



TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E IMPULSIVIDAD en los TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Marina Díaz Marsá
Hospital Clínico San Carlos
Universidad Complutense
Madrid



Hospital Clínico San Carlos

 Comunidad de Madrid



Vida Caótica

Baja autoestima

Labilidad emocional

Dificultad para organizar tareas

Impulsividad

Abuso de sustancias

Dificultad en concentrarse

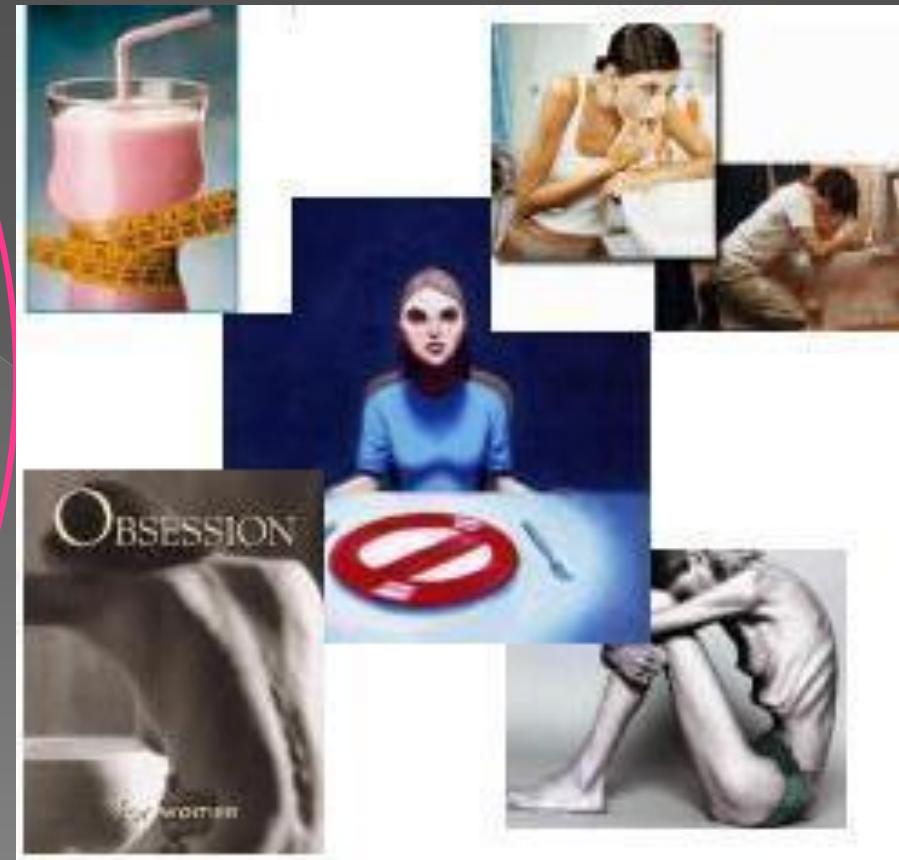
Hiperactividad

Intolerancia al estrés

Explosiones de ira . Irritabilidad

Dificultad en relaciones interpersonales

- Vida Caótica**
- Baja autoestima**
- Labilidad emocional**
- Dificultad para organizar tareas**
- Impulsividad**
- Abuso de sustancias**
- Dificultad en concentrarse**
- Hiperactividad**
- Intolerancia al estrés**
- Explosiones de ira . Irritabilidad**
- Dificultad en relaciones interpersonales**



- Vida Caótica**
- Baja autoestima**
- Labilidad emocional**
- Dificultad para organizar tareas**
- Impulsividad**
- Abuso de sustancias**
- Dificultad en concentrarse**
- Hiperactividad**
- Intolerancia al estrés**
- Explosiones de ira . Irritabilidad**
- Dificultad en relaciones interpersonales**



Model stereotypes : bulimia

- Vida Caótica**
- Baja autoestima**
- Labilidad emocional**
- Dificultad para organizar tareas**
- Impulsividad**
- Abuso de sustancias**
- Dificultad en concentrarse**
- Hiperactividad**
- Intolerancia al estrés**
- Explosiones de ira . Irritabilidad**
- Dificultad en relaciones interpersonales**



- Vida Caótica
- Labilidad emocional
- Dificultad para organizar tareas
- Impulsividad
- Abuso de sustancias
- Dificultad en concentrarse
- Intolerancia al estrés
- Explosiones de ira . Irritabilidad
- Dificultad en relaciones interpersonales



Trastorno límite de la personalidad

TCA (BN)

**T. por déficit de Atención e
Hiperactividad**



CASO CLINICO

- Mujer de 22 años que acude a la Unidad de TCA remitida por su psiquiatra por TCA tipo **Bulimia Nerviosa**
- Había iniciado el seguimiento años antes en el equipo de infanto-juvenil por las alteraciones de la alimentación
- Estudiante de bachillerato, la pequeña de dos hermanos, vive con sus padres y su hermano

- Las alteraciones en la alimentación comienzan a los 15-16 años primero en forma de **atracones** que al poco tiempo se acompañan de **vómitos autoprovocados**
- La paciente recuerda que en aquella época recibía **burlas** de sus compañeros por su **aspecto físico** lo que le hizo sentirse profundamente triste durante bastante tiempo, con muy bajo concepto de si misma, llegando al **absentismo escolar** y a **repetir** un curso

