Capítulo 1

Implicaciones bioéticas para la instauración del tratamiento en los trastornos de la conducta alimentaria

Ana Carmen Seco Fernández
Javier Jaimes Cienfuegos

Resumen

Dada la alta prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, se vuelve imprescindible comprender sus motivos y ofrecer el mejor tratamiento posible que valore tanto al paciente como su contexto para lograr el éxito, así como la satisfacción de un paciente que es escuchado. Considerando que la etiología de los trastornos es ya conocida como multifactorial y desde un contexto ético-médico-psicológico ampliamos el panorama del paciente, focalizamos la toma de decisión respecto al tratamiento del trastorno alimentario, algunas veces sustentado en falsas creencias, brindando el derecho a la vida y al libre ejercicio de su autonomía.
Palabras clave: Anorexia; bulimia; tratamiento; bioética, autonomía.

Seco Fernández, A.C., y Jaimes Cienfuegos, J. (2023). Implicaciones bioéticas para la instauración del tratamiento en los trastornos de la conducta alimentaria. En J. Jaimes Cienfuegos, J. Monroy García, A.M. Millan Velázquez. (Coords). *Trastornos de la conducta alimentaria. Bioética y sociedad* (pp. 22-35) Religación Press. http://doi.org/10.46652/religacionpress.83.c55

OPEN ACCESS

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por presentar alteraciones persistentes en la conducta alimentaria o de control de peso y por una preocupación excesiva por la forma y el peso. La prevalencia en México de anorexia, bulimia y el trastorno por atracón se estima en 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente. Más de 2,000,000 de personas en México presentan trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, ni una cuarta parte de estos casos han sido tratados. (Benjet et al., 2012). En promedio el rango de edad de los trastornos alimentarios en hombres es de 18-26 años y en mujeres 15-18 años (Secretaría de Salud, 2008).

El paciente que se enfrenta a un desorden alimenticio responde fisiológicamente a éste presentando amenorrea, falta de estrógenos, disminución de la libido, osteoporosis, hipotrofia cardiaca, colapso de la válvula mitral, deshidratación, hipopotasemia, inflamación de glándulas salivales, esofagitis, Síndrome de Boerhaave, pancreatitis, vaciamiento gástrico lento, constipación, esteatorrea, complicaciones renales e incluso discapacidad olfatoria. La tasa de mortalidad aumenta hasta 20%, incluyendo riesgos cardiovasculares, gastrointestinales y comorbilidades mentales (Gabler et al., 2017).

Alrededor de la mitad de los jóvenes hospitalizados que presentan anorexia o bulimia nerviosas han cursado con ideación suicida, y una décima parte de los pacientes con anorexia/bulimia han intentado suicidarse (Arnold et al., 2023).

Autonomía ante los trastornos alimentarios

El principialismo es una teoría que se plantea como base prevenir o resolver los dilemas éticos que surgen en la práctica clínica y se sustenta en 4 principios (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia). La autonomía es la libertad que tiene un individuo para elegir y actuar con base en sus creencias e ideales, sin verse influido u obligado por otro. La autonomía es la capacidad para tomar decisiones y gestionar a la propia persona y el propio cuerpo (Bennato, 2018).

Kant afirmó que los seres humanos son autónomos porque y en la medida en que son racionales, y son racionales en la medida en que sus acciones manifiestan un contenido determinado (en la medida en que se ajustan a los preceptos de la razón pura y práctica). La racionalidad se evalúa sobre la base de la bondad del estado de cosas que promueve esa acción. Una decisión sin un contenido particular nos hará considerar que no existe autonomía (Secker, 1999).

Es necesario transmitir al paciente de manera asequible información relevante sobre su salud y tratamiento. Además, permitir un espacio de reflexión sobre lo que se le dice, en función de sus valores, es capaz de reconocer la gravedad de la decisión y por último puede comunicarse con sus cuidadores.

La autonomía de los pacientes puede restringirse si existe una amenaza de daño muy grave a su bienestar. Las intervenciones implican la restricción de la libertad de acción de una persona, dirigida a la protección de la persona (Radden, 2021).

De lo anterior se concluye que se debe prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien al paciente con un trastorno alimentario, incapaz de tomar una decisión que le produzca un bien en su condición actual, conocido como uno de los principios básicos de la bioética: la beneficencia (Carlos, 2010).

