que una dieta asociada a ciclos de sobreconsumo facilita la perseverancia en los atracones".

En opinión de Rojo, la modificación de los modelos actuales debe basarse fundamentalmente "en perfilar entidades menores, subconjuntos de síntomas o de conductas, que puedan ayudar a la elaboración de subtipos clínicos más estables y fiables y que puedan asociarse a modelos neurobiológicos o neuropsicológicos específicos". Ha señalado en esta línea que la neuropsicología y la neurobiología están trabajando en dicho sentido. "De hecho, hay modelos neurobiológicos que detectan que la hiperactividad puede generar en mamíferos inferiores un nivel de bienestar importante. A modo de ejemplo, si dejamos a una rata desnutrida y le damos la libertad de meterse en una rueda giratoria, es capaz de estar continuamente dando vueltas, dejar de comer y morir a causa de esa hiperactividad permanente. Ello nos hace pensar que la hiperactividad en conjunción con la restricción alimentaria podría ser un fenotipo que habría que estudiar".

Asimismo, desde la neuropsicología "existe un modelo ya clásico, el de los marcadores somáticos de Damasio, que entiende que cualquier decisión puede estar precedida de una reacción autonómica determinada que orienta la elección que se debe tomar. Y ello permite plantear que podría haber en algunos trastornos una incapacidad de tomar decisiones a largo plazo". Pero los resultados de diversos estudios son contradictorios y no siempre demuestran que esa incapacidad a largo plazo esté precedida de una respuesta autonómica que sirva de aviso.

En resumen, "necesitamos buscar ámbitos que nos puedan proporcionar posibilidades de fenotipación y concluir qué pacientes pertenecen a un fenotipo neuropsicológico determinado o a un grupo en el que es más aplicable un modelo adictivo de enfermedad".

ESTRUCTURAS BÁSICAS Y VENTILACIÓN DE LAS EMOCIONES

Otro de los grandes retos en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria es la mejora de los abordajes terapéuticos, aunque existen importantes matices en función de la patología. Según Luis Rojo, "la bulimia nerviosa y los trastornos por atracón cuentan con tratamientos específicos como las terapias cognitivo-conductual e interpersonal, que proporcionan resultados beneficiosos. Además, existen abordajes farmacológicos para la bulimia nerviosa (fluoxetina y topiramato), que también ofrecen resultados relativamente buenos". Sin embargo, el tratamiento de la anorexia nerviosa es mucho más complicado. "No existen ni terapia psicológica ni abordaje farmacológico específicos. Y los estudios controlados que han comparado terapia cognitivo-conductual, interpersonal

y manejo clínico habitual (consejo y abordaje en consulta), han revelado que, aunque de forma inmediata funciona mejor el tercer sistema, a largo plazo los tres ofrecen resultados similares. Y si eso sucede, es que es necesario plantearse cambios". Rojo ha añadido que "la terapia cognitivo-conductual original intenta fundamentalmente facilitar la reestructuración cognitiva, basándose mucho en la lógica y en el balance de los pensamientos. Sin embargo, Vanderlinden ha planteado recientemente que no funciona en el 50 por ciento de los pacientes y eso implica que existen interferencias importantes". Por ello, desde hace un tiempo empiezan a plantearse terapias más emocionales y que tengan más presente las estructuras básicas del sujeto, "la ventilación de las emociones".