

IMPULSIVIDAD y TRASTORNOS de la ALIMENTACIÓN

Respuesta a las
preguntas más habituales

Dr. Gonzalo Morandé

Dra. Monserrat Grael

*Unidad de Trastornos Alimentarios
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid)*



Reservados todos los derechos.
No está permitida la reproducción total
ni parcial de este libro, ni su tratamiento
informático, ni la transmisión de ninguna
forma o por cualquier medio, ya sea
electrónico, mecánico, por fotocopia, por
registro u otros métodos, sin el permiso
previo de los titulares del Copyright.

© Copyright 2010. Pharma and Health Consulting, S. L.

EDITA:



c/ Margarita Xirgu, 1
28420 Parquelagos - Galapagar
(Madrid)

Depósito legal

IMPULSIVIDAD Y TRASTORNOS de la ALIMENTACIÓN

Respuesta a las
preguntas más habituales

Dr. Gonzalo Morandé
Dra. Monserrat Grael

Unidad de Trastornos Alimentarios
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid)



EDITA:

Pharma & Health
Consulting

Índice

Introducción5
1. ¿Cómo se definen los trastornos de la conducta alimentaria?7
2. ¿Cuáles son las características clínicas que definen la Bulimia Nerviosa (BN)?13
3. ¿Impulsividad y compulsividad en trastornos alimentarios?23
4. ¿Qué es la impulsividad?27
5. ¿Cómo se caracteriza la Bulimia Nerviosa multiimpulsiva?33
6. ¿Existe una relación entre impulsividad, TDAH y trastornos de la conducta alimentaria?35
7. ¿Cuál es el tratamiento de la Bulimia Nerviosa?43
8. ¿Cuál es el papel de la familia en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa?55

Introducción

Cada año recibimos alrededor de 200 adolescentes con diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). En su mayoría son chicas (9:1) con una media de edad de 14,3 años. Habitualmente acuden con ambos padres, quienes han tomado la decisión de consultar y buscar un tratamiento. Una parte significativa de las chicas viene por obligación aunque no oponen resistencia. Una minoría viene derivada del Servicio de Urgencias. De todas ellas una tercera parte son Anorexias Nerviosas (AN) y otro tercio son Síndromes Parciales, un 20% Bulimias (BN) y un 10% Trastorno por Atracones (Tatr). Casi en el 100% de los casos se confirma el diagnóstico y aquellos en los que se inicia tratamiento, se mantendrán en él con intensidad variable durante 4 años o más, los últimos 2 de seguimiento. El año 2004 superamos los 2.000 pacientes.

La **impulsividad** es un síntoma importante en los TCA y durante mucho tiempo la hacíamos sinónimo de “purgativo”, Bulimia Nerviosa Purgativa (BNP), Anorexia Nerviosa Purgativa (ANP) y Anorexia Nerviosa Purgobulímica (ANPB). Olvidábamos el descontrol de los atracones bulímicos y posteriormente del Tatr. Por otra parte el exceso de control en las formas AN tiene a su vez como contrapartida a corto, medio o largo plazo, según el temperamento, la pérdida del mismo.

La BN es el cuadro paradigmático de la impulsividad en TCA y como tal se le da una especial importancia en este trabajo. No es el único trastorno psiquiátrico donde interviene, ni es la adolescencia la única etapa de la vida donde se manifiesta. En los últimos 10 años han llegado a consulta algunas chicas diagnosticadas y tratadas por un **Trastorno por Déficit Atencional**. Su TCA, casi siempre AN, no parecía diferenciarse de otros y se mantuvo el tratamiento con psicoestimulantes asociado al programa habitual.

Esta experiencia unida a la observación de pacientes bulímicas con serias alteraciones psiconeurológicas entre ellas la impulsividad, nos ha hecho interesarnos en el tema y en su tratamiento. De hecho, durante el curso que ha terminado 9 pacientes BN han sido tratadas con Metilfenidato asociado a Fluoxetina y Topiramato (en 6 casos).

En el trabajo con adolescentes con sobrepeso y obesidad (65 pacientes) se ha comprobado en un 60% de ellos fracaso escolar y una sintomatología acorde con un TDA no tratado.

Las posibles relaciones entre (TCA-BN) y TDA de la infancia y adolescencia serán el otro eje de este trabajo.

1

¿Cómo se definen los **trastornos** de la conducta alimentaria?



A.- ASPECTOS COMUNES

Los Trastornos Alimentarios (TCA) son Patologías Mentales que cursan con complicaciones médicas, psiquiátricas y familiares que condicionan su evolución.

Su incidencia y prevalencia han aumentado claramente en las últimas décadas y han pasado de ser una epidemia de baja intensidad en los países desarrollados, a una pandemia ejemplo de la globalización en ideas, usos y costumbres. Patología de la adolescente y mujer joven, tiene formas de expresión en varones, en la infancia y en la edad prepuberal y en las llamadas formas tardías que abarcan todo el ciclo vital incluyendo tercera edad.

Quienes las padecen, tienen en común la dificultad de aceptarse a sí mismos, física y moralmente y alcanzar su maduración y pleno desarrollo. La insatisfacción corporal que les caracteriza es una muestra de una profunda descalificación personal. Similar también es el temor a perder el control sobre la alimentación y sobre sus vidas y el rechazo o vergüenza de aceptar su problema. Las consecuencias médicas cierran el círculo definitorio, ya que sin ellas estos cuadros no tendrían la gravedad que les caracteriza.

1-La primera de estas características es **el temor a engordar** (crecer) y adquiere carácter de **obsesión por la delgadez**, lo que ocupa una parte significativa del campo mental. La paciente pasa muchas horas diarias pensando en cómo no comer o en adelgazar. Se acompaña también de conductas compulsivas tendentes a restringir la ingesta, hacerla inviable con vómitos o a intentar compensar lo comido.

Un importante porcentaje (30% AN, 50% AN masculina, 50% BN) de los adolescentes con TA han tenido sobrepeso en la niñez.

2-La segunda de ellas, **la insatisfacción corporal** es un malestar que con frecuencia aumenta con la adolescencia y puede hacerse insoportable (el 40 % de las chicas y el 18% de los chicos se ven gordos). La insatisfacción puede hacerse extensiva a la propia identidad comprometiendo, aún más, una autoestima que con frecuencia estaba dañada previamente. La distorsión de la imagen corporal, es una expresión más de esta insatisfacción y está caracterizada por una intensa angustia, como es la sensación de verse con un volumen muy aumentado (en ocasiones hasta un 200%). Es una manifestación clínica frecuente e invalidante.

3-Un tercer elemento común a los TA, es el **temor al descontrol con la comida (AN) o la constatación de ello** en forma repetida (BN). Como con todo lo referente a la alimentación, puede hacerse una metáfora. El descontrol alimentario puede hacerse sinónimo de vergüenza, pérdida de la voluntad y de la capacidad de dirigir sus propias vidas. Control ilusorio es el que cree tener un paciente AN restrictivo.

La ideación anoréxica se refiere a la invasión de la mente por las ideas desagradables sobre el cuerpo y la alimentación. Por su intensidad puede interferir en la alimentación, en la digestión, en el estudio, el trabajo, las actividades sociales, de ocio, e incluso en el dormir.

A mayor insatisfacción corporal, mas obsesión por adelgazar y mayor sufrimiento y temor al descontrol impulsivo-compulsivo mediante maniobras compensatorias (vómitos, ejercicio, laxantes, ayuno).

4-La **negación u ocultamiento de la enfermedad** también es habitual y contrasta con la preocupación familiar. Este factor, difiere con los cuadros clínicos y no es exclusivo de los TCA.

5-Los TCA tienen siempre una **expresión vincular.** Ponen a prueba la relación del paciente con su entorno social, madre, padre, hermanos, amigos y pareja. El establecimiento o reestablecimiento de una relación muy peculiar intensa y parasitaria con la madre, la familia o la pareja ha sido considerado junto con la respuesta fisiológica, el principal mecanismo de perpetuación de los cuadros.

6-Los TA interfieren el funcionamiento del organismo, alterando la fisiología digestiva y nutricional y condicionando respuestas, que en sujetos físicamente sanos contribuyen a mantener la enfermedad. Condicionan una respuesta de intenso y prolongado estrés en la que están implicados los mecanismos moduladores inmunológicos, neurovegetativos y neuroendocrinos, en una retroalimentación continua con los procesos patológicos mentales. La dificultad para modular o gestionar el estrés, tanto interno como externo, es una secuela importante de los TA.

7-Complicaciones psiquiátricas. Tanto en AN como en BN se observa comorbilidad psiquiátrica especialmente en cuadros instaurados, de lenta evolución y resistentes al tratamiento. Las patologías psiquiátricas más frecuentes son los Episodios Depresivos, Trastornos de Ansiedad, TOC y Trastornos del Control de Impulsos. En adolescentes es habitual la repercusión sobre la organización de la personalidad, situación que se corrige si el cuadro alimentario evoluciona bien en el primer año de tratamiento. De no ser así dará lugar a Trastornos de la Personalidad distintos en ANR y en ANPB Y BNPB.

8-Tendencia a la cronificación. Desde sus inicios se activan los mecanismos de cronificación y se escenifican en su entorno los factores de mantenimiento, de ahí que un cuadro completo tarde tanto en recuperarse.

B.-DEFINICIÓN DE LOS CUADROS

La Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) son los cuadros paradigmáticos, siendo el primero el más antiguo y emblemático, aunque no el más frecuente. La BN duplica a la AN en prevalencia.

1-Anorexia Nerviosa (AN). Se caracteriza por una pérdida de peso autoinducida que supera el 15% del peso previo. En sus formas restrictivas (ANR) se asocia el rechazo a alimentarse y a la elección de alimentos de bajo contenido calórico, con un aumento de la actividad física que puede llegar en algunos casos al ejercicio compulsivo. En los cuadros purgativos (ANP) se asocian vómitos o abuso de laxantes. La ideación anoréxica invade el espacio mental del paciente, aislándolo de forma parcial de quienes le rodean y en lugar de disminuir puede hacerse más intensa al continuar la pérdida de peso. La desaparición de la menstruación puede aparecer de forma precoz y es habitual la disminución del interés sexual. La evolución puede ser muy rápida en adolescentes menores que llegan a perder más de 1 kg a la semana.

La negativa total a alimentarse e incluso a beber agua, es un mecanismo de naturaleza obsesiva que hace necesaria la intervención de urgencia.

2-Bulimia Nerviosa (BN). Caracterizada por el descontrol alimentario, en donde se suceden atracones y ayunos, ambos pueden ser descomunales. Los atracones reales o subjetivos vividos con gran malestar y culpa, intentan ser compensados con vómitos o diarreas en las formas purgativas (BNP) y con ejercicio y ayuno en las no purgativas (BNNP).

Por definición, en la BN hay peso normal o sobrepeso y se reserva el término Anorexia Purgo-Bulímica (ANPB) para aquellas que cursan con bajo peso. Las BN dan puntuaciones más altas en las escalas de Insatisfacción Corporal, Obsesión por adelgazar, Descontrol Alimentario e Impulsividad que las AN. Viven avergonzadas con el temor a que su descontrol afecte a otras áreas de su vida, lo que no es infrecuente. El cuadro en sus formas menos graves puede pasar desapercibido durante mucho tiempo, ya que la mayoría de las conductas son encubiertas. Al prolongarse la enfermedad es frecuente la aparición de complicaciones psiquiátricas y neuro-psicológicas (Depresión, T. de Angustia, Disfunción Ejecutiva) y en menor grado complicaciones médicas ligadas a los vómitos, uso de laxantes y diuréticos.

3-Trastorno de la Alimentación no Especificado (TCANE). Integra Síndromes Parciales o Incompletos y Cuadros Residuales. Son mayoría en los estudios de población y también en la Atención Primaria. Están tam-

bién sobre-representados en los trabajos de investigación.

En adolescentes se dividen en Síndromes Parciales y Atípicos. ANSP, BNSP, ANSA, BNSA. Entre los SP están los cuadros en curso ANy BN en curso.