Etiología

Los trastornos alimentarios son entidades patológicas complejas, producidas por factores genéticos, neurofisiológicos, psicológicos, familiares y sociales. Los trastornos alimentarios significan la pertenencia y adhesión de una persona a un contexto moral. La etiología es multifactorial: genética, hormonal, centros de saciedad, ambiente, comportamiento individual. (Paolacci et al., 2020)

El estado de inanición compromete al cerebro, en respuesta este envía señales para la secreción de adrenalina, creando un efecto de excitación, hipervigilancia, apertura ocular, taquicardia, taquipnea. Se inicia la movilización de glucógeno muscular. Al mismo tiempo se segregan endoquininas, estrechamente relacionado con la familia de la morfina, muestran efectos tranquilizantes y eufóricos. El paciente experimenta una sensación de extrañeza y aturdimiento por la llegada de cetonas provenientes del metabolismo de las grasas. Así mismo cuando se realiza ejercicio se inundan los receptores de endorfinas, un ciclo de placer continuo que incita al individuo a realizar más ejercicio. Los pacientes ocasionalmente se refieren a sí mismos como "adictos al hambre o necesitados de ejercicio" (Bright & Henrie-Barrus, 2020).

En pacientes con bulimia o trastorno por atracón los investigadores han encontrado que la comida alta en carbohidratos simples puede generar adicción. Al consumir este tipo de alimentos, la glucosa en sangre aumenta vertiginosamente y de la misma manera ocurre un pico de insulina que lo contrarresta, ocasionando una "hipoglucemia reactiva" la cual se traduce en hambre (Tuomisto et al., 1999).

Los opioides influencian la alimentación incrementando el hambre, así como los antagonistas deprimen el sistema de saciedad. Se considera la desregulación del eje hipotálamo-hipofisario-glándula como efecto y no causa del trastorno alimentario. Se da como una adaptación del metabolismo ante la condición de desnutrición, esta conclusión es apoyada por estudios de inanición en condiciones de encarcelamiento o guerra (Szasz, 1960).

El paciente tiende a sobreestimar el tamaño y proporción corporal pero no sus partes, lo cual nos conduce a pensar sobre un trastorno cognitivo y no perceptual. La percepción del cuerpo depende de respuestas cognitivas (como pensamos que nos vemos), afectivas (como sentimos que nos vemos) y optativas (como nos gustaría vernos) (Behar et al, 2016).

Tratamiento

Entorno de tratamiento y aumento ponderal

Respecto al entorno de tratamiento de primera línea se recomienda se inicie de manera ambulatoria a menos que el paciente

se encuentre en alto riesgo de complicaciones médicas según lo determinado por: el estado de peso del paciente (p. ej., extremadamente bajo índice de masa corporal), factores de comportamiento (p. ej., disminución en la ingesta oral), signos vitales (p. ej., frecuencia cardíaca < 40 lpm), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., riesgo de suicidio) o aspectos ambientales (p. ej., apoyo familiar). (Hay & Morris, 2016)

En pacientes desnutridos que no dan su consentimiento al tratamiento, la mayoría de las directrices indican tratamiento obligatorio. El asesoramiento nutricional varía de acuerdo con las diferentes guías de práctica clínica, en su mayoría la ganancia ponderal semanal oscila entre 0.5–1.5kg para pacientes hospitalizados y 0.2-0.5kg para pacientes ambulatorios. Aunque algunas directrices recomiendan una ingesta diaria de energía de 30 a 40 kcal/kg (Alemania, Estados Unidos Estados Unidos) o más (Países Bajos), otros recomendaron ingestas considerablemente más bajas (España, Reino Unido), particularmente para personas con desnutrición severa. (Gómez-Candela et al., 2018)

Intervenciones psicológicas y farmacológicas

Para todos los trastornos alimentarios se busca abordar al paciente a partir de la psicoterapia familiar e individual. De todos los tratamientos examinados, el tratamiento basado en la familia, en el que los padres están a cargo del proceso de realimentación, tuvo la mayor evidencia para respaldar su uso en niños y adolescentes con anorexia nerviosa. La terapia familiar centrada en los padres; un tipo de terapia en el que la mayor parte de la sesión

se pasa solo con los padres, puede ser tan eficaz como la terapia basada en la familia tradicional en la que se ve a la familia junta (Le Grange et al., 2016).

La mayoría de las guías recomiendan la terapia cognitivo conductual centrándose en la modificación de conductas y cogniciones disfuncionales que mantienen el trastorno. La evidencia demuestra que la participación del paciente en el proceso terapéutico promueve su recuperación (Vázquez Parra & Martell Espericueta, 2020).

