

**ALTERACIONES CONDUCTUALES EN LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA. USO DE RISPERIDONA.**

**BEHAVIOR PROBLEMS AND EATING DISORDERS.
USE OF RISPERIDONE**

**Ignacio Jáuregui Lobera
Sonia Estébanez Humanes**

Unidad TCA

**Hospital Infanta Luisa
Sevilla.**

ljl01@tcasevilla.com

RESUMEN

Se presenta un caso de anorexia nerviosa complicada con severas alteraciones conductuales en una adolescente y adecuada respuesta al uso de risperidona.

PALABRAS CLAVE

Anorexia nerviosa, Alteraciones conductuales.

ABSTRACT

A case report of anorexia nervosa complicated by behavior problems. Use of risperidone.

KEY WORDS

Anorexia nervosa, Behavior problems.

INTRODUCCIÓN

En pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, es frecuente la presencia de trastornos síntomas asociados. Síntomas como la hostilidad, impulsividad, auto y heteroagresividad pueden estar presentes. La respuesta a los tratamientos farmacológicos convencionales junto con el abordaje psicoterapéutico individual, grupal, cognitivo-conductual, interpersonal,

familiar...tan solo consigue respuestas parciales en estos casos que asocian tan severas alteraciones conductuales.

En el tratamiento sintomático de dichos pacientes se han utilizado de modo general los antipsicóticos. Desde el punto de vista histórico debemos remontarnos a 1960 cuando Dally y Sargent utilizaron por vez primera la clorpromazina en pacientes diagnosticados de anorexia nerviosa.

Sobre la base de que ciertas alteraciones propias de la anorexia podrían deberse a una hiperactividad dopaminérgica en el sistema nervioso central (Walsh y Devlin, 1992), se han venido usando antipsicóticos con relativa frecuencia. Sin embargo dicho uso, no siempre ha conllevado una mejoría conductual de los pacientes (Vandereycken, 1982, 1984).

Para el manejo conductual de los pacientes con trastornos alimentarios, la clorpromazina ha sido un antipsicótico muy utilizado. El riesgo de inducir dependencia en pacientes mayoritariamente adolescentes con el uso de benzodiazepinas ha hecho que los neurolépticos de perfil sedante se hayan usado con mucha frecuencia aún con los efectos secundarios que comportan (Hoffman y Halmi, 1993).

Gracias a trabajos publicados sobre el tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad, sabemos de la eficacia de diversos antipsicóticos para el control de diferentes alteraciones conductuales. Al respecto existen estudios realizados con pimozide (Reyntjens, 1972), tioridazina (Brinkley 1979), flupentixol (Montgomery, 1982), tiotixeno (Goldberg, 1986) o haloperidol (Soloff, 1989). Todos ellos coinciden en la obtención de buenos resultados.

En lo que respecta a risperidona debemos recordar que se trata de un derivado benzisoxazol con acción bloqueante de los receptores dopaminérgicos D2 y serotoninérgicos 5-HT2. Su eficacia en la esquizofrenia está bien avalada. Su utilidad en el control de la sintomatología afectiva de pacientes con trastornos esquizoafectivos y con psicosis afectivas está, asimismo, suficientemente contrastada. Una de sus importantes ventajas es poseer un perfil de efectos secundarios mejor que clozapina y mucho mejor que los neurolépticos clásicos. Entre otras cosas, esto facilita el cumplimiento terapéutico, lo cual en pacientes inestables, con acusada impulsividad, es de suma importancia.

Ya en el terreno de los trastornos alimentarios, risperidona podría ser eficaz en el control de la sintomatología obsesiva muchas veces asociada. De hecho la

asociación de risperidona e ISRS ha dado buenos resultados en trastornos obsesivos resistentes al tratamiento habitual (Stein,1997; Saxena, 1996).

En el control conductual de pacientes con demencia tipo Alzheimer también se han comunicado buenos resultados con risperidona (Rohrbaugh y Siegal, 1989).

