



XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría

#interpsiquis - del 1 al 29 de Febrero

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: LA IMPORTANCIA DE UNA ETIQUETA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Silvia Bravo Gómez, Mercedes Rocío Raposo Hernández, Josefa Belén Murcia Liarte, Jose Antonio Ortega Fernández, Inés Bello Pombo, Ángela Lorente Murcia, Yolanda Blaya Sánchez, Trinidad Ortuño Campillo, Ana Luisa González Galdámez, Aida Inmaculada Navarro Hernández

Servicio Murciano de Salud y Santo y Real Hospital de la Caridad

silvia.bravo.ps@gmail.com

RESUMEN

RESUMEN: Existe evidencia científica de la dificultad que supone el diagnóstico diferencial entre Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno Límite de la Personalidad. Muchas veces se confunden los conceptos de rasgos y trastornos de personalidad. **Presentación del caso:** Mujer de 18 años, soltera y sin hijos. La paciente acude a consulta del Centro de Salud Mental de Cartagena el 20 de Junio de 2014 derivada por ansiedad y problemas de alimentación (bulimia). Presenta baja conciencia de enfermedad. Además muestra conductas autoagresivas y gestos autolíticos. **Metodología:** Evaluación psicológica clínica mediante exploración psicopatológica, entrevista clínica y pruebas psicométricas: Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) para la evaluación de la personalidad y síndromes clínicos y Test de Bulimia (BULIT) para la evaluación del trastorno de la conducta alimentaria. **Resultados:** los resultados del MCMI-III muestran que en el Eje II: No presenta ningún estilo o Trastorno de la personalidad; en el eje I presenta dependencia a alcohol. En el Test de BULIT se obtiene que no se considera un trastorno de BN. En la entrevista clínica y exploración psicopatológica aparecen: labilidad y descontrol emocional, impulsividad, pensamiento polarizado, baja autoestima y tolerancia a la frustración, y autoexigencia. **Conclusiones:** Cumple criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR para ambos trastornos. Las pruebas estadísticas no confirman ninguno de los dos diagnósticos. Después de consultar la bibliografía y basándome en las sucesivas entrevistas de seguimiento, el diagnóstico que más se acerca al caso sería el de BN con rasgos de personalidad límite.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: LA IMPORTANCIA DE UNA ETIQUETA. A PROPÓSITO DE UN CASO

1. INTRODUCCIÓN

Muchas veces se confunden los conceptos de rasgos y trastornos de personalidad. Sólo cuando los rasgos sean inflexibles y maladaptativos para el individuo e interfiera en su funcionamiento cotidiano, se puede considerar la presencia de un verdadero trastorno de personalidad. (Linehan, 2003)

La presión asistencial y el escaso tiempo de consulta, obliga a los profesionales a basarse en el juicio clínico a la hora de realizar el diagnóstico, con la posibilidad de que la elevada presencia de patología comórbida de algunos pacientes confunda el diagnóstico del TLP, generando un elevado número de falsos positivos, aunque esto sólo ocurre en un 30% de los casos (Ondión, 2008)

Las diferencias que se pueden apreciar entre el TLP y BN se muestran a continuación:

	TLP	BN
Búsqueda de delgadez	Se asocia con baja autoestima.	Idea sobrevalorada de delgadez y miedo a ganar peso.
Idea sobrevalorada de delgadez	Aspecto relativo a los problemas en el sentido de identidad.	Aspecto nuclear.
Atracones	Pueden servir de mecanismo para tranquilizarse dada la limitada capacidad que tienen para encontrar la calma por sí mismos.	Reducir la disforia, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o la restricción.
Métodos purgativos	Pueden ayudar a sentirse autocontrolados frente a sus dificultades para autoregularse, ser utilizados como una forma de autocastigo o servir para ocultar dolores emocionales intolerables o ayudarlos a evitar descompensaciones.	Desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso.
	Góngora (2000)	DSM-IV-TR

Según Quintás (2013) la personalidad de los pacientes de BN se caracteriza por:

- Una acusada restricción de la expresividad emocional y escasa espontaneidad social.
- Pensamiento rígido.
- Necesidad de control tanto de sí mismos como del entorno.
- Temor a evaluaciones negativas y una necesidad constante de mostrar competencia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: LA IMPORTANCIA DE UNA ETIQUETA. A PROPÓSITO DE UN CASO

- Hipersensibilidad.
- Autoexigencia, perfeccionismo y tendencias obsesivo-compulsivas.