4-Trastorno por Atracción (Tatr). Incorporado a la DSM IV de 1994 como Trastorno Alimentario Atípico, es un cuadro similar a la Bulimia pero sin una intensa ideación anoréxica y maniobras compensatorias y cursa habitualmente con obesidad. Dicha incorporación vino a hacer más compleja esta situación ya que afecta entre un 0,6-3,3% de la población general y hasta un 29% de sujetos que acuden para control de peso (Munch 2006).

La mayoría de estos pacientes presenta diferentes grados de obesidad, por lo que el problema terapéutico es más amplio y complejo. La característica fundamental es la escasa mentalización. Dan puntuaciones altas en Insatisfacción Corporal y algo menores en Obsesión por Adelgazar. También puntúan más bajo de lo esperado en descontrol bulímico e impulsividad.

Un tratamiento completo de esta patología se asocia naturalmente con el tratamiento de la obesidad, no sólo a través de fármacos, sino también mediante programas psicoterapéuticos bien estructurados de modelos conductuales, interpersonales o sistémicos en el marco de una dieta bien ordenada y controlada.



¿Cuáles son las características clínicas que definen la **Bulimia Nerviosa (BN)**?



El aspecto clínico esencial en la Bulimia Nerviosa son los **atracones de comida y los inadecuados métodos compensatorios utilizados para no ganar peso**. Al entrevistar pacientes con este padecimiento, se muestran excesivamente preocupados por la imagen corporal y el peso. Para poder diagnosticar como Bulimia Nerviosa los atracones y conductas compensatorias, deben ocurrir **al menos dos veces a la semana durante tres meses** (DSM-IV, 1994).

El comportamiento bulímico puede **mantenerse oculto por meses y años** ante la ignorancia de familiares y amigos, al igual que el consumo de algunas drogas. La paciente lo sufre y disimula hasta ser sorprendida o contarlo a alguien en un momento de desesperación. Tablas 1 y 2.

A.- CLÍNICA MÉDICA Y ATRIBUCIONES PSICOLÓGICAS

Edad de inicio. Hay casos de aparición precoz, 12 años o menos, aunque la mayoría de las pacientes inician su cuadro entre los **15 - 20 años**. En nuestra experiencia la edad de comienzo en 1987 era de 17,2 años y en 2008 de 15,8 y la de inicio de tratamiento de 19,1 años en 1987 y 16,2 en 2008. La edad de inicio parece adelantarse y también la de consulta.

Tabla I: Síntomas conductuales en Bulimia

1 - Conducta alimentaria

- ◆ Atracones alimentarios a escondidas, al menos dos veces a la semana durante un período no inferior a tres meses
- ◆ Intentos de restricción dietética en comidas normales
- ◆ Conductas impulsivas e inesperadas
- ◆ Almacenamiento de alimentos en diversos lugares de la casa
- ◆ Comer alimentos dedicados a terceros sin preocupación aparente y negando la evidencia
- ◆ Evitación de comidas sociales
- ◆ Ingestión de grandes cantidades de agua, leche, café y bebidas de cola light
- ◆ Consumo intensivo de chicles sin azúcar
- ◆ Consumo indiscriminado de tabaco
- ◆ Consumo impulsivo de alimentos congelados, desechados, de la basura o destinados a animales de compañía

2.- Conducta destinada a compensar atracones y perder peso

- ◆ Intenso ayuno compensatorio
- ◆ Vómitos auto-provocados
- ◆ Escupir comidas sin tragarlas
- ◆ Uso masivo de laxantes y a veces enemas
- ◆ Abuso de diuréticos
- ◆ Intenso ejercicio físico para compensar lo comido

3.- Estudios

- ◆ Aumento aparente de las horas de estudio
- ◆ Dificultad para iniciar la tarea, concentrarse y memorizar
- ◆ Disminución del rendimiento escolar
- ◆ Inasistencia a clases

4.- Descanso

- ◆ Disminución de las horas de sueño y dificultad para levantarse
- ◆ Pesadillas con comidas a las que le obligan
- ◆ Incapacidad de levantarse, especialmente en exámenes

5.- Vida familiar

- ◆ Irritabilidad y cambios bruscos de humor
- ◆ Evitación de compartir vida familiar y salidas sin límites. Fugas
- ◆ Desorden con su ropa, habitación e incluso higiene
- ◆ Mentira evitativa y también innecesaria
- ◆ Robo de comidas, dinero y objetos inútiles

6.- Vida social

- ◆ Intensa e indiscriminada vida social con intervalos de aislamiento
- ◆ Vida sentimental intensa, inestable o ausente
- ◆ Actividad sexual que puede fluctuar de ninguna a cierta promiscuidad
- ◆ Sucesivos cambios y problemas con amistades

7.- Consumo de tóxicos

- ◆ Consumo de alcohol, en ocasiones sin medida
- ◆ Consumo de otras drogas en situaciones sociales

Estos síntomas no se observan en todos los pacientes

Tabla II: Síntomas mentales y emocionales en bulimia

1. Terror a subir de peso y/o deseo compulsivo de perderlo
2. Trastorno severo de la imagen corporal
3. Negación total o parcial de enfermedad
4. Sensación persistente de ansia de comer
5. Oscilaciones rápidas del humor y estado de ánimo
6. Sentimientos e ideaciones depresivas con fuerte componente suicida
7. Dificultad de concentración y aprendizaje
8. Temor a descontrolar y dejarse llevar por sus impulsos
9. Ansiedad difusa y envolvente
10. Oscilaciones rápidas del humor y estado de ánimo
11. Sensación constante de culpa y facilidad para inculpar a los otros
12. Baja autoestima personal, física y a veces moral
13. Persistente sensación de vacío e inutilidad
14. Severo egocentrismo
15. Fijación de metas por encima de su capacidad actual
16. Dificultad para captar las claves de interacción personal
17. Intensa desconfianza seguida de acercamiento pueril
18. Incapacidad para organizarse y planificar su vida
19. Intensa lucha interna entre aspectos buenos y malos de la persona

Estos síntomas no se observan en todos los pacientes

Antecedentes. Un 25% de los casos se iniciaron directamente en la bulimia, más de un 60% hicieron una anorexia nerviosa frustrada con anterioridad. Estas últimas, con sobrepeso previo perdieron peso en forma significativa, pero el cuadro no alcanzó la intensidad suficiente. Al no poder continuar la chica recurrió al vómito auto-provocado y oculto y/o al uso de la-

xantes. Una minoría empezó a “picar” a escondidas. Es ahí también donde aparece **la mentira**, que con cierta rapidez se extiende a otras áreas de la vida y que será junto a la **sospecha del entorno**, dos de los obstáculos más serios en el tratamiento.

El vómito cambia a la paciente. Inicialmente y en algunos casos parecen haber encontrado la gran solución. Pueden comer sin engordar y además disminuye la tensión familiar. Sin embargo, al poco tiempo cunde la insatisfacción. Unas porque quieren seguir bajando de peso. Otras se dan cuenta de que tras el vómito tienen más necesidad de comer.

El ansia de comer. Con el vómito, la paciente empieza a hacer experimentos. Investiga los tiempos de digestión y observa cómo se hace más lento su vaciamiento gástrico hacia el intestino, al devolver unas judías verdes 24 horas después de su ingesta. Se ayuda de leche, a veces en grandes cantidades, como vomitivo. Usa la mano para favorecer el vómito hasta hacerse erosiones o callosidades (signo de Russell) o se precia de hacerlo solamente con un buen manejo de su musculatura abdominal. Algunas aprenden a devolver casi sin hacer ruido, aunque al principio se ayudan de una radio o de la ducha. Del supuesto control se pasa al descontrol y la paciente por su necesidad de devolver empieza a realizarlo en cualquier parte, en una maceta, por la ventana hacia la calle; o en bolsas de plástico que, aparecen en cualquier rincón de la casa.

Los atracones. Muchas pacientes pasan a los atracones desde el vómito. Otras lo descubren después como una forma de paliarlos y algunas no pueden devolver, aunque se atraquen, y engordan.

Después de comer y cenar en forma muy controlada sienten algo que describen como ansiedad. Insisten en que no es hambre y esta ansiedad es por tomar algo dulce. Si se dejan vencer por la tentación toman más de lo que quisieran y empiezan a verlo como irresistible y en absoluta contradicción con sus creencias. Por extensión les atraen los bollos, el pan, las galletas y casi todo lo prohibido.

En el inicio del cuadro bulímico, la paciente trata de controlar y recurre a todo tipo de procedimientos, pero muchas fracasan y comen sin parar, habitualmente a escondidas, en grandes cantidades, eligiendo sustancias de

fácil digestión, que ingieren con voracidad y en muy poco tiempo como por ejemplo: litros de helados, cajas de galletas, paquetes de magdalenas, pan con mermelada, botes de cola cao, etc. provocando un aporte calórico de miles de calorías en pocos minutos.

Unas dicen que comen para no pensar y otras para poder pensar, pero todas terminan el atracón ahítas, con una gran distensión gástrica y completamente derrotadas y avergonzadas. Si lo han hecho por la noche al día siguiente se sienten muy mal, física y moralmente. A muchas les cuesta levantarse y con frecuencia no acuden a las primeras clases de la mañana si son estudiantes. Se sienten deprimidas, gordas, horribles y no quieren que nadie puede verlas.

Si no pueden vomitar, ni usan otros medios purgativos, suben rápidamente de peso a una velocidad que asusta. Amanecen abotargadas, con la cara hinchada y con una ansiedad flotante que no cesa.

La comida invade sus vidas, preparando sus atracones durante horas e incluso días. Buscan momentos de estar solas, por las noches y fines de semana, rechazando todo tipo de actividades sociales para poder comer.

Si no encuentran comida en casa, cogen la de los demás, si no tienen dinero roban o lo piden a cualquier persona.

Las crisis bulímicas. La Bulimia se puede exacerbar con crisis de ingestión que duran muchos días, en los que la paciente se dedica en exclusiva a “su vicio”. Deja los estudios o el trabajo, no acude a consulta ni se deja ayudar por familiares y amigos. Hemos visto dilataciones gástricas ingresadas en la UVI y alguna explosión gástrica con peritonitis y muerte posterior. Algunas pacientes cuando están en crisis piden auxilio por teléfono, a otras hay que llamarlas cuando desaparecen.

Si bien los alimentos que consumen para atracarse son los ya descritos, se extienden a todo tipo de nutrientes y sustancias ingeribles. El tabaco también lo engullen, inicialmente para calmar la ansiedad, posteriormente hacen adicción. Algunas beben y si lo hacen, también consumen grandes cantidades. Empiezan a beber y no pueden parar hasta quedar inconscientes y a su vez el alcohol las hace comer más. Al igual que los drogodependientes, pueden usar tranquilizantes para disminuir la ansiedad, mez-

clados muchas veces con derivados anfetamínicos con el fin de disminuir el hambre. Después de haber ingerido todo tipo de sustancias, sorprende que en las primeras fases de tratamiento se nieguen a usar medicación aduciendo que son “antifármacos”.

La mayoría asocian el comportamiento bulímico con vómitos. Es el cuadro clásico, **Síndrome Bulímico-Purgativo**. Para purgarse, además del vómito o en su lugar, usan laxantes y diuréticos. El estreñimiento es habitual y normal en una paciente que utiliza diariamente el vómito. La paciente no sólo lo combate sino que pretende perder peso con los laxantes. Para ello va probando todo lo que le recomiendan o lee en la publicidad, adecuando las dosis hasta conseguir deposiciones de carácter diarreico o semi diarreico con las que dicen controlar el peso. En su empeño llegan a dosis tóxicas sin preocuparse de las consecuencias. Con los diuréticos la actuación es similar.

Regurgitación y rumiación. En una parte de las pacientes se observa cómo, de forma inesperada, pasa contenido gástrico a la boca, en ocasiones con un ruido que es claramente perceptible para el clínico o los familiares. La paciente trata de disimularlo y en su empeño vuelven a tragarlo tapándose la boca. Nos insisten en que les pasa con más frecuencia cuando están nerviosas o cuando se sienten solas. Algunas nos confiesan que vuelven a masticarlo y deglutirlo al igual que en los casos de rumiación descritos en niños poco estimulados. Esta conducta, realizada en solitario, parece tener un carácter auto-estimulador y hasta cierto punto reforzante, ya que en ella la paciente se evade. Otras, o en otras circunstancias, lo escuchan.