- Recuerda diferentes acontecimientos de la propia vida como **extremadamente estresantes** para ella, como la operación de apendicitis de su hermano, el robo de un coche, un ingreso de su madre, etc
- Ante este tipo de situaciones se **incrementaban** de forma importante los **atracones** llegando en alguna ocasión a aumentar 4 kg en una semana
- Había presentado algún **episodio autolesivo** de escasa entidad ante mínimas frustraciones

- Durante los años previos había presentado importante **inestabilidad emocional** con relaciones afectivas inestables y un tanto tormentosas
- Consumía **cocaína** de forma ocasional y **cannabis** con algo mayor de regularidad

Bulimia Nerviosa **Rasgos límites de personalidad**

Fluoxetina 40 mg/día

- En las semanas siguientes continua presentando **atracones y vómitos**, el ánimo es muy inestable, presenta sentimientos de vacío, falta de estímulo, sin ilusión, etc.
- Realiza una **autolesión** en forma de corte superficial en antebrazo que justifica por sus sentimientos de vacío.
- Confiesa algunas conductas de **cleptomanía** que justifica “por buscar alguna emoción”

Fluoxetina 40 mg/día
Amisulpride 100 mg/día

- Continua con inestabilidad emocional, occasioales deseos de muerte, autolesiones, incontinencia emocional, abandono de sus actividades habituales, consumo ocasional de cocaína, disforia moderada, atracones y vómitos, etc

Fluoxetina 60 mg/día
Amisulpride 100 mg/día
Topiramato 50 mg/día

- ◉ Abandona el seguimiento durante 10 meses y reaparece a final de año muy descontrolada:
 - Un embarazo no deseado (IVE)
 - Consumo ocasional de cocaína
 - Autolesiones
 - Atracones, restricción y vómitos

Escitalopram 15 mg/día

AÑO 2005

Es incluida en un **estudio sobre TDAH y Bulimia nerviosa**, como caso de bulimia nerviosa y se administra la WURS, las escalas de Barkley para diagnóstico actual y retrospectivo de TDAH, la ADHD-RS y otras escalas de impulsividad como la Barrat.

- > Wender UTA Rating Scale: 39
- > Current Symptoms Rating Scale:
 - Hiperactividad-impulsividad: 9/9
 - Inatención: 8/9
- > Childhood Symptoms Rating Scale:
 - Hiperactividad/impulsividad: 1 /9
 - Inatención: 6/9
- > ADHD-RS: 39
- > Barrat: 97

Bulimia Nerviosa Multimpulsiva
Trastorno límite de personalidad
TDAH Subtipo Combinado

Evaluación del TDAH

- Presenta importante **inatención** desde niña, “quieres enterarte de lo que te están diciendo y ves que no te enteras...”, “en clase siempre me llamaban la atención por estar distraída”
- Comete **errores** por descuido desde niña, en las tareas escolares y en los trabajos actuales.
- Los demás se quejan de que **no les escucha** cuando le hablan
- Empieza muchas cosas y no termina ninguna.

Evaluación del TDAH

- Desorganizada desde siempre
- Evita tareas que le suponen un esfuerzo de concentración
- Pierde y olvida toda clase de objetos, así como actividades importantes
- De siempre sensaciones de **inquietud** y necesidad de moverse de un lado a otro.

Evaluación del TDAH

- Habla mucho, muy rápido y precipita respuestas antes de le completen la pregunta
- Dificultades para guardar turno, pide que le guarden el turno para ella poder moverse, se cuela con frecuencia o evita colas en las que ella calcula que va estar tiempo.
- Interrumpe y se inmiscuye en conversaciones de otros
- Importante interferencia en diferentes ámbitos (escuela, casa, trabajo)

Evaluación del TDAH

- De **niña** se había pensado que podía tener un TDAH pero su **distraibilidad** se atribuyó a un **problema de oído** por el que fue intervenida quirúrgicamente desapareciendo la leve hipoacusia que padecía y manteniéndose invariables las dificultades de atención

Escitalopram 15 mg/día

Metilfenidato Oros 18 mg/día

- Presenta una **evidente mejoría** mostrándose más tranquila, estable, con menos conductas impulsivas hacia la alimentación, menos hostil en el medio familiar, más afectuosa,
- Su madre expresa “vuelvo a tener a mi hija...” **Escitalopram 15 mg/día**
Metilfenidato Oros 36 mg/día

- ◉ Muestra mayor estabilidad, menos irritable, menos impulsiva, más centrada, mucho mejor atención y concentración en el trabajo, etc

**Escitalopram 15 mg/día
Metilfenidato Oros 36 mg/día**

AÑO 2006

- Se mantiene estable, “más controlada en la alimentación”, en el trabajo “mejor que nunca”, sin atracones ni vómitos, mejor concentración, más centrada y menos inquieta
- Mantiene su trabajo, hace pruebas para azafata de vuelo, estudia inglés, etc

Escitalopram 15 mg/día
Metilfenidato Oros 36 mg/día

AÑO 2007

- Se mantiene estable, si bien desorganiza algo su alimentación, sin llegar a presentar atracones, en ocasiones algo despistada y desorganizada, baja de ánimo y apática
- Ante una situación estresante, se descompensa su alimentación, reaparecen atracones y vómitos, la inquietud y la angustia.