Sobre el uso de apoyo farmacológico existe gran discrepancia en especial, en la instauración de tratamiento en niños y adolescentes. Sí el paciente es candidato a tratamiento farmacológico siempre será acompañado de terapia psicológica. En la anorexia nerviosa, se agrega tratamiento con antidepresivo en caso de que se integre el diagnóstico de depresión y se recomienda hacerlo posterior a la recuperación mínima de peso. En la bulimia es recomendable el uso de antidepresivos (fluoxetina) en el momento del diagnóstico, para pacientes con obesidad se agrega *orlistat*. Para el trastorno por atracón, se proponen las mismas directrices de la bulimia nerviosa, con la prescripción de antidepresivos, a consideración queda el uso de anticonvulsivos como el topiramato (Hilbert et al., 2017). Hace algunos años se recomendaba el anorexígeno, sibutramina, sin embargo, presenta riesgo cardiovascular alto, por lo que se retiró del mercado (Pinto et al., 2018).

Según la Guía de práctica de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría para el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios publicada en febrero del 2023, se recomienda que los

pacientes con anorexia nerviosa tengan objetivos individualizados establecidos para el aumento de peso semanal y el peso objetivo, en seguimiento con psicoterapia centrada en el trastorno alimentario, que debe incluir la normalización de las conductas alimentarias y de control del peso, la recuperación del peso y el tratamiento de los aspectos psicológicos del trastorno (p. ej., miedo a ganar peso, alteración de la imagen corporal).

En el caso de pacientes menores de edad o que requieren a un cuidador, el tratamiento debe incluir educación del cuidador destinada a normalizar las conductas alimentarias, de control y restauración de peso.

Siguiendo la guía anteriormente expuesta, para la bulimia nerviosa se recomienda, el tratamiento a partir de la terapia cognitivo-conductual centrada en los trastornos alimentarios, así como la prescripción de un inhibidor de la recaptación de serotonina (por ejemplo, 60 mg de fluoxetina al día) al menos 6 semanas, sin embargo, si la deficiencia es mínima o existe nula respuesta se puede suspender el fármaco. Se solicita la intervención familiar, de modo tal que se instruya un tratamiento familiar centrado en el trastorno alimentario.

En los pacientes con atracones, el trastorno puede tratarse con terapia cognitivo-conductual centrada en el trastorno alimentario o terapia interpersonal, ya sea en formato individual o grupal. Si el paciente solicita apoyo farmacológico se puede agregar un medicamento antidepresivo o lisdexanfetamina (Crone et al., 2023).

Estatus legal del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en México

En México no existe algún estatuto regulado legalmente que especifiqué cómo proceder ante la persona con trastornos alimentarios, si bien es cierto, existe una guía de práctica clínica publicada desde el 2008 en la cual se establece:

> Si alguien se encuentra en riesgo, ya sea por desnutrición, en el caso de la anorexia, o por deterioro de otro tipo, en el de la bulimia, es indispensable la recuperación de la salud corporal y lo recomendable es el internamiento hospitalario para restaurar el estado nutricio y el medio interno. La recuperación ponderal es gradual y lenta; pueden incluirse comidas dietéticas para lograr una mayor cooperación en el tratamiento y la dieta se amplía de acuerdo con la evaluación médica y con la evolución del caso. El internamiento hospitalario se recomienda también cuando el contexto familiar no ofrece la contención necesaria para hacer frente al padecimiento. La psicoterapia es indispensable en el tratamiento de los trastornos alimentarios. (Secretaría de Salud, 2008)

Análisis

Observando la creciente incidencia de trastornos alimentarios a nivel mundial, abarcando principalmente niños y adolescentes, grupo social muy vulnerable, se han elaborado guías de práctica clínica en distintos países en un intento por establecer directrices claras ante el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria. Aún con muchas interrogantes por investigar, es clara la atención hacia el paciente siguiendo el principio de beneficencia ofreciéndole soporte alimenticio, psicológico, farmacológico y familiar.

Entre las comorbilidades más relevantes de los pacientes con trastornos alimentarios se encuentra la ideación suicida por lo que se requiere atención a esta población para disminuir su elevado riesgo de conducta suicida.

Es indispensable en cualquier tipo de trastorno alimentario, que el paciente participe en su proceso de tratamiento, el establecimiento de una red de apoyo familiar e intervenciones basadas en evidencia científica.

Conclusiones

Los trastornos alimentarios cada vez se vuelven más prevalentes, debemos ofrecer un tratamiento que nos permita abordar al paciente de manera multidisciplinaria. Ante el riesgo de morbimortalidad tan alta que presentan estos pacientes, debemos instaurar tratamiento inmediato, aunque sea de manera coercitiva, ambulatorio cuando sea posible y hospitalizado de ser una necesidad, la terapia cognitivo conductual ha permitido la recuperación a largo plazo por lo que se solicita el paciente lleve registros ordenados, la realimentación se hará por vía oral a menos que el paciente no se encuentre estable, en cuyo caso se instaurará por vía parenteral.