Chupar y escupir comidas. Un grupo de pacientes traslada, también a escondidas, comida a su habitación, la chupan y luego la escupen. Si se encuentran restos o son sorprendidas tienden a negarlo enfadadas.

Caras hinchadas e hipertrofia parotídea. La cara de la paciente bulímica puede aparecer edematosa, “gorda” para ella. Se miran al espejo sin poder entenderlo. La palpación de las parótidas e incluso su observación nos muestra la hipertrofia de estas glándulas salivales, similar a la que vemos en las parotiditis o paperas de la infancia.

La determinación de amilasa de origen en glándulas salivales es un buen

marcador de actividad bulímica, así como la evaluación seriada de iones, especialmente potasio.

Calambres, mareos y pérdidas de conocimiento. Las pacientes bulímicas tienden a ser aprensivas y alcanzan puntuaciones altas en las escalas de hipocondría. La aparición de calambres, en la mayoría de los casos por la pérdida de potasio debida a vómitos repetidos, las asusta aunque son muy pocas las que toman zumos o soluciones salinas para reponerlo, incluso aunque conozcan este remedio. Dicen estar tan descontroladas que no atinan a ello, aunque sean estudiantes de medicina.

Los mareos tardan en confirmarlos, avergonzadas de auto-inducírselos, aunque en el fondo aterradas. Las pérdidas de conocimiento las delata y las crisis convulsivas, en ocasiones muy parecidas a las epilépticas, las lleva a Urgencias en medio de gran alarma familiar.

Algunos de estos “sustos” pueden ser buenos para cambiar la actitud de la paciente, especialmente cuando surgen inesperadamente y puede mantenerlos en secreto.

Curso de la enfermedad y variaciones estacionales. La mayoría de las pacientes pasan períodos de tiempo con menor sintomatología. Disminuye la frecuencia de atracones y vómitos y podría ser el inicio de una recuperación, si no lo aprovecharan con alguna frecuencia para intentar bajar de peso. Al acceder a un mayor autocontrol se sienten mejor, pero la felicidad dura poco ya que quieren una vez más ser anoréxicas. Algunas lo consiguen durante un tiempo, las menos por unos meses. Lo habitual es que recaigan e inicien nuevamente el ciclo.

La sintomatología tiende a ser mayor en otoño e invierno, con tendencia a la mejoría en los meses de más luz y verano. Sin embargo, todo o casi todo parece descompensarlas: los exámenes, los problemas familiares, sus amores, etc.

B.- FACTORES DE PERPETUACIÓN DEL TRASTORNO BULÍMICO

◆ **La clínica.** Los atracones y las conductas purgativas tienden rápidamente a transformarse en costumbre y más tarde en hábitos. Si bien los atracones son **egodistónicos**, el paciente no puede evitarlos o le cues-

ta mucho y en su lógica si los inician ya no pueden parar y si no pueden parar continúan hasta el final.

El vómito por sí mismo tiende a instalarse como conducta habitual tras la ingestión, como un ritual purgativo que necesariamente debe seguir a las comidas, incluso si no hay atracón. Condicionan el funcionamiento gástrico.

Con los laxantes y diuréticos pretenden completar los efectos del vómito o sustituirlo cuando no pueden hacerlo. Su uso es indiscriminado, masivo y médicamente peligroso. Se expenden sin receta médica y muchos de nuestros pacientes sólo tienen deposiciones diarreicas.

- ◆ **La familia.** Junto con la clínica, la familia y su organización son elementos clave para la evolución y el pronóstico. Así como los familiares tienden con frecuencia a señalar a la paciente como el elemento central de descomposición familiar, la paciente ve a su familia como un caos que sólo ella puede arreglar.

C.- CLÍNICA PSIQUIÁTRICA-COMORBILIDAD

- ◆ **La sintomatología depresiva** está presente en la mayoría de las pacientes bulímicas en una proporción mayor a la que encontramos en la Anorexia Nerviosa. De hecho, en una parte de ellas existe claramente una comorbilidad que hace obligatorio un doble diagnóstico.
- ◆ **La ideación suicida** se encuentra en un 80% de los casos y el paso al intento de suicidio es relativamente frecuente en pacientes impulsivos. Es uno de los factores de mayor riesgo y de indicación de internamiento psiquiátrico.
- ◆ **La ansiedad** es difusa y permanente. Puede ser muy intensa y afectar claramente la calidad de vida del paciente, que busca causas de ella sin encontrarlas. El estrés post traumático en BN es frecuente y muy invalidante. Está relacionado con episodios traumáticos experimentados por la paciente.
- ◆ **La impulsividad y su difícil manejo** algunas pacientes la reconocen

como rasgo de temperamento, otras, como algo nuevo. La queja más frecuente se refiere a su control o a lo que llaman pérdida de la voluntad. *"Parece que me quitaron la voluntad en una operación quirúrgica, era lo mejor que tenía, la voluntad"*.

- ◆ **La sintomatología disociativa** no es extraña en momentos de crisis y en ocasiones es difícil precisar si un episodio de pérdida de conciencia se debe a este tipo de fenómeno, a una alteración hidro-electrolítica provocada por los vómitos y/o diuréticos o a un episodio de naturaleza epiléptica.
- ◆ **El consumo de tóxicos** en nuestra experiencia nos dice que lo más frecuente es el abuso de alcohol, donde no es raro un coma etílico y en menor grado cocaína y drogas de diseño.
- ◆ **El trastorno de personalidad** aparece en una parte significativa de las pacientes que presentan un trastorno de personalidad asociado (Trastorno Límite de Personalidad y en menor grado Trastorno Narcisístico, Trastorno Disocial, o Personalidad Impulsiva).

3

¿Impulsividad y compulsividad en trastornos alimentarios?



A.- LA DIMENSIÓN COMPULSIVA - IMPULSIVA

El polo compulsivo se caracteriza por una alta estimación del peligro y aversión al riesgo. La ansiedad anticipatoria es alta.

En el polo impulsivo el paciente busca el riesgo, hay fallos para detectar lo peligroso y la ansiedad anticipatoria es escasa.

Ambas, tanto la compulsión como la impulsión, pueden ser formas, aunque diferentes, de abordar la angustia. En ambos casos parece estar alterada la función serotoninérgica. En los trastornos compulsivos estaría elevado el tono serotoninérgico en contraste con los cuadros impulsivos donde estaría disminuido (Hollander 1993).

Los estudios fenomenológicos, familiares, bioquímicos y psicofarmacológicos sugieren fuertes relaciones entre los trastornos afectivos, de ansiedad, obsesivos y del control de impulsos (Apter et al. 1990 y Mc Elroy et al. 1992).

El 21% de los TCA padecen TOC, un 37% de las AN y un 3% de las BN. Al estudiar el eje II, el 35% de las AN con TOC padecían una personalidad obsesiva en contraste con el 5% en BN (Thorton y Russell 1997).

En teoría, la impulsividad es sinónimo de Bulimia (BN) y la compulsividad de Anorexia (AN). En la práctica ambos fenómenos pueden darse simultáneamente, sucesivamente o no manifestarse en una paciente con patología alimentaria. Así una paciente anoréxica con un severo cuadro obsesivo asociado y numerosas conductas compulsivas, pasa en unos meses a una fase bulímica con expansión de su estado de ánimo, aparición de robos, fugas y borracheras. En ambas etapas hay autolesiones.

Otra paciente anoréxica, por ejemplo, se precipita por una ventana en un descuido del personal, afortunadamente se salva y reitera que no pensó en matarse y creyó escaparse por una puerta, ya que quería ver a su madre. Estaba en una tercera planta.

En un primer estudio realizado por Begoña Gallego con varias pacientes utilizando el Cuestionario 6 PF, describe una mayor impulsividad en bulímicas que en anoréxicas, pero sin diferencias significativas entre ambas. Un 26% de las BN aparecen como impulsivas frente a un 19% de AN. En otro estudio actualmente en curso, Ángeles Rodríguez mediante el Cuestionario EDI II que tiene una sub-escala de impulsividad, encuentra que la puntuación media de impulsividad en 101 pacientes con trastornos alimentarios es de 6,3 comparada con 2,3 de la población general. No tenemos datos aún, que permitan comparar AN y BN.

B.- MULTI-IMPULSIVIDAD EN BN

Wiederman et al., en 1996 estudió 217 pacientes con BN, todas ellas eran mujeres con cuadros purgativos, en edad cercana a los 25 años y aproximadamente con 8 años de evolución. Encuentra en un 39,8% de ellas abuso de alcohol, en un 10% abuso de marihuana, y un 40% tiene historia de robos, además un 31% relata autoagresiones y un 30% intentos de suicidios. Un 18% de ellas son diagnosticadas como multi-impulsivas. Para calificarlas así debía sumar el abuso de alcohol y drogas a una historia de robos, autolesiones e intentos de suicidio.

Lacey en 1993 define las mismas características clínicas a las que agrega desinhibición sexual y Fichter en 1994 asume la misma psicopatología prefiendo el término promiscuidad sexual a desinhibición. Las bulimias mul-

ti-impulsivas tendrían un pronóstico más difícil y un tratamiento más costoso. Tienen con frecuencia antecedentes de abuso sexual y son más precoces en el inicio de la sintomatología bulímica, de la actividad sexual y usan más laxantes. Sin embargo, no presentan más atracones y vómitos. No serían más “bulímicas” sino bulímicas en la que se han activado respuestas impulsivas, probablemente de carácter temperamental (Lacey 1993), de personalidad (Carrol 1996) u otras.

C.- BULIMIAS MULTI-IMPULSIVAS Y TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

En un estudio realizado en 20 pacientes de nuestro servicio por Francisco Melero en 1996, diagnosticadas todas de BN y con una media de edad de 18 años y medio, 12 de ellas reunían requisitos de trastorno de personalidad. Se utilizó la entrevista estructurada DSM III R. Sólo 2 de ellas podían diagnosticarse de trastorno límite, aunque la mayoría estaban en relación a la impulsividad en el “cluster B” que engloba a personalidades histriónicas, narcisistas, antisociales y límites.

Carrol en 1996 encuentra un 33% de trastornos de personalidad en pacientes bulímicas, porcentaje que se eleva al 46% cuando hay asociado un trastorno depresivo mayor. Un 20% de las patologías de personalidad eran atípicas, un 10% límites y un 10% evitativas. No parecen existir hasta el momento pruebas que señalen un tipo de trastorno de personalidad específico para bulimias, ni que se explique con ello las conductas impulsivas.

Lacey en 1986 hizo otra proposición que denominó: “el impulsivo: un trastorno de personalidad multi-impulsivo”.

Conclusiones

La impulsividad es un aspecto en los TCA y más la multi-impulsividad. Correlaciona con un pronóstico más difícil y tendencia a la actuación suicida.

No es exclusiva de la BN, ni se da en todos los TCA al menos durante la totalidad de su curso.

Los trastornos de personalidad se observan en BN de larga evolución pero, por sí solos, no explican la multi-impulsividad.

En la práctica un diagnóstico presuntivo de trastorno de personalidad en una paciente bulímica debe ser corregido en ocasiones al desaparecer la sintomatología.

Es necesario continuar los estudios sobre el tema por su trascendencia clínica y conceptual.

¿Qué es la impulsividad?



Impulsivo, según la definición de la Real Academia Española, es una persona que *“llevada de la impresión del momento, habla o procede sin reflexión ni cautela”*.

La impulsividad ha sido considerada como un rasgo de personalidad, en el que las experiencias y emociones pueden bloquear los mecanismos cognitivos de control y dar lugar a conductas de satisfacción inmediata. Los impulsos no son más que estímulos que activan la conducta. Se trataría de un deseo imperioso e irresistible que empuja a ciertos sujetos a una acción determinada. Cuando esta acción es perjudicial para la misma persona o para el entorno, es cuando se conceptualiza como anormal o como patología mental.