En lo que se refiere a las pacientes bulímicas, los estudios han mostrado que tendrían:

- Mayores niveles de depresión, impulsividad y ansiedad que sus pares normales.
- Menor autoestima.
- Mayor comportamiento autodegradante y egocentrismo.
- Grandes niveles de enojo e irascibilidad.
- Pensamiento negativista, rígido y dicotómico.
- Personalidad dicotómica: pueden mostrarse por períodos muy extrovertidas y en cuestión de días, aislarse por completo.
- Impulsividad.
- Labilidad emocional.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Inseguridad

Por ese solapamiento en los criterios, hay un riesgo de sobrediagnóstico del trastorno de personalidad límite en los sujetos con bulimia. De hecho, suele haber un descenso de la tasa del trastorno de personalidad límite después de un tratamiento de corta duración, enfocado en los síntomas de la bulimia (Echeburúa, 2001).

Los resultados del estudio de Salorio del Moral et al (2011) confirman que en los pacientes con un TCA hay presencia de un perfil de personalidad con rasgos predominantes sin llegar a constituir un trastorno de personalidad. Estos rasgos predominantes son en pacientes bulímicas: depresivos, antisociales y límites.

1.1 Presentación de la paciente

La paciente es una mujer de 18 años, soltera y sin hijos. Está estudiando 2º de bachillerato de Artes. Convive con su madre. Acude a consulta el 20 de Junio de 2014.

1.2 Motivo de consulta

La paciente es derivada por su Médico de Atención Primaria (MAP) por ansiedad y problemas de alimentación (bulimia). Muestra baja conciencia de enfermedad ("no creo que tenga ningún problema con la alimentación. Debido a la ansiedad comía mucho y tenía que vomitar, pero con la medicación (pautada por su MAP) ya no tengo ansiedad y eso me hace comer menos").

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: LA IMPORTANCIA DE UNA ETIQUETA. A PROPÓSITO DE UN CASO

El tratamiento farmacológico pautado es:

- Fluoxetina 20 mg 1-0-0
- Diacepam 5 mg 0-0-1
- Orfidal si ansiedad.

1.3 Estado actual del problema

La paciente muestra problemas en su relación de pareja que le generaban ansiedad. Ella cortó la relación porque pensaba que se le iría la ansiedad pero no fue así "me vi sola y se me rompió la rutina". Además aparecen alteraciones en la alimentación con atracones: (comenzó a comer de forma compulsiva) y conducta compensatoria (vomitar casi a diario).

A esto se añaden problemas en la relación con su madre que derivan en discusiones frecuentes, consumo de sustancias (alcohol y cannabis) y problemas en los estudios.

Una amiga la recomendó ir al médico.

1.4 Exploración psicopatológica

En la primera entrevista se aprecia buen aspecto y actitud defensiva. Se muestra inquieta en la mayor parte de la misma. Se encuentra consciente y orientada en las tres esferas. No se objetivan alteraciones sensoperceptivas ni del curso del pensamiento sin embargo, en el contenido del pensamiento aparecen ideas sobrevaloradas sobre el peso. Refiere estado de ánimo hipotímico y afecto anhedónico. Niega alteraciones de memoria y atención aunque expresa quejas subjetivas de falta de concentración. Informa de somatizaciones que se traducen en tensión muscular. No muestra alteraciones del sueño y mantiene la energía conservada. Impresiona de inteligencia normal.

Respecto a la alimentación comenta atracones prácticamente diarios con conductas compensatorias (Vómitos aunque sólo cuando toma dulces o grasas pero a menudo, restricción de la alimentación mediante el control estricto sobre las calorías que tiene que ingerir (500 kcal/día), dietas (vegetariana, ovolactovegetariana...) y ayuno. Comenta que duerme más porque "así paso menos tiempo despierta y pienso menos en comer y vomitar". Ha perdido 6 kg en 3 meses.

En cuanto al consumo de sustancias reconoce hábito tabáquico (un paquete/día), abuso de alcohol (épocas que a diario y épocas de consumo excesivo los fines de semana) y THC (épocas que consume 2-5 porros/día y épocas abstinente).