Escitalopram 20 mg/día
Metilfenidato Oros 54 mg/día

AÑO 2007

- Durante unos meses se marcha a otra ciudad a realizar formación como azafata pero suspende el último examen y vuelve a Madrid, mantiene una relación de pareja estable.
- Su madre la encuentra “mucho mejor, con mucho más control, con más serenidad, más centrada...”

Escitalopram 20 mg/día
Metilfenidato Oros 54 mg/día

Conclusión CASO CLINICO

- Se trata de un caso frecuente en Unidades de TCA
 - Bulimia multimpulsiva
 - Trastorno límite de personalidad
 - Consumo de cocaína y cannabis
 - Múltiples complicaciones psicosociales
 - Autoagresividad
 - Embarazo no deseado
 - Dificultades en las relaciones interpersonales
 - Dificultades académicas y laborales

Conclusión CASO CLINICO

- De forma casual se le diagnóstica un TDAH subtipo combinado
 - Cumple todos los criterios actuales y numerosos de inatención en la infancia
 - En la entrevista estructurada se confirma claramente el diagnóstico
 - Los síntomas se acompañan de importante interferencia en varias áreas de su vida
 - Los síntomas son crónicos, persistentes e invasivos

TCA- TDAH: Síntomas

Vida Caótica

Labilidad emocional

Dificultad para organizar tareas

Impulsividad: Atracones

Abuso de sustancias

Dificultad en concentrarse

Intolerancia al estrés

Explosiones de ira . Irritabilidad

Dificultad en relaciones interpersonales

Trastorno límite de la personalidad

TCA (BN)

T. por déficit de Atención e
Hiperactividad

TDAH ADULTO

Trastorno por Deficit de
Atencion e Hiperactividad

Pre - escolar

TDAH ADULTO

Trastorno por Deficit de
Atencion e Hiperactividad



Pre - escolar

Escolar



Trastorno por Deficit de
Atencion e Hiperactividad

TDAH ADULTO

Trastorno por Deficit de Atencion e Hiperactividad



Pre - escolar

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Trastorno Limite
TCA
Trastorno Antisocial...



Adolescente

Escolar



Trastorno por Deficit de Atencion e Hiperactividad

TDAH ADULTO

Trastorno por Deficit de Atencion e Hiperactividad



Pre - escolar

Escolar

Trastorno por Deficit de Atencion e Hiperactividad

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Trastorno Limite
TCA: BN
Trastorno Antisocial...