Hay otras conductas no perjudiciales y socialmente aceptadas que, siendo similares en su génesis, no son etiquetadas como patológicas. No hay consenso ni en la definición de impulsividad ni de impulso, pues depende de los diferentes modelos teóricos. Se acepta que, sobre la base de una personalidad de perfil impulsivo, se añadiría la experiencia vivencial y conductual y la respuesta del entorno.

Parece que las personas impulsivas (y cuando se incluye el término impulsividad es siempre para potenciar negativamente una dimensión psicopatológica) se caracterizan porque viven en el presente inmediato, de forma que los acontecimientos pasados y las previsiones del futuro no les parecen importantes ni capaces de modificar sus conductas, procesan rápidamente la información con predisposición a reacciones rápidas y poco planificadas, son buscadoras de novedades y muy dependientes del refuerzo. También parecen tener poca capacidad para evaluar resultados a largo plazo, y prefieren las pequeñas recompensas a corto plazo, más que los proyectos planificados. La tendencia a conseguir respuestas satisfactorias a corto plazo es independiente de que se asocien a experiencias negativas.

A.- CONDUCTAS IMPULSIVAS

Las clasificaciones nosológicas de la psiquiatría no definen claramente las conductas impulsivas.

Dedican un capítulo a los “Trastornos del control de los impulsos” “no clasificados en otros apartados”, incluyendo: Juego Patológico (Ludopatía), Cleptomanía, Piromanía, Tricotilomanía y el Trastorno Explosivo Intermitente. El CIE-10, en “Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos”, incluye ciertos trastornos de comportamiento que no fueron clasificables en los apartados de trastornos de consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas, en los trastornos de impulsos y hábitos que afectan al comportamiento sexual o en los trastornos de la conducta alimentaria.

Las conductas impulsivas no son dominio exclusivo del adulto, ni de aquel que está bajo los efectos de una sustancia. Los niños y adolescentes presentan cuadros sindrómicos, en los cuales la impulsividad desempeña un papel preponderante. Los déficits de atención con hiperactividad, los trastornos disociales y algunos trastornos profundos del desarrollo cursan con esta sintomatología.

Otros cuadros como los trastornos maníacos, síndromes neurológicos frontales de diversas etiologías, o conductas cotidianas que se encuentran enmascaradas en el marco de trastornos neuróticos, tampoco son aje-

Figura 1

Variedad de cuadros psiquiátricos en los que en menor o mayor grado está presente la impulsividad



Figuras 2 y 3

Semejanzas neurobiológicas de TCA e Impulsividad

TCA: Etiología multifactorial

- Temperamento y Personalidad
- Antecedentes traumáticos
- Disfunción en el manejo del estrés
- Disregulación emocional
- Disfunciones cognitivas

Impulsividad Neurobiológica

- Alteraciones en neurotransmisores: 5-HT
- Alteraciones eje H-H-A
 - Antecedentes traumáticos
 - Disfunción en el manejo del estrés
- Disregulación emocional
- Disfunciones neurocognitivas
- Alteraciones estructurales y neuro-imagen

nas a presentar manifestaciones impulsivas. Sobre todo los trastornos límites de la personalidad (TLP) que se caracterizan por la presencia de éstas y muchas de las patologías mencionadas que son comórbidas de TLP.

Las conductas impulsivas presentan ciertas características que le son distintivas:

- ◆ Falta de inhibición en el inicio de la acción
 - ◆ Imposibilidad de postergar el logro del placer
-

La bulimia y la impulsividad tienen aspectos comunes que hacen pensar que comparten de alguna manera esos nexos en las cadenas etiopatogénicas. La pérdida de control sobre la ingesta, las conductas de purga, el abuso de sustancias, la cleptomanía y la agresividad definen a las pacientes bulímicas y, al mismo tiempo, perfilan conductas de pérdida de control de los impulsos. Es un hecho que en los trastornos del comportamiento alimentario se observa un solapamiento de los diferentes “espectros”: obsesivo, depresivo, impulsivo y adictivo.

B.- FUNCIÓN EJECUTIVA Y SU RELACIÓN CON LA IMPULSIVIDAD

Función Ejecutiva (FE) es el proceso por el cual se logra planificar, anticipar, inhibir respuestas, desarrollar estrategias, juicios y razonamientos y transformarlos en decisiones, planes y acciones.

Es función de los Lóbulos Prefrontales (LP) y todas sus proyecciones y retroproyecciones córtico-subcorticales. Son regiones cerebrales de maduración tardía.

Esta función se refiere a la posibilidad de percibir, recordar y actuar inteligentemente.

Actuar inteligentemente no depende solamente de contar con más información, sino de poder hacer una síntesis adecuada entre los datos externos a nosotros y los internos, que se vinculan, tanto con nuestra historia, como con nuestras metas.

La anticipación de las consecuencias de los actos, aunque no sean perceptibles en el momento de llevarlos a cabo, es patrimonio de una función

ejecutiva que monitoriza y autorregula el comportamiento a los efectos de que se adapte a la realidad espacio-temporal.

Cuando la función ejecutiva falla se observan manifestaciones impulsivas que se relacionan con conductas de riesgo.

¿Cómo se caracteriza la **Bulimia Nerviosa multiimpulsiva**?



Los bulímicos multiimpulsivos son pacientes complejos y con mayor tiempo de evolución del trastorno. Suelen tardar más en solicitar ayuda y cuando lo hacen, lo es más por las complicaciones de su descontrol de los impulsos o por la comorbilidad, que por la propia patología alimentaria. No se caracterizan por la constancia de sus conductas, por lo que la adhesión a los tratamientos es peor si cabe, que en los bulímicos no multiimpulsivos.

Presentan un mayor desajuste social, acostumbran a fracasar a nivel socio-familiar, educativo y laboral y, en ocasiones, sus relaciones personales potencian, aún más, las conductas desajustadas. La mayoría de las investigaciones relacionan la multiimpulsividad con mayor psicopatología y, por tanto, como ya hemos referido, con peor pronóstico.

La “**multiimpulsividad**” de la BN, se caracteriza por la presencia comórbida de, al menos, tres de las siguientes 6 conductas impulsivas, a lo largo de la vida:

- a) Uno o más intentos autolíticos
- b) Uno o más episodios de auto-lesiones
- c) Uno o más episodios de robo (No relacionado con la comida)
- d) Abuso y/o dependencia severa del alcohol
- e) Abuso y/o dependencia severa de drogas

-
- f) Promiscuidad sexual (cinco o más personas distintas con quien ha tenido relaciones sexuales, durante los últimos dos años, o 10 o más desde la pubertad)

Los pacientes bulímicos con MI presentarán las siguientes características: relaciones interpersonales inestables e intensas (ej. Alternando entre extrema idealización y extrema desvalorización); impulsividad manifiesta; frecuentes problemas de identidad; repetidos intentos de suicidio y/o conductas autolesivas; marcada labilidad emocional; baja tolerancia a la frustración; continuos sentimientos de vacío; dificultades para controlar y/o frenar sus impulsos a actuar; y frecuentes dificultades de estructuración diaria.

Entre el 18 y el 30% de los casos con BN presentarían multi-impulsividad. En éstos casos, las conductas impulsivas más frecuentes serían: 30-40% intentos de suicidio; 15-31% auto-lesiones; 10-30% abuso y/o dependencia de alcohol, 35-41% de robo y 9-12% promiscuidad sexual.

Frecuentemente suelen presentar historia de abuso sexual en la infancia y/o temprana adolescencia con un patrón de hostilidad familiar, conflictividad y empobrecimiento emocional marcado. En algunos estudios realizados sobre el tema, se ha encontrado que el 15-30% de pacientes con BN presentaba abusos sexuales o experiencias sexuales indeseadas. Este hecho correlaciona positivamente con presencia de trastorno de la personalidad, mayor sintomatología ansio-depresiva y más intentos de suicidio.

¿Existe una relación entre impulsividad, TDAH y trastornos de la conducta alimentaria?



A.- Comorbilidad de TDAH y trastornos de la conducta alimentaria

Los pacientes con TDAH y trastornos de la conducta alimentaria comparten algunas características, como **impulsividad, baja autoestima y un perfil neuro-psicológico que incluye déficit de atención y de las funciones ejecutivas** (Duchesne y cols., 2004; Schoechlin y Engel 2005; Brown, 2006; Nazar y cols., 2008).

A.1- Síntomas de TDAH en pacientes con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria

En los trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia y bulimia nerviosa, se producen alteraciones a nivel cognitivo y del comportamiento, como depresión, dificultad de concentración, preocupación por la comida, deterioro del sueño, etc. que podrían estar solapadas con la sintomatología descrita para el TDAH (Woodside, 1995).

Recientemente, Wentz y cols (2005) llevaron a cabo un estudio piloto que evaluó la presencia de trastornos del neurodesarrollo (ADHD, trastorno generalizado del desarrollo y trastorno de Tourette) en una muestra de 30 pacientes diagnosticados con trastornos de la ingesta, anorexia nerviosa

(AN) o BN. Los pacientes fueron evaluados con entrevistas semiestructuradas específicas para cada uno de estos trastornos, de acuerdo los criterios de DSM-IV.

El 17% por ciento de los pacientes cumplieron con los criterios de TDAH infantil y el 10,2% de los pacientes cumplieron con los criterios TDAH infantil y adulto. Todos los pacientes diagnosticados con TDAH presentaron AN, aunque no se especificaron ni las características, ni la gravedad de la bulimia por lo que teniendo en consideración los perfiles diferentes de estos pacientes, sus resultados deben tomarse con precaución (Nazar y cols., 2008).

En un estudio que incluía más de 2.000 pacientes tratados por trastornos de ingesta, se encontraron tasas de prevalencia de TDAH del 3% entre los que presentaban AN y del 9% entre los que presentaban BN (Blinder y cols., 2006), lo que sugiere que la prevalencia de TDAH no está incrementada en la AN, habida cuenta de que la tasa de TDAH en la población general es del 5,4% en las adolescentes y del 3,4% en las mujeres jóvenes (Fayyad y cols., 2007).

Por último, se realizó un estudio longitudinal de 3 años de duración, en 189 mujeres ingresadas con trastornos alimentarios, de las cuales 64 eran menores de 18 años, con el fin de determinar la prevalencia de los síntomas de TDAH. En este estudio el 21% de las mujeres, tras una entrevista estructurada, señalaron al menos seis de los síntomas de TDAH, dato de interés ya que la tasa estimada de prevalencia en la población general fue de un 5,8%. Asimismo, se observó, en los pacientes sin un diagnóstico de TDAH, una correlación de los síntomas de inatención con un mayor índice de masa corporal (IMC) y síntomas de bulimia nerviosa, sin que se observara sintomatología depresiva. Los síntomas de TDAH, en la muestra estudiada, se incrementaban desde la niñez a la adolescencia, predominando el síntoma inatento, lo que según los autores debe descartar que esta sintomatología se deba a un origen independiente del TDAH. Para ello el diagnóstico de TDAH infantil es de gran ayuda (Yates y cols., 2009).

A.2. Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes diagnosticados de TDAH

Existen también trastornos de la conducta alimentaria en individuos diagnosticados de TDAH (Biederman, 2010). Mattos y cols., (2004) llevaron a cabo un estudio pionero, investigando la prevalencia de trastornos de ingesta en una muestra clínica de 86 adultos con TDAH no tratado. La prevalencia de trastornos de ingesta fue del 10,4%, de los cuales el 77% presentaron trastorno por atracones y un 23% BN.

Asimismo, Kooij y cols. (2004) encontraron una tasa de BN en el 9% de 45 adultos con TDAH. Sobanski y cols. (2007) evaluaron el perfil de comorbilidad psiquiátrica y el deterioro funcional de 70 adultos con TDAH, encontrando que el 11,4% presentaba trastornos de ingesta, siendo más frecuentes los que tenían un comportamiento compulsivo que los restrictivos.

