

TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

Natxo Garrido, Maria Luque, Toñi Amaro i Vanessa Narváez

Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària. Hospital Universitari Mútua Terrassa

Introducció

Comencem aquesta actualització amb una referència obligada a la nova edició del DSM. Attia et al. (2013) fan un resum breu i clar de la nova classificació dels trastorns de la conducta alimentària (TCA) i dels canvis en els criteris diagnòstics del DSM-5. El principal canvi és el reconeixement oficial del Trastorn per Fartaneres, finalment amb una freqüència mínima de les fartaneres d'1 vegada/setmana durant els 3 últims mesos. Un segon canvi important és la substitució de la categoria de “trastorns de l'alimentació d'inici en la infància” per “trastorns per evitació o restricció de la ingesta alimentària”, una categoria que inclou un ampli rang de presentacions. Respecte l'Anorèxia Nerviosa (AN), s'elimina definitivament el criteri d'amenorrea i s'expandeix el criteri B per incloure també “comportaments persistents que interfereixen en la recuperació de pes”; d'aquesta forma, el pacient compliria aquest criteri encara que no expressés explícitament la por o rebuig a recuperar pes. Pel que fa a la Bulímia Nerviosa (BN), l'únic canvi és el de la freqüència de les fartaneres i conductes compensatòries (mínim 1 vegada/setmana, igual que en el Trastorn per Fartaneres) i s'eliminen els subtipus purgatiu-no purgatiu. Tots aquests canvis esmentats reduiran de forma important la prevalença dels Trastorns de la Conducta Alimentària no especificats (TCANE). Finalment, tot i que sovint s'ha fet referència al Trastorn Purgatiu, de moment seguirà sense aparèixer com a entitat diagnòstica. Enguany, un article destacable sobre les característiques d'aquest trastorn és el de Koch, Quadflieg i Fitcher (2013).

Tractament

Comencem aquest apartat amb 2 articles de revisió sobre l'eficàcia dels tractaments psicològics. En primer lloc, Hay (2013) revisa els estudis sobre eficàcia del tractament per als TCA publicats entre 2005 i 2012. Seleccionen 36

estudis controlats i aleatoritzats. Pel que fa al tractament de l'AN, segueix augmentant l'evidència a favor de la TCC millorada (Enhanced CBT, E-CBT) (que manté els seus efectes en els períodes de seguiment), la Teràpia Interpersonal i la Teràpia basada en la Família. En el camp de la BN, destaca l'augment de les dades sobre l'eficàcia de la Teràpia basada en la Família, així com del tractament d'autoajuda, mostrant aquestes dues teràpies una eficàcia equivalent en un estudi amb població adolescent. Respecte el tractament dels TCANE, continua creixent l'evidència a favor de la TCC (en format complet, d'autoajuda i a través d'internet), la Teràpia Interpersonal, i la Teràpia Dialèctica Conductual. Finalment, la TCC a través d'internet i la Teràpia Interpersonal augmenten les dades sobre la seva eficàcia per al tractament del Trastorn per Fartaneres. Malgrat l'evidència epidemiològica de l'augment de la prevalença del Trastorn de Fartaneres en els homes, només es troben 3 estudis controlats i aleatoritzats que inclouen una proporció significativa d'homes.

En segon lloc, Couturier, Kimber i Szatmari (2013) presenten una revisió de 12 estudis controlats en què es compara, d'una banda, l'eficàcia de la Teràpia basada en la Família seguint el model del Maudsley i, de l'altra, el tractament individual, en població adolescent amb AN. Els resultats indiquen que no hi ha diferències significatives entre ambdós formats terapèutics en el moment de finalitzar el tractament. No obstant això, quan s'analitzen les dades corresponents als 6-12 mesos de seguiment, els tractaments familiars es mostren significativament superiors als individuals.

D'altra banda, dos referents mundials a nivell de tractament dels TCA, Fairburn i Dalle Grave, presenten en el mateix volum de la Behavior and Research Therapy dos estudis coordinats sobre l'eficàcia de la E-CBT en format individual en pacients amb AN. D'una banda, Dalle Grave, Calugi, Doll i Fairburn (2013) presenten els resultats d'aplicar 40 sessions setmanals de E-CBT en pacients adolescents, sense cap altre tractament concomitant. Les dades mostren un augment substancial del pes i una marcada reducció dels símptomes nuclears del trastorn alimentari, que es mantenen a les 60 setmanes de seguiment. D'altra banda, Fairburn et al. (2013) utilitzen el mateix disseny en una mostra de 99 pacients adults amb AN. Un 64% dels pacients finalitzen el tractament i s'observa un increment substancial de l'Índex de Massa Corporal (IMC). La resta dels símptomes del trastorn també milloren considerablement.

