



UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

EL EFECTO PLACEBO Y LA ANOREXIA

**USO DE PLACEBO EN PACIENTES CON
ANOREXIA NERVIOSA**

***AUTOR: CRISTINA MARTÍNEZ
LASARTE***

DIRECTOR: RAÚL CACHO FERNÁNDEZ

***TITULACIÓN: GRADO DE
ENFERMERÍA***

CONVOCATORIA: JUNIO 2014

RESUMEN

Antecedentes: La Anorexia Nerviosa, un trastorno de la conducta alimentaria en la que las personas afectadas sienten un deseo obsesivo de perder peso, es en la actualidad una de las principales enfermedades mentales que afecta a la población adolescente, sobre todo del sexo femenino. Entre el tratamiento farmacológico, en coordinación con terapia psicosocial y terapia nutricional, se encuentra el uso de fármacos antipsicóticos (o neurolépticos) y antidepresivos.

En otra línea, determinados artículos y estudios han tratado y demostrado la importancia y efectividad del uso de placebos para el tratamiento de la depresión, el tratamiento analgésico del dolor, la ansiedad, etc... No hay que olvidar que se conoce como efecto placebo al fenómeno por el que tras la administración de una sustancia inactiva y sin efectos directamente relacionados con el tratamiento de los síntomas de un paciente este muestra mejoría en sus síntomas. Si bien, también hay que tener en cuenta la implicación de la actitud de los pacientes, pues ellos creen que están siendo tratados con un medicamento activo.

Objetivos: Mediante este trabajo se quiere estudiar y valorar los antecedentes en el uso de placebo como opción alternativa al uso de psicofármacos en pacientes con anorexia nerviosa (en comparación con uso de fármacos antidepresivos/antipsicóticos.)

PALABRAS CLAVE

Anorexia nerviosa, antidepresivos, antipsicóticos, efecto placebo.

ÍNDICE

RESUMEN	1
PALABRAS CLAVE	1
ÍNDICE	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS.....	4
MATERIALES Y MÉTODOS	5
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.....	8
1. Tipos Y Definición	8
2. Epidemiología.....	10
3. Etiología Y Patogenia	11
5. Análisis del problema	13
6. Tratamiento	19
6.1. RECURSOS:.....	20
6.2. PSICOTERAPIAS:	21
6.3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:	22
PLACEBO.....	25
1. Definición	25
2. Antecedentes.....	25
3. Factores involucrados	25
4. Procesos cerebrales implicados en el efecto placebo.....	27
ANOREXIA Y PLACEBO	29
DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIÓN	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS	39

INTRODUCCIÓN

En la adolescencia se inician una serie de cambios y manifestaciones que se van desarrollando paulatinamente durante toda esta etapa. Estos cambios, tanto físicos como psíquicos, pueden confundir y desorientar a los adolescentes y llevarles a un estado en el que las preocupaciones por los nuevos cambios, las expectativas, las presiones sociales, el miedo a crecer, etc... provoquen el descontento con el cuerpo y a empezar conductas y comportamientos poco beneficiosos para su salud (dietas, ayunos repetidos, intoxicaciones hídricas), comportamientos con los que creen que van a conseguir ser más acordes con lo que se espera de ellos, pues un importante componente es la aceptación de los demás, lo que piensen los demás de nosotros. Todo esto puede suponer el inicio del desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa.

Los trastornos alimenticios son enfermedades en las que las personas afectadas sufren graves trastornos en sus hábitos alimenticios y en los pensamientos y emociones relacionadas. Los pacientes tienden a obsesionarse con la comida y con su propio peso. Los trastornos alimenticios afectan a unos varios millones de personas en un momento dado, en su mayoría mujeres entre las edades de 12 y 35 años. Hay tres tipos principales de trastornos de la alimentación, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón ¹.

La anorexia nerviosa ha existido por mucho tiempo entre nosotros. Richard Morton reconoció por primera vez la anorexia nerviosa como enfermedad, quien la mencionó en la literatura médica en 1689 en Inglaterra, en el "Tratado para la consunción", donde distinguía claramente la AN de otros estados de emaciación (adelgazamiento patológico) causados por enfermedad. ²

No se conoce con exactitud la causa del desarrollo de trastornos como la anorexia nerviosa. El alcance de este problema es tal, que se cree necesaria la consideración desde diversos ángulos, como una combinación de diversos factores, predisponentes y precipitantes: factores biológicos (predisposición genética), factores psicológicos, factores sociales, factores culturales. Puede que sea precisamente por esto que a la hora de establecer el tratamiento adecuado se hace desde una perspectiva multidisciplinar, ya sea en régimen ambulatorio, Hospital de Día u hospitalización, que incluya de manera equilibrada la psicoterapia y tratamiento psicofarmacológico.

Ya desde hace unos años este tratamiento se dirigía hacia el estado de ánimo y la autoestima de los y las pacientes, e incluía grupos de fármacos tales como neurolepticos, antidepresivos y benzodiacepinas, además de otros psicofármacos ³. A día de hoy, aún se intenta objetivar la eficacia de su uso como parte del tratamiento.

Este es un tema que aún hoy en día tiene mucha repercusión en la sociedad. Muchos y muchas adolescentes tienen una preocupación obsesiva por su cuerpo y aunque este sea un asunto mucho más arraigado al sexo femenino no hay que olvidar que también afecta cada vez más a los chicos. En una sociedad y etapa como es la adolescencia, donde se valora más la imagen física que cualquier otra cosa, me parece importante acercarnos a una enfermedad que en los últimos tiempos está en auge, valorando las causas y consecuencias que derivan de este tipo de trastornos, los principales grupos de riesgo y su detección así como los principales tratamientos que se utilizan y su eficacia.

OBJETIVOS

Objetivo Principal:

- Valorar la eficacia del uso de placebo como parte del tratamiento psicofarmacológico en pacientes diagnosticados de anorexia nerviosa.

Objetivos Secundarios:

- Explicar las bases generales del trastorno de la Anorexia Nerviosa.
- Realizar un análisis que muestre la situación de dicho problema.
- Definir y mostrar las bases generales sobre el efecto placebo.
- Realizar un análisis que muestre la situación actual que rodea al uso de placebo y su relación en la anorexia nerviosa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Dialnet, Scopus, PsycInfo y el uso de la biblioteca virtual SciELO, utilizando términos relacionados con este tema de interés tales como “anorexia nervosa”, “placebo effect”, “tratamiento anorexia nerviosa”.

Materiales:

1. **García FP. Cuerpo y subjetividad: acerca de la anorexia. *Revista Española de Salud Pública*. 2007; 81(5): 529-542.**

“Sir William Gull, en la exposición que hizo en Oxford en 1868, había utilizado la expresión aepsia histérica cuya descripción es similar a la ya hecha por Robert Morton en su Phthisiologia² (1689): pérdida del apetito, amenorrea y adelgazamiento. Nombrar la “aepsia histérica” como anorexia nervosa” abre la vía hacia una consideración “mental”, sin causa orgánica definida de la enfermedad.”

En este artículo encontramos claramente expresados los antecedentes de la anorexia nerviosa y como se ha ido modificando la clarificación de la enfermedad a lo largo de la historia. Desde los inicios de la enfermedad se empieza a considerar como una enfermedad mental y se teme la dificultad del tratamiento por lo insidioso de la salud mental. Con los años pasó a denominarse anorexia mental, precisamente por la implicación del estado mental en el rechazo que se genera a los alimentos que proviene de una “perversión intelectual” (Déjérine, 1885).

Poco después entra en consideración un elemento importante: el sentimiento de rechazo y miedo a ganar peso y la vergüenza a la obesidad. Elementos que hoy en día son clave para el entendimiento de la anorexia nerviosa. Si bien, como el mismo artículo nos indica, aun es un terreno por recorrer y descubrir, ya que quedan muchas incógnitas en el aire que son necesarias de solucionar:

“El que todavía hoy se discuta si es un síntoma o una enfermedad propiamente dicha de origen físico, psíquico o psicosomático, indica hasta qué punto permanece el malestar, terapéutico y epistémico, que la anorexia suscita.”

2. **Lenoir M, Silber J T. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes. Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Buenos Aires, 2006.**

Tenemos que tener una consideración de los trastornos de la conducta alimenticia como condiciones complejas en las que estan involucradas y combinadas tanto factores del comportamiento individual como factores biológicos de los individuos, factores emocionales, factores psicológicos y factores sociales-culturales. Es la mezcla de estos factores los que conllevan a que personas con este tipo de trastorno sientan la necesidad de compensar sentimientos y

emociones que tienden a ser frustrantes y/o dolorosos que les sobrepasan, apoderándose de ellos, y alcanzar cierto grado de control sobre sí mismas y su vida realizando dietas muy restrictivas, actividad física en exceso... pero que en realidad son acciones que afectan y dañan su bienestar físico, su bienestar emocional, su salud, su autoestima y el sentido de competencia y control, además de suponer también un duro golpe para su familia y su entorno.

3. Oltra CJ, Espert TR, Rojo ML. Neuropsicología y anorexia nerviosa. Hallazgos cognitivos y radiológicos. Sociedad Española de Neurología 2012; 27(8): 504-510

Se trata de un artículo que recoge una revisión bibliográfica y donde se pone de manifiesto las alteraciones morfológicas cerebrales que se dan en los y las pacientes, así como de otra serie de capacidades neuropsicológicas que pueden verse afectadas.

Como aspectos generales con este artículo se extrae que los cambios y alteraciones que se generan en el cerebro no son de carácter posterior al inicio de la enfermedad, sino que están presentes de base, es decir, suponen un factor de predisposición para el desarrollo del trastorno.

4. Durán, MVC. La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa [tesis doctoral], Madrid: 2001.

Este documento se trata de una tesis doctoral de la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid. En ella se muestra un estudio de las causas de los Trastornos de la conducta alimentaria y sobretodo la influencia que tienen los factores sociales en los mismos (teniendo en cuenta la publicidad, la moda...), pues se considera que hoy en día es el principal factor detonante para el desarrollo de la anorexia nerviosa u otros tipos de trastornos alimentarios.

“Concluyendo que la publicidad goza de mala prensa a priori, que la información dirigida a adolescentes es más influyente que las otras características sociales del entorno, y que por encima de las causas sociales, las causas de tipo personal como la aceptación y necesidad de popularidad son detonantes más fuertes de adelgazamiento que la publicidad y la moda, aunque se confirme en el contexto social su influencia en anorexia y sobre todo en bulimia nerviosa”

Como resultado de las investigaciones se observó que a pesar de la publicidad y la información que generan en grandes cantidades los medios de comunicación, la importancia de hoy en día a tener un buen aspecto y la relación que parece tener esto con la delgadez de las personas, las causas personales y la forma de ser de cada individuo, así como experiencias y vivencias personales, son predisponentes tanto o más fuertes para promulgar la adquisición de comportamientos de adelgazamiento, llevando en casos extremos a delgadez patológica. Si bien hay

que considerar la acción complementaria de todos los factores predisponentes, ya que la anorexia nerviosa es un trastorno considerado de origen multifactorial.

5. Levenkron, S. Anatomía de la anorexia. Barcelona: Kairós; 2004.

Este libro pretende acercarnos a la enfermedad desde otro punto de vista al que se nos acostumbra; nos muestra más el componente mental que hay detrás de la anorexia nerviosa. Nos acerca al comportamiento mental de las afectadas por este trastorno, de manera que podamos comprender el empeño y el deseo que pasa por las mentes de las adolescentes anorexicas para perder peso y adelgazar y ver el comportamiento obsesivo que pueden mostrar, pues las adolescentes anorexicas gastan mucho esfuerzo y tiempo en pensamientos y acciones para conseguir adelgazar.

Además nos muestra los tipos de tratamiento posible que se pueden presentar, sabiendo que las afectadas por este trastornos están sujetas a un fuerte sentimiento de negación y/o negociación de la enfermedad. Por ello, los tratamientos en muchas ocasiones pueden ser complementarios entre sí.

Un punto importante al que hacer mención es que se defiende en este libro que la falta de confianza y de maduración está relacionada con las características de la anorexia, es decir, que hace más predisponente padecer dicha enfermedad.

6. Murray D, Stoessl, AJ. Mechanisms and therapeutic implications of the placebo effect in neurological and psychiatric conditions, 2013 Dec;140(3):306-18

Esta revisión se centra en mostrarnos la actividad demostrada que tiene el uso de placebos y su mecanismo de acción en casos de dolor, depresión y en la enfermedad del Parkinson.

Con la lectura de este artículo queda patente que aunque se desconocen con exactitud los mecanismos implicados, se ha demostrado la capacidad del placebo de generar cambios/efectos comparables a los obtenidos con una terapia farmacológica.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

1. Tipos Y Definición

Se conocen como Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) al grupo de trastornos mentales cuya principal característica es que las personas que los sufren adoptan una conducta alimentaria anómala y dañina para su salud. Las clasificaciones actuales distinguen entre dos problemas principales: Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN); si bien se habla de un tercero conocido como Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado (TCANE)

Tanto en unos como en otros los pacientes suelen tener un concepto erróneo y distorsionado con respecto a su imagen corporal, comparten el sentimiento de miedo a ganar peso, que no desaparece aunque la persona pierda peso, y si no se tratan pueden llegar a suponer un grave problema y poner en riesgo su vida.

a) Bulimia Nerviosa

La BN se conoce como el trastorno en el que los pacientes sufren episodios de ingesta incontrolada y compulsiva, conocido como ciclo de atracón, seguido por un ciclo de purgación con la intención de compensar la ingesta.

Al igual que con la AN, se pueden considerar dos tipos:

- Forma purgativa: Se provocan vómitos o usan otros tipos de ayuda como uso de laxantes.
- Forma restrictiva: De forma compensatoria realizan dietas severas.

b) Anorexia Nerviosa

La AN consiste en el rechazo por parte de los y las pacientes a mantener un peso corporal normal (de acuerdo a la edad y talla de cada uno), un miedo intenso a ganar peso y la alteración significativa de la percepción de la imagen corporal. Generalmente se dan comportamientos tales como restricción de la dieta, uso de diuréticos, laxantes... y acciones para contrarrestar aquello que ingieren: episodios de ejercicio extremo, vómitos autoinducidos...

Se pueden considerar dos tipos:

- De tipo restrictivo: No recurren a purgas
- De tipo compulsivo-purgativo: Provocando vómitos a modo de purga. Algunos escritos también la definen como "bulimarexia"

En este trabajo me voy a centrar únicamente en la Anorexia Nerviosa, trastorno en el cual se muestran ciertas manifestaciones clínicas y comportamientos en las personas que lo sufren y que suelen ser el primer indicador del problema para aquellos que rodean al enfermo. Dichas manifestaciones engloban:

* Según los apuntes de miniMANUAL I CTO PSIQUIATRÍA consultados durante mi periodo de prácticas en UHP-A durante el curso 2013-2014.

- En este tipo de pacientes prevalece la sensación de estar “gordo” o con sobrepeso, a pesar de una pérdida de peso considerable, tener una imagen corporal que está muy distorsionada, estar muy concentrada en el peso corporal o la figura y negarse a admitir la gravedad de la situación.
- Negación a comer o comer en soledad, evitando comidas y situaciones familiares.
- Limitan la cantidad de alimento que comen; muestran una conducta de ocultación y/o manipulación de los alimentos, cortando el alimento en pedazos pequeños o moverlos alrededor del plato en lugar de comérselos.
- Ir al baño inmediatamente después de las comidas, normalmente con intención de provocarse el vómito.
- Amenorrea en caso de mujeres.

Los y las pacientes con anorexia nerviosa restringen de manera extrema la ingesta de alimentos debido al miedo a ganar peso y verse obesas, por lo tanto su cuerpo no recibe la energía suficiente y esto tiene una serie de consecuencias. La anorexia afecta a todo el cuerpo, ya que se pueden ver afectados varios órganos y/o sistemas. De manera esquemática se muestran las principales complicaciones y manifestaciones que se pueden desarrollar. (Tabla 1)

En la anorexia nerviosa se produce una distorsión de la imagen corporal, con lo que los y las afectadas tienen una percepción errónea de su propia figura y creen estar gordos, no siendo conscientes de la realidad. Esto le lleva a una situación de baja autoestima al tener la idea generalizada de que la valía de cada uno y su esencia como persona radica en la imagen corporal. Todo ello sumado al perfeccionismo que caracteriza los comportamientos de las anoréxicas les hace querer controlar y perfeccionar su imagen y su físico, ayudándose para ello de dietas restrictivas, ciclos de ayuno, en ocasiones realizan acciones de purgas, que son lo que en realidad están acabando con ellas.

Por lo general el perfil de las afectas suele ajustarse a:

- Personas que viven más pendientes de cumplir con las expectativas y los ideales de los demás, de satisfacerlos y ser aceptados por ellos.
- Pueden tener problemas de autonomía, mostrando miedo a madurar.
- Muestran baja autoestima, ansiedad y angustia, falta de confianza en sí mismas y en su percepción personal, que les lleva al aislamiento y la soledad.
- Perfeccionistas y con tendencia al autocontrol. Quieren alcanzar el mayor éxito posible para ganarse la confianza, aceptación y reconocimiento social.
- Buen rendimiento académico: Suelen ser jóvenes estudiosos y estudiosas, trabajadores y responsables.

TABLA 1: COMPLICACIONES DE LA ANOREXIA NERVIOSA

PRINCIPALES COMPLICACIONES	
Manifestaciones Cardíacas: <ul style="list-style-type: none">• Disminución gasto cardíaco• Bradicardia	Manifestaciones Neurológicas: <ul style="list-style-type: none">• Daños neurológicos.• Cefaleas.

<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión. • Prolapso mitral. • Derrame pericárdico. • Arritmias secundarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diplopía
<p>Manifestaciones Gastro-intestinales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evacuación gástrica lenta • Disminución tamaño estomago • Flatulencias. Hinchazón. • Estreñimiento. Dolor abdominal. • Dilatación gástrica. 	<p>Manifestaciones Renales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación de cálculos. • Polaquiuria. • Azoemia prerrenal. • Trastornos hidroeléctricos.
<p>Manifestaciones Hematológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia ferropénica • Leucopenia • Disminución ácido fólico • Trombocitopenias moderadas • Infecciones. 	<p>Manifestaciones Osteomusculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osteoporosis. • Debilidad muscular • Calambres. • Parestesias.
<p>Manifestaciones en la Piel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel seca, áspera, quebradiza • Aparición de lanugo (en mejillas, espalda, muslos y cuello) • Uñas quebradizas. • Pigmentación de la piel • Caída del cabello. • Hipotermia en extremidades. 	<p>Otras manifestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dientes erosionados • Disnea • Espasmos

(Fuente: Gil V J. Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson, S.A.; 1997: 51-126) Elaboración propia.

2. Epidemiología

Es difícil estimar la prevalencia de estos trastornos, sin embargo, la mayor parte de las investigaciones publicadas recientemente coincide en el aparente aumento del número de en los países desarrollados en los últimos 50 años.

Basándonos en estudios de dos fases realizados en España (Tablas 1 y 2) en la población de mayor riesgo (mujeres de 12 a 21 años) se obtiene una prevalencia del 0,14% al 0,9% para la AN, del 0,41% al 2,9% para la BN y del 2,76% al 5,3% para TCANE. En el caso de varones adolescentes, aunque existen menos estudios, obtenemos una prevalencia de 0% para la AN, del 0% al 0,36% para la BN y del 0,18% al 0,77% para los TCANE. ⁴

Tabla 2. Estudios sobre prevalencia de TCA en mujeres adolescentes en España

Estudio	N	Edad (años)	AN (%)	BN (%)	TCANE (%)	TCA (%)
Madrid, 1997 ^s Morandé G y Casas J.	723	15	0,69	1,24	2,76	4,69
Zaragoza, 1998 ^r Ruiz P <i>et al.</i>	2.193	12-18	0,14	0,55	3,83	4,52
Navarra, 2000 ^s Pérez-Gaspar M <i>et al.</i>	2.862	12-21	0,31	0,77	3,07	4,15
Reus, 2008 ^{rs} Olesti M <i>et al.</i>	551	12-21	0,9	2,9	5,3	9,1

Tabla 3. Estudios sobre prevalencia de TCA en varones y mujeres adolescentes en España

Estudio	N	Edad (años)	AN (%)	BN (%)	TCANE (%)	TCA (%)
Madrid, 1997 ^s Morandé G y Casas J.	1.314	15	0,00 a 0,69	0,36 a 1,24	0,54 a 2,76	3,04 4,70 0,90
Valencia, 2003 ^r Rojo L <i>et al.</i>	544	12-18	0,00 a 0,45	0,00 a 0,41	0,77 a 4,71	2,91 5,56 0,77
Ciudad Real, 2005 ^r Rodríguez-Cano T <i>et al.</i>	1.766	12-15	0,00 a 0,17	0,00 a 1,38	0,60 a 4,86	3,71 6,41 0,60
Osona, 2006 ^r (Barcelona) Arrufat F.	2.280	14-16	0,00 a 0,35	0,09 a 0,44	0,18 a 2,70	1,90 3,49 0,27
Madrid, 2007 ^s Peláez MA <i>et al.</i>	1.545	12-21	0,00 a 0,33	0,16 a 2,29	0,48 a 2,72	3,43 5,34 0,64

3. Etiología Y Patogenia

La teoría bio-psico-social enseña una visión en la que se defiende que debemos atender a múltiples causas y variables para analizar de una manera más eficaz el origen de este problema así como su abordaje terapéutico. (Figura 1)

Atendiendo a esta visión, no hay una única causa de los trastornos de alimentación, sino que se trata de un cúmulo de factores y es la mezcla y la acción conjunta de todos, o varios de ellos, lo que nos da como resultado el desarrollo de uno u otro TCA.

❖ Factores Psicológicos:

- Baja autoestima, depresión, soledad.
- Sentimientos de falta de control.
- Ansiedad, ira.

❖ Factores Interpersonales:

- Problemas de familia y relaciones personales.
- Dificultad para expresar emociones y sentimientos.
- Historial de abusos o haber sido ridiculizado por su tamaño o peso.

❖ Factores Sociales - Culturales:

- Las presiones sociales y cánones de belleza tanto para mujeres como para hombres en cuanto a pesos y formas específicas del cuerpo, donde cada vez se alaba más el cuerpo y la figura delgada.

❖ Factores Biológicos y Genéticos:

- Algunos estudios evidencian una predisposición genética.
- Se sigue investigando sobre las posibles causas bioquímicas o biológicas de los trastornos alimentarios y también ciertos productos químicos en el cerebro que controlan el hambre y la digestión que se cree presentan un desequilibrio. (Dopamina, Serotonina, Norepinefrina)

Por todo esto algunos especialistas creen que para contrarrestar sentimientos y emociones que les sobrepasan, las personas con este tipo de trastorno se valen de la manipulación y manejo de la dieta y los alimentos como forma de sentir que tienen el control sobre algún aspecto de su vida, sin detenerse a pensar que está afectando y dañando su bienestar físico y psicológico.

4. Procesos cerebrales implicados⁵

Actualmente existe controversia acerca del inicio de las alteraciones cognitivas que afectan a los y las pacientes con AN. Por un lado hay autores que afirman que los déficits cognitivos se producen en regiones cerebrales específicas o como consecuencia de una reducción del metabolismo cerebral global, de la perfusión sanguínea o del normal funcionamiento de ciertos neurotransmisores (como la dopamina – neurotransmisor que regula la propiedad gratificante de los alimentos, además de ser precursor de la norepinefrina y epinefrina- o la serotonina –neurotransmisor implicado en los casos de depresión y que puede tener un efecto inhibitorio sobre la conducta alimentaria-). Por otro lado, hay estudios que ampliaron el debate acerca del alcance de la disfunción cerebral al aportar datos que apuntaban a una alteración más específica de un hemisferio cerebral sobre el otro y se estudiaron a fondo todas aquellas capacidades cognitivas que se presuponen específicas a las zonas cerebrales concretas de cada uno de los hemisferios.

Los diferentes estudios realizados con pruebas neurorradiológicas han obtenido datos que hacen referencia a alteraciones del funcionamiento de regiones cerebrales amplias (p. ej., córtex frontal, córtex parietal), así como a áreas cerebrales específicas (p. ej., núcleo caudado, tálamo, córtex frontal lateral inferior) de pacientes en estado agudo de la enfermedad en comparación con sujetos control.

Con las teorías iniciales, lanzaron la hipótesis de que se evidencia una disfunción en el hemisferio derecho de los cerebros de las adolescentes con anorexia nerviosa, especialmente en el córtex parietal, y concluyeron que esta disfunción podría estar relacionada con la visión distorsionada de su propio cuerpo. Tras esto comenzaron a realizarse muchos otros estudios y, como consecuencia, a encontrarse con resultados desiguales.

A partir del inicio del siglo XXI, los estudios acerca de las alteraciones presentes en las adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria comienzan a centrarse en la investigación de las redes neuronales y los perfiles neuropsicológicos más característicos hallados en las pacientes investigadas con diagnósticos de anorexia nerviosa ⁶. Se abrió así la hipótesis y la línea de investigación acerca de si las alteraciones generales sobre la toma de decisiones, flexibilidad cognitiva, cambio de criterio o estilos de procesamiento de la información no serían consecuencia directa de la desnutrición o indirecta vía alteraciones morfológicas cerebrales, sino síntomas premórbidos de una vulnerabilidad a presentar anorexia nerviosa que podrían agravarse una vez aparecidas todas las consecuencias biológicas (bioquímicas, morfológicas, funcionales o endocrinas) características de este trastorno.

Hay estudios realizados que muestran cambios cerebrales a nivel estructural y funcional en pacientes diagnosticadas de anorexia nerviosa sugiriendo, en contra de las teorías iniciales, que no se producen de manera posterior al comienzo de la enfermedad, sino que suponen una predisposición para desarrollar sintomatología anoréxica.

En contra de las conclusiones obtenidas tras las primeras investigaciones se cambia la visión de los estudios centrándose en las capacidades neuropsicológicas propias del hemisferio derecho y del córtex prefrontal, apoyadas por los hallazgos de neuroimagen, como tomografía por emisión de positrones (PET) tomografía por emisión de fotón simple (SPECT) o resonancia magnética funcional (RMf), que muestran alteraciones específicas de áreas frontales y las capacidades neuropsicológicas relacionadas con ellas como la flexibilidad cognitiva, la impulsividad, la resolución de problemas, la perseveración y cambio de criterio, así como un estilo de procesamiento de la información centrado en el detalle que, junto con las alteraciones en los córtex parietal y occipital, podrían explicar las conductas en torno a la comida que manifiestan estas pacientes, llegando a considerarse así factores predisponentes y no una consecuencia de la desnutrición observada en la anorexia nerviosa.

5. Análisis del problema

Matriz DAFO:

A continuación se pasa a la realización de un análisis de las debilidades y oportunidades (aspectos relativos al medio externo y que afectan al entorno) y también las fortalezas y debilidades (aspectos que conciernen al medio interno y afectan al sistema sanitario).



❖ AMENAZAS:

Estas son las amenazas que se generan en el entorno que rodea a la adolescente y que pueden influir en el inicio de la enfermedad. En este apartado podemos tener en cuenta:

- Los desfiles y pasarelas de moda.
- Los nuevos cánones de belleza.
- Falsa publicidad de los medios de comunicación.

La moda de hoy en día alaba una figura femenina de cuerpo delgado y cuidado, típico cuerpo de modelo de pasarela. Esto crea una idea errónea de la belleza y la salud promoviendo la creencia de que hay que conseguir un cuerpo delgado porque es lo saludable hoy en día. Los medios de comunicación, el mundo de la moda... están idealizando constantemente la perfección del cuerpo femenino y la hermosura del mismo, que se consigue mediante dietas y actividad física, corriendo el riesgo de que muchos y muchas adolescentes se hagan eco de tanta publicidad y pongan todo su empeño en alcanzar tal fin sin la ayuda ni directrices de los profesionales sanitarios.

Otros aspectos importantes que considero como amenazante es:

- Frustraciones familiares.
- Presiones sociales (amistades).

El entorno familiar es un sustento de apoyo importante para cualquier ser humano y más aún en la adolescencia, donde se producen constantes cambios internos y externos que son desconocidos para las adolescentes.

A medida que crecemos nos vamos desvinculando poco a poco de relaciones familiares tan “dependientes” y vamos desarrollando nuevas relaciones con el entorno exterior a la familia; nos empezamos a vincular más con nuestro entorno social, creándonos nuestros propios grupos de amigos, con los que nos sentimos más identificados y buscamos, a veces de manera extremista y desesperada, la aprobación y aceptación del grupo. Se puede llegar a imitar comportamientos, adquirir ideales y opiniones...

A modo esquemático, la *Figura 1*⁷ nos muestra el peso que los factores sociales tienen en la población: la publicidad emitida, la información sobre dietas y ejercicios milagrosos, las nuevas modas, que con el lanzamiento de sus tallas promulgan la delgadez, el influjo de las amistades, etc... Todo ello crea preocupación por la estética. Si le sumamos la relación con factores familiares, como la presión familiar y la rebeldía como método de escape, y los factores individuales, como complejos que se puedan tener en la adolescencia por el tipo de carácter de cada uno, complejos físicos por el desarrollo del cuerpo, determinadas etapas y circunstancias de cada uno, puede suponer poder suficiente para generar en la adolescente un Trastorno de Anorexia Nerviosa.

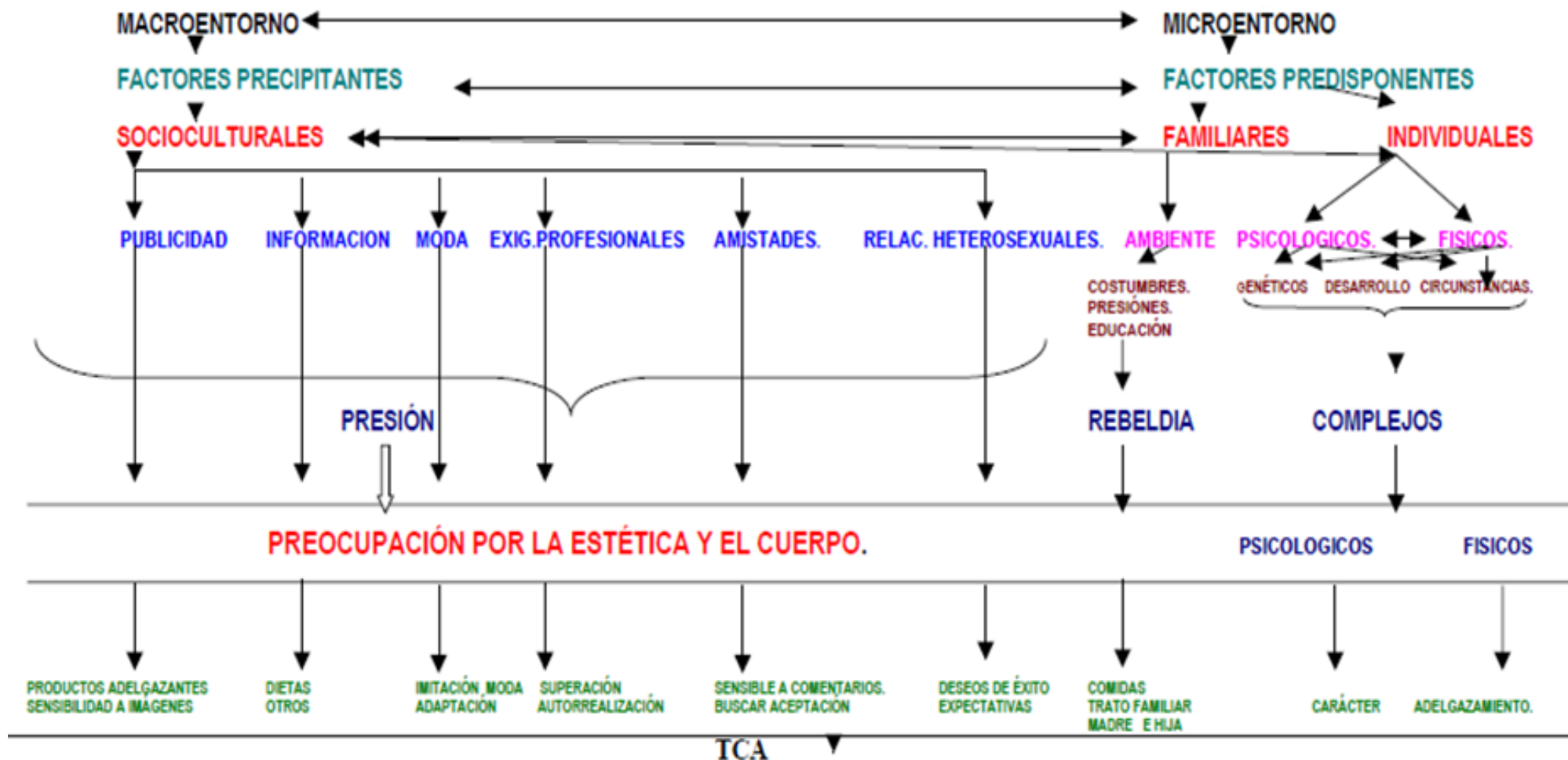


Figura 1. Relación entre los estímulos del entorno externo (factores precipitantes) y del entorno interno (factores predisponentes) de las adolescentes y su implicación en el desarrollo de Trastornos de la conducta alimentaria. Fuente: Durán, 2001

❖ OPORTUNIDADES:

Las oportunidades que se generan en el entorno son las características y variables que pueden participar en el funcionamiento del sistema, facilitando la práctica sanitaria. En este apartado podemos tener en cuenta:

- Campañas en fomento de la actividad física.
- Campañas en fomento de la alimentación sana y equilibrada.

Son muchas las campañas publicitarias y programas que se establecen con el fin de promover entre niños y jóvenes una correcta alimentación, incidiendo en las comidas diarias, las cinco raciones de fruta y/o verdura al día, etc... y del mismo modo presentando los beneficios que aporta la realización de ejercicio físico, sobre todo en aquellos que están en etapa de desarrollo.

En 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgó la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Su principal es promover y proteger la salud a través de la alimentación sana y la actividad física.⁸

Tiene cuatro objetivos principales:

- Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociados a las dietas malsanas y a la inactividad física a través de medidas de salud pública.
- Incrementar la concienciación y los conocimientos acerca de la influencia de la dieta y de la actividad física en la salud, así como de los efectos positivos de las intervenciones preventivas.
- Establecer, fortalecer y aplicar políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar las dietas y aumentar la actividad física que sean sostenibles e integrales, y cuenten con la participación activa de todos los sectores.
- Seguir de cerca los datos científicos y fomentar la investigación sobre la dieta y la actividad física.

Las iniciativas para animar a la población adolescente a la realización de actividad física se centran en los beneficios que esta aporta, pues ayuda al desarrollo del aparato locomotor, al desarrollo de un sistema cardiovascular sano y a mantener un peso corporal saludable, acorde a cada individuo.

En cuanto a la dieta, ya se conoce la pirámide nutricional emitida por la OMS en la que se dividen los alimentos en 6 grupos de acuerdo a su consumo recomendado. Si bien los programas de alimentación saludable pretenden lograr principalmente reducir el consumo de grasas, eliminando las grasas “trans” e intentando cambiar el uso de las grasas saturadas por grasas insaturadas, reducir la ingesta de azúcares libres a la par que aumentar la toma de frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales, siguiendo las recomendaciones marcadas por la OMS.

❖ **DEBILIDADES:**

Son debilidades todas aquellas situaciones, características, etc... que se genera dentro del propio sistema sanitario y que dificultan u obstaculizan la calidad, crecimiento y desarrollo de una buena práctica sanitaria.

Hoy en día podemos considerar:

- Falta de sensibilización del problema dentro del sistema sanitario.

En las sociedades occidentales, como he mencionado anteriormente, se le da mucha importancia a la alimentación saludable y equilibrada y se comienzan desde la etapa infantil actividades educativas en pro de las dietas equilibradas para concienciar a la población desde la niñez. Predominan programas y campañas publicitarias para combatir la obesidad, otra de las epidemias de este siglo y en la cual se cuentan miles de personas afectadas, también adolescentes. Pero en menor medida se lanzan estos mismos programas y campañas educativos para combatir y/o prevenir la anorexia nerviosa entre la población adolescente.

Esto no quiere decir que no se desarrollen estrategias para abordar este problema, pues tanto la anorexia como la obesidad son trastornos de la conducta alimentaria que hay que prevenir, diagnosticar y tratar, pero se les da más importancia y se conocen más aquellas que van dirigidas a la obesidad y el sobrepeso.

❖ **FORTALEZAS:**

Aquellas variables, rasgos, características y/o situaciones del sistema sanitario que nos ayudan y facilitan para llevar a cabo nuestra acción sanitaria.

- La formación del equipo sanitario.

La cantidad de información y avances científicos en materia de investigación que se difunden de manera continua hacen posible que el personal sanitario cada vez salga más cualificado y preparado.

Se promulga la importancia de la salud mental como parte fundamental para el bienestar de la población. Se incluyen en los planes educativos los criterios de diagnóstico, tanto del DSM-IV como del CIE-10 de enfermedades como la anorexia nerviosa, la clínica de la enfermedad así como la diversidad de las complicaciones que pueden ir asociadas, y los beneficios del trabajo en equipos multidisciplinares.

De igual modo, han ido aumentando en los últimos años distintas terapias y tratamientos para abordar la anorexia nerviosa, ya sea tratamiento psicofarmacológica o tratamiento psicoterapéutico, pudiendo ser necesario el tratamiento hospitalario.

6. Tratamiento

En numerosas ocasiones puede haber una negativa por de los y las pacientes a la hora de iniciar el tratamiento y eso les lleva a acudir al médico no por propia voluntad, sino por presiones familiares y amistades.

En el tratamiento de los y las pacientes anoréxicas es importante el papel y la actitud del personal médico y de enfermería y el disponer de personal formado, bien cualificado y con conocimientos sobre la atención de las personas con trastornos de la alimentación es esencial y parte importante para el éxito del tratamiento. Es cada vez más frecuente el uso de tratamientos en hospitales de día, una solución intermedia entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio.⁹

Los objetivos del tratamiento de la anorexia nerviosa se centran principalmente en asegurar que el estado nutricional sea adecuado a las características de cada paciente, normalizar los hábitos alimentarios (consiguiendo por parte de los y las pacientes un compromiso con respecto al peso y la rutina diaria) y mejorar y modificar las posibles alteraciones psicopatológicas (baja autoestima, ansiedad...) así como conductas y creencias hacia las comida

El plan de acción en estos casos consiste en tres fases:

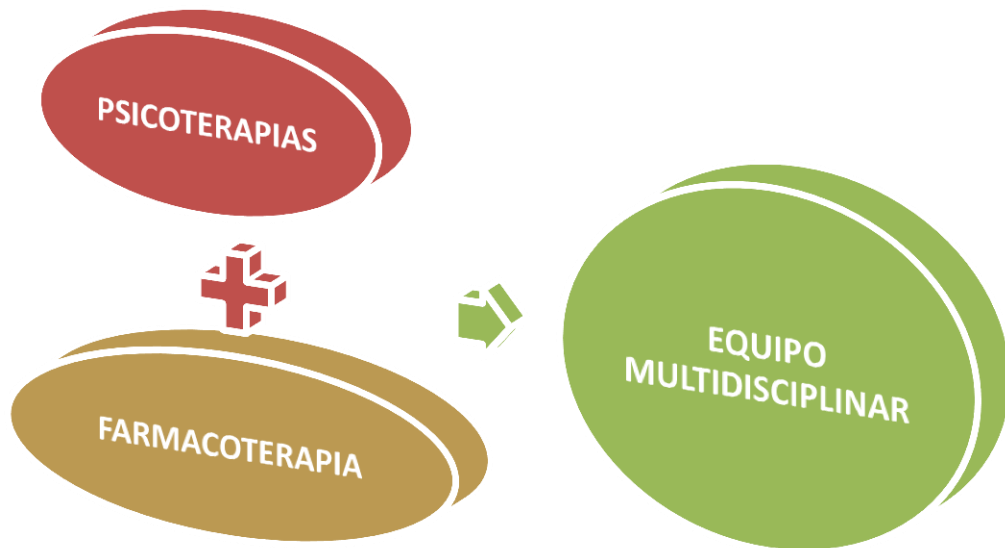
- Restauración el peso saludable al paciente.
- Tratamiento de los problemas psicológicos relacionados con el trastorno de la alimentación.
- Reducir o eliminar las conductas o pensamientos que conducen a la insuficiente ingestión de comida y a la prevención de recaídas.

Como parte significativa en el tratamiento, enfermería tiene que saber cómo actuar con pacientes que sufren de anorexia nerviosa. Un papel importante en nuestro trabajo es la educación y enseñanza al paciente, tanto del proceso de enfermedad como del tratamiento que es más adecuado y la razón de su implantación. Hacerles ver el problema y la solución, comentando los estilos de vida más saludables y necesarios.

En este tipo de pacientes, y sobre todo en edades más jóvenes, establecer una buena relación sanitario-paciente que facilite la expresión de sentimientos es muy beneficioso para una buena y más rápida recuperación. Algunas de las intervenciones llevadas por enfermería deben incluir.

- Fomentar la seguridad y confianza en sí misma, reforzando los aspectos positivos de la persona.
- Ayudar a modificar autoafirmaciones negativas por otras más realistas y positivas.
- Determinar las expectativas corporales del paciente.
- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas.
- Analizar junto con la persona las consecuencias que la negación o minimización de los síntomas tiene para su salud.

- Crear ambiente que favorezca la confianza.
- Escuchar abiertamente y animar a la verbalización de sentimientos.
- Apoyar a la familia para que disminuya los niveles de ansiedad durante las comidas



El abordaje de la anorexia nerviosa no depende únicamente de un campo de acción sino que al ser una patología multifactorial es necesario y de gran beneficio el trabajo en equipos multidisciplinarios, donde se vea favorecida la comunicación y la relación intersectorial.

6.1. RECURSOS:

- **Enfermeras:** Encargadas de aportar los cuidados, cubren las necesidades básicas del paciente y vigilan y controlan la evolución del mismo aportando una asistencia integral. Son las principales responsables de llevar a cabo acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud.
- **Psicólogas:** Proporcionan apoyo psicológico tanto a los pacientes y a los familiares como a los profesionales de la unidad. Identifican conductas de riesgo de trastornos psicológicos y proporciona tratamiento y consejos para los mismos, de manera que los y las adolescentes reciban la mejor asistencia posible para deshacerse de sus sentimientos de auto-rechazo, falta de autoestima, falta de autoconfianza...
- **Dietistas/Nutricionistas:** Fomentan una buena alimentación y nutrición, valorando las necesidades de cada paciente y proporcionando las mejores dietas

y alternativas para promover un cambio en la conducta alimentaria de las enfermas.

- **Equipo médico:** Es el personal principal responsable del diagnóstico y tratamiento de las patologías. Supondría gran ayuda a la hora de tratar en nuestro proyecto la clínica principal de la anorexia nerviosa y las consecuencias asociadas al desarrollo de esta.
- **Educador físico:** Sería bueno contar con la ayuda de profesionales de la actividad física que participarán en el proyecto para eliminar las ideas de los ejercicios milagrosos y procurar prevenir en las adolescentes la realización de excesivo ejercicio, ya que puede suponer un grave peligro adicional para su salud.

Al tratarse también de un problema social, en mi opinión, pienso que podría tener sus ventajas el contar también con la colaboración de:

- **Publicistas:** Sería bueno poder tener también la presencia de algún profesional del mundo de la publicidad con el fin de eliminar los mitos de las campañas publicitarias, des-idealizar los cuerpos delgados de las modelos...
- **Ex afectadas:** La colaboración de chicas y chicos, adolescentes o no, que hayan pasado por una situación así puede ser muy educativa y motivadora para las adolescentes.

6.2. PSICOTERAPIAS:

Las psicoterapias se consideran el punto fuerte del tratamiento de los TCA. Actualmente las psicoterapias cognitivo-conductuales y psicoterapias familiares se consideran que son las más eficaces.

*Tipos de psicoterapia:*¹⁰

❖ **Terapias Psicodinámicas:** Este tipo de terapias se considera que están más dirigidas a disminuir la sintomatología acompañante, es decir, a eliminar la ansiedad, sentimientos de reproche y culpabilidad y enfocada a largo plazo a la etapa de mantenimiento del peso recuperado.

❖ **Terapias Conductistas:** Con estas técnicas se pretende reforzar la ingesta de alimentos por parte de las adolescentes y crear un hábito alimentario saludable utilizando para ello el condicionamiento operante (Mediante refuerzos positivos: privilegios como aumento de actividades físicas, visitas... y/o refuerzos negativos: sanciones como aislamiento, reposo, o incluso alimentación por SNG). En la actualidad se complementan con técnicas cognitivas.

❖ **Terapias Cognitivo-Conductuales:** Esta terapia se encamina más a conseguir y a la vez mantener una correcta conducta alimentaria, más saludable de la que la afectada había adquirido. Se dirige a la educación de las adolescentes para que vean la relación entre sus hábitos "patológicos" y sus creencias/ideas, y así promover un cambio en sus actitudes. Con esta terapia se promueve el autocontrol, se busca restablecer unos hábitos de ingesta adecuados y reducir la insatisfacción con la imagen corporal.

❖ **Terapia de grupo:** Se presenta como un método complementario a la terapia individual. Con este tipo de terapias se facilita la exposición de problemas, intercambio de ideas, experiencias y sentimientos entre todas las afectadas, facilitando la aceptación de los problemas de salud y tiende a reforzar el cambio de comportamiento necesario.

❖ **Terapia familiar:** El tratamiento de la anorexia nerviosa no debe centrarse únicamente en la terapia, individual o grupal, con la afectada, sino que debe englobar también el estudio y la valoración del funcionamiento familiar y la función que supone para la paciente, sus relaciones con el resto de sus familiares, etc... para dilucidar si pueden estar condicionando estos comportamientos. La familia en su totalidad deben tener una participación activa en el tratamiento y evolucionar paralelamente a la enferma, de modo que se vea a la familia como un recurso de salud.

En este punto es importante hacer hincapié en el apoyo al cuidador principal y/o familia. En numerosas ocasiones el deterioro de relaciones sociales y familiares, determinadas conductas pasivo-agresivas y desconcertantes... puede suponer el inicio para que la familia tenga una visión desesperanzada y problemática de la situación. Desde el inicio de nuestras intervenciones tenemos que fijarnos ciertos objetivos encaminados al cuidado de la familia con el fin de conseguir principalmente que:

- La familia tenga un nivel adecuado de conocimiento sobre la enfermedad (síntomas, signos, factores de riesgo...)
- La adquisición por parte de la familia de habilidades para la resolución de problemas y dificultades.
- Darles a conocer la red de recursos comunitarios.
- Ayudarles a mantener una buena calidad de vida.

6.3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Cuando se trata de la anorexia nerviosa el uso de psicofármacos no debe usarse como primera opción de tratamiento, ni tampoco basarnos únicamente en el uso de los mismos.

Debido a estudios pasados y según la literatura actual este tratamiento está más orientado hacia la autoestima de los y las pacientes así como su estado de ánimo.

A día de hoy, la familia de fármacos que engloba el tratamiento farmacológico de la anorexia nerviosa incluyen: Antipsicóticos (o neurolépticos), antidepresivos y, en menor medida, benzodiazepinas (ansiolíticos). Además, en algunos casos también se incluye los estabilizadores del ánimo y estimulantes del apetito.

❖ **Antipsicóticos:**

Se trata de un grupo de fármacos cuyo uso es frecuente en el tratamiento de procesos psiquiátricos, pero también en procesos de distinta etiología.

Una de la clasificación más aceptada dentro de la familia de los antipsicóticos es la que los divide en:

- Antipsicóticos típicos
- Antipsicóticos atípicos (o de segunda generación).

Mientras que los primeros se caracterizan por su eficacia frente a los denominados síntomas psicóticos positivos, como alucinaciones, los segundos son más eficaces frente a síntomas psicóticos negativos, como la depresión y el aislamiento social.

Dado que en la anorexia nerviosa existe una percepción de la forma del cuerpo errónea y casi delirante, y ya que hay antipsicóticos que se han asociado con el aumento de peso como efecto secundario potencial, estos se han utilizado para el tratamiento de la anorexia nerviosa ¹¹.

En los antipsicóticos de segunda generación se han probado, la mayoría, su mayor tendencia a causar aumento de peso que la mayoría de los antipsicóticos de primera generación; y también los efectos beneficiosos de algunos antipsicóticos de segunda generación sobre la depresión, distimia, trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad. Sin embargo los mecanismos exactos de aumento de peso relacionado con antipsicóticos aún no están claros.

Para su uso en el tratamiento de la anorexia nerviosa predominan los antipsicóticos atípicos o de segunda generación, siendo uno de los más utilizados la olanzapina, aunque también se pueden incluir otros tipos como la risperidona o la quetiapina.

Sin embargo, a pesar de que una revisión de la literatura sobre el uso de antipsicóticos atípicos sugiere cierto nivel de evidencia de efectos sobre la depresión y la ansiedad, no evidencian pruebas suficientes para confirmar que dichos fármacos mejoren la ganancia de peso.

❖ **Antidepresivos:**

Los antidepresivos son fármacos utilizados para aliviar la sintomatología acompañante de cuadros de depresión.

En la actualidad se acepta la clasificación por la cual se dividen en cuatro grupos:

- Inhibidores selectivos de la re-captación de serotonina (ISRS)
- Inhibidores selectivos de la re-captación de noradrenalina y serotonina (ISRNs)
- Antidepresivos tricíclicos
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Para su uso en el tratamiento de la anorexia nerviosa predominan los inhibidores selectivos de la re-captación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina o el citalopram, debido a que la serotonina está implicada en la regulación de las conductas alimentarias así como en la patología depresiva, ansiosa y obsesiva. ³

❖ **Benzodiacepinas:**

Son fármacos psicotrópicos con efectos ansiolíticos, hipnóticos, sedantes, miorrelajantes y anticonvulsivantes. Estos medicamentos se usan sobre todo para la terapia de la ansiedad, insomnio y otros estados afectivos.

Medicamentos como clorazepato, alprazolam o diazepam son los de elección en caso de tener que usarse.

❖ Estimulantes del apetito:

Se conocen como estimuladores del apetito, también conocidos como orexígenos, a aquellas sustancias producidas de forma natural por el cerebro, y que regulan el apetito de las personas, o a fármacos que actúan en el centro regulador del apetito y entre cuyos efectos se produce la sensación de hambre. No existen como tal medicamentos que actúen aumentando el apetito, sino fármacos entre los que en sus efectos secundarios se da el aumento del apetito

El más conocido y usado es la ciproheptadina (antihistamínico). Aun con todo, no hay mucha evidencia de su eficacia.

❖ Estabilizadores del ánimo:

Se tratan de fármacos utilizados para el tratamiento de trastornos del estado de ánimo.

Los más comunes son:

- Litio: el primer estabilizador de ánimo en ser aprobado
- Valproato.

Del mismo modo que anteriormente se ha dicho, no se ha demostrado claramente la eficacia de otros grupos de fármacos en su uso con pacientes que sufren anorexia nerviosa. Por ejemplo ¹²:

- Una revisión que incluía cuatro ensayos (86 participantes) no reflejó pruebas suficientes para apoyar ni tampoco rechazar el uso de antipsicóticos para la anorexia nerviosa.
- En una revisión que incluía 7 ensayos clínicos aleatorizados, 4 ensayos controlados con **placebo** no mostraron evidencia de que los antidepresivos mejoren el aumento de peso, el trastorno alimentario o la psicopatología asociada.
- En un ensayo clínico con 31 mujeres diagnosticadas de anorexia nerviosa, aleatorizadas a recibir dosis de fluoxetina o placebo no se encontraron diferencias significativas entre las pacientes que recibieron fluoxetina y aquellas que recibieron dosis de **placebo**.

PLACEBO

La discusión sobre el efecto placebo ha interesado a la comunidad científica desde hace ya varias décadas, sobre todo tras la publicación de un artículo en el *Journal of the American Medical Association* en 1955, denominado “*The powerful placebo*”, de la mano de Henry K. Beecher, y en el que decía que existían sustancias inactivas que producían un efecto terapéutico (placebo).

1. Definición

Según la Real Academia Española de la Lengua, se define el placebo como aquella sustancia que careciendo por si misma de efecto terapéutico produce algún efecto curativo en el enfermo, si este la recibe convencido de que dicha sustancia posee realmente tal acción. Con lo cual, en esta definición ya va involucrado el matiz de que el efecto terapéutico que se consigue está vinculado a la creencias y/o expectativas del paciente en su eficacia.

Hoy se sabe que el hecho de que un medicamento funcione no depende únicamente del principio activo que lo conforma. Hay muchos otros factores, muy distintos, que también están involucrados y que pueden aumentar o disminuir las expectativas de eficacia, factores como el pasado, la situación de cada paciente, las experiencias de cada uno...

2. Antecedentes

Entrevista presentada por Eduard Punset al doctor Irving Kirsch, del programa de estudios del placebo en Harvard, en el programa redes (25-11-2012).

Este afirmó que antiguamente se pensaba que el placebo era algo que se administraba a los pacientes con el único fin de complacerlos, pero sin la finalidad de que surgiera ningún tipo de efecto real sobre la enfermedad. Por eso durante muchos años nadie creía verdaderamente en la opción de que pudiera haber un efecto placebo real.

No fue hasta la década de 1950 y 1960 que los científicos descubrieron la existencia del efecto placebo, y empezó un periodo en el que intentaron controlarlo, es decir, que para conocer de verdad cómo funciona un fármaco había que comparar dicho fármaco con un placebo. El placebo se comienza a usar como una manera de averiguar cuál es la eficacia de los fármacos. Hasta que, hace unos 10 o 20 años, alguien pensó que investigar el efecto placebo para comprender los medicamentos estaba bien, pero que también resultaría muy interesante estudiar el placebo por sí mismo.

3. Factores involucrados

Poco a poco se van descubriendo los procesos químicos que justifican el efecto placebo. El doctor Irving Kirsch decía en la entrevista para el programa *Redes* que es un proceso lento pero del que se va aprendiendo, pues ahora se sabe más de lo que se sabía hace diez años pero del que aún queda mucho por aprender. (En la actualidad se intenta determinar que sucede en el cerebro de alguien al recibir un placebo)

Pero cuando a alguien que se le administra un placebo el que desarrolle cierta mejoría no significa que se deba únicamente al placebo. Para comprender mejor cómo puede llegar a funcionar el efecto placebo hay que tener en consideración varios factores, y no solo la administración de dicha sustancia.

Aunque las expectativas de los y las pacientes parecen ser un importante mediador psicológico no es el único aspecto en operar; el deseo (entendido en su dimensión de querer o evitar que algo suceda) también está involucrado. Cada uno de nosotros estamos predispuestos a percibir y actuar frente a los factores que nos rodean de formas distintas, y son estas diferencias las que pueden contribuir a la magnitud, a la duración y a las cualidades de las respuestas frente al placebo ^{13, 14}

- Actitud y creencias del paciente.
- Expectativas y deseos del paciente.
- Atención sanitaria recibida.

❖ **ACTITUD Y CREENCIAS.**

La manera en la que cada uno de nosotros nos enfrentamos a las diferentes situaciones que se nos plantean nos marca de una manera o de otra, más positiva y fuerte o de una forma más negativa y pesimista.

Así, que un paciente crea que le ha sido administrado un medicamento activo puede formar una actitud más positiva por parte del mismo ante su enfermedad (incluso llegando a promover la recuperación del paciente a través de mejorar el cumplimiento de los consejos sanitarios y/o tratamientos complementarios.) De cierta forma, un paciente que tiene esperanza en el tratamiento comienza a comportarse como si realmente estuviera en proceso de curación. Este optimismo puede llevar consigo un cambio en la conducta de los pacientes y también un cambio en la percepción de la enfermedad, tanto por parte de los propios enfermos como por los familiares y amigos. ¹³

Cuando nos enfrentamos a una enfermedad o situación grave, ya sea de mayor o de menor grado, precisamos, en primer lugar, la ayuda y la comprensión de los médicos y por otro lado con más fuerza que nunca el amor y el apoyo de aquellos a quienes más quieres. Las situaciones complicadas se hacen más llevaderas cuando contamos con el apoyo de la familia, aquellos que te quieren y te protegen, con lo cual el apoyo psicológico a los pacientes es un importante punto a favor.

❖ **EXPECTATIVAS Y DESEOS.**

Está comprobado que cuando vamos predispuestos a que ocurra algo de alguna forma puede terminar sucediendo, por ejemplo, si al contarme un chiste me han “avisado” que me voy a reír, me voy a reír más.

Algo semejante ocurre cuando los extrapolamos al efecto placebo. Se produce la mejoría en una enfermedad o síntoma debido a la expectativa y deseo que tienen los pacientes a dicha mejora. Pero, para ello, es necesario que el paciente crea que está siendo tratado. De hecho, Fabrizio Benedetti afirmó que el efecto placebo aparece únicamente cuando se administra el placebo y el paciente sabe (o cree) que está siendo tratado, pero cuando dicho placebo se administra al paciente sin este saberlo el efecto no se consigue.

❖ **ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA.**

Se ha demostrado que la actitud del médico, y también del resto del equipo sanitario, es importante. Esto se debe básicamente a dos razones:

- la primera, que si el equipo parece confiado los pacientes también mostrarán ese grado de confianza en que algo cambiará-
- la segunda está relacionada con la relación terapéutica, la sensación de calidez y comprensión que se obtiene cuando se muestra preocupación por la otra persona, y que también puede contribuir a sentir una mejoría.

Además podría haber alguna explicación añadida a este efecto, como que al recibir una mejor atención sanitaria se desarrolle una reducción de estrés en los pacientes y contribuya a la mejoría del enfermo.¹⁴

Lo que sí que está claro es la repercusión del equipo de enfermería, que deben hacer todo lo posible para la mejora y la comodidad de los pacientes, lo cual se consigue tanto dando una buena asistencia sanitaria como brindando un buen trato humano, lo que sirve de aliciente a los enfermos.

4. Procesos cerebrales implicados en el efecto placebo

Podríamos definir el efecto placebo como el fenómeno por el cual al simular un tratamiento con una sustancia inerte, y por lo tanto, que no tiene efectos reales sobre el paciente, se consigue en él el efecto esperado, una acción beneficiosa para el paciente similar a la que se obtendría con un medicamento activo. Los datos disponibles en la actualidad sí aceptan la existencia de un efecto placebo en el alivio del dolor y la ansiedad.

El poder de un placebo para provocar cambios neurobiológicos significativos comparables a los provocados por terapias farmacológicas ha sido demostrado, a pesar de que los mecanismos implicados no se entienden con totalidad.¹⁵

La mayoría de las investigaciones sobre la neurobiología de la capacidad de respuesta al placebo se han ocupado de la analgesia placebo¹⁶. De manera resumida, el efecto placebo puede discutirse desde un aspecto psicológico y neurobiológico. Primero, desde el punto de vista psicológico hay muchos mecanismos que contribuyen como las expectativas, el aprendizaje, la memoria, el enfoque somático, recompensa y reducción de ansiedad. Segundo, desde un punto de vista neurobiológico se ha sugerido que cuando se desarrollan expectativas de analgesia por un tratamiento simulado (placebo) se produce un aumento de la actividad de la corteza prefrontal dorso-lateral, orbito-frontal y ganglios basales. Una vez que el sujeto experimenta el estímulo nociceptivo, por el cual sentiremos dolor, diversos estudios han observado que el placebo produce una reducción de actividad importante en regiones corticales clásicamente asociadas al procesamiento nociceptivo, ínsula anterior y cíngulo rostral, principalmente. Investigaciones recientes en la analgesia por placebo y otras condiciones han demostrado que se activan varios neurotransmisores tales como la dopamina y opioides endógenos.¹⁷

Varios neurobiólogos han descubierto que, asociados al efecto placebo, hay una reducción neural en áreas del cerebro que se sabe están involucrados en los síntomas de

procesos tales como el dolor y/o la ansiedad. Y, del mismo modo, descubrieron que estas reducciones están acompañados por aumentos en la actividad neuronal dentro de las áreas del cerebro que se sabe están involucrados en la regulación emocional.

En imágenes de resonancia magnética funcional se encontraron que el efecto placebo en la analgesia estaba relacionado con la disminución de la actividad neuronal en las áreas de procesamiento de dolor del cerebro. La actividad neural se redujo en el tálamo, corteza insular anterior y la corteza cingulada anterior. Otro aspecto importante fue que también lo relacionaron con el período de anticipación del dolor. Su hipótesis se incrementa en la actividad neural dentro de las áreas cerebrales involucrados en la expectativa. Las áreas del cerebro que muestran correlaciones positivas durante la fase anticipatoria incluyen la corteza orbito-frontal (OFC), la corteza prefrontal dorso-lateral (córtex prefrontal dorso-lateral), corteza cingulada anterior rostral (rACC), y gris periacueductal del mesencéfalo (PAG).¹⁸

ANOREXIA Y PLACEBO

Desde su descubrimiento y cada vez con más frecuencia el uso de placebo en estudios clínicos está muy extendido y no se centra solo en un mero ámbito, sino que alcanza todas las especialidades médicas incluida la psiquiatría.

Cuando se trata de la anorexia nerviosa, los estudios se centran en la comparación del uso de placebo frente al uso de antidepresivos y/o el uso de placebo frente al uso de antipsicóticos. Pero, en general, los resultados que se obtienen no dan pie a establecer una conclusión única, ya que mientras que unos estudios avalan la efectividad del uso de estos psicofármacos otros muchos estudios llegan a una conclusión distinta. Una razón ante esta desigualdad en los resultados se puede deber, entre otras cosas, al pequeño tamaño de las muestras en los estudios.

Varios ensayos aleatorios controlados han comparado los antipsicóticos (especialmente los de segunda generación como ya se ha comentado anteriormente) frente al uso de placebos o los cuidados tradicionales en pacientes con anorexia nerviosa. Sin embargo, los resultados han sido inconsistentes ya que algunos estudios mostraron mayor ganancia de peso corporal con antipsicóticos mientras que otros no encontraron ninguna superioridad del antipsicótico.

Algunos ejemplos de ello: ^{11, 19, 20}

- **Kishi T, Vivian Kafantaris V, Sunday S, Sheridan EM, Correll CU. Are Antipsychotics Effective for the Treatment of Anorexia Nervosa? Results From a Systematic Review and Meta-Analysis. Jun 2012;73(6):e757-66**

A través de 8 estudios, con una duración media de 9,6 semanas y una muestra de pacientes con anorexia nerviosa de N=221 en total. Estos pacientes fueron asignados aleatoriamente para tomar olanzapina, quetiapina, risperidona, otros tipos de antipsicóticos de segunda generación y placebo.

En este artículo concluyeron que dado que uno de los principales mecanismos parece ser el aumento del apetito y aumento de la ingesta de alimentos, el efecto de la ganancia de peso en los pacientes con anorexia nerviosa, que están acostumbrados a la superación de las señales de hambre intensa, no es evidente por sí mismo.

Además, mientras que la quetiapina parece tener por lo menos un efecto positivo sobre los síntomas de la anorexia nerviosa y la ansiedad en los pacientes estudiados con anorexia nerviosa, los resultados se limitan a un solo estudio en el que no se utilizó placebo y el aumento de peso no fue mayor que en el grupo de atención habitual.

Aunque limitado por un bajo número de estudios que incluyen muestras relativamente pequeñas, este meta-análisis no demostró eficacia antipsicótica significativa para el peso corporal y los resultados relacionados en las mujeres con anorexia nerviosa.

- **Bissada H, Tasca GA, Barber AM, Bradwejn J. Olanzapine in the Treatment of Low Body Weight and Obsessive Thinking in Women With Anorexia Nervosa: A**

Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Am J Psychiatry 2008 ; 165(10): 1281–1288

Se llevó a cabo un estudio doble ciego controlado con placebo, con una duración de 10 semanas, y con una muestra de pacientes con anorexia nerviosa de N=34. Estos fueron asignados aleatoriamente a tomar olanzapina (en tratamiento hospitalario) o a tomar placebo (en tratamiento en hospital de día). Como resultados vieron que en comparación con el placebo, la administración de olanzapina dio lugar a una mayor tasa de aumento de peso, mejoría en el índice de masa corporal y una mayor tasa en la disminución de los síntomas obsesivos.

En este artículo, llegaron a la conclusión de que esos resultados preliminares sugerían que la olanzapina podía ser utilizada de forma segura en lograr una ganancia de peso de forma más rápida y en la mejora en los síntomas obsesivos en mujeres con anorexia nerviosa.

Sin embargo, aciertan en recomendar que hace falta una “replicación en forma de un ensayo multicéntrico”.

- **Claudino AM, Hay P, Lima MS, Bacaltchuk J, Schmidt U, Treasure J. Antidepresivos para la anorexia nerviosa (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.**

El objetivo de esta revisión fue evaluar la eficacia y aceptabilidad de los fármacos antidepresivos para el tratamiento de la AN aguda. Se incluyeron 7 estudios.

La duración planificada de los ensayos varió desde cinco semanas hasta cuatro meses y con una muestra de N=178 pacientes con anorexia nerviosa asignados aleatoriamente.

Cuatro ensayos compararon un fármaco antidepresivo con placebo. No se encontró evidencia de efecto alguno sobre el aumento de peso para los antidepresivos combinados con otras intervenciones (principalmente el tratamiento en internación) cuando se los comparó con placebo.

En cuanto a la eficacia para reducir los síntomas de los trastornos alimentarios, los antidepresivos no difirieron del placebo en cuanto a la reducción del trastorno alimentario y la psicopatología asociada, ni en la mejoría del estado clínico global.

No obstante, a pesar de los resultados obtenidos, debido a las importantes limitaciones metodológicas de estos estudios impiden establecer de manera firme conclusiones o realizar recomendaciones definitivas sobre el uso de antidepresivos y la AN. Los autores de este artículo sugieren la necesidad de establecer estudios adicionales que evalúen el uso de antidepresivos en ensayos más grandes y bien diseñados para guiar la práctica clínica

DISCUSIÓN

La literatura actual avala en mayor medida la eficacia de la psicoterapia, por eso se acepta como opción principal y punto fuerte del tratamiento de los y las pacientes con anorexia nerviosa (sobre todo la terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar) frente al tratamiento farmacológico. Esto se puede deber en gran parte a que no se cuentan con grandes evidencias de la eficacia de los psicofármacos.

Además, estos últimos ejemplos sumados a los referentes anteriormente (apartado tratamiento de la anorexia), ponen de manifiesto que hacen falta más datos y ensayos que faciliten el estudio y profundicen más en el tema para determinar si es válido o no el uso de placebo en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa.

Pero, en un tema como este, se presentan ciertos aspectos a analizar que hay que tener en cuenta y mejorar para que el estudio salga bien.

A continuación se presenta un análisis de la situación.

Matriz DAFO:



❖ **AMENAZAS:**

Ya se ha hablado del efecto placebo, por el cual en personas que toman una terapia o tratamiento inocuo y sin actividad aparente se desarrollan ciertos mecanismos que suponen un beneficio a los pacientes, por ejemplo en forma de un efecto analgésico, al estar involucrada la segregación de sustancias por parte del cerebro, como es la dopamina.

Pero hay un aspecto no tan conocido que está relacionado con la administración de placebo y que también hay que tener en consideración. Es la cara opuesta al efecto placebo. Esa misma “fuerza” o “poder” que produce el cerebro que induce a un alivio de la sintomatología (dolor, ansiedad...) tiene su lado opuesto y negativo, menos investigado y conocido. Es el denominado efecto nocebo. Así pues, mientras que el efecto placebo ha sido y es tema de estudio e interés progresivo en la literatura y bibliografía científica no ocurre lo mismo cuando se trata del efecto nocebo, tema del que las publicaciones son más escasas.

El doctor Irving Kirsch, para la entrevista para el programa *Redes*, se refería al efecto nocebo como “el hermano gemelo del placebo”, debido a que en el efecto placebo se dan resultados beneficiosos, resultados positivos para los pacientes, mientras que en el efecto nocebo estos resultados son malos y poco beneficiosos.

Recordemos la influencia que tienen en el desarrollo del efecto placebo las expectativas de los pacientes. Del mismo modo que sucedía entonces (expectativas positiva, buenos resultados) parece que sucede en el caso contrario con el efecto nocebo (expectativas negativas, malos resultados).

Para el neurólogo alemán Magnus Heier el efecto nocebo se basa en reconocer que las expectativas negativas de las personas pueden provocar, de igual modo, efectos perjudiciales. Es decir, no existen únicamente expectativas positivas.

“La expectativa, es decir, lo que esperamos que suceda, influye en el desarrollo de nuestra enfermedad, provocando incluso que los síntomas desaparezcan o que surjan otros nuevos”

(Magnus Heier, 2013)

En ambos casos, se trate del efecto placebo o el efecto nocebo, dichas expectativas implican también en muchos casos sugerencias y estímulos verbales externos a los pacientes. Si le dices a alguien que lo que se le va a administrar puede causarle varios síntomas, se pueden provocar; y si uno espera que algo vaya mal en cierta forma se pueden producir efectos nocivos para la salud.

En aspectos como este es importante la función de los profesionales de enfermería, cuyo papel como vínculo de unión de los pacientes con el médico hace que seamos el profesional de referencia al que transmitir dudas, miedos, temores, etc... Función nuestra es pues saber escuchar y dar apoyo a los pacientes, aconsejarles y alentarles en sus momentos de debilidad.

❖ OPORTUNIDADES:

Los avances científicos que se han dado desarrollando en las últimas décadas junto con los avances y descubrimientos en materia del placebo, efecto placebo, etc... han conseguido que cada vez sean más las investigaciones que se realizan (a pesar de la situación actual en la que nos encontramos). Esto también ha conllevado a un aumento en el número de estudios y ensayos clínicos involucrando el placebo. Una de las razones por las que cada vez son más estos tipos de estudios es debido a la mayor aceptación social del mismo.

Me vuelvo a remitir al Dr. Irving Kirsch, quien afirma que cada vez con más frecuencia ha verificado este hecho.

“Una de las cosas que he constatado (y creo que ha empezado a pasar ahora, o por lo menos en los últimos 10 años, primero entre científicos y médicos, luego los medios de comunicación se han ido interesando más por el tema...) es que la connotación de la palabra placebo, la sensación que suscita, está cambiando. Poco a poco va siendo cada vez menos negativa”

Con esto se refiere a que hace 50 años, por parte de la sociedad, mencionabas «el efecto placebo» y algunos pensaban que se trataba de una falacia, que era algo que no existía y como tal era una estafa. Ahora se observa de otro modo, algo más real y verificable.

En el ámbito científico aumentan los ensayos clínicos, como por ejemplo el papel del placebo en ensayos clínicos en esquizofrenia, en depresión severa o moderada, en Parkinson... Aunque en un principio se puede creer que el uso de placebo solo está vinculado al tratamiento del dolor, cada vez son en más patologías o trastornos (colon irritable, Parkinson, agorafobia, esquizofrenia...) De todos modos, las investigaciones para tratar de conocer en más profundidad todo lo que rodea al placebo y el efecto placebo en sí mismos son cada vez mayores y más profundas.

Y en el ámbito práctico sanitario, una encuesta llevada a cabo con 783 médicos británicos, realizada por las Universidades de Oxford y de Southampton, y publicada en la revista científica PLoS One determinó que cerca del 97% de ellos había recetado placebo al menos una vez en su práctica profesional, bien porque consideraban que podían beneficiar psicológicamente a sus pacientes (aunque sea simplemente para tranquilizarlos) o bien porque fueron estos quienes se lo solicitaban de primera mano. Como conclusión, que las nuevas generaciones creen en la utilidad de estos tratamientos.

❖ DEBILIDADES:

Una desventaja de los ensayos clínicos con placebo es que, si el placebo atenúa la magnitud del efecto de cierto tratamiento, para tener la misma potencia estadística, el tamaño de la muestra debe ser mayor. Esto puede ser un inconveniente si cierto tipo de pacientes escasean.²¹

Por lo general, el bajo número de participantes en las muestras de los ensayos clínicos actuales en materia del uso de placebo en pacientes con anorexia nerviosa junto con la alta tasa de abandono del tratamiento dificultan los resultados y conclusiones de los estudios que se llevan a cabo y son un factor común de todos ellos. Factor que muchos investigadores recalcan en sus estudios con el fin de mejorar futuros ensayos.

Además hay ciertas consideraciones éticas que hay que tener en cuenta hoy en día cuando se trata de ensayos clínicos con placebo, tales como:

- Principio de autonomía
- Principio de beneficencia
- Principio de no maleficencia
- Principio de justicia

El principio de autonomía defiende al paciente como persona autónoma, le otorga un papel activo en la relación sanitario-paciente, al que se le exige cierta responsabilidad para tomar decisiones y hacer frente a sus consecuencias. La máxima expresión del principio de autonomía del paciente lo representa el consentimiento informado, en el que es derecho del paciente otorgarlo o no, y es un hecho que tiene que ser respetado.

Actualmente prima más el principio de autonomía que el principio de beneficencia, pero en estos casos donde se sufre una enfermedad mental su autonomía se ve mermada, ya que no se encuentran en plenas facultades mentales; además hay que considerar la edad de las pacientes, que se en su mayoría son adolescentes y no alcanzan la mayoría de edad.

El principio de beneficencia ²² se entiende más en sentido como una obligación. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: no causar ningún daño, y maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños.

El principio de no maleficencia, que se podría incluir en el anterior al basarse en no perjudicar innecesariamente a los demás. Si bien debe hacerse una valoración de este principio de manera conjunta con el principio de beneficencia con el fin de que prevalezca siempre la utilidad sobre el perjuicio y dando como resultado un claro beneficio para los pacientes.

Y el principio de justicia en el sentido de “equidad en la distribución”.

❖ **FORTALEZAS:**

Ya he comentado brevemente en puntos anteriores la creciente implicación que el placebo está teniendo en investigaciones científicas. El afán por conseguir comprender de manera más clara el efecto placebo es una meta importante para muchos científicos. Como consecuencia, han aumentado los ensayos clínicos con tal fin.

Y del mismo modo han aumentado los ensayos clínicos que comparan el uso de fármacos específicos para determinadas patologías frente al uso de placebos. Hay quien cree que el uso de placebo es “imprescindible” para conocer la magnitud del efecto neto de un fármaco. ²³

El uso de la rama placebo facilita la aplicación de procedimientos de control de sesgos en el ensayo clínico, como la ocultación de la secuencia aleatoria y la aplicación del ciego. Son estas características un de las principales ventajas de este tipo de ensayos, es mayor la validez de un ensayo clínico con placebo (por ejemplo frente al no tratamiento). ²¹

Otras de las ventajas del uso de placebo en ensayos clínicos:

- La capacidad para demostrar la efectividad de un tratamiento activo.
- Medición de la eficacia y seguridad de un tratamiento.
- Mayor eficiencia frente a la existencia de un grupo control con un tratamiento activo.

Todo lo anterior refleja la preferible elección de este tipo de ensayos, y a esto le unimos el apoyo de otros estudios en los que se insta a la realización de investigaciones futuras que analicen más en profundidad el tema.

CONCLUSIÓN

En el tratamiento de la anorexia nerviosa no solo se juega con una única “variable”, sino que es un trabajo en equipo en el que se pueden contar con numerosas opciones (psicoterapias, consultas nutricionales, tratamiento farmacológico). Desde entonces se intenta objetivar el grado de evidencia científica para constatar que tipo de tratamiento sería el más adecuado.

Basándome en la bibliografía revisada, artículos, etc... la comparación entre el uso de psicofármacos como parte del tratamiento farmacológico en los pacientes con anorexia nerviosa (antidepresivos y antipsicóticos especialmente) vs el uso de placebo, los estudios llevados a cabo mediante ensayos clínicos aleatorizados tienden a la línea de no llegar a mostrar una gran diferencia de eficacia entre ellos o no lograr lanzar un conclusión estable. Si bien la mayoría de ellos remarcan la dificultad y obstáculos al llevar a cabo dichos estudios y de igual modo defienden la necesidad de realizar más estudios.

Uno de los principales puntos a mejorar en futuros ensayos clínicos es el número de participantes con los que se cuentan en la muestra (conseguir el mayor número posible), y lograr que las tasas de abandono sean lo mínimas posible.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) American psychiatric association (APA) 2002. (Acceso el 10 de noviembre de 2013)
Disponible en: <http://www.psychiatry.org/eating-disorders>
- (2) Lenoir M, Silber J T. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes. Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Buenos Aires, 2006.
- (3) Borrego, H O. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Barcelona, Volumen 24- Nº 2-2000
- (4) Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. AATRM Nº. 2006-05/01. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2009.
- (5) Oltra CJ, Espert TR, L. Rojo M L, Neuropsychology and anorexia nervosa. Cognitive and radiological findings. Neurología (English Edition), Volume 27, Issue 8, October 2012, Pages 504-510
- (6) Halmi K, Sunday S, Klump K, Strober M, Leckman J, Fichter M, et al. Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. Int J Eat Dis. 2003; 33:308—19.
- (7) Durán, MVC. La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa [tesis doctoral], Madrid: 2001.
- (8) World Health Organization [sede web]. (2004) Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. (Accedido el 10 de noviembre de 2013)
Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/index.html>
- (9) García CRM. Estudio clínico y evolutivo de la anorexia nerviosa [tesis], La Laguna: Universidad de la Laguna, 1996/1997.
- (10) Gil VJ. Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson, S.A.; 1997: 51-126
- (11) Kishi T, Vivian Kafantaris V, Sunday S, Sheridan EM, Correll CU. Are Antipsychotics Effective for the Treatment of Anorexia Nervosa? Results From a Systematic Review and Meta-Analysis. Jun 2012;73(6):e757-66
- (12) Servicio andaluz de salud [sede Web]. Sevilla: Junta de Andalucía 2008 [actualizado 9 de noviembre de 2010; acceso 19 de diciembre de 2013]. Anorexia nerviosa: Tratamientos basados en la evidencia. Disponible en: <http://www.psicoevidencias.es/Resumenes/Resumenes/anorexia-nerviosa-tratamientos-basados-en-la-evidencia.html>
- (13) Price DD, Finniss DG, Benedetti F. A comprehensive review of the placebo effect: recent advances and current thought. Annu Rev Psychol. 2008; 59:565-90.
- (14) Porrás A, Del Arco A, Segovia G, Martínez R. El poder curativos de la mente: el efecto placebo. El excéptico [revista en Internet] 2005 [acceso 9 de mayo de 2014]
Disponible en: <http://www.escepticos.es/node/1594>
- (15) Murray D, Stoessl A.J. Mechanisms and therapeutic implications of the placebo effect in neurological and psychiatric conditions. Pharmacol Ther. 2013;140(3):306-18
- (16) Finniss GD, Kaptchuk JT, Miller F, Benedetti F. Efecto placebo: novedades biológicas, clínicas y éticas Evaluación de los conocimientos actuales sobre los

- mecanismos del placebo. ¿Habrá que reconsiderar si el efecto placebo es aplicable a la práctica clínica? *Lancet* 2010; 375: 686–95
- (17) Departamento de medicina del dolor y paliativa [sede Web]. México: Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición “Salvador Zubirán” 2011 [acceso 1 de junio de 2014]. Resumen de “Journal Club”: Efecto placebo en dolor. Disponible en: <http://www.dolorypaliativos.org/jc15.asp>
- (18) Price DD, Finniss DG, Benedetti F. A comprehensive review of the placebo effect: recent advances and current thought. *Annu Rev Psychol.* 2008; 59:565-90.
- (19) Bissada H, Tasca GA, Barber AM, Bradwejn J. Olanzapine in the Treatment of Low Body Weight and Obsessive Thinking in Women With Anorexia Nervosa: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2008 ; 165(10): 1281–1288
- (20) Claudino AM, Hay P, Lima MS, Bacaltchuk J, Schmidt U, Treasure J. Antidepresivos para la anorexia nerviosa (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- (21) Sociedad Española de Farmacología Clínica. Propiedades estadísticas del placebo. ICB Digital [serie en internet]. Marzo-abril 2006 (Acceso el 6 de junio de 2014); Disponible en : <http://se-fc.org/gestor/images/icbdigital/icb40.pdf>
- (22) Tempone SG. El placebo en la práctica y en la investigación clínica. *An. Med. Interna (Madrid)* 2007; 24(5): 249-252.
- (23) Sociedad Española de Farmacología Clínica. Controversias metodológicas y éticas sobre el uso de placebo en ensayos clínicos en psiquiatría. ICB Digital [serie en internet] Junio 2006 (Acceso el 6 de junio de 2014) Disponible en: <http://se-fc.org/gestor/images/icbdigital/icb42.pdf>

ANEXOS

Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR

ANOREXIA NERVIOSA

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea: por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p ej., con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente al uso de atracones o a purgas (p ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

(Fuente: DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Mason. Barcelona 2002.) Elaboración propia.

Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10.

ANOREXIA NERVIOSA
1. Pérdida de peso o, en niños, ausencia de ganancia, que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y altura.
2. Pérdida de peso es auto-inducida por evitación de “alimentos que engordan”
3. Distorsión de la imagen corporal
4. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea, y en hombre por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia.
5. El trastorno no cumple los criterios diagnósticos A y B de bulimia nerviosa

(Fuente: CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Panamericana 2000.) Elaboración propia.