En un estudio longitudinal de 5 años, Mikami y cols. (2008) evaluaron la presencia de trastornos de ingesta en 228 niñas. Al inicio del tratamiento existía un grupo de 93 niñas con TDAH tipo mixto, otro grupo de 47 niñas con TDAH tipo inatento y otro grupo control formado por 88 niñas. Las niñas con TDAH mixto presentaban al inicio del estudio y durante el seguimiento, un mayor nivel de su trastorno de ingesta que las niñas con TDAH inatento y en ambos grupos el trastorno de ingesta fue más grave que en los controles. Los síntomas de impulsividad basales son mejores predictores de la presencia de trastornos de ingesta en la adolescencia que la hiperactividad y la inatención.

En un trabajo de Cumyn y cols. (2009) encaminado a estudiar la comorbilidad del eje I y eje II en pacientes con TDAH (N=447), se pudo observar una mayor comorbilidad de ambos ejes en los pacientes con TDAH respecto a los controles, al igual que se ha observado en otros estudios. Además, en este estudio concreto se comprobó que el 85% de las mujeres y el 14,29% de los hombres con TDAH presentaban historia previa de anorexia, mientras que el 72% de las mujeres y el 12,5% de los hombres con TDAH presentaban una historia previa de bulimia con más frecuencia que los controles.

Mikami y Cols (2010) han investigado la insatisfacción por la imagen corporal y las características de atracones y purgas en BN durante el seguimiento prospectivo de un estudio multimodal del tratamiento de niños TDAH (n= 337 varones y 95 niñas) frente a un grupo control (N= 211 niños y 53 niñas). El seguimiento se realizó durante ocho años realizándose una reevaluación a la edad promedio de 16,4 años. Los jóvenes que padecían TDAH desde la infancia mostraron un mayor nivel sintomático de BN en la adolescencia, siendo este superior en las chicas, que los controles. El rasgo que mejor predijo la presencia de BN fue la impulsividad, en especial en las niñas, por encima de la hiperactividad y de la inatención. Los autores concluyen que el riesgo de una mayor tasa de BN en los jóvenes con TDAH es mayor en presencia de impulsividad.

Surnam y cols. (2006) llevaron a cabo un estudio retrospectivo controlado de caso control en adultos (N=742) e infantil (N=522) con el fin de evaluar las tasas de BN entre los pacientes con TDAH y en los controles. La tasa de prevalencia de BN para el grupo TDAH pediátrico y para el grupo control era 1% y 0% respectivamente. Sin embargo, el análisis de las dos poblaciones de mujeres adultas mostró una prevalencia de BN de 11,2% entre el grupo con TDAH frente a un 2,0% en el grupo control. Este estudio claramente sugiere que **las mujeres con TDAH presentan una mayor posibilidad de generar BN** que las que no lo padecen. Por otra parte, en este estudio se detectaron evidencias preliminares de una asociación de los síntomas del TDAH con atracones e índice de masa corporal.

Se ha evaluado la prevalencia de síntomas de TDAH y comportamiento bulímico en una muestra de adolescentes (N = 65 hembras; 34 varones) con obesidad mórbida, con una edad media de 14,2 años y un IMC promedio de 37 kg/m², encontrándose una correlación positiva entre las puntuaciones en la escala de Conners y la escala de comportamiento bulímico (BITE). Los autores sugieren que los adolescentes con comportamientos bulímicos tendrían una alta probabilidad de presentar síntomas de TDAH, independientemente de la presencia de ansiedad o síntomas depresivos (Cortesse y cols., 2007a;b).

En otro estudio de caso control, realizado por Biederman y Cols (2007) se investigó la prevalencia de los trastornos de ingesta en una muestra de niñas con TDAH (N= 123) respecto a un grupo control (N= 112). **Después de**

un seguimiento de cinco años, la prevalencia de los trastornos de ingesta fue del 16% en el grupo de TDAH y del 5% en el grupo control, siendo mayor el riesgo de desarrollar un trastorno de ingesta, especialmente BN, en las adolescentes con TDAH. En este estudio se recogen casos de trastornos de ingesta sub-clínicos, tanto de BN como de AN, sin ningún caso de trastorno por atracones.

Los estudios disponibles indican que las mujeres adultas con TDAH tienen un riesgo mayor de desarrollar trastornos de ingesta. Sin embargo, hasta el momento son pocos los estudios que abordan este problema y la mayoría de ellos con muestras pequeñas y diferentes metodologías, lo que podría limitar la generalización de los resultados. Se necesitan más estudios con el fin de evaluar esta comorbilidad, así como sus implicaciones clínicas y terapéuticas.

Impulsividad síntoma común en TDAH y Bulimia

La impulsividad es un síntoma común a numerosas enfermedades psiquiátricas, y en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se considera uno de los síntomas nucleares. Se ha sugerido que la impulsividad no es un elemento unitario, existiendo grados y peculiaridades de la impulsividad que pueden representar diferentes subtipos de TDAH (Winstanley y cols., 2006).

La impulsividad es tan importante en el TDAH que en la década de los 70, Douglas (1972) la señaló como una deficiencia básica, por encima de la propia hiperactividad. La impulsividad, junto con la inatención, explica mejor la incapacidad de adaptarse a las exigencias sociales al no poder controlar su comportamiento. De hecho, tanto la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales de la OMS (CIE) como el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM), pese a las diferencias de criterios que existen entre ambos, coinciden en recoger, además de signos relacionados con la inatención y la hiperactividad, aspectos que implican a la impulsividad. De hecho, la evidencia empírica ha hecho que el déficit en el control inhibitorio de los impulsos vaya adquiriendo protagonismo y cada vez son más numerosas las hipótesis que se basan en el modelo de impulsividad (Barkley, 1997). En ellas se hace referencia a expresiones de un comportamiento inadaptado, intolerancia a la demora, expectativas de

recompensa inmediata, falta de previsión de consecuencias, repuestas precipitadas y un alto nivel de imprecisión. Se trata, por tanto, de un concepto que integra la incapacidad de inhibir los impulsos y los pensamientos, lo que interfiere en las funciones ejecutivas, e impide que el individuo consiga focalizar el objetivo principal perdido entre múltiples distracciones secundarias.

Por otra parte, la asociación entre trastornos de conducta alimentaria e impulsividad ha sido documentada en la literatura, no sólo en bulimia nerviosa sino en anorexia especialmente el subtipo atracón-purga (Lacey y Evans, 1986; Lacey, 1993). La prevalencia reportada en diversos estudios de trastornos del control de los impulsos con trastornos de la conducta alimentaria oscila entre el 3% y el 19%. En nuestro medio, en mujeres con BN la prevalencia del trastorno del control de impulsos fue del 23,8% siendo el trastorno intermitente explosivo el reportado con más frecuencia (13,2%) (Sohlberg y cols., 1986; Fernández-Aranda y cols., 2006).

La impulsividad relacionada con la conducta bulímica podría catalogarse como impulsividad por urgencia, ante un efecto negativo, y no por falta de planificación, siendo aquel tipo de impulsividad un factor de riesgo para la bulimia nerviosa (Fischer y cols., 2003).

Asimismo, se ha descrito que las mujeres con trastornos de conducta alimentaria presentan trastornos de la atención. Sin embargo, solo las mujeres con BN o con anorexia del tipo atracón y purgas mostraron aumento de la impulsividad motora. Además, las mujeres con BN fueron el único grupo con conductas temerarias y de asunción de riesgos (Rosval y cols., 2006).

Otro dato de interés, observado en mujeres con BN, es que un mayor grado de labilidad afectiva está asociado con una mayor impulsividad, así como con varios indicadores conductuales alterados (Anestis y cols., 2009). Estos datos vienen a corroborar la existencia de múltiples procesos comórbidos en este tipo de cuadros de trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido, un reciente estudio realizado en una muestra de 120 jóvenes, con trastornos de la conducta alimentaria, identificó la presencia de distintos tipos de impulsividad relacionada con diferentes diagnósticos de trastornos de ingesta y asociada a un amplio espectro de rasgos de personalidad, historia de eventos traumáticos y familiares que hacen recomen-

dar a los autores la necesidad de controlar la impulsividad en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (Boisseau y cols., 2009).

Por otra parte, existen estudios que ponen de manifiesto que la comorbilidad de TDAH y los trastornos de ingesta pueden tener en común un grado importante de impulsividad. Sokol y cols (1999) describen que un porcentaje de pacientes bulímicos con trastornos de personalidad cluster B se asemejan a los que presentan TDAH, puesto que ambos grupos tienen altos niveles de impulsividad.

Durkam (2005) en un grupo de sujetos afectados de BN, incluidos en un programa de trastornos alimentarios, que presentaban además TDAH, encontraron como elemento común la presencia de impulsividad y un nivel bajo de autoestima.

En un grupo de adolescentes con síntomas de BN y de insatisfacción con su imagen corporal, afectas además de TDAH, Mikami y cols., (2008) observaron que la presencia de impulsividad al inicio del tratamiento, en contra de la hiperactividad o la inatención, era el mejor predictor de una alteración de la conducta alimentaria.

Otros estudios han demostrado que, en general, los individuos con BN presentan altos grados de impulsividad, determinada mediante la Escala de Impulsividad de Barratt (Patton y Stanford, 1995), el Cuestionario de Impulsividad de Eysenck (Newton y cols., 1993; Fahy y Eisler, 1990; Wolfe y cols., 1994), y la comisión de errores en pruebas de desempeño continuo (Bruce y cols., 2003), aunque no todos los individuos con BN presentan los mismos grados o el mismo tipo de impulsividad, como hemos comentado en el estudio de Rosval y cols., (2006).

Estos estudios, ponen de manifiesto que

La impulsividad desempeña un papel importante no sólo en el TDAH o en los trastornos de conducta alimentaria, sino que su presencia es un factor de riesgo cuando existe la comorbilidad entre las dos entidades clínicas comentadas.

7

¿Cuál es el tratamiento de la **Bulimia Nerviosa**?



El pronóstico de la BN empezó a mejorar cuando se describieron y empezaron a aplicar las técnicas cognitivo conductuales y poco después, al incorporarse el tratamiento con Fluoxetina en dosis de 60 miligramos día igual a la utilizada en los Trastornos Obsesivo Compulsivos.

Una parte significativa de los cuadros parciales o leves de BN no necesitan ninguna medicación y responden en forma adecuada a las técnicas psicológicas. En los cuadros moderados o severos es indispensable el uso de psicofármacos.

A. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA BULIMIA NERVIOSA

Fármacos Propuestos para el tratamiento de la Bulimia Nerviosa

- 1 -Antidepresivos
- 2 -Estabilizadores del humor
- 3 -Antagonistas de los opiáceos
- 4 -Reductores del apetito
- 5 -Antipsicóticos

Antidepresivos ISRS

Fluoxetina

- ☞ El tratamiento se realiza con una dosis recomendada de 60 mg/día que es superior a la dosis de 20 mg/día en la mayoría de variables.
- ☞ Dosis bien tolerada. (Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group 1982), (Romano et al 1992 Bacaltchuk 2006).

Estabilizadores del humor

Topiramato

- ☞ **Ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa y de la impulsividad a una dosis media 200 mg/día.**
- ☞ También favorece la pérdida de peso (Nickel C et al. 2005), (Gadde et al, JAMA 2003), (McElroy et al, 2006).

Zonisamida

Efectivo en el tratamiento de:

- ☞ Trastornos por atracón
- ☞ Sobrepeso inducido por fármacos
- ☞ Favorece la pérdida de peso
- ☞ Reduce atracón/vómito

Ondasetrón

- ☞ Antagonista periférico de receptores 5HT-3
- ☞ Antiemético vagal
- ☞ Control fisiológico de la saciación por vía vagal
- ☞ Reducción de atracones y vómitos por control farmacológico de la transmisión vagal alterada

Naltrexona

- ☞ Eficaz en dosis altas
- ☞ Riesgo de hepatotoxicidad

Antipsicóticos

(Antagonistas receptores serotoninérgicos (5HT- 2a) y dopaminérgicos (D2).