Entre otras muchas alteraciones asociadas a los trastornos alimentarios, la impulsividad y violencia parecen tener relación con alguna disregulación serotoninérgica. La acción de risperidona en los receptores 5-HT₂ podría ser la base de la buena respuesta clínica para el control conductual en estos pacientes.

CASO CLINICO

Paciente, mujer, que es atendida por primera vez en marzo de 1999, momento en el que tiene 13 años de edad. Cursa primer año de enseñanza secundaria obligatoria y procede de un pequeño pueblo de la provincia de Sevilla. Acude a consulta acompañada de sus padres. El núcleo familiar lo forman el padre, de 41 años, que realiza “trabajos de mantenimiento”, la madre, ama de casa y que ocasionalmente realiza trabajos temporales, un hermano de 9 años y la paciente.

En cuanto a los antecedentes familiares, cabe destacar que la madre estuvo en tratamiento por padecer un trastorno depresivo recurrente. No hay otros antecedentes de interés psicopatológico.

Tampoco hay antecedentes personales a destacar. La paciente es alérgica al polen, fue intervenida años atrás de ambos pies sin que hayan quedado secuelas y no refiere otros problemas de tipo orgánico.

En el momento de la primera entrevista la paciente y los padres coinciden en señalar que las primeras alteraciones en los hábitos alimentarios datan de aproximadamente un año antes. El padre, entrenador deportivo amateur, señala como desencadenante del cuadro, la imitación que realizó la paciente de ciertas conductas de una compañera del club en el que venía practicando atletismo. Se refería a una marcada rivalidad entre ambas que llevó a la

paciente a una práctica masiva y compulsiva de ejercicio con la consiguiente pérdida de peso y el posterior desarrollo de una anemia.

A partir de ese momento la paciente inicia una progresiva restricción alimentaria que se asocia a prácticas deportivas cada vez más intensas. Junto a ello, los padres describen la presencia de actitudes anoréxicas. La paciente tira y esconde la comida, se mira continuamente al espejo, revela un intenso temor a engordar y con ello a empeorar su rendimiento deportivo y esporádicamente se producen atracones y vómitos consiguientes autoinducidos. En el momento de la exploración la paciente presenta un IQ de 16.02 y mantiene una amenorrea secundaria de 6 meses de evolución. La paciente señala estar “disconforme” con su cuerpo el cual ve “gordo y feo”

Junto a la sintomatología alimentaria los padres refieren que progresivamente han venido notando alteraciones conductuales diversas. En principio dichas alteraciones se refieren a una marcada hostilidad hacia su rival deportiva, llegando en ocasiones a una manifiesta agresividad verbal hacia ella. Progresivamente la paciente va dejando de salir, no quiere relacionarse con nadie...teniendo como único interés “entrenar para ganar a esa”. Se produce pues un acusado retraimiento social.

Aparece además una sintomatología moderada depresivo-ansiosa a la par que se altera considerablemente la dinámica familiar. En concreto la madre presenta un nuevo episodio depresivo que obliga a instaurar tratamiento farmacológico.

El psicodiagnóstico (EAT, EDI) confirma la sintomatología señalada. Con el diagnóstico de Anorexia Nerviosa tipo Purgativo (DSM IV) se inicia el tratamiento en régimen ambulatorio incluyendo abordaje farmacológico (clomipramina 75 mgr/día y clorpromazina 70 mgr/día), psicoterapia de orientación cognitivo-conductual y consejo familiar.

Durante el tiempo de asistencia a nuestra Unidad se van sucediendo alteraciones conductuales como agresiones físicas a la madre, tres gestos autolíticos (mediante ingesta medicamentosa, venotomía e intento de ahorcamiento), varias fugas del hogar familiar, absentismo escolar, peleas con compañeros del colegio llegando a la agresión física (consecuente intervención del Consejo Escolar y denuncia policial), varios ingresos hospitalarios por crisis familiares incontenibles, reiterados insultos y mentiras en el contexto familia,

agresividad manifiesta hacia el hermano y autolesiones para posteriormente denunciar a los padres por malos tratos.