Además informa de gestos autolíticos (ha tomado mucho alcohol con pastillas con idea de quitarse la vida "pero siempre me sale mal" y conductas autoagresivas (cortes en la muñeca (3-4 veces) que se realizó porque no quería estar ni en el instituto ni en casa, ni con su madre ni con sus amigos "me sentían mejor después de hacérmelos y mi madre ni se enteró").

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: LA IMPORTANCIA DE UNA ETIQUETA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Reconoce sentimientos de incompreensión, de falta de preocupación y abandono.

1.5 Área familiar

La paciente es hija única. Sus padres se separaron cuando tenía ella 4 años. Desde que tenía 10 años (después indica que a los 6-7) conocía esta separación. El padre continuó viviendo en el domicilio familiar hasta hace 3 años por no romper la estructura familiar y hasta que se fue a vivir con una nueva pareja.

1.6 Área social

En la Infancia informa de problemas para relacionarse porque era bastante tímida y retraída e informa de burlas por su aspecto físico (piel muy blanca) y por su procedencia (padre francés). Durante la secundaria engordó un poco por el desarrollo lo que dio lugar a más burlas. "Además se metían conmigo por sacar buenas notas" "Mis padres tenían que hablar con otros padres y profesores a menudo" A los 14-15 años se cambia de instituto a repetir 4º de la ESO e informa de estar mejor y tener más amigos. Actualmente se encuentra cursando 2º de Bach aunque no está estudiando y falsifica las notas. Relaciones sociales estables. Amiga íntima que se preocupa por ella. Se aísla en ocasiones de sus amigos cuando no puede controlar la comida. Sus amigos recriminan su comportamiento cuando consume alcohol o no puede consumirlo

1.7 Antecedentes personales

Sin antecedentes psiquiátricos personales. Es asmática. Sin antecedentes familiares de interés.

2. OBJETIVO

Mostrar las dificultades del diagnóstico diferencial entre Bulimia Nerviosa y Trastorno límite de la personalidad debido al solapamiento y coincidencia de síntomas.

3. MÉTODO

Análisis descriptivo caso único y evaluación psicológica clínica mediante entrevista clínica y pruebas psicométricas: Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) para la evaluación de la personalidad y síndromes clínicos y Test de Bulimia (BULIT) para la evaluación del trastorno de la conducta alimentaria.

Hipótesis:

- H₀: La paciente presenta un trastorno límite de la personalidad con síntomas bulímicos.
- H₁: La paciente presenta un trastorno de la conducta alimentaria (bulimia) con rasgos límites de la personalidad.
- H₂: Comorbilidad BN y TLP

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: LA IMPORTANCIA DE UNA ETIQUETA. A PROPÓSITO DE UN CASO

4. RESULTADOS

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon para la evaluación de la personalidad y síndromes clínicos fue administrada el 29 de Julio de 2014 cuyos resultados muestran que el estilo de respuesta se encuentra dentro de los rangos de normalidad, según los parámetros analizados (puntuaciones de las escalas V, X, Y y Z), no encontrándose ninguna tendencia específica a distorsionar las respuestas de la prueba. La paciente se muestra reveladora, abierta y expresiva en sus respuestas. Tiende a presentarse tal como se ve a sí misma, sin ocultar aquello que le parece importante sobre sus sentimientos, emociones y comportamientos. En cuanto al eje II no presenta ningún estilo o trastorno de la personalidad aunque aparecen puntuaciones elevadas sin significación clínica en antisocial y negativista (pasivo-agresivo) y paranoide y límite. Respecto al eje I aparece dependencia del alcohol. Integrando los resultados de los ejes puede interpretarse que es posible que el consumo abusivo de alcohol sea la causa de las puntuaciones altas en el Eje II. Estos síntomas podrían ser transitorios y estar indicando una crisis temporal, en la que tiene dificultades para enfrentarse a la vida diaria.

El Test de Bulimia (BULIT) para la evaluación del trastorno de la conducta alimentaria) fue administrado el 6 de Mayo de 2015. La puntuación directa es 96 y el punto de corte se sitúa en 102, por lo que no se considera un trastorno de Bulimia Nerviosa. A pesar de ello se encuentran puntuaciones altas en ítems muy significativos.

