



# Unidad Trastornos de la Alimentación

## Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario de Bellvitge

Fernando Fernandez-Aranda, PhD.

*Coordinador Unidad Trastornos Alimentación  
y Profesor Agregado Universidad Barcelona  
Jefe de Grupo CIBEROBN  
Servicio de Psiquiatría,  
Hospital Universitario de Bellvitge,  
Hospitalet del Llobregat  
E-mail: [ffernandez@bellvitgehospital.cat](mailto:ffernandez@bellvitgehospital.cat)*

ciberobn



# Journals in the field



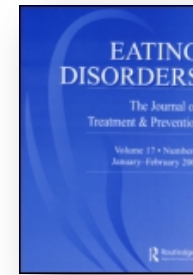
IF: 1,283



IF: 2,797



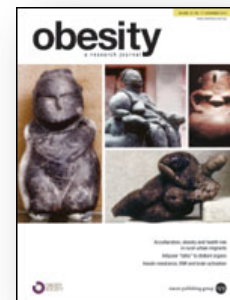
IF: 0,831



IF: -

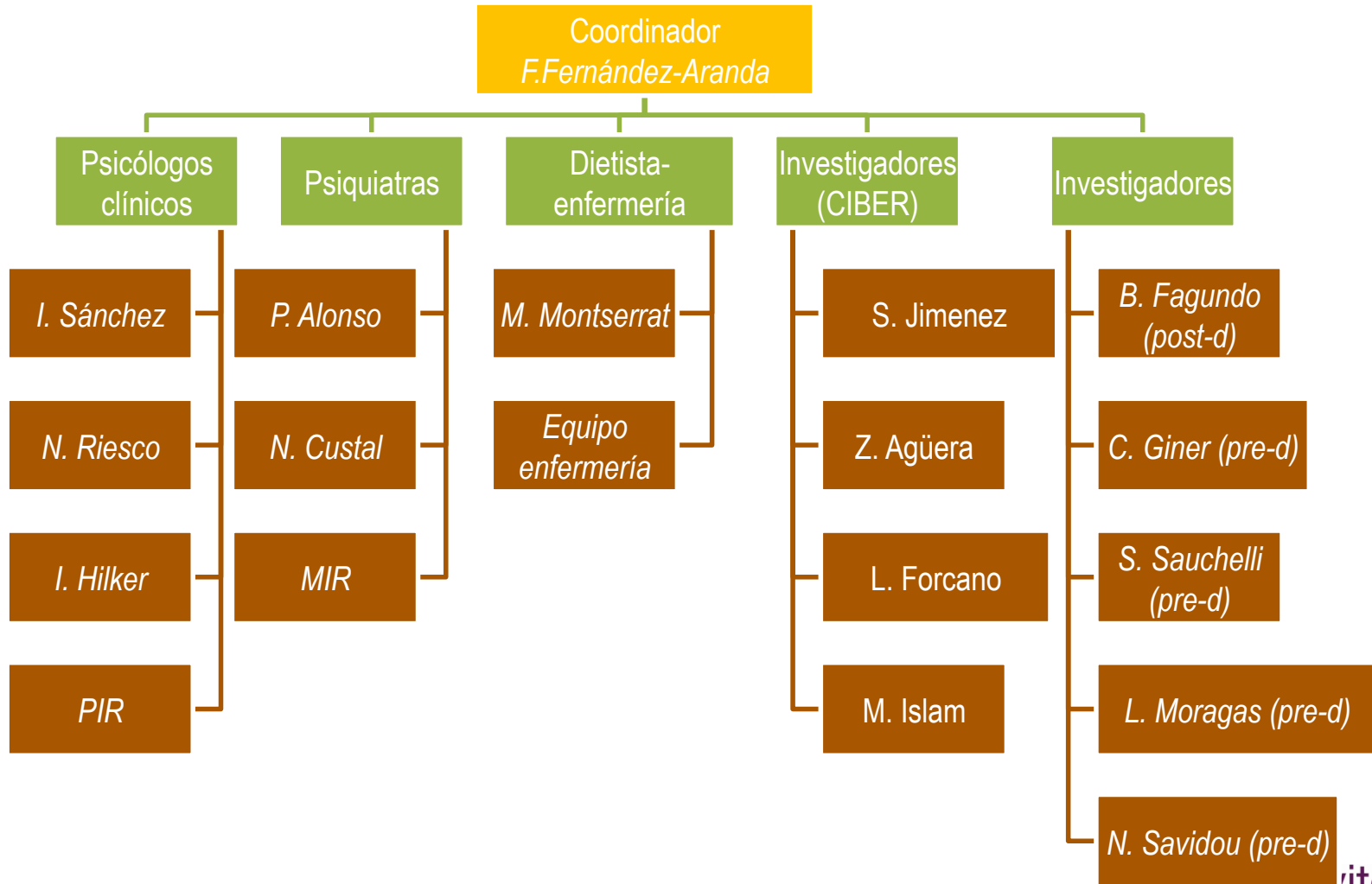


IF: -



# Unidad Trastornos Alimentación

## Organigrama

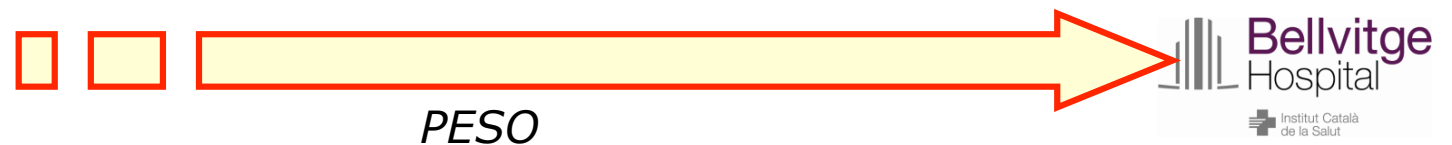
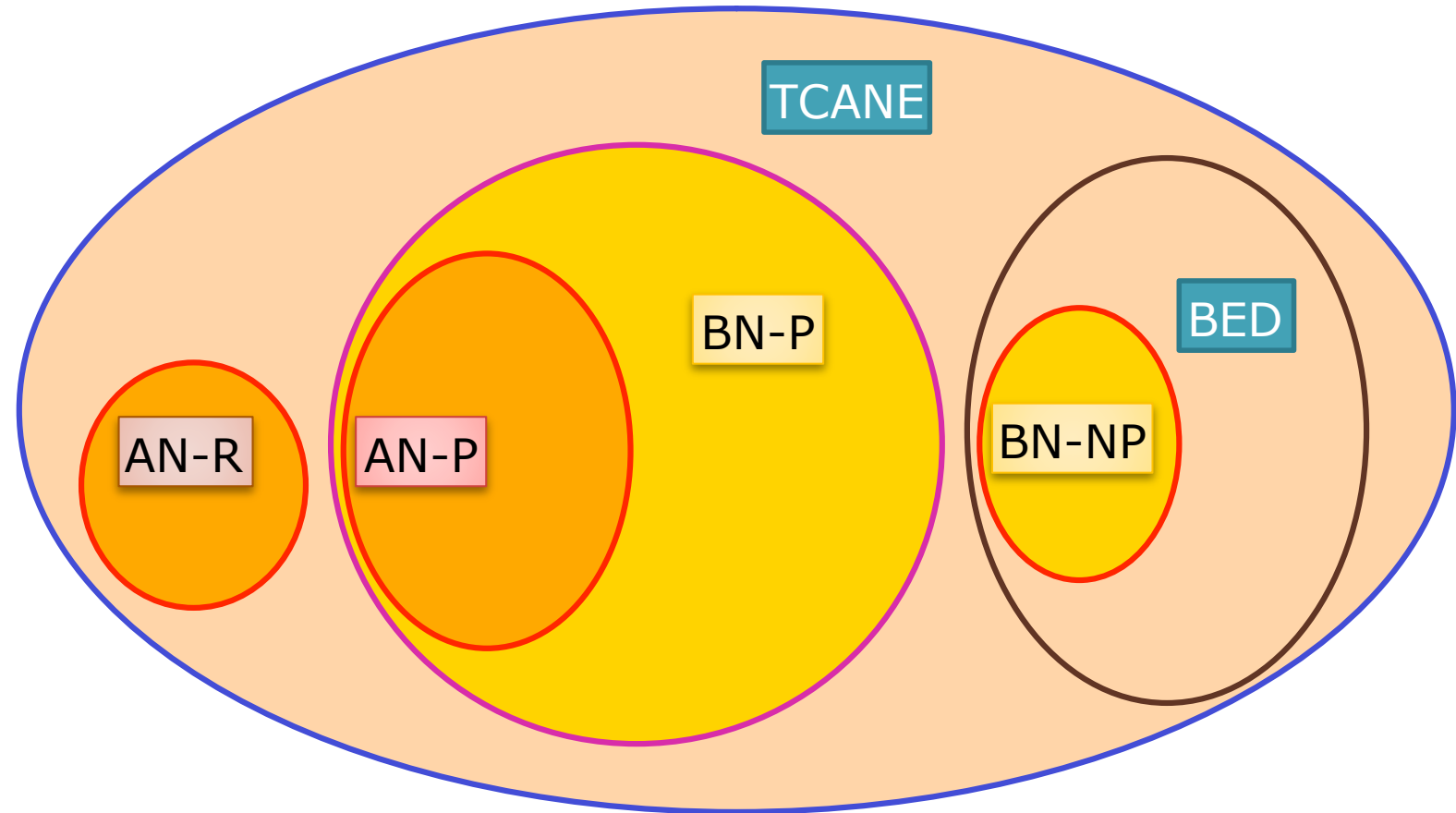