Adolescente

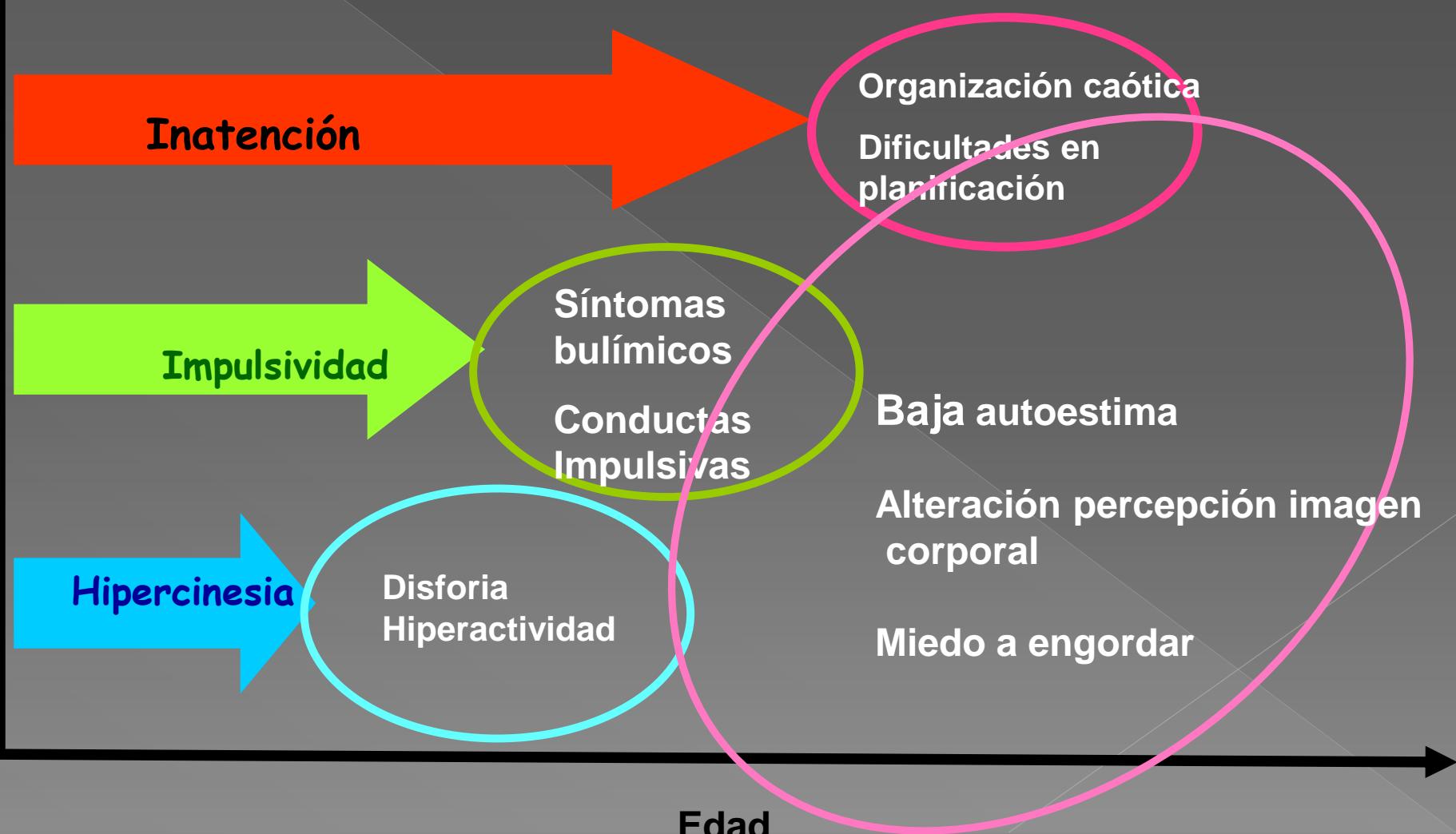


Adulto



Trastorno Límite
Trastorno Antisocial
TCA: BN
Abuso sustancias ...

EVOLUCION TDAH -TCA



Psicosis

Trastornos Afectivos

Bulimia Nerviosa

Binge Eating (Atracones)

Trastornos de la Imagen Corporal

Manía o Afectivos
Esquizofrenia

Tras. Límite de la Personalidad

- Automutilación
- Adicciones a sustancias:
 - Alcohol
 - Drogas
- Adicciones conductuales:
 - Ludopatía
 - Cleptomanía
- Tricotilomanía
- Suicidio

Impulsividad

Trastorno de la Personalidad

Tras. Explosivo de la Personalidad

- Tras. Orgánico de la Personalidad
- TDAH
- Gilles de la Tourette
- Autismo
- Debilidad mental

Cuadros orgánicos cerebrales

Genotipo TCA- TDHA

- Factor Neurotrófico cerebral (BDNF)



Regulación de peso
Hiperactividad



Ratones heterozigotos *Knockout* (*BDNF +/-*)



Hiperfágicos
Obesos
Hiperactivos



**Impulsividad
Desinhibición Conductual
Afectividad negativa**



**Impulsividad
Desinhibición Conductual
Afectividad negativa**



5- HT

Eje HHA → Trauma

Alt. Inflam → Estrés

Genética → Transportador 5-HT

D2

Hipofunción frontal → RMN y Est. Neuropsicológicos

Si nos basamos en el caso clínico presentado: ¿Los atracones, la cleptomanía, el consumo de tóxicos, las autolesiones y el estado de ánimo fluctuante serían compatible con el diagnóstico de ?

1. Anorexia Restrictiva
2. Bulimia nerviosa multiimpulsiva
3. TDAH
4. T . Límite de la Personalidad
5. 2, 3 y 4

Si nos basamos en el caso clínico presentado: ¿Los atracones, la cleptomanía, el consumo de tóxicos, las autolesiones y el estado de ánimo fluctuante serían compatible con el diagnóstico de ?

1. Anorexia Restrictiva
2. Bulimia nerviosa multiimpulsiva
3. TDAH
4. T . Límite de la Personalidad
5. 2, 3 y 4

¿Qué frecuencia tiene el TDAH en los adultos con TCA ?

1. 20 %
2. 0.5 %
3. 1- 12 %
4. 15 %
5. No existen evidencias científicas

¿Qué frecuencia tiene el TDAH en los adultos con TCA ?

1. 20 %
2. 0.5 %
- 3. 1- 12 %**
4. 15 %
5. No existen evidencias científicas

TDAH-TCA: Epidemiología

Review of literature of attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders

Nazar et al, 08

- **70% de adultos con TDAH tienen al menos una patología psiquiátrica concomitante**
- . **Frecuencia de Bulimia Nervosa en TDAH**
1% to 12% vs 0-1% en controles

Comorbilidad TDAH- TCA

● TDAH adultos

- 50 mujeres: 10% BN
12 % BN con criterios actuales de TDHA
2% AN con criterios actuales de TDHA

- 78 hombres: 3% BN con criterios actuales de TDHA

- Controles: mujeres: 3% BN

Biederman et al, 94



● TDAH adultos

- 6.7% TCA en TDHA combinado
- 8.3% TCA en TDHA inatento

Murphy et al, 02

● TDHA adultos

10.4% TCA : Binge Eating / mayor comorbilidad

Mattos et al, 04

● TDHA adultos

-12% BN
- 2% controles

Surman et al, 06

TDAH-TCA: Epidemiología

TDAH en TCA hospitalizadas

5,8 % diagnóstico de TDAH

21% síntomas de inatención de inicio posterior a infancia

Correlación:

- IMC más elevado**
- Más síntomas de BN**
- Más depresión**

TDAH-TCA: Epidemiología

Evolución en la Edad Adulta de niñas con TDAH

11 años de seguimiento (n=140)

Trastorno antisocial	7.2
Trastornos afectivos	2.1
Trastornos de ansiedad	3.3
Trastornos adictivos	2.7
TCA	3.5

Comorbilidad TDAH- TCA: Porqué se Infradiagnóstica ?