En México, es necesario fomentar la prevención de los TCA, así como la creación de directrices concisas en el tratamiento y respetando la integridad del paciente.

Referencias

Arnold, S., Correll, C. U., & Jaite, C. (2023). Frequency and correlates of lifetime suicidal ideation and suicide attempts among consecutively hospitalized youth with anorexia nervosa and bulimia nervosa: results from a retrospective chart review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 10*(1).

Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental, 35*(6).

Carlos, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas,* 22, 121–157. http://www.uv.es/gibuv

Bennato, M. (2018). Los principios bioéticos en el proceso de toma de decisiones médicas. *Nordeste,* 12

Bright, B., & Henrie-Barrus, T. (2020). *Anorexia Nervosa: An Addiction Changing Addictive Thinking*. University of Utah

Gabler, G., Olguín, P., & Rodríguez Alejandra. (2017). Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria medical. *Revista Médica Clínica Las Condes, 28*(69), 893-90

Gómez-Candela, C., Palma Milla, S., Miján-de-la-torre, A., Rodríguez Ortega, P., Matía Martín, P., Loria Kohen, V., Campos Del Portillo, R., Virgili Casas, M. N., Martínez Olmos, M., Mories Álvarez, M. T., Castro Alija, M. J., & Martín-Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria, 35*(2), 489–494. https://doi.org/10.20960/nh.1819

Hay, P., & Morris, J. (2016). *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*.

Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. *Current Opinion in Psychiatry, 30*(6), 423-437. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360

Le Grange, D., Hughes, E. K., Court, A., Yeo, M., Crosby, R. D., & Sawyer, S. M. (2016). Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55*(8), 683–692. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.007

Paolacci, S., Kiani, A. K., Manara, E., Beccari, T., Ceccarini, M. R., Stuppia, L., Chiurazzi, P., Dalla Ragione, L., & Bertelli, M. (2020). Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment. *Molecular Genetics and Genomic Medicine*, *8*(7). https://doi.org/10.1002/mgg3.1244

Pinto, Miguel E., & Manrique, Helard A. (2010). Retiro de sibutramina por riesgo de enfermedad cardiovascular. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 27*(3), 489-490

Radden, J. H. (2021). Food refusal, anorexia and soft paternalism: What's at stake? *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, *28*(2), 141–150. https://doi.org/10.1353/ppp.2021.0022

Secker, B. (1999). The Appearance of Kant's Deontology in Contemporary Kantianism: Concepts of Patient Autonomy in Bioethics. *Journal of Medicine and Philosophy, 24*(1).

Secretaría de Salud. (2008). *Trastornos de la ingestión de alimentos anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Prevención y diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención. Guía de práctica clínica*. CENETEC.

Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Pyschologist, 15*, 115-118

Tuomisto, T., Hetherington, M. M., Morris, M. F., Tuomisto, M. T., Turjanmaa, V., & Lappalainen, R. (1999). Psychological and physiological characteristics of sweet food "addiction". *The International journal of eating disorders, 25*(2), 169–175.

Vázquez Parra, J. C., & Martell Espericueta, C. M. (2020). El respeto de la autonomía como elemento fundamental en el tratamiento ético de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *20*(1), 93–105. https://doi.org/10.18359/rlbi.4369

§

Bioethical implications for the establishment of treatment in eating disorders

Implicações bioéticas para a implementação do tratamento de transtornos alimentares

Ana Carmen Seco Fernández
https://orcid.org/0000-0002-0844-3477
Universidad Autónoma del Estado de México | Centro Médico ISSEMYM Toluca |Toluca | México
anakaranaseco@hotmail.com
Licenciada en Médico Cirujano, con mención honorífica en Universidad Autonómo del Estado de México. Marzo 2021.2do año de residencia de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello en Centro Médico ISSEMYM Toluca. Marzo 2023
Javier Jaimes Cienfuegos
https://orcid.org/0000-0003-1123-8949
Universidad Autónoma del Estado de México| Facultad de Medicina | Toluca | México
javierson77@hotmail.com
Investigador clínico. Neuropsicólogo y tanatólogo. Autor de 3 libros. Ponente nacional e internacional.

Abstract
Given the high prevalence of eating disorders, it becomes essential to understand their reasons and to offer the best possible treatment that values both the patient and his or her context to achieve success, as well as the satisfaction of a patient who is listened to. Considering that the etiology of the disorders is already known as multifactorial and from an ethical-medical-psychological context we broaden the patient's outlook, we focus the decision making regarding the treatment of the eating disorder, sometimes supported by false beliefs, providing the right to life and the free exercise of their autonomy.
Keywords: Anorexia; bulimia; treatment; bioethics; autonomy.