# Unidad Trastornos Alimentación

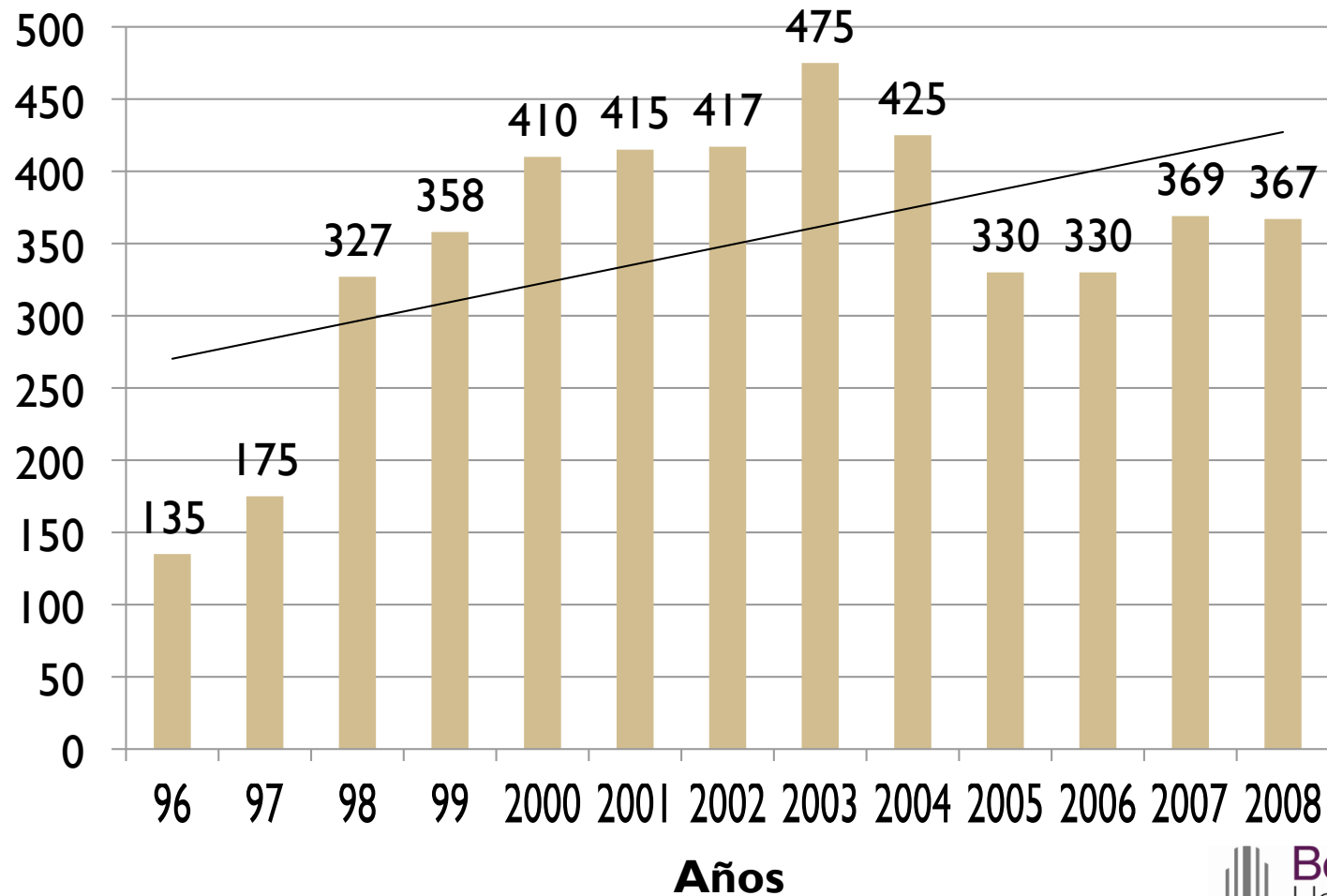
*Clínica + Investigación*



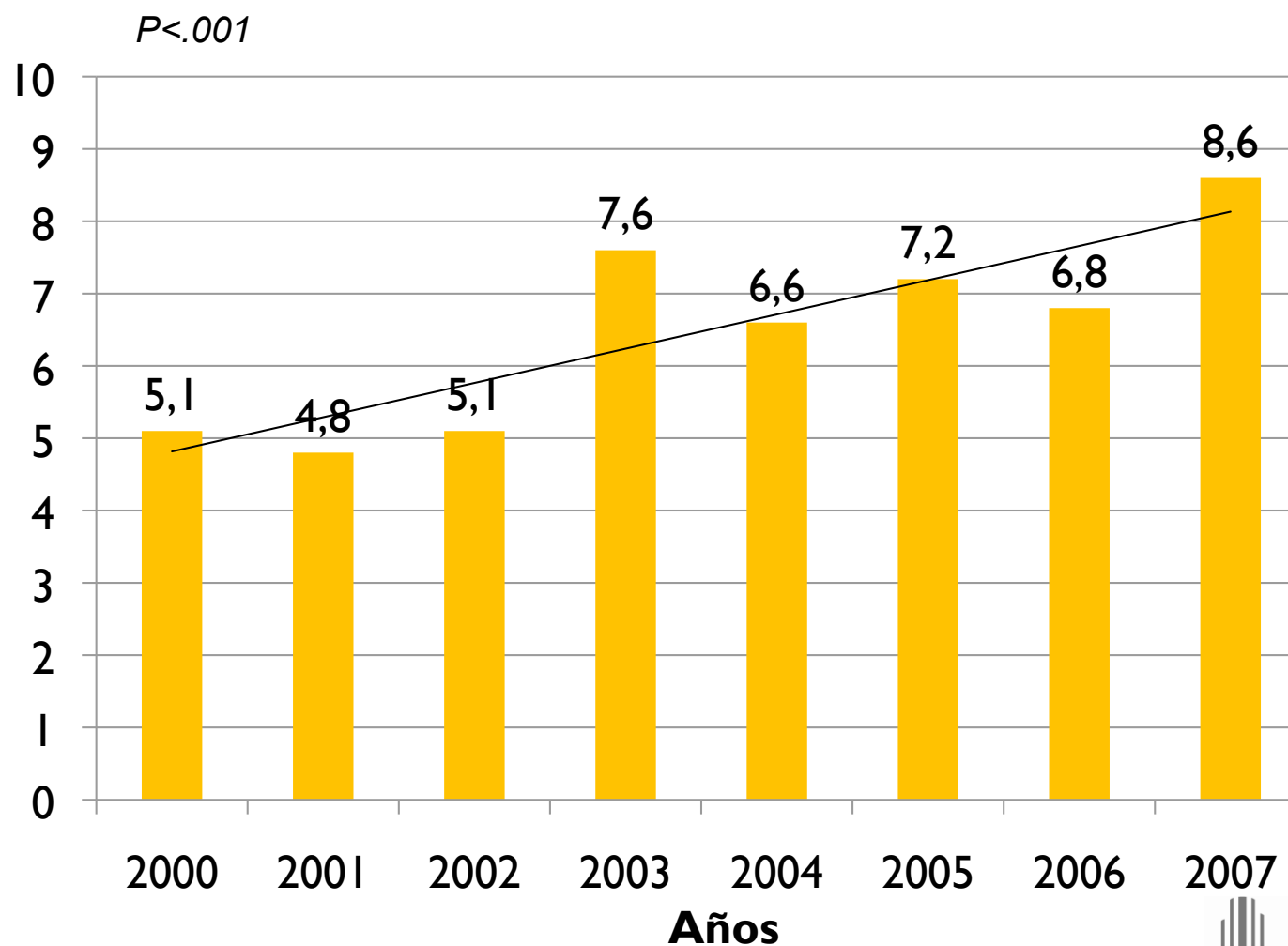