- TDHA → infancia
TCA → Adolescencia
- TDHA más frecuente en varones
TCA más frecuente en mujeres
- Estudios de seguimiento de TDAH se han hecho en varones
- TDHA: Se diagnostica más el tipo *hiperactivo* que el *inatento*



¿En qué subtipos de TCA es más frecuente el TDAH ?

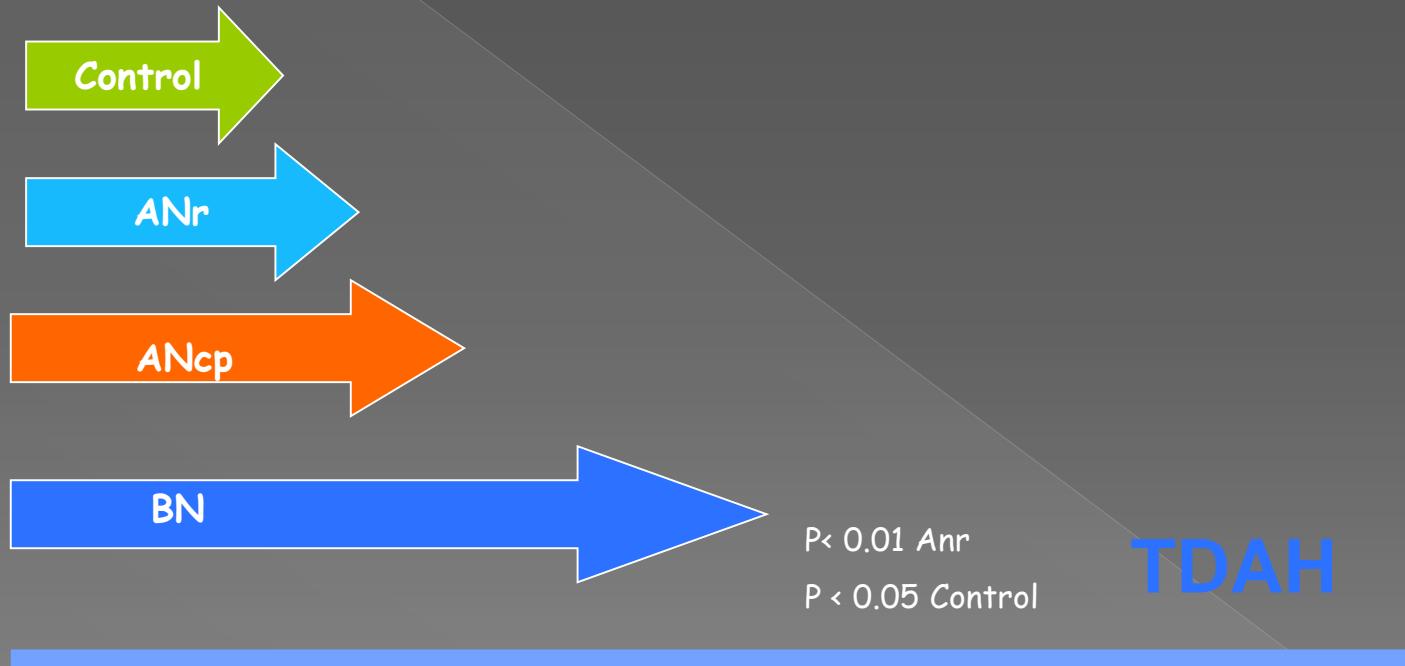
1. **Anorexia Nerviosa Restrictiva**
2. **Bulimia Nerviosa**
3. **Anorexia Nerviosa Compulsivo purgativa**
4. **TCA con síntomas bulímicos
(BN + ANcp)**
5. **En todos ellos**

¿En qué subtipos de TCA es más frecuente el TDAH ?

1. Anorexia Nerviosa Restrictiva
2. Bulimia Nerviosa
3. Anorexia Nerviosa Compulsivo purgativa
4. TCA con síntomas bulímicos
(BN + ANcp)
5. En todos ellos

Subtipos TCA y Comorbilidad TDAH

- 40 TCA, 20 controles:
 - *Current Symptoms Scale-Self Report Form*



Comorbilidad TDAH- TCA

○ TDAH- TCA adultos

BN

- Más consumo de tabaco y alcohol
- Trastornos de conducta en la infancia
- Expulsadas del colegio
- Comorbilidad con Trastorno límite de la personalidad



Pomerleau y cols, 1995; Tarter y cols, 1977; Wood y cols, 1983; Biederman y cols, 1993

Bulimia nervosa symptoms in the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD.