Ante todas estas alteraciones se hace necesario incluir medicación antipsicótica que inicialmente se hace con haloperidol en pauta creciente hasta llegar a los 6 mgr/día. Con esta dosis mejoran parcialmente dichas alteraciones pero no es posible seguir incrementando la misma dados los severos efectos secundarios que presenta la paciente. Se decide cambio a risperidona con dosis de 3 mgr/día lográndose una considerable mejoría en las alteraciones señaladas. En los dos meses posteriores a la inclusión de risperidona la paciente se incorpora a sus actividades académicas, cesa su hostilidad así como los gestos auto y heteroagresivos. Prosigue el tratamiento de su trastorno alimentario con adecuada motivación de la paciente y en un aceptable clima familiar.

DISCUSION

Hay antecedentes de mejorías clínicas espectaculares con el uso de antipsicóticos en trastornos alimentarios. En 1986, Condon publica un trabajo en este sentido. El caso que presentamos resume claramente algunos aspectos de interés:

- La mejoría en la sintomatología conductual de naturaleza agresivo-impulsiva en una paciente diagnosticada de anorexia con el uso de risperidona.
- No se producen cambios en la sintomatología propiamente anoréxica pero el control conductual de las alteraciones asociadas permite un mejor abordaje de la misma.
- La probable efectividad de haloperidol para el control conductual no es contrastable en este caso pues los efectos adversos impiden la continuidad a dosis tal vez más eficaces.

La no tolerancia de los efectos adversos de los antipsicóticos es muy frecuente en los pacientes tratados en régimen ambulatorio. Problemas como la hipotensión arterial, temblor, estreñimiento, etc., obligan muchas veces a la supresión y en no pocas al abandono del tratamiento por parte de los pacientes. La efectividad, seguridad y grado de cumplimiento con risperidona

en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria puede ser una adecuada alternativa ante los problemas conductuales asociados.

BIBLIOGRAFIA

- Brinkley JR: Low dose neuroleptic regimes in the treatment of borderline patients. Arch Gen Psychiatr 1979; 36: 319-326.
- Condon JT: Long-term neuroleptic therapy in chronic anorexia nervosa complicated by tardive dyskinesia. A case report. Acta Psychiatr Scand 1986; 73 (2): 203-206.
- Dally P, Sargent W: A new treatment of anorexia nervosa. BMJ 1960; 1: 1770-1773.
- Goldberg SC: Borderline and schizotypic personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. Arch Gen Psychiatr 1986; 43: 680-686.
- Hoffman L, Halmi D: Psychopharmacology in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychiatr Clin North Am 1993; 16(4): 767-778.
- Montgomery SA: Pharmacological prevention of suicidal behavior. J Affect Disord 1982; 4: 291-298.
- Reyntjens AM: A series of multicentre trials with pimozide in psychiatric practice. Acta Psychiatr Belgica 1972; 72: 653-661.
- Rohrbaugh RM, Siegal AP: Reversible anorexia and rapid weight loss associated with neuroleptic administration in Alzheimer's disease. J Geriatr Psychiatry Neurol 1989; 2 (1): 45-47.
- Saxena S, Wang D, Bystritsky A, Baxter L: Risperidone augmentation of SRI treatment for refractory obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1996; 57 (7): 303-306.
- Soloff Ph: Amitriptyline vs haloperidol in borderlines; final outcomes and predictors of response. J Clin Psychopharm 1989; 9: 238-246.
- Stein DJ, Bower C, Hawkrige S, Emsley RA: Risperidone augmentation of serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive and related disorders. J Clin Psychiatry 1997; 58 (3): 119-122.
- Vandereicken W: Neuroleptics in the short-term treatment of anorexia nervosa: a double-blind placebo-controlled study with sulpiride. Br J Psychiatry 1984; 144: 288-292.

-Vandereycken W, Pierloot R: Pimozide combined with behavior therapy in the short-term treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1982; 66: 445-450.

-Walsh T, Devlin M: The pharmacologic treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15 (1).