# Tipologías observadas en Trastornos de la alimentación



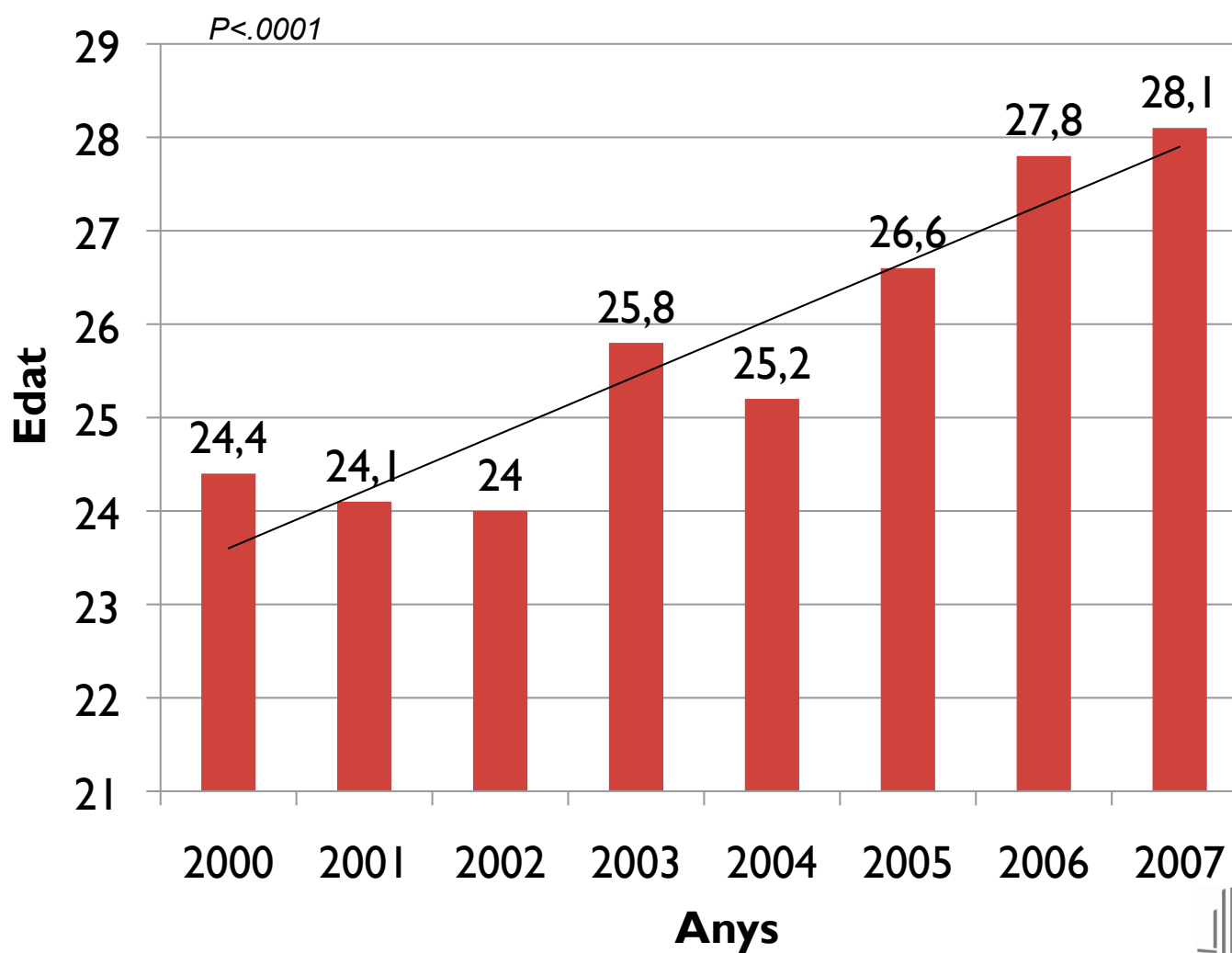
# PRIMERAS VISITAS PACIENTES TCA UTCA, HUB