Mikami et al, 09

-- Multimodal Treatment Study of Children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

- 337 niños / 95 niñas
- 211 niños / 53 niñas: Grupo control
- Seguimiento 8 años: edad media 16.3

RESULTADOS:

- Jóvenes con antecedentes de TDAH más síntomas Bulímicos
- Más en mujeres
- La impulsividad en la infancia era el factor que más predecía los síntomas bulímicos

TDAH-TCA

- Mujeres
- Síntomas bulímicos
- Impulsividad elevada
- Posibilidad de TLP

¿Cuál es el tipo de TDAH más frecuente en los TCA ?

1. TDAH hiperactivo
2. TDAH inatento
3. TDAH combinado
4. Todos los anteriores
5. Ninguno de los anteriores

¿Cuál es el tipo de TDAH más frecuente en los TCA ?

1. TDAH hiperactivo
2. TDAH inatento
3. TDAH combinado
4. Todos los anteriores
5. Ninguno de los anteriores

TIPOS DE TDAH

TDAH, inatento

TDAH, hiperactivo /
impulsivo

TDAH, combinado

EVOLUCION TDAH ADULTOS

Inatención

Impulsividad

Hipercinesia

Edad

Subtipos de TDAH y TCA

◎ CRITERIOS TDAH (DSM-IV)

> BN

- TDAH inatento: 31%
- TDAH hiperactivo: 15.8%
- TDAH tipo combinado: 15.8%

> ANcp

- TDAH inatento: 18%
- TDAH hiperactivo: 9%

- Ningún control ni ninguna ANR cumplía criterios actuales de ninguno de los tipos de TDAH



Neuropsicología

Pensamiento lógico y razonamiento

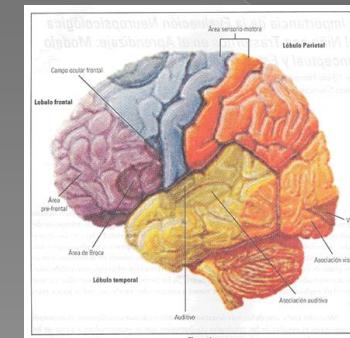
Diferentes estadios del proceso de atención

enfocar y ejecutar

atención sostenida

capacidad para cambiar de foco de atención
impacto sobre memoria

Patrón de déficits





ANOREXIA NERVIOSA

Déficit en atención selectiva, espacial y constructiva

Alternancia simple y perceptual shift (flexibilidad cognitiva)

Alteración percepción imagen y déficits viso-espaciales

Flexibilidad cognitiva más alterada en relac. Estímulos peso/cuerpo

Déficit en toma de decisiones

Disfunción en aprendizaje asociativo-conditional (TOC)

** Déficit cognitivo moderado //// 1/3 fallan 2 o más pruebas

BULIMIA NERVIOSA

Déficit selectivo en atención y función ejecutiva

Flexibilidad mental y perceptual shift (Flexibilidad cognitiva)

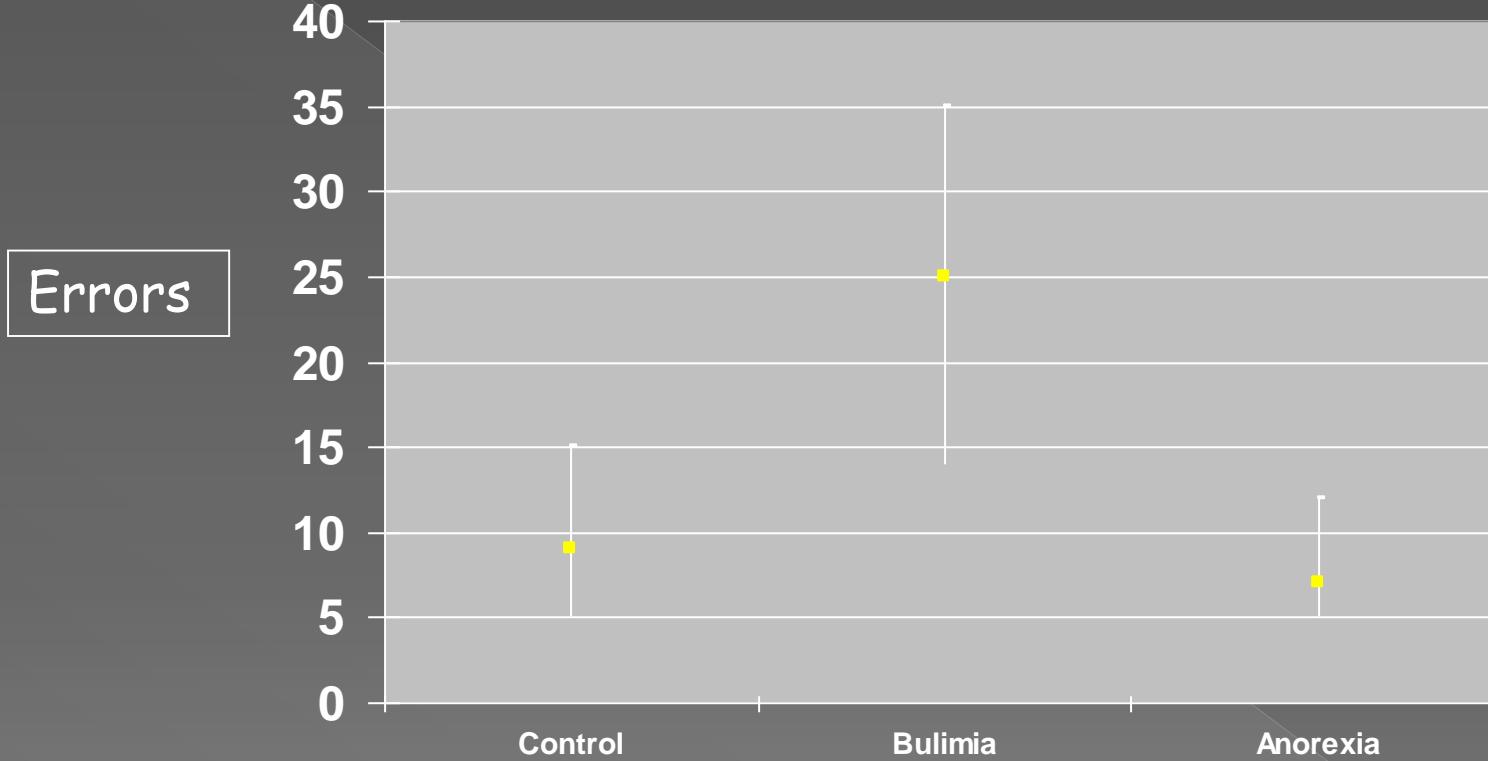
Flexibilidad cognitiva alterada en relac. diversos estímulos