En la entrevista clínica reconoce:

- Atracones en situaciones de ansiedad y discusiones y conductas compensatorias.
- Labilidad y descontrol emocional que derivan en discusiones con su madre. Impulsividad: "Cuando discuto con mi madre sólo quiero irme de casa a beber y olvidarme de todo".
- Pensamiento polarizado: cambio de opiniones y sentimientos continuamente: "No quiero pareja, sólo trae problemas vs quiero encontrar un chico bueno"
- Baja autoestima "No valgo para nada" y basada en aspecto físico y el peso "Solo voy a gustar a los chicos si estoy delgada"
- Autoexigencia: "No voy a sacarme el curso y si es con un 5 no me sirve".
- Baja tolerancia a la frustración.

5. CONCLUSIONES

Tras los resultados de la exploración psicopatológica, la entrevista clínica y las pruebas psicométricas podemos concluir:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: LA IMPORTANCIA DE UNA ETIQUETA. A PROPÓSITO DE UN CASO

- La paciente muestra una idea sobrevalorada de delgadez que no se corresponde con una alteración de la identidad.
- Aparecen los atracones en situaciones de ansiedad, no como una regulación emocional.
- Las conductas compensatorias derivan de la idea sobrevalorada de delgadez "prefiero pasar hambre a tener ansiedad y comer mucho y después tener que vomitar para adelgazar" no como un autocastigo.
- Los periodos de aislamiento vienen derivados por la falta de control en la alimentación no por la inestabilidad en las relaciones interpersonales.
- El control de la alimentación reafirma su autoestima y sensación de valía.
- Además conserva un funcionamiento normalizado.
- Se considera una persona tímida y utiliza el OH para desinhibirse y poder relacionarse.
- Los comportamientos negativistas corresponden a los propios de su edad "quiero que mi madre me deje en paz, tomar mis decisiones y deje de amenazarme con dejar de pagarme el móvil, internet..."
- Los cortes los realiza tras el vómito como castigo por el mismo vs sensación de vacío. Actualmente han desaparecido (desde hace 2 meses)

La paciente cumple criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR para ambos trastornos sin embargo las pruebas estadísticas realizadas no confirman ninguno de los dos diagnósticos.

Después de consultar la bibliografía y basándome en las sucesivas entrevistas de seguimiento, el diagnóstico que más se acerca al caso sería el de bulimia nerviosa con rasgos de personalidad límite.

Lacey y Evans en 1986 propone el término "bulimia multiimpulsiva", para hacer referencia a aquellas formas de bulimia nerviosa en las que se podía observar una alta prevalencia de conductas disruptivas e impulsivas no relacionados con la alimentación, como abuso de drogas y/o alcohol, tentativas de suicidio, autolesiones, desinhibición sexual y cleptomanía. Sin embargo, es necesario realizar más estudios antes de asumir el término como una categoría diagnóstica o un subtipo clínico específico de BN.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: LA IMPORTANCIA DE UNA ETIQUETA. A PROPÓSITO DE UN CASO

6. BIBLIOGRAFÍA

- Linehan, M. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Paidós.
- Bulimia nerviosa, ¿Trastorno o criterio? Revisión etiológica de la bulimia nerviosa: a propósito de un grupo de apoyo. Quitás Pavia. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Vol. 3 (2013) nº 1
- Trastornos de personalidad en pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria. Vanesa Carina Gongora. Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad.
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta Edición, Texto Revisado. (DSM-IV-TR). Asociación Psiquiátrica Americana.
- Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)
- Diagnóstico del trastorno límite de la personalidad: concordancia entre el juicio clínico y la entrevista semiestructurada. O. Andiñ, et al. Actas Esp Psiquiatr 2008;36(3):144-150.
- Bulimia multiimpulsiva y bulimia nerviosa asociada a patología límite: algunas pruebas acerca de su identidad clínica. F.J. Vaz, E.M. Peñas y J.A. Guisado. Psiquiatría biológica. Vol 8, Nº 6, Noviembre-Diciembre 2001.
- Echeburúa E., Marañón I., (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. Psicología conductual, 9, 513-525
- Salorio del Moral P. y et al. (2011). Trastornos de personalidad y anorexia nerviosa y bulimia. Un estudio con el MCMI-III. Psicología.com, 5, 65.