Aquests resultats es mantenen majoritàriament després de les 60 setmanes de seguiment. Tots dos estudis conclouen que la E-CBT pot ser una alternativa efectiva a la teràpia familiar en termes de costos-beneficis per a adolescents amb AN.

Donada l'eficàcia parcial dels tractaments disponibles per a AN, Schmidt et al. (2013) presenten l'estudi MOSAIC, que és un projecte d'investigació ambiciós que té per objectiu comparar dues modalitats de tractament psicològic a nivell ambulatori per a pacients amb AN o TCANE-AN. Els tractaments estan manualitzats i han mostrat la seva eficàcia en estudis previs. Segurament a l'edició del cdsritic 2.0 de l'any vinent podrem donar ja les primeres dades.

Com cada any, apareixen també articles interessants en el camp de la consciència de malaltia i la motivació pel canvi. Un autor rellevant en aquest camp és Glenn Waller, que en articles recents defensa que el millor índex de la motivació pel canvi del pacient és el canvi conductual objectivable a l'inici del tractament, i no els seus missatges verbals. Enguany signa un article interessant sobre la relació entre vincle terapèutic i recuperació de pes en AN. Explica que la relació entre els 2 factors és evident, però que no queda clara la direcció d'aquesta relació. Mitjançant un disseny longitudinal, avalua el vincle terapèutic i l'increment ponderal en diferents moments del tractament amb TCC, i l'anàlisi de correlacions indica que és l'increment de pes el que va associat a un millor vincle terapèutic, i no a l'inrevés. Segons l'autor, els resultats suggereixen que és necessari focalitzar l'atenció en la recuperació ponderal des de l'inici del tractament (Brown, Mountford, & Waller, 2013).

Knowles, Anokhina i Serpell (2013) presenten un bon article de revisió sobre l'evidència acumulada respecte l'eficàcia de les intervencions motivacionals en els TCA. Identifiquen 8 estudis que compleixen cert rigor metodològic, i conclouen que hi ha encara poca evidència que recolzi la idea d'implementar programes de tractament motivacional en TCA, tot i que aquests programes apareixen en algunes de les principals guies clíniques (com la NICE).

En el camp de la imatge corporal, destaquem l'estudi de Bhatnagar, Wisniewski, Solomon i Heinberg (2013) que presenta un programa de tractament grupal estructurat per a l'abordatge de la imatge corporal en dones amb TCA. La

intervenció consistia en 8 sessions amb psicoeducació, estratègies d'autocontrol, desensibilització sistemàtica, exposició en viu, relaxació i reestructuració cognitiva. Al final del tractament s'obtenen resultats positius quant a la disminució de la distorsió de la imatge corporal.

Per últim, Mitchell, Roerig i Steffen (2013) realitzen una revisió sistemàtica dels estudis sobre l'eficàcia dels tractaments farmacològics per als TCA. Pel que fa a la BN, els Inhibidors Selectius de la Recaptació de la Serotonina (ISRS) són els més utilitzats pels clínics, i la Fluoxetina és l'única aprovada per la Food and Drug Administration per a aquest trastorn. Respecte el Trastorn per Fartaneres, sovint els ISRS proporcionen una bona resposta i són ben tolerats. En casos de sobrepès, no obstant, sembla més recomanable l'ús de fàrmacs antiepilèptics com el Topiramate, que resulta útil per disminuir les fartaneres i facilita la pèrdua de pes. Pel que fa a l'AN, continuem sense disposar d'un tractament farmacològic d'elecció, resultant decebedores les dades sobre l'eficàcia dels antipsicòtics atípics per al tractament d'aquest trastorn.

Aspectes clínics i comorbiditats

Hi ha dos articles que estudien el possible efecte de l'embaràs en el TCA. Cocker, Mitchell-Wong i Abraham (2013) es pregunten si l'embaràs pot promoure la recuperació d'un TCA i Knoph et al. (2013) investiguen el curs i els predictors del TCA en el post part. A tots dos treballs es conclou que l'embaràs no està associat amb la recuperació d'un TCA i que aquestes dones necessiten recolzament durant l'embaràs i l'any posterior al part.

Ackard et al. (2013) publiquen un estudi, fet als USA, que corrobora el que ja s'observa a la pràctica clínica sobre l'augment significatiu de dones de mitjana edat (40 anys o més) que sol·liciten tractament per TCA a les darreres dues dècades.