Patrón alterado en toma de decisiones diferente a AN

Deficitario control impulsos

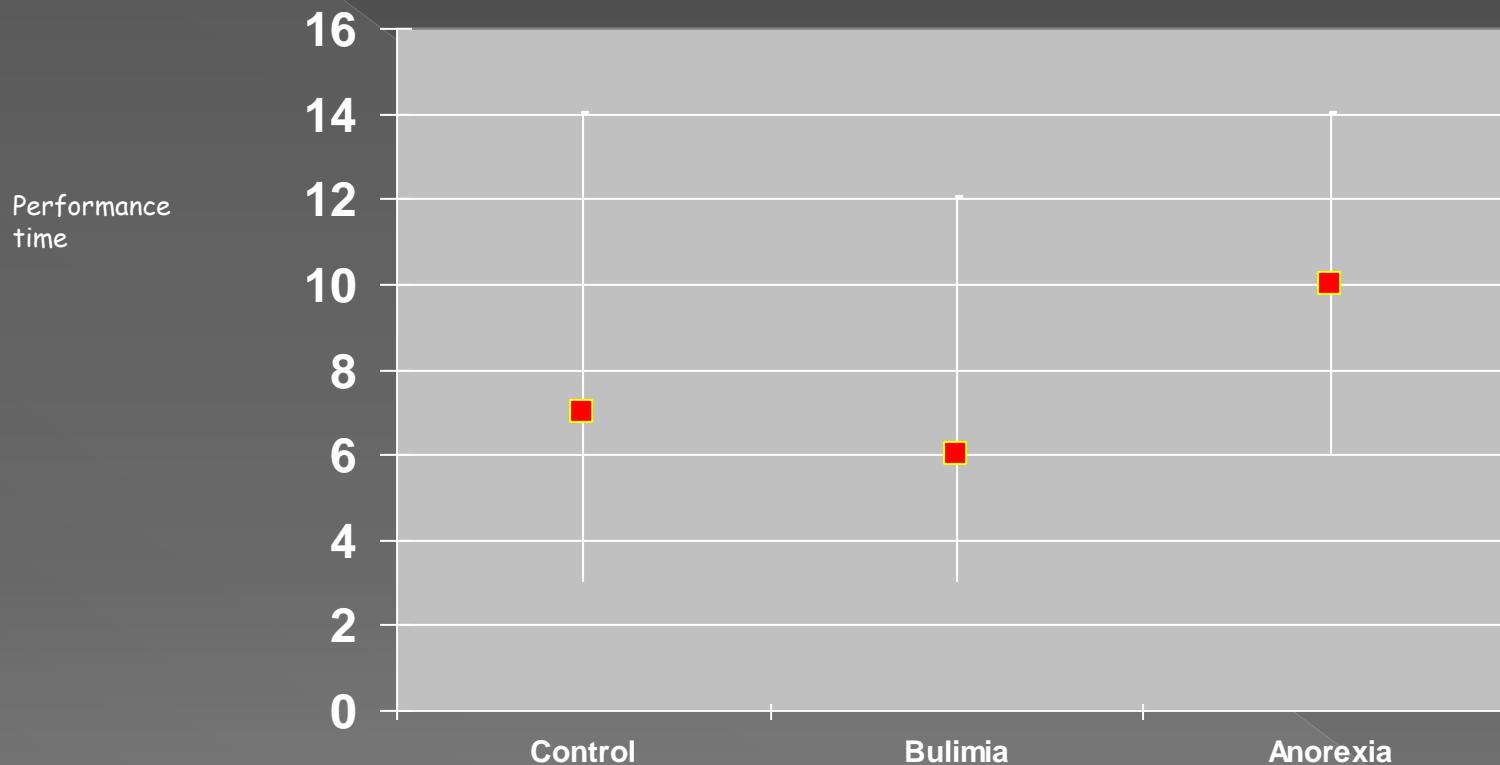
Gillberg et al, 07; Steinglass, 06, Sherman et al,06; Murphy et al, 04; Bayless et al,02;
Tchanturia et al, 04; Duchesne et al, 04; Dovson et al 04

