



COMORBILIDAD TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS DISFUNCIONALES DE PERSONALIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

León Palacios, María de Gracia; Merinero Casado, Laura y Rico de la Cruz, Ana

mgleonpalacios@hotmail.com

Terapia, trastorno alimentario, imagen corporal, personalidad

RESUMEN

Breve descripción del caso: hombre de 43 años, atendido en Salud Mental con antecedentes de "Trastorno depresivo recurrente". Presenta alteraciones de la conducta alimentaria con restricción de la ingesta y es evaluado por sospecha de trastorno alimentario.

· Exploración y pruebas complementarias: en la exploración psicopatológica destaca estado de ánimo bajo, distorsión de la imagen corporal, rechazo a su propia imagen (evita mirarse al espejo), sentimientos de infravaloración, tedio vital y retraimiento emocional. Dificultad en las relaciones interpersonales, sus relaciones se restringen al entorno familiar, con marcada susceptibilidad interpersonal. En la primera consulta su índice