# AÑOS DE EVOLUCION DEL PACIENTE TCA UTCA, HUB

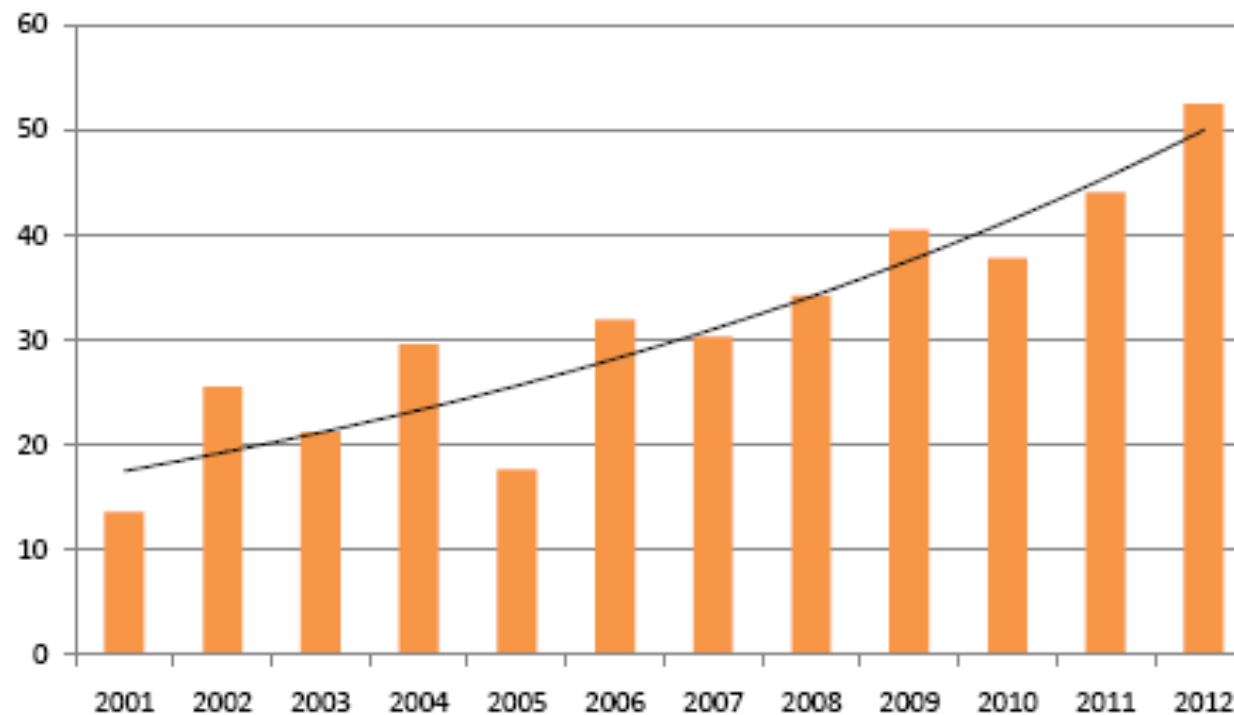


# EDAD CRONOLOGICA DEL PACIENTE CONTCA UTCA, HUB





# EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICOS EN TCA UTCA, HUB



*Figura 2: Comparativa 2001-2012, de porcentaje de obesidad a lo largo de la vida en pacientes con Trastorno de la alimentación atendido en nuestra URTA-HUB.*

# COMORBILIDAD EN TCA

- **Eje I**

- T. Ansiedad 54%
- T. Afectivos 52%
- T. Abuso sustancias 25%
- Otros 3%

- **Eje II**

- Cluster A: 8%
- Cluster B: 21%
- Cluster C: 53%



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



Drug and Alcohol Dependence 97 (2008) 169–179



[www.elsevier.com/locate/drugaldep](http://www.elsevier.com/locate/drugaldep)

## Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study

Isabel Krug<sup>a,b</sup>, Janet Treasure<sup>c,d,e</sup>, Marija Anderluh<sup>f</sup>, Laura Bellodi<sup>g</sup>, Elena Cellini<sup>h</sup>, Milena di Bernardo<sup>h</sup>, Roser Granero<sup>i</sup>, Andreas Karwautz<sup>j</sup>, Benedetta Nacmias<sup>h</sup>, Eva Penelo<sup>i</sup>, Valdo Ricca<sup>h</sup>, Sandro Sorbi<sup>h</sup>, Kate Tchanturia<sup>c,d,e</sup>, Gudrun Wagner<sup>j</sup>, David Collier<sup>c,d,e</sup>, Fernando Fernández-Aranda<sup>a,b,\*</sup>

*Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2009; 63: 82–87

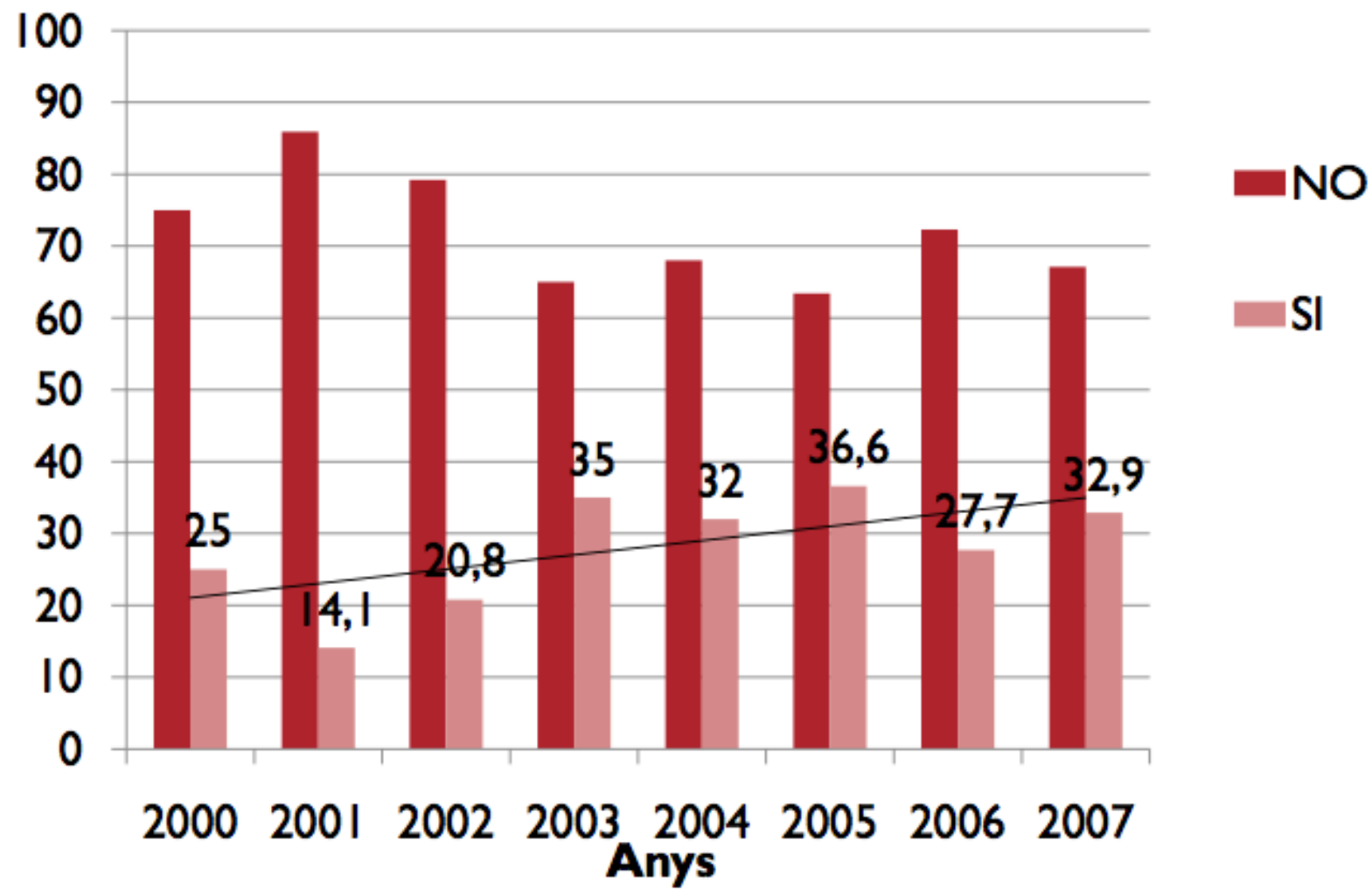
doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01908.x