WISCONSIN SORTING CARD TEST



Díaz-Marsá, et al, 2007

WISCONSIN SORTING CARD TEST



Díaz-Marsá, et al, 2007

Respecto al caso clínico, ¿ cuál de los síntomas le haría sospechar más específicamente la comorbilidad con un TDAH en esta paciente?

1. Consumo de cocaína
2. Se “centra “ más con metilfenidato
3. Interrumpe a los otros cuando hablan
4. Inestabilidad afectiva
5. La 2 y 3

Respecto al caso clínico, ¿ cuál de los síntomas le haría sospechar más específicamente la comorbilidad con un TDAH en esta paciente?

1. Consumo de cocaína
2. Se “centra “ más con metilfenidato
3. Interrumpe a los otros cuando hablan
4. Inestabilidad afectiva
5. La 2 y 3

HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD

- **Movimiento constante cuando está sentado.**
- **Dificultad para estar sentado durante tiempo.**
- **Inquietud subjetiva interior.**
- **Hablar permanentemente.**
- **Sensación de “motor interior”.**
- **Dificultad para estar tan tranquilo como los demás.**
- **Precipitar las respuestas ante preguntas.**
- **Dificultad para esperar su turno.**
- **Entrometerse en las conversaciones de otros.**

INATENCIÓN

- Cometer errores en tareas por inatención.
- Dificultad mantener la atención sostenida.
- Fácilmente distraible.
- Perder objetos.
- No escuchar cuando le hablan directamente.
- Dificultades de organización y planificación.
- Presentar despistes frecuentemente.
- No realizar tareas que requieran un esfuerzo mental.
- Tendencia a dejar cosas para más adelante.

Comorbilidad TDAH- TCA

● BN

Mejoran atracones con estimulantes
(dextroanfetamina, metilfenidato)



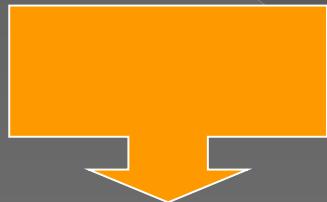
Ong et al, 83

Schweickert et al, 97

Sokol et al, 97

Skodol et al, 99

Dukarm et al, 05



**Mejora: Labilidad emocional
Inquietud
Impulsividad**

Excelente tolerancia

Comorbilidad T.P. Cluster B

- Int J Eat Disord. 1999 Mar;25(2):233-7.

-

Methylphenidate treatment for bulimia nervosa associated with a cluster B personality disorder

[Sokol MS, Gray NS, Goldstein A, Kaye WH.](#)

Child and Adolescent Eating Disorders Program, Menninger Clinic, Topeka, Kansas, USA.

OBJECTIVES: Psychotherapy and antidepressant medication are helpful to many patients with bulimia nervosa (BN). However, a substantial number of bulimics respond poorly to such treatments. Recent studies suggest that many of the poor responders have cluster B personality disorders. In some ways, the symptomatology of bulimics who have a comorbid cluster B disorder resembles that of patients with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). In particular, individuals in both groups frequently have a high level of impulsivity. Such a resemblance raised the question of whether administration of methylphenidate (MPH), a drug used to treat ADHD, would have therapeutic effects in this subgroup of BN patients.

METHODS: In a pilot study, we administered MPH to 2 patients with BN and cluster B traits and found beneficial effects. These patients had not responded to adequate trials of psychotherapy and selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs).

RESULTS:

MPH treatment was effective. Both Patients had decreased binging and purging.

DISCUSSION: MPH may be useful for bulimics with cluster B personality disorder who respond poorly to conventional treatment. Further studies of MPH administration may be worthwhile. Due to the potential risks, however, clinical treatment with this agent is not recommended at this time.



-

CONCLUSIONES

- ◉ La impulsividad parece ser el nexo común entre los TCA y el TDAH
- ◉ Las formas de TCA con síntomas bulímicos pueden con más frecuencia presentar TDAH
- ◉ El subtipo inatento de TDAH podría ser el más común en los TCA, por lo que es imprescindible explorar los síntomas de inatención
- ◉ El Tratamiento con Estimulantes (Metilfenidato) mejora el TDAH pero también reduce los atracones y las conductas de purga

CONCLUSIONES

El tratamiento con **estimulantes**

Mejora mucho la evolución del TCA

Disminuye otros síntomas relacionados con la impulsividad

Mejora la organización, planificación y la capacidad de dirigir la acción hacia un objetivo

Disminuye la ansiedad y la inquietud

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E IMPULSIVIDAD

en los

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Marina Díaz Marsá
Hospital Clínico San Carlos
Universidad Complutense
Madrid