Risperidona oral o IM de acción prolongada

- Su indicación principal es la Bulimia multi-impulsiva grave, en pacientes refractarios a otros tratamientos y con conductas de riesgo y/o asociación con Trastorno de Personalidad (Límite), (Beato 2005), (Díaz Marsá M. 2008).

Recomendaciones de las Guías Terapéuticas

Guía NICE: Recomendaciones clínicas (2004)

- A los pacientes adultos con Bulimia Nerviosa, puede ofrecérseles tratamiento con un fármaco antidepressivo, como alternativa o además del primer paso de tratamiento que consiste en un programa TCC de autoayuda.
- Los pacientes deben ser informados que los fármacos antidepressivos pueden reducir la frecuencia de atracones y vómitos pero los efectos a largo plazo son desconocidos y además, los efectos no serán inmediatos.
- Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), especialmente la fluoxetina son fármacos de primera elección para el tratamiento de la bulimia nerviosa en términos de aceptación, tolerabilidad y reducción de síntomas.
- Para la bulimia, la dosis efectiva de fluoxetina es mayor que en depresión (60 mg/día).
- No se recomiendan otros fármacos para el tratamiento de la Bulimia.

Guía Clínica de Trastornos de Alimentación American Psychiatry Association (2006)

- TCC es efectiva como intervención a corto plazo, dirigida a síntomas alimentarios y trastornos cognitivos alterados.
- TCC es útil en la reducción de los síntomas de atracón y en la mejora de actitudes acerca de la imagen, peso y restricción alimentaria.
- La combinación de psicoterapia y antidepressivos puede ser superior a cada modalidad por separado.
- Los ISRS tienen la mayor evidencia de eficacia y las menores posibilidades de efectos adversos.

- La Fluoxetina es la única medicación aprobada por la FDA para la bulimia (las dosis requeridas son mayores que en la depresión: 60-80 mg/día).
- Los Antidepresivos Tricíclicos, IMAO y bupropion deben evitarse por su toxicidad y escasa efectividad.

Recomendaciones Farmacoterapéuticas para BN en niños y adolescentes. Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid (en prensa)

- 1- En niños y adolescentes con Bulimia Nerviosa la primera elección de tratamiento es la Terapia cognitivo-conductual y (posiblemente) la intervención familiar.
- 2- En adolescentes con Bulimia Nerviosa la segunda elección de tratamiento o combinada con la intervención psicosocial son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina específicamente, fluoxetina a dosis > de 20 mg/día (40-60 mg/día en adolescentes mayores).
- 3- En adolescentes mayores los fármacos pueden constituir la primera elección en forma de fluoxetina hasta 60 mg/día, en aquellos con una depresión comórbida y síntomas obsesivo-compulsivos.
- 4- En adolescentes mayores existe una evidencia débil sobre el uso de Topiramato para la reducción de atracones y vómitos, aunque con la alerta de que, al producir reducción de peso como efecto secundario, puede ser peligroso en pacientes bulímicos con bajo o normopeso.

Líneas futuras de tratamiento en Bulimia Nerviosa Tratamientos en fase experimental

- * Agonistas de la leptina
- * Agonista de la CCK
- * Antagonistas del NPY
- * Antagonistas del receptor de la orexina
- * Antagonistas del receptor 2 del CRF
- * Antagonistas de los receptores histamínicos H₃
- * Antagonistas de los receptores de la melanocortina-4
- * Agonistas de los α -3 adreno-receptores
- * Antagonistas de los receptores 5HT_{2A}
- * Agonistas de la GH

CONCLUSIONES

Recomendaciones clínicas

En situaciones donde estén disponibles ambos tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos la recomendación es:

- ✱ Iniciar terapia TCC y añadir fluoxetina:
 - Si no hay una respuesta inicial a TCC
 - Si los síntomas depresivos persisten a pesar de la TCC, independientemente del efecto de la terapia sobre síntomas alimentarios
- ✱ Combinación de TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (individual o grupal) y fluoxetina a 60 mg/día y disminuir si efectos secundarios

El fármaco es necesario en pacientes con trastorno afectivo activo, antes de inicio del TCA o con antecedentes familiares de trastorno afectivo.

- ✱ Probablemente el fármaco de elección es fluoxetina a a dosis de 60 mg/día.
- ✱ Si es inefectiva (tras 8 semanas), se recomienda cambiar a otro ISRS (sertralina, paroxetina o citalopram).
- ✱ Mantener el fármaco al menos un año. Si es posible combinar con psicoterapia.
- ✱ En la bulimia con sobrepeso es razonable plantear el uso de Topiramato a dosis media de 200 mg/día.
- ✱ En bulimia con impulsividad es razonable añadir neurolépticos atípicos: Risperidona para control de impulsos.

B. TRATAMIENTO COMORBILIDAD TDAH Y BULIMIA. PSICOESTIMULANTES

Desde el punto de vista neurobiológico es difícil caracterizar hallazgos específicos en individuos con BN, lo que dificulta el intento de explicar los mecanismos básicos que expliquen la presencia de impulsividad en la BN y por supuesto en su comorbilidad con el TDAH.

A pesar de esta circunstancia, varios autores han empleado los psicoestimulantes para el tratamiento del componente impulsivo que se puede manifestar en los trastornos de conducta alimentaria (Ong, 1983; Messner, 1989; Durkam, 2005). El fundamento del empleo de esta terapia farmacológica se basa en el hecho de la eficacia, conocida desde hace más de cuatro décadas, de los psicoestimulantes como primera línea de tratamiento del TDAH (MTA, 1999; Wilens, 2002; Conners, 2002; Faraone y cols., 2004; García-García y cols., 2009), tal y como hemos comentado presenta, en muchos casos, la impulsividad como síntoma dominante.

La efectividad del Metilfenidato para el tratamiento del TDAH está avalada por una amplia bibliografía y guías terapéuticas de las principales asociaciones científicas (MTA, 1999; Wilens, 2002; Conners, 2002; Faraone y cols., 2004; Sinzig y cols., 2004; Döpfner y cols., 2004; Fischer y cols., 2006; García-García y cols., 2009; Atkinson M y Hollis, 2010). Concretamente, en relación a los estudios llevados a cabo para el control de la impulsividad empleando como tratamiento el Metilfenidato podemos citar, a modo de ejemplo, tres estudios recientes.

En el primero de ellos, Spencer y cols. (2005) efectuaron un ensayo clínico aleatorio, doble-ciego y controlado con placebo, de 6 semanas de duración, en pacientes adultos (grupo Metilfenidato $n = 104$; grupo placebo $n = 42$), tratados con una dosis media de Metilfenidato de 82 ± 22 mg/día. La respuesta a Metilfenidato frente a placebo fue muy consistente, con una diferencia de un 44% desde la visita basal. Esta diferencia fue también manifiesta en la evaluación específica de los síntomas de hiperactividad/impulsividad ($z = 4,6$; $p < 0,0001$).

Más recientemente Rosler y cols. (2010) llevaron a cabo un estudio aleatorio, de 24 semanas, doble ciego, controlado con placebo en adultos con

TDAH siguiendo los criterios diagnósticos del TDAH. Un total de 363 pacientes fueron aleatorizados para recibir Metilfenidato de liberación prolongada (MPH-ER) o placebo en una proporción de 2:1. La duración del período de valoración fue de 5 semanas, seguida de una fase de mantenimiento de 19 semanas. El tratamiento con cápsulas de Metilfenidato de liberación prolongada se ajustó dos veces al día después del desayuno y el almuerzo durante las 5 primeras semanas, hasta llegar a una dosis máxima de 60 mg/día. El MPH-ER fue estadísticamente superior al placebo en la reducción de los síntomas emocionales evaluados por el EDS y la ELS. Los síntomas obsesivo-compulsivos y los relacionados con problemas de autoestima se redujeron hasta el final del período de observación. El descenso fue más pronunciado en los individuos tratados con MPH-ER. Los efectos se mantuvieron firmes durante todo el período de mantenimiento hasta la semana 24. Estos autores concluyeron que el MPH-ER parece ser un tratamiento eficaz para los síntomas emocionales con TDAH. También los síntomas obsesivo-compulsivos y los problemas con el autoconcepto se vieron afectados positivamente.

Asimismo, ya se ha señalado anteriormente que el Metilfenidato puede ser beneficioso en la comorbilidad del TDAH y los trastornos de conducta alimentaria (Schweickert y cols., 1997; Messner, 1989, Sokol y cols., 1999; Drimer, 2003).

Por otra parte, otros autores han planteado que el Metilfenidato por su efecto en el control de impulsos, podría mejorar los síntomas compulsivos, principalmente los atracones y los vómitos presentes en las pacientes bulímicas (Ong, 1983; Messner, 1989; Durkam 2005). A continuación, describimos algunos de los casos más relevantes recogidos en la bibliografía.

Uno de los primeros autores en apuntar esta hipótesis fue Ong y cols. (1983) que administraron metilfenidato y placebo, en condiciones controladas y con método de doble ciego, en un grupo de 8 pacientes diagnosticadas de bulimia nerviosa. En cada paciente, el psicoestimulante redujo las auto-restricciones de hambre y la cantidad de comida. Los autores señalan que la ingesta de comida en pacientes con bulimia nerviosa puede ser modificada por la administración de fármacos. Además, los síntomas de bulimia como comer en exceso, rápida y angustiosamente, que podían seguirse de vómitos y purgas autoinducidas, fueron observados en cuatro

pacientes que recibieron placebo y en ninguno de aquellos que recibieron el psicoestimulante.

Sokol y cols (1999) describen que un porcentaje de pacientes bulímicos con trastornos de personalidad “cluster B” no responden de una manera adecuada al tratamiento. Este tipo de pacientes se asemeja a los que presentan TDAH, puesto que presentan altos niveles de impulsividad. Debido a esta circunstancia plantean la hipótesis que dado que el Metilfenidato se emplea en el tratamiento del TDAH, en el que se incluyen síntomas de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, podría tener un efecto en ese subgrupo de pacientes bulímicos. Para lo cual llevaron a cabo un estudio piloto en dos pacientes bulímicos con personalidad “cluster B” resistentes al tratamiento con ISRS. **Los resultados mostraron que el Metilfenidato fue efectivo y además, en ambos pacientes, disminuyeron los atracones y los vómitos.**

C. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Se considera que alrededor del 70% de los casos de bulimia nerviosa tratados se abordan de una manera eficaz con una modalidad de tratamiento ambulatorio. Únicamente un 30% de los casos requiere hospitalización, la mayoría de las veces, no tanto por el caos alimentario de la paciente sino por otras causas asociadas (intentos de suicidio, abuso de alcohol, drogas, etc.).

El tratamiento psicológico de corte cognitivo-conductual es el que se ha demostrado, hasta el momento, más eficaz para este trastorno. El Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE 2004) tras un sistemático trabajo de revisión bibliográfica, publica unas recomendaciones a seguir por los profesionales de la salud pública de Inglaterra y Gales. Esta Guía recomienda, por vez primera, un tratamiento psicológico como tratamiento inicial de elección para un trastorno psiquiátrico: el tratamiento cognitivo conductual.

Los resultados de este tipo de intervención muestran un porcentaje medio de reducción de los atracones y de las conductas purgativas (vómitos, uso de laxantes) de aproximadamente el 80% (Wilson, 2005).

El programa de tratamiento que presentamos consta de dos fases. En la primera se utilizan principalmente técnicas conductuales dirigidas al control del atracón y de las conductas purgativas; la segunda fase incide fundamentalmente en la modificación de los aspectos cognitivos que están manteniendo el problema, y que favorecerán de alguna manera futuras recaídas (Fairburn et al. 1993).