### *Regular Article*

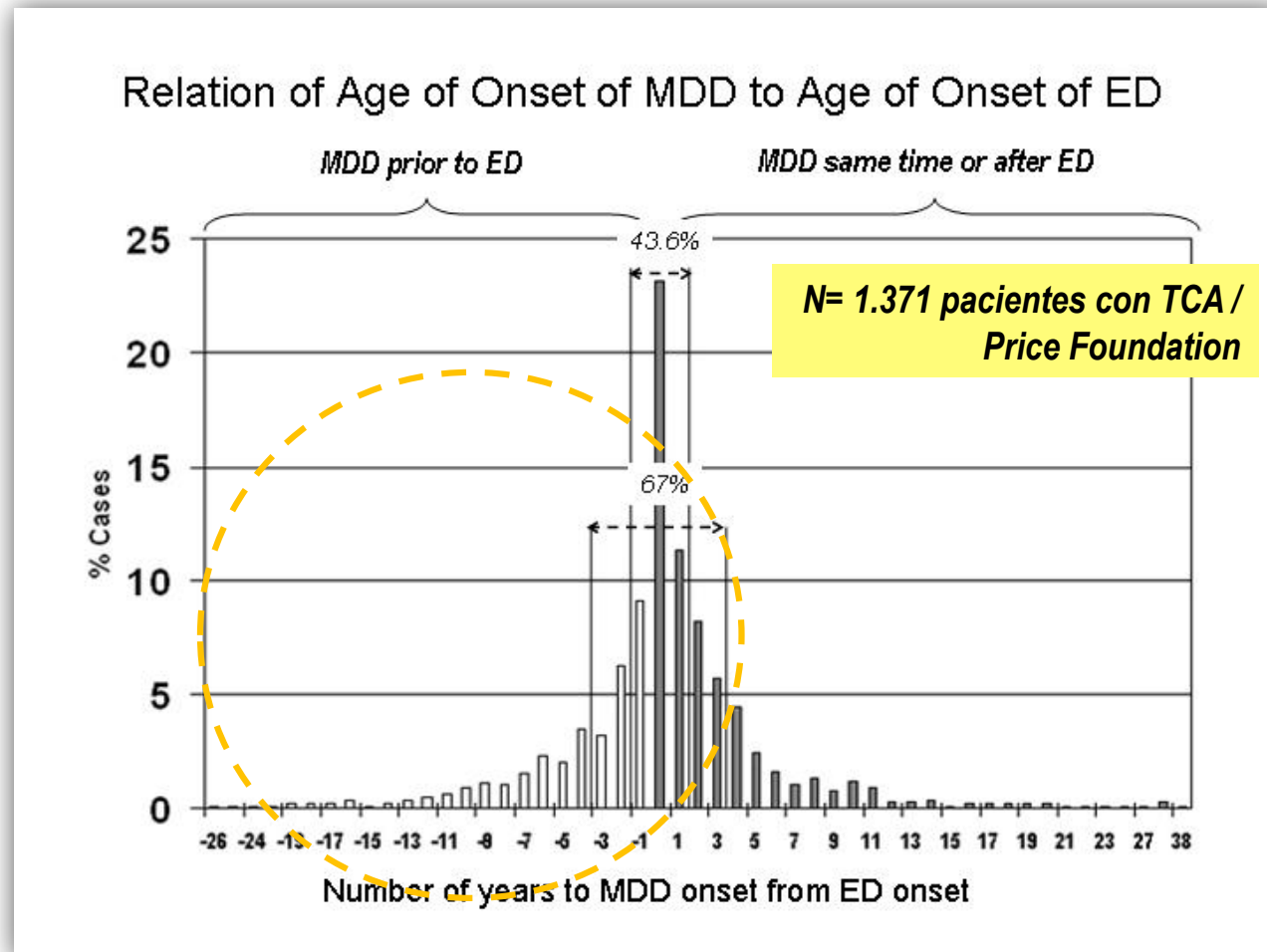
## Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: Comparison study of eating disorder subgroups

Isabel Krug, PhD,<sup>1</sup> Andrea Poyastro Pinheiro, PhD,<sup>2</sup> Cynthia Bulik, PhD,<sup>2</sup> Susana Jiménez-Murcia, PhD,<sup>1</sup> Roser Granero, PhD,<sup>3</sup> Eva Penelo, PhD,<sup>3</sup> Cristina Masuet, PhD,<sup>4</sup> Zaida Agüera, MSc<sup>1</sup> and Fernando Fernández-Aranda, PhD<sup>1,\*</sup>

# ABÚS ALCOHOL I/O DROGUES EN TCA UTCA, HUB



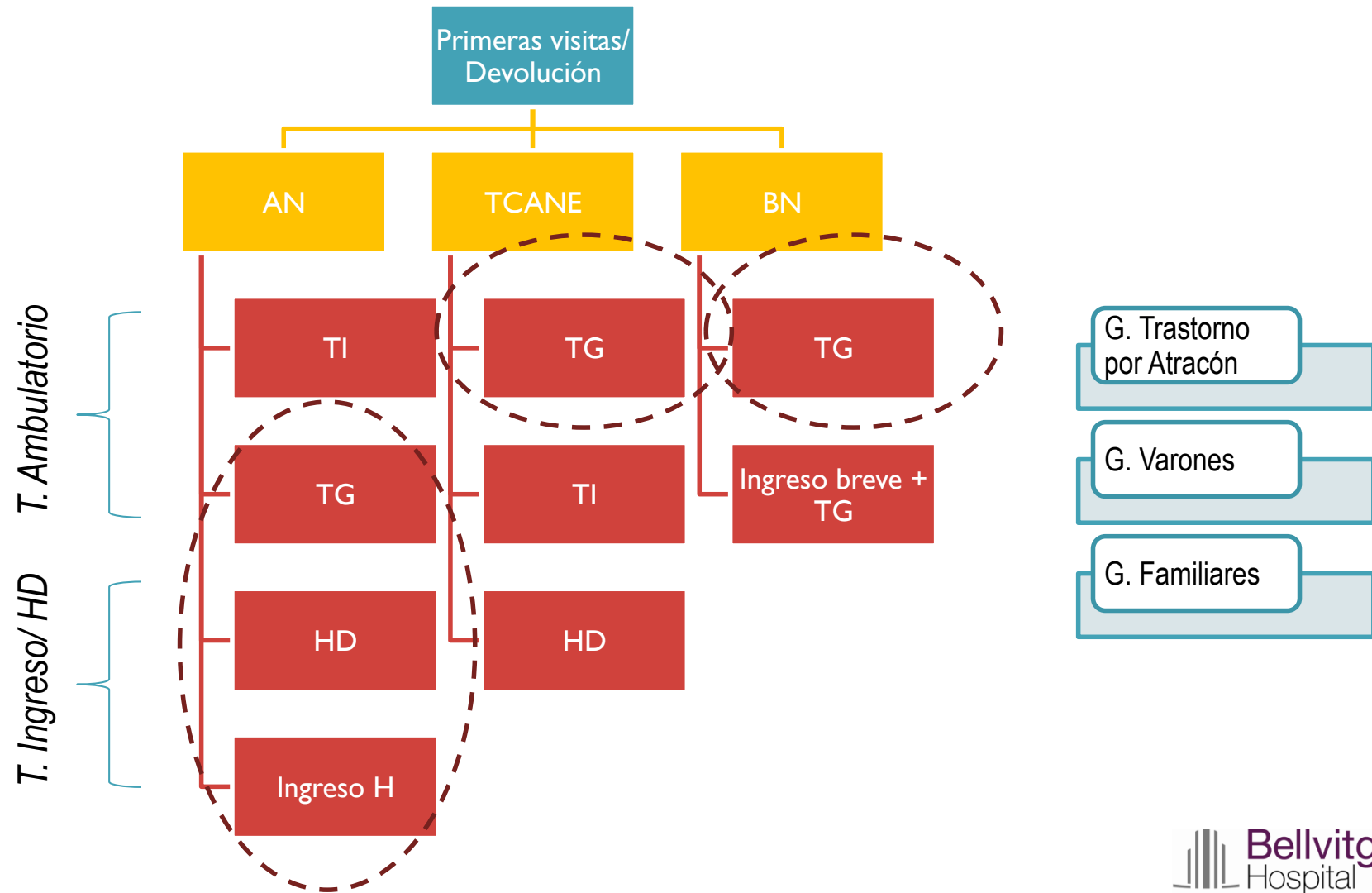
# Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders



Fernandez-Aranda, Pinheiro, Tozzi, Thornton, Fichter, Halmi, Kaplan, Klump, Strober, Woodside, Crow, Mitchell, Rotondo, Keel, Plotnicov, Berrettini, Kaye, Crawford, Johnson, Brandt, LaVia, & Bulik (2007). Symptom profile of major depressive disorder in females with eating disorders. *A & NZ J. of Psychiatry*, 41, 24-31.

# TIPOS DE TRATAMIENTO EN TCA

## UTCA, HUB



# ENTREVISTAS INICIALES Y MOTIVACION

- Entrevistas iniciales y motivación.
  - Entrevistas iniciales. Aspectos a tener en cuenta.
  - Valoración motivacional.
  - Análisis funcional.
  - Preguntas a realizar.
- Terapia motivacional y cómo reducir las resistencias a un tratamiento.
  - Objetivos y modelo de entendimiento.
  - Pasos para incrementar la motivación.
  - Técnicas utilizadas en entrevista motivacional.

# *Motivation to Change in Eating Disorders: Clinical and Therapeutic Implications*

**C. Casasnovas<sup>1</sup>, F. Fernández-Aranda<sup>1\*</sup>, R. Granero<sup>2</sup>,  
I. Krug<sup>1</sup>, S. Jiménez-Murcia<sup>1</sup>, C. M. Bulik<sup>3</sup>  
and J. Vallejo-Ruiloba<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, Barcelona, Spain*

<sup>2</sup>*Methodology Department, University Autònoma of Barcelona, Spain*

<sup>3</sup>*University of North Carolina at Chapel Hill, NC, USA*



# FASES EN ENTREVISTAS INICIALES

- Determinación del grado de motivación del paciente.
- Relación terapéutica positiva e intentar establecer motivación interna.
- Objetivación y descripción de la sintomatología alimentaria.
- Diagnóstico diferencial.
- Evolución psicosexual y laboral del paciente.
- Déficit individuales.
- Socialización y déficit interpersonales.
- Relaciones familiares.
- Formulación de hipótesis.
- Planificación del tratamiento y pronóstico.

# ANÁLISIS FUNCIONAL EN BULIMIA NERVIOSA Y BED

- Valoración de la motivación:
  - Externa vs. Interna
- Microanálisis:
  - Estímulos y/o situaciones desencadenantes
  - Duración e intensidad síntomas
  - Reacciones (fisiológicas/motoras/cognitivas/emocionales)
  - Factores mantenedores
- Macroanálisis:
  - Localización de factores mantenedores a medio-largo plazo.
- Hipótesis explicativas y funcionalidad
- Plan de tratamiento y jerarquización de objetivos.

# CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LOS TCA

- Patología alimentaria extremadamente severa.
- No motivación para cumplimiento de normas y/o contrato terapéutico.
- Trastorno de personalidad grave.
- Sintomatología psiquiátrica coadyuvante que recomiende un ingreso.
- Estado físico precario a consecuencia de la BN.
- Nulo soporte familiar o sit. familiar de alta conflictividad.
- Fracasos repetidos en Tto. Ambulatorios anteriores.
- Abuso y/o dependencia grave de tóxicos que requiere ingreso.

*(adaptado de Fernández-Aranda y Turón, 1998)*

# BULIMIA Y DIABETES

Mujer, 25 años

## MOTIVO DE CONSULTA

- Refiere episodios de “transgresión de la dieta” y/o atracones desde hace 3-4 años. A los 15 años inicio de un cuadro de AN.
- Desde los 11 años controlada por Servicio de Endocrinología por Diabetes (afectada tanto ella como su hermana gemela).

## ENFERMEDAD ACTUAL

- Refiere 1-2 Atracones /dia, generalmente por la noche o tarde.
- No conducta posterior de vómito y si conducta compensatoria de no administración de dosis de insulina correspondiente.
- Generalmente actuarán como desencadenantes de sobreingesta: alimentos dulces (“que normalmente tengo prohibidos”), funcionalidades intra e interpersonales (“sentimientos de rabia”; “discusión con la madre”).
- Refiere tener un peso normal (IMC 20.5) y desea bajar de peso.

# BULIMIA Y VARON

Varón, 26 años

## MOTIVO DE CONSULTA

- Atracones desde hace 3-4 años.
- Deseo por controlar atracones, para así "poder bajar algún kilo más y perder algo de grasa que le queda"

## ENFERMEDAD ACTUAL

- Refiere 1-2 Atracones /dia.
- Conducta posterior de vómito, no abuso de laxantes ni diuréticos.
- Más que deseo por adelgazar, deseo por fibrar ("no es un problema de volumen, sino de forma").
- Generalmente actuarán como desencadenantes de sobreingesta: alimentos dulces ("que normalmente tengo prohibidos"), funcionalidades intra ("sentimientos de frustración""estados disfóricos""recordar obesidad previa").
- Refiere tener en la actualidad un peso normal (67Kg.), si bien había llegado a pesar 97 Kg. cuando se encontraba en obesidad.

**PROTOCOL D'ANOREXIA I BULÍMIA NERVIOSA**  
**PROTOCOLO DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA**

Nom i cognoms / Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ NHC: \_\_\_\_\_

Edat / Edad: \_\_\_\_\_

Data de naixement / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupació laboral / Ocupación laboral: \_\_\_\_\_

Sexe: H D  
Sexo: H M

Data actual / Fecha actual: \_\_\_\_\_

**Protocol d'anorèxia i bulímia nerviosa**

**DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES (PROTOCOL 1)**

**Estat civil:** **En cas d'estar solter/a es troba actualment:**  
 1 Casat/a 1 Amb xicot/a  
 2 Solter/a 2 Sense xicot/a  
 3 Divorciat/a  
 4 Vidu/vídua

**Estudis:** **Situació laboral:**  
 1 Estudis primaris 1 Treballa  
 2 Graduat escolar 2 En atur  
 3 Batxillerat no acabat 3 Estudiant  
 4 Batxillerat acabat 4 En formació  
 5 COU 5 Mestressa de casa  
 6 Formació professional no acabada 6 Baixa laboral  
 7 Formació professional acabada 7 Treballa i estudia  
 8 Estudis universitaris no acabats  
 9 Estudis universitaris acabats  
 10 Altres

**Professió:**

**Grup laboral:** **Situació de vivenda:**  
 1 Treballador/a no qualificat/ada 1 Viu sol/a  
 2 Treballador/a qualificat/ada 2 Amb la mare i/o pare  
 3 Funcionari/funcionària 3 Amb xicot/a o cònjuge  
 4 Administratiu/va 4 Amb fills/es  
 5 Altres 5 Amb familiars (no pares)  
 6 Amb altres  
 7 Amb parella i fills

**Qui us ha informat sobre el nostre tractament?**  
 1 Mitjans audiovisuals (TV/ràdio/diaris) 6 Seguretat Social  
 2 Familiars 7 Metge de capçalera o/i metge especialista  
 3 Amics/gues 8 Psiquiatre i/o metge especialista  
 4 Altres pacients 9 Psicòleg  
 5 Grups d'autoajuda 10 Altres

**Per quina raó us heu dirigit en aquest moment al nostre servei?**  
 1 Per mi mateixa 4 Pressió amics  
 2 Pressió familiar 5 Recomanació especialista  
 3 Pressió xicot/a o cònjuge 6 Ordre judicial

## MODULO III: EVALUACION PSICOLOGICA

- **Procedimientos psicométricos para evaluar la sintomatología alimentaria:**
  - Eating Disorders Inventory (EDI-2)
  - Bulimic Investigatory Test Edimburg (BITE)
  - Bulimic Evaluation Triggers Questionnaire (BETQ)
- **Sintomatología coadyuvante:**
  - Beck Depression Inventory (BDI-2)
  - Symptoms Check List (SCL-90R)
  - Rasgos de personalidad (TCI-R/ 16 PF)
- **Trastorno de la personalidad comórbido:**
  - SCID-II

**Registro de alimentación**

Nombre y apellidos:

NHC:

DÍA/HORA	DÓNDE/CON QUIÉN	COMIDA	A / V IA / IV	SITUACIÓN
Día: / /		<b>DESAYUNO</b>		
		Sólido:		
		Líquido:		
		<b>COMIDA</b>		
		1er plato:		
		2º plato:		
		Postre:		
		<b>MERIENDA</b>		
		<b>CENA</b>		
		1er plato:		
		2º plato:		
		Postre:		

A: Atracción; V: Vómito; IA: Impulso al atracción; IV: Impulso al vómito



**TABLA 6-8. Ejemplo de un registro diario de hábitos alimentarios**

<i>Hora</i>	<i>Lugar</i>	<i>Situación</i>	<i>Comida</i>	<i>A/V<sup>a</sup> IA/IV</i>	<i>Pensamientos antes</i>	<i>Pensamientos después</i>
8,30	En casa	Sola	1 café con leche descremada 1½ tostadas + margarina <i>light</i>			Con esto es suficiente; ya he comido demasiado
9,30	En la oficina	Con compañeras	1 café + leche descremada	IA		
10,40	En la oficina	Discusión con compañeras	2 tabletas grandes de chocolate 1 paquete de galletas (20 unidades) 2 panecillos	A/V	Sólo quieren fastidiarme; detesto este trabajo	Voy a engordar; no sirves para nada; siempre pierdes el control
14,30	En comedor del trabajo	Sola	1 plato pequeño de sopa de fideos ½ plátano + 2 fresas 1 plato grande de ensalada (lechuga + tomate + zanahoria)	IA/IV		
15,15	Descanso	Sola	5 manzanas medianas 4 donuts + 1 tableta de chocolate	A/V	Se han ido sin avisarme; lo han hecho intencionadamente; no me aceptan, soy horrorosa	Estoy para explotar; seguro que con lo que he comido engordo 3 kg
18,30	En la oficina	Con compañeras	5 galletas + 1 café	IV		
19,00	En casa	Sola		V		
20,00	En casa	Sola	1 bolsa grande de patatas fritas 3 bolas grandes de helado 1 bolsa pequeña de almendras	A/V	Qué aburrimiento, no hay nada interesante en TV	Te vas a poner como una vaca; me detesto

<sup>a</sup>A, atracón; V, vómito; IA, impulso de atracón; IV, impulso de vómito.

# ABORDAJES PSICOLOGICOS EN TCA

-En base al marco utilizado-

GRUPOS DE AUTO-AYUDA



ENFOQUE PSICOEDUCATIVO



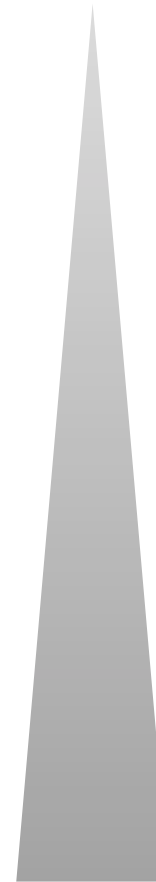
TRATAMIENTO GRUPAL



TRATAMIENTO INDIVIDUAL  
+/- T.FARMACOLOGICO

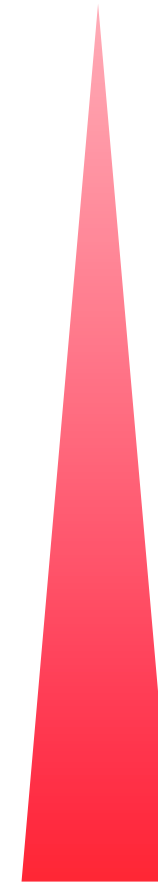


INGRESO HOSPITALARIO



*AMBULATORIO*

*INGRESO*



*SEVERIDAD TRASTORNO*

# VARIABLES A SER TRATADAS EN PACIENTES CON TCA

- **Nivel sintomatológico:**
  - **Conductual:** Restricción/ Atracones/ Cond. Compensatorias.
  - **Cognitivo:** cogniciones irracionales/ sentimientos de control/ pensamientos destructivos.
  - **Relacional-interpersonal:** conductas de evitación/ discusiones familiares
- **Nivel no sintomatológico:**
  - **Conductual:** déficits en habilidades sociales/ patrones inadecuados de conducta.
  - **Cognitivo:** sentimiento de control-descontrol/ autoconcepto/ perfeccionismo.
  - **Relacional:** introducir patrones relacionales adecuados/ solucionar conflictivas familiares subyacentes

## **Fase II : CONDUCTUAL**

- **REDUCCION DE FACTORES MANTENEDORES**
  - CONTROL DE PESO
  - CONSUMO DE ALIMENTOS HIPOCALORICOS
  - DISCUSIONES Y DINAMICAS FAMILIARES ESPECIFICAS
  - CONDUCTAS DE EVITACION RELACIONADAS CON ALIMENTACION/ FIGURA Y PESO
  - CONDUCTAS DE EVITACION EN GENERAL
  
- **EXPOSICION A ESTIMULOS Y/O SITUACIONES EVITADAS**
  - SOCIALES
  - ALIMENTARIAS
  - PERSONALES

# Fase III:

## TERAPIA COGNITIVA EN TCA

### Estrategias de intervencion

- Paso I:
  - Sesión psicoeducativa sobre qué es la terapia cognitiva y qué importancia posee en el entendimiento de esta patología.
- Paso II:
  - El paciente aprende a identificar y registrar sus cogniciones irracionales negativas.
- Paso III:
  - Se discuten y examinan las cogniciones y supuestos subyacentes, desde el punto de vista de la lógica y valor adaptativo.

*(adaptado de Fernández-Aranda y Turón, 1998)*



## REGISTRO PENSAMIENTOS

HORA / DIA	DONDE / QUIEN	SITUACION	PENSAMIENTOS ANTES	VALOR (0-6) TIPO	PENSAMIENTOS DESPUES	VALOR (0-6) TIPO
22:00 / 10 Nov	CASA / FAMILIA	CENA	Cena, y no pienso	+ 2	Me da igual todo. ¿No hay nada más de cena?	- 5
9:00 / 11 Nov	CASA / SOLA	Desayuno	No sé para que voy. Me voy a quedar con hambre.	- 5	Lo sé, tengo hambre	- 4
10:30 / 11 Nov	CASA / AMIGOS	Mercada.	Tiene mucha grasa pero están buenos	+ 3 - 6	Exclusa de engordar me queda con hambre	- 6
22:30 / 11 Nov	CASA / MADRE	CENA.	Podría poner más cena a ver si explota	- 6	No puedo repetir más. Esto es un agosto.	- 5
9:30 / 12 Nov	CASA / MADRE	desayuno	No creo que la gente desayune un bocadillo pero lo tengo que comer.	- 5	Me comera más pero no quedo.	- 5
13:30 / 12 Nov	Comedor	Cenada	Podrán poner más cenada.	- 3	que asco, estaba todo muy así. tene.	- 5
14:30 / 12 Nov	CASA / AMIGOS	Mercada.	Están <u>buenos</u> .	+ 1	Pienso en la gente que le encantara comerselos. Tienes mucha suerte.	+ 1
22:30 / 12 Nov	CASA / MADRE	CENA	Hay mucha cena y yo la voy a quemar	- 6	Intenta pensar en otra cena.	+ 1
9:00 / 13 Nov	CASA / MADRE	2 vaquitas café con leche (desayuno)	comeré estoy y si luego me parece mucho no desayuno nada más y ya está.	+ 2 -	Son muy pocas calorías y los vitamines de los vaquitas.	+ 4

## Fase III:

# EJEMPLOS DE INCONGUENCIAS COGNITIVAS

- ¡Vale! ..aún no noto los huesos de la pelvis, pero.....¿realmente quiero que se noten?
- Ahora me tomaría un donut...pero, ¿para qué si ya he desayunado?
- Mira como mi amiga cena lo que quiere y no le preocupa;...además, tiene un cuerpazo y unas caderas como ha de ser.
- Hoy puedo comer tranquila;....pues, luego me moveré toda la tarde.
- ¿Para qué comer patatas fritas si puedo comer otra cosa?.....Y por qué no? Si me gustan.
- No tomes más bizcocho; ya has tomado lo necesario;...necesario ¿para qué?
- ¿Si sólo depende de tí?....¿Por qué no haces lo que quieres?
- ¿Qué es lo que no acaba de llenarte en la vida?...si en principio todo te va bien;.



# OBJETIVOS DE UN TRATAMIENTO EN BULIMIA NERVIOSA CON TP

- Reducción de la sintomatología alimentaria (frecuentes atracones/ conducta de purga).
- Conductas impulsivas, autoagresivas e intentos autolíticos.
- Expresión emocional desproporcionada.
- Abuso y/o dependencia de tóxicos.
- Experiencias traumáticas.
- Cogniciones irracionales y estilos cognitivos.
- Relaciones interpersonales y patrón relacional.

# TCA Y CRONIFICACION

Mujer, 55 años

## MOTIVO DE CONSULTA

- Sintomatología alimentaria desde más de 30 años.
- Queja principal: estado de ánimo y falta de fuerza física suficiente para trabajar, desde hace un par de meses.

## ENFERMEDAD ACTUAL

- 43 Kg., Altura: 1.56
- No conducta de vómito, ni atracones.
- Sintomatología depresiva.
- Perosonalidad obsesivo-compulsiva de base.
- Mantiene contacto con familia, si bien ya son muy mayores.
- Escasos contactos sociales y/o personas de referencia.
  
- Soltera, profesión maestra.

# **LIMITACIONES Y ERRORES A EVITAR POR PARTE DEL TERAPEUTA DURANTE EL TRATAMIENTO**

- ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE
- ACTITUDES PATERNALISTAS/  
SOBREPROTECTORAS
- DETERMINAR CUALES DEBEN SER LOS  
OBJETIVOS DEL PACIENTE
- DEJARSE INFLUIR POR EL ENTORNO
- OBVIAR LAS LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO
- VER EL TRATAMIENTO COMO UN RETO  
PERSONAL