Philippi, Cardoso, Koritar i Alvarenga (2013) avaluen la freqüència de les conductes de risc de TCA en 189 persones amb diabetis tipus 1 (12-56 anys) i troben que el 58,7% presentaven un elevat risc de TCA. Van trobar diferències significatives relacionades amb l'IMC, el sexe, l'ús del mètode de recompte de carbohidrats, la insatisfacció corporal i, especialment, l'omissió de la insulina.

Fernández-Aranda et al. (2013) estudien la relació entre TDAH i TCA en una mostra de 191 pacients, trobant correlacions positives entre ambdós trastorns. Els TCA subtipus bulímic/purgatiu tenen un elevat nombre de símptomes TDAH, els quals també estan relacionats amb més patologia alimentària, psicopatologia general i trets desadaptatius de la personalitat.

Neuropsicologia i neurobiologia

Com cada any, l'equip de Kate Tchanturia presenta noves dades sobre el seu programa d'intervenció neuropsicològica en AN, la Cognitive Remediation Therapy (RCT). Destaquem aquest any un bon article de revisió on descriuen els principals dèficits neuropsicològics en l'AN (flexibilitat cognitiva i atenció selectiva en els detalls), estableixen certs paral·lelismes entre aquests dèficits neuropsicològics i els símptomes conductuals típic en l'AN, revisen l'adaptació de la RCT a l'AN i descriuen el tractament manualitzat i, finalment, revisen l'evidència acumulada fins ara sobre la seva eficàcia, bàsicament a partir de sèries de casos, estudis qualitius, estudis pilot, i amb mostres molt petites (Tchanturia, Lloyd, & Lang, 2013). El tractament és ben acceptat pels pacients, té baixes taxes d'abandonament i els efectes són moderats quant a canvis neuropsicològics al post-tractament. Seguim pendents, però, de veure les repercussions que té en la clínica nuclear del TCA a partir d'estudis amb més rigor metodològic.

Finalment en aquest apartat destaquen alguns estudis pioners, i també controvertits, sobre l'ús de tècniques quirúrgiques en casos d'AN greu i resistent al tractament. A la prestigiosa revista Lancet, Lipsman et al. (2013) publiquen el que podríem considerar el primer estudi (excepte alguna publicació de cas únic) sobre l'ús de l'Estimulació Cerebral Profunda (DBS) en pacients amb AN. En concret, apliquen l'estimulació en el gir cingulat subcallós en 6 casos d'AN. Seleccionen aquesta àrea perquè s'han vist disfuncions similars en depressió major i en AN, i per certa evidència de resultats positius de DBS en casos de depressió resistent. Els resultats mostren un increment ponderal significatiu en 3 dels 6 pacients als 9 mesos de seguiment, i sobretot una millora en la clínica afectiva i obsessiva comòrbida. Tot i així, apareixen també efectes secundaris indesitjables, de caràcter greu en un dels pacients. En canvi, un grup de

Shanghai presenten dades sobre l'ús de la DBS sobre el nucli Accumbens en 4 pacients adolescents amb AN, 3 dels quals amb TOC comòrbid (Wu et al., 2013). Sobta que els pacients seleccionats siguin tan joves i amb un promig de només 18 mesos de malaltia... En qualsevol cas, la DBS està en una fase de recerca molt inicial.

Altres

En el camp de l'avaluació, Peláez-Fernández, Labrador i Raich (2013) presenten les dades normatives a Espanya de la “Spanish Version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q)” per a adolescents i adults joves. Han trobat diferències en funció de l'edat i el gènere en les diferents subescales. Aquests resultats poden ajudar els investigadors en la interpretació de les puntuacions del S-EDE-Q.

En el camp de la genètica, destaquem un estudi fet a casa nostra, Hospital Clínic, amb una mostra àmplia d'AN i TOC (Mas et al., 2013). És el primer estudi, segons els autors, que analitza similituds en el substrat genètic de l'AN i el TOC, i conclouen que hi ha un substrat genètic comú en ambdós trastorns, que implica vies serotoninèrgiques i glutamatèrgiques, coincidint amb estudis previs sobre aspectes clínics comuns.

Acabem la revisió amb un altre article original fet entre la Universitat de València i l'Hospital de Bellvitge, en què utilitzen la realitat virtual (Perpiñá et al., 2013). Tant pacients com controls fan una ingesta virtual de pizza, i les dades mostren que els pacients amb TCA experimenten majors nivells de malestar i ansietat. Per tant, l'exposició amb realitat virtual “funciona” (especialment davant aliments prohibits) i pot ser útil com a tècnica terapèutica en el futur.

Referències

- Ackard, D.M., Richter, S. Frisch, M.J, Mangham, D., & Cronemeyer, C.L. (2013). Eating disorder treatment among women forty and older: increases in prevalence over time and comparisons to young adult patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2), 175-178.

- Attia, E., Becker, A.E., Bryant-Waugh, R., Hoek, H.W., Kreipe, R.E., Marcus, M.D., Mitchell, J.E., Striegel, R.H., Walsh, B.T., Wilson, G.T., Wolfe, B.E., & Wonderlich, S. (2013). Feeding and eating disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 170(11), 1237-1239.
- Bhatnagar, K.A., Wisniewski, L., Solomon, M., & Heinberg, L. (2013). Effectiveness and feasibility of a cognitive-behavioral group intervention for body image disturbance in women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 1-13.
- Brown, A., Mountford, V., & Waller, G. (2013). Therapeutic alliance and weight gain during cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 51(4-5), 216-220.
- Coker, E.L., Mitchell-Wong, L.A., & Abraham, S.F. (2013). Is pregnancy a trigger for recovery from an eating disorder? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(12), 1407-1413.
- Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H., & Fairburn, C.G. (2013) Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 51, R9-R12.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H., O'Connor, M., Palmer, R., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, R2-R8.
- Fernández-Aranda, F., Agüera, Z., Castro, R., Jiménez-Murcia, S., Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R., Fagundo, A.B., Granero, R., Penelo, E., Claes, L., Sánchez, I., Riesco, N., Casas, M., & Menchon, J.M. (2013). ADHD symptomatology in eating disorders: a secondary psychopathological measure of severity? *BMC Psychiatry*, 11(13), 166.

- Hay, P. (2013). A Systematic Review of Evidence for Psychological Treatments in Eating Disorders: 2005-2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462-469.
- Knoph, C., Von Holle, A., Zerwas, S., Torgersen, L., Tambs, K., Stoltenberg, C., Bulik, C.M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2013). Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *International Journal of Eating Disorders*, 46(4), 355-368.
- Knowles, L., Anokhina, A., & Serpell, L. (2013). Motivational interventions in the eating disorders: what is the evidence? *International Journal of Eating Disorders*, 46(2), 97-107.
- Koch, S., Quadflieg, N., & Fichter, M. (2013). Purging disorder: a comparison to established eating disorders with purging behaviour. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 265-275.
- Lipsman, N., Woodside, D.B., Giacobe, P., Hamani, C., Carter, J.C., Norwood, S.J., Sutandar, K., Staab, R., Elias, G., Lyman, C.H., Smith, G.S., & Lozano, A.M. (2013). Subcallosal cingulate deep brain stimulation for treatment-refractory anorexia nervosa: a phase 1 pilot trial. *Lancet*, 381(9875), 1361-1370.
- Mas, S., Plana, M.T., Castro-Fornieles, J., Gassó, P., Lafuente, A., Moreno, E., Martínez, E., Milà, M., & Lázaro, L. (2013). Common genetic background in anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder: preliminary results from an association study. *Journal of Psychiatric Research*, 47(6), 747-754.
- Mitchell, J.E., Roerig, J., & Steffen, K. (2013) Biological Therapies for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 470-477.
- Peláez-Fernández, M.A., Labrador, F.J., & Raich, R.M. (2013). Norms for the Spanish version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q). *Psicothema*, 25(1), 107-114.
- Perpiñá, C., Roncero, M., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Forcano, L., & Sánchez, I. (2013). Clinical validation of a virtual

environment for normalizing eating patterns in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 680-686.

- Philippi, S.T., Cardoso, M.G., Koritar, P., & Alvarenga, M. (2013). Risk behaviors for eating disorder in adolescents and adults with type 1 diabetes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 150-156.
- Schmidt, U., Renwick, B., Lose, A., Kenyon, M., Dejong ... Landau, S. (2013). The MOSAIC study – comparison of the Maudsley Model of Treatment for adults with Anorexia Nervosa (MANTRA) with Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) in outpatients with anorexia nervosa or eating disorder not otherwise specified, anorexia nervosa type: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 160.
- Tchanturia, K., Lloyd, S., & Lang, K. (2013). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: current evidence and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 492-495.
- Wu, H., Van Dyck-Lippens, P.J., Santegoeds, R., van Kuyck, K., Gabriëls, L., Lin, G., Pan, G., Li, Y., Zhan, S., Sun, B., & Nuttin, B. (2013). Deep-brain stimulation for anorexia nervosa. *World Surgery*, 80(3-4), S29.e1-S29.e10.