Objetivos del tratamiento

- ◆ Establecer un patrón regular y flexible de comidas que incluya los alimentos evitados
- ◆ Control de los atracones y de las conductas purgativas
- ◆ Disminuir la ansiedad con respecto al cuerpo y a la comida
- ◆ Identificación y afrontamiento de situaciones potenciales de riesgo
- ◆ Prevención de recaídas

Descripción del tratamiento

- ◆ Duración del tratamiento: 12 sesiones
- ◆ Frecuencia: semanal
- ◆ Duración de las sesiones: 90 min

Criterios de exclusión

- ◆ Presencia de ideación suicida
- ◆ Abuso de sustancias
- ◆ Seguimiento de otras modalidades de tratamiento

Evaluación

- ◆ Se recomienda el uso de los siguientes instrumentos de evaluación al inicio y al final del tratamiento:
 - ◇ Bulimic Investigatory Test Edimburgh: BITE (Henderson y Freeman, 1987)
 - ◇ Symptom checklist-revised –SCL-90-R (Derogatis, 1975)
 - ◇ Eating Disorder Inventory-EDE (Cooper y Fairburn, 1987)
 - ◇ Durante el tratamiento se utilizará el Control del Plan de Vida para evaluar la evolución semanal de las pacientes

Estructura de las sesiones

Nº SESIÓN	CONTENIDO
SESIÓN Nº 1	Registro de atracones Análisis de los desencadenantes del atracón. Explicación de los objetivos del tratamiento. Consecuencias físicas y psicológicas del atracón y las conductas purgativas. Instrucciones para el registro de las comidas.
SESIÓN Nº 2	Introducción de un patrón regular de comidas Planificación de 3 comidas diarias y 2 tentempiés. Establecimiento de un período inferior de 4-5 horas entre comida y comida. Importancia de no saltarse comidas. Planificación de un horario regular de comidas.
SESIÓN Nº 3	<u>Planificación de actividades incompatibles con el atracón</u> Elaboración de una lista de actividades incompatibles con el atracón. Entrenamiento en la puesta en práctica de dichas actividades.
SESIÓN Nº 4	Solución de problemas Identificación de los desencadenantes del atracón. Entrenamiento en la técnica de solución de problemas.
SESIÓN Nº 5	Abandono de la dieta y las conductas de evitación en relación con la comida y/o cuerpo. Elaboración de la lista de alimentos prohibidos. Planificación de la exposición gradual a las situaciones de evitación relacionadas con la comida y/o cuerpo.
SESIÓN Nº 6	Identificación de las emociones negativas Identificación de las emociones negativas desencadenantes del atracón. Entrenamiento en el registro de dichas emociones.
SESIÓN Nº 7	<u>Identificación de pensamientos automáticos</u> Identificación de pensamientos automáticos en relación con las emociones negativas.
SESIÓN Nº 8 y 9	Distorsiones cognitivas Identificación de las distorsiones cognitivas más frecuentes en relación con el problema alimentario. Cuestionamiento de dichas distorsiones.

SESIÓN N° 10 y 11	Desmontado de las distorsiones cognitivas Pasos para desmontar los pensamientos distorsionados. Entrenamiento para su puesta en práctica.
SESIÓN N° 12	Prevención de recaídas Identificación de situaciones de riesgo. Solución de problemas. Evaluación de los resultados del tratamiento. Planificación de los seguimientos.

Plan de vida: Bulimia Nerviosa

El plan de vida forma parte importante del tratamiento de adolescentes y permite organizar de manera muy estructurada las actividades bajo la supervisión de los padres, facilitando así tanto las situaciones de exposición a la comida como las situaciones evitadas. Este hecho permite incrementar la eficacia del tratamiento, ya que estudios interesantes refieren que la exposición con prevención de respuesta, produce mejores resultados que la terapia cognitivo-conductual sola (Wilson et al. 1996).

8

¿Cuál es el papel de la familia en el tratamiento de la **Bulimia Nerviosa**?



A.- Papel del grupo de padres

1. El grupo de padres asegura adherencia al tratamiento
2. Una parte de ellos tienen trastornos emocionales
3. Son capaces de funcionar en grupo salvo en situaciones de crisis
4. Buscan cómo mejorar el control de sus hijas
5. Les cuesta entender que el control es contraproducente
6. Aprenden a que calmarle viene después de calmarse
7. Están interesados en conocer el curso de la enfermedad
8. Cómo ayudar a sus hijas y recuperar el respeto, la confianza
9. Cómo cuidarse ellos
10. La modulación de la expresión emocional
11. Ellos también mejoran y si mejoran, mejoran sus hijas
12. La elección del trabajo grupal con los padres versus terapia familiar

B.- Intervención familiar

El trabajo con la familia es un procedimiento terapéutico más en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa. La experiencia clínica indica que la implicación de la familia en el tratamiento es importante por diferentes motivos: Dado que los pacientes son adolescentes, conviven con la familia y por ello su actuación va a facilitar o dificultar el proceso de cambio. Su compromiso con el tratamiento favorece una asistencia regular del paciente y previene el abandono, siendo la familia el mejor recurso para llevar a cabo los cuidados básicos del paciente que son necesarios a largo plazo.

La intervención es grupal, ya que favorece la conciencia del problema, mejora la disposición hacia el tratamiento, disminuye la ansiedad y facilita la adquisición de habilidades de manejo de la enfermedad. Los grupos son de carácter psico-educativo y paralelos al tratamiento de sus hijas.

Fases de Intervención

1. Preparación ¿Qué le pasa a mi hija?

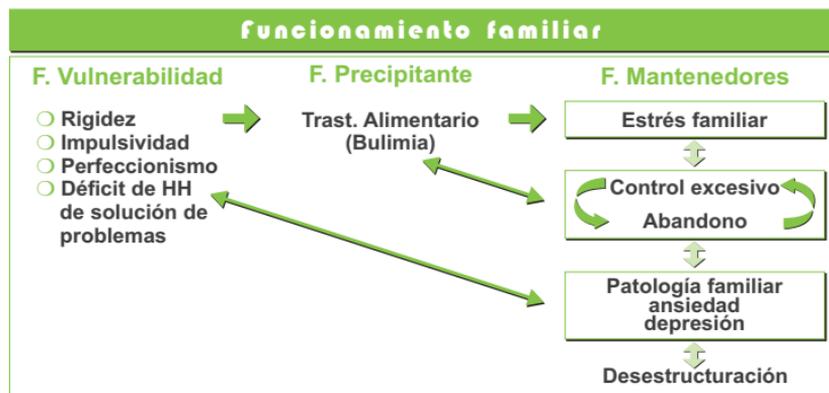
En primer lugar, se lleva a cabo una evaluación para conocer en que condiciones llega la familia al tratamiento. Es importante identificar aquellas variables que puedan entorpecer el proceso terapéutico: factores de mantenimiento de la enfermedad, estado emocional, conciencia de la enfermedad de su hija, existencia de otros problemas sociales, familiares y de pareja.

Se observan ciertas actitudes familiares hacia la enfermedad que les dificulta ayudar a sus hijas; atribuciones inadecuadas del trastorno, expectativas negativas de solución del problema, negación de la enfermedad... Una información comprensible y ajustada a la realidad que los familiares están viviendo va a facilitar la reestructuración de estas variables.

Uno de los objetivos fundamentales es que los familiares entiendan los aspectos funcionales de los comportamientos alterados, para fomentar sus habilidades e independencia en el manejo del problema.

2. Reorganización ambiental ¿Qué puedo hacer para ayudar a mi hija?

En la familia de un paciente con un problema de bulimia, es característico observar un ambiente desestructurado. En ocasiones este tipo de ambiente antecede al inicio del trastorno y tras su aparición se agrava. En otras, el trastorno es consecuente, se instaura y va adquiriendo fuerza, convirtiéndose en el eje de la relación. Se deteriora el estilo de comunicación y se desestructuran hábitos, normas e incluso roles familiares. En esta fase, la intervención se va a dirigir a reorganizar el ambiente del paciente con la colaboración de la familia. El grado de implicación familiar va a variar en función de las características de personalidad del paciente, motivación y recursos personales.



Es importante restituir los roles familiares si éstos se han perdido o modificado. Los padres deben retomar la autoridad frente a su hija y ocuparse de los cuidados que requiere, no solo por su condición de adolescente sino por la enfermedad que sufre. Comprender la enfermedad y perderle el miedo les va a poner en disposición de establecer límites. Esto junto con el entrenamiento en una administración adecuada de refuerzos y costes de respuesta, va a prevenir comportamientos extremos en la familia: control excesivo de los síntomas y/o el abandono de los cuidados básicos.

La familia debe retomar una comunicación adecuada, la sobre-atención a las conductas enfermas solo favorece el mantenimiento de la enferme-

dad. Deben dirigir su atención a los comportamientos saludables y tratar de eliminar dispositivos de control y vigilancia sobre los síntomas.

Uno de los aspectos centrales de la intervención familiar, es la instauración de un patrón de alimentación saludable en el medio del paciente. Puesto que los padres son modelo de comportamiento, éste es el primer paso para facilitar que la hija desarrolle hábitos alimentarios saludables.

El plan de vida es una de las herramientas de trabajo que se utilizan con estas pacientes. En dicho plan se recogen los hábitos básicos que se pretenden instaurar en el paciente y que van a favorecer su recuperación. Aunque la responsabilidad es del paciente, la familia debe conocer y comprender este plan para favorecer su cumplimiento.

3. Proceso de autoayuda ¿Qué podemos hacer por nosotros?

La intervención familiar no incide exclusivamente en el problema alimentario. Detectar el impacto que el problema ha generado sobre el ambiente y en cada uno de sus miembros, va a permitir reparar los daños o alteraciones sufridas. El grupo de padres es una fuente de apoyo, les permite compartir con otros padres sus experiencias y desahogarse emocionalmente.

En el grupo se transmite que ayudar a la paciente, no implica que la familia se descuide. “Sufrir” la enfermedad sólo va a empeorar las cosas. Aunque difícil, es importante crear una distancia emocional que les permita protegerse y ser más eficaces en los cuidados hacia su hija.

El seguimiento de algunas indicaciones favorece la salud familiar: organizarse en torno al problema (delegar es importante); cuidar a la hija enferma no debe implicar el descuido del resto de los hijos (las actividades en familia favorecen un clima positivo); compartir el problema con familiares y amigos; reservar un tiempo para la pareja, retomar lo antes posible las actividades profesionales y ocupacionales buscar ayuda profesional si el ánimo no mejora.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico. APA 1994. 2.- STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory 1988. 3.- Morandé G. La Anorexia. Temas de Hoy 1999. 4.- Hollander E. Introduction in obsessive-compulsive-related disorders: Ed. by Hollander E. Washington DC Am. Psych. Press 1993, 1-6. 5.- Apter A., Van Praag H. M., Plutchik R. "Interrelationships among anxiety-anxiety-agresion-impulsivity and mood: aserotonergically linked cluster? Psych. Res: 1990, 32, 191-199. 6.- Thonton C. Y Russell J. "Obsessive-compulsive comorbidity in the dieting disorders". Int. J. Of Eating Disorders 1997, vol. 21. 1. 83-87. 7.- Gallego B. "16 PF en Trastornos Alimentarios". Manuscrito. 8.- Rodríguez M. A. y Morandé G. "EDI II e Trastornos Alimentarios en Adolescentes". Manuscrito. 9.- Wiederman M. W. Y Prior T. "Multi-impulsivity amon woomen with BN". Int. J. of Eating Disorders 1996. vol. 20. 4. 359-365. 10.- Lacey J. H. "Self damagin and addictive behaviour in BN". BR. J. of Psychiatry 1993, 163; 190-194. 11.- Fichter M. M. Y Quadflieg N. W. "Course of multi - impulsive BN". Psych. Med. 1994, 24; 591-594. 12.- Carroll J. M., Touyz S. y Beumont P. J. "Specific comorbidity between BN and personality disorders". Int. J. of Eating Disorders 1996, 2. 159-170. 13.- Melero F. Trastornos de personalidad en BN. Manuscrito. 14.- Lacey J. H. Y Evans D. H. "The impulsivit, a multi - impulsive personality disorder". Br. J. of Addiction 1986, 81, 641-649. 15.- Waller G., Quinton S. Y Watson D. "Processing of treta-related information by woomen with bulimic eating attitudes". Int. J. of Eating Disorders 1995 vol. 18; 2, 189-195. 16.- Dantchev N., Lancrenon S. y Jeammot P. H. "L'Impulsivité dans les conduites boulimiques". Neuropsych. De l'enfance 1993, 41, 520-530. 17.- Mas Colombo E, Risueño A, Iris M. Motta I. Función ejecutiva y conductas impulsivas UA J F. Kennedy, 2003. 18.- Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. Psychol Bull. 1997; 121: 65-94. 19.- Biederman J, , Monuteaux MC, Surman CB, Johnson JL, Zeitlin S. Are girls with ADHD at risk for eating disorders? Results from a controlled, five-year prospective study. J Dev Behav Pediatr. 2007; 28(4): 302-7. 20.- Biederman, J, Petty CR, Michael CA. Adult Psychiatric Outcomes of Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: 11-Year Follow-Up in a Longitudinal Case-Control Study. Am J Psychiatry. 2010; 15. DOI 10.1176/appi.ajp.2009.09050736. 21.- Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female in patients with eating disorders. Psychosom Med. 2006 ; 68: 454-62. 22.- Boisseau CL, Thompson-Brenner H, Eddy KT, Satir DA. Impulsivity and personality variables in adolescents with eating disorders. J Nerv Ment Dis. 2009; 197(4): 251-9. 23.- Brown TE. Toward an adequate understanding of attention deficit disorders. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28(4): 261-2. 24.- Bruce KR, Koerner NM, Steiger H. Laxative misuse and behavioral disinhibition in bulimia nervosa. Int J Eat Disord. 2003; 33(1): 92-7. 25.- Conners CK. Forty years of methylphenidate treatment in Attention Deficit/ Hyperac-tivity Disorder. J Attent Disord. 2002; 6 Suppl 1:17-30. 26.- CL, Thompson-Brenner H, Eddy KT, Satir DA. Impulsivity and personality variables in adolescents with eating disorders. J Nerv Ment Dis. 2009; 197(4): 251-9. 27.- Brown TE. Toward an adequate understanding of attention deficit disorders. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28(4): 261-2. 28.- Bruce KR, Koerner NM, Steiger H. Laxative misuse and behavioral disinhibition in Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de Medicamentos. 2010. 29.- Cortese S, Isnard P, Dalla Bernardina B, Mouren MC. Attention-deficit/hyperactivity disorder, binge eating and obesity. J Clin Psychiatry.

2007; 68(6): 976. **30.-** Cortese S, Isnard P, Frelut ML, Michel G, Quantin L, Guedeney A. Association between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and bulimic behaviors in a clinical sample of severely obese adolescents. *Int J Obes*. 2007; 31(2):340-6. **31.-** Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry*. 2009; 54(10): 673-83. **32.-** Döpfner M, Dieter W, Banaschewski T, et al. Comparative efficacy of once-a day extended-release methylphenidate, and placebo in a laboratory school setting. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 13 Suppl 1: 93-101. **33.-** Douglas, V. Stop, look and listen: the problem of sustained attention impulse control in hyperactive and normal children. *Can J Behav Sci*. 1972; 4: 159-182. **34.-** Drimmer EJ. Stimulant treatment of bulimia nervosa with and without attention-deficit disorder: three case reports. *Nutrition*. 2003; 19(1): 76-7. **35.-** Duchesne M, Mattos P, Fontenelle LF, Veiga H, Rizo L, Appolinario JC. Neuro-psicologia dos transtornos alimentares: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26(2): 107-17. **36.-** Dukarm CP. Bulimia nervosa and attention-deficit hyperactivity disorder: a possible role for stimulant medication. *J Womens Health*. 2005; 14(4): 345-50. **37.-** Fahy T, Eisler I. Impulsivity and eating disorders. *Br J Psychiatry*. 1990; 162: 193-7. **38.-** Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, Pagano C, Biederman J. Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2004; 24:24-28. **39.-** Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007; 190: 402-409. **40.-** Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Alvarez-Moya EM, Granero R, Vallejo J, Bulik CM. Impulse control disorders in eating disorders: clinical and therapeutic implications. *Compr Psychiatry*. 2006; 47(6): 482-8. Epub 2006 May 3. **41.-** Fischer R, Schütz H, Grossmann M, Leis HJ, Ammer R. Bioequivalence of a methylphenidate hydrochloride extended-release preparation: comparison of an intact capsule and an opened capsule sprinkled on applesauce *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2006; 44 (3): 135-41. **42.-** Fischer S, Smith GT, Anderson KG. Clarifying the role of impulsivity in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2003; 33(4): 406-11. **43.-** García-García P, López-Muñoz F, D. Molina J, Fischer R, Alamo C. Methylphenidate extended-release capsules: a new formulation for attention deficit disorder. *Frontiers Drug Design -Discov* 2009; 4:228-246. **44.-** Hudson JI, Mangweth B, Pope HG Jr, et al. Family study of affective spectrum disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Feb;60(2):170-7. **45.-** Koouj JJ, Burger H, Boonstra AM, Van der Linden PD, Kalma LE, Buitelaar JK. Efficacy and safety of methylphenidate in 45 adults with attention deficit/hyperactivity disorder. A randomized placebo-controlled double-blind cross-over trial. *Psychol Med*. 2004; 34(6): 973-82. **46.-** Lacey JH, Evans CD. The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict*. 1986; 81(5): 641- 9. **47.-** Lacey JH. Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. A catchment area study. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 190- 4. **48.-** Mattos P, Saboya E, Ayrão V, Segenreich D, Duchesne M, Coutinho G. Comorbid eating disorders in a Brazilian attention-deficit/hyperactivity disorder adult clinical sample. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26(4): 248-50. **49.-** Messner E. Methylphenidate treatment of bulimia nervosa after surgery. *Can J Psychiatry*. 1989; 34(8): 824-6. **50.-** Mikami AY, Hinshaw SP, Patterson KA, Lee JC. Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Psychol*. 2008; 117(1): 225-35. **51.-** MTA Cooperative Group. A 14- month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56: 1073-86. **52.-** Nazar BP,

Pinna CM, Coutinho G, Segenreich D, Duchesne M, Appolinario JC, Mattos P. Review of literature of attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(4): 384-9. **53.**- Newton JR, Freeman CP, Munro J. Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatr Scand.* 1993; 87(6): 389-94. **54.**- Ong YL, Checkley SA, Russell GF. Suppression of bulimic symptoms with methylamphetamine. *Br J Psychiatry.* 1983; 143: 288-93. **55.**- Patton JH, Stanford MS. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale". *J Clin Psychol.* 1995; 51(6): 768-74. **56.**- Reimherr F, Williams E, Strong R. A double-blind, placebo-controlled, crossover study of osmotic release oral system methylphenidate in adults with ADHD with assessment of oppositional and emotional dimensions of the disorder. *J Clin Psychiatry.* 2007; 68: 93-101. **57.**- Rösler M, Retz W, Fischer R, Ose C, Alm B, Deckert J, et al. Twenty-four-week treatment with extended release methylphenidate improves emotional symptoms in adult ADHD. *World J Biol Psychiatry.* 2010; 11(5): 709-18. **58.**- Rosval L, Steiger H, Bruce K, Israël M, et al. Impulsivity in women with eating disorders: problem of response inhibition, planning, or attention? *Int J Eat Disord.* 2006; 39(7): 590-3. **59.**- Schoechlin C, Engel RR. Neuropsychological performance in adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis of empirical data. *Arch Clin Neuropsychol.* 2005 Aug; 20(6): 727-44. **60.**- Schweickert LA, Strober M, Moskowitz A. Efficacy of methylphenidate in bulimia nervosa comorbid with attention-deficit hyperactivity disorder: a case report. *Int J Eat Disord.* 1997; 21(3): 299-301. **61.**- Sinzig J, Döpfner M, Lehmkuhl G. German Methylphenidate Study Group. Long-acting methylphenidate has an effect on aggressive behavior in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2007; 17(4): 421-32. **62.**- Sinzig JK, Döpner M, Pück J, Banaschewski T, Stephani U, Lehmkuhl G, et al. Arbeitsgruppe methylphenidat. Does a morning dose of Methylphenidate Retard reduce hyperkinetic symptoms in the afternoon? *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2004; 32(4): 225-33. **63.**- Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2007; 257(7): 371-7. **64.**- Sohlberg S, Norring C, Holmgren S, Rosmark B. Impulsivity and long-term prognosis of psychiatric patients with anorexia nervosa/bulimia nervosa. *J Nerv Ment Dis.* 1989; 177(5): 249-58. **65.**- Sokol MS, Gray NS, Goldstein A, Kaye WH. Methylphenidate treatment for bulimia nervosa associated with cluster B personality disorder. *Int J Eat Disord.* 1999; 25(2): 233-7. **66.**- Spencer T, Biederman J, Wilens T, Doyle R, Surman C, Prince J, et al. A large, double-blind, randomized clinical trial of methylphenidate in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry.* 2005; 57 (5): 456-63. **67.**- Surman CB, Randall ET, Biederman J. Association between attention deficit/ hyperactivity disorder and bulimia nervosa: analysis of 4 case-control studies. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67(3): 351-4. **68.**- Wentz E, Lacey JH, Waller G, Rastam M, Turk J, Gillberg C. Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients. A pilot study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2005 Dec; 14(8): 431-7. **69.**- Wilens T, Spencer T, Biederman J. A review of the pharmacotherapy of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Attent Disord.* 2002; 5: 189-202. **70.**- Winstanley CA, Eagle DM, Robbins TW. Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: Translation between clinical and preclinical studies. *Clin Psychol Rev.* 2006; 26(4): 379-95. **71.**- Wolfe BE, Jimerson DC, Levine JM. Impulsivity ratings in bulimia nervosa: relationship to binge eating behaviors. *Int J Eat Disord.* 1994; 15(3): 289-92. **72.**- Woodside

B. A review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Probl Pediatr*. 1995 Feb;25(2):67-89. **73.**- Yates W, Lund B, Johnson C, Mitchell J, McKnee P. Attention-deficit hyperactivity symptoms and disorder in eating disorder inpatients. *Int J Eat Disord*. 2009 May; 42(4): 375-8. **74.**- Nacional Institute for Clinical Excellence. 2004. Eating Disorders-Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders. NICE Clinical Guideline N° 9. Londres: www.nice.org.uk. **75.**- Wilson, G. T., Rossiter, E., Kleifield, E. I Y Lindholm, L. (1986). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: A controlled evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 24, 277-288. **76.**- Wilson, G. T. (2005). Psychological treatment of Eating Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465. **77.**- Calvo, R., "Anorexia y Bulimia". Guía para padres, Educadores y Terapeutas. Editorial: Planeta. Barcelona, 2002. **78.**- Cervera, M., "Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia". Ediciones Pirámide 2005. **79.**- Fairburn C.G. "La superación de los atracones de comida". The Guilford Press, NY 1998. **80.**- Forward, S; PHA. «Toxic Parents». *Overcoming Their Hustful Legacy and reclaiming your Life*. Editorial: Bantam Books. Estados Unidos, 2002. **81.**- Morande, G. "La edad más difícil." Qué sienten y cómo piensan las nuevas adolescentes. Ediciones Temas de Hoy. Madrid. 2000. **82.**- M.A. Gómez, U. Castro, A. García, I. Dúo, J.R. Yela. ¿Qué es la bulimia? Un problema con solución. Ediciones Pirámide. Madrid, 2003. **83.**- U. Schmidt; J. Treasure. "Aprender a comer". Un programa para Bulímicos. Editorial Martínez Roca. 1993. **84.**- Vandereycken, W. Castro, J. Vanderlin-den, J. "Anorexia y Bulimia". La familia en su génesis y tratamiento. Editorial Martínez Roca, 1991. **85.**- Cooper, Z. Y Fairburn, C.G. (1987) The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8. **86.**- Derogatis, L.R (1983). The SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Research (revised version). Towson, M.D: Clinical Psychometric Research. **87.**- Faiburn, C. G., Marcus, M. D. Y Wilson, G. T. (1993). Cognitive behaviour therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. En, *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment* (págs. 361-404). Nueva Cork: Guilford. **88.**- Henderson, M. Y Freeman, C.P.L. (1987). A self-rating scale for bulimia: the BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.

Unidad  SNL

Trabajamos juntos en la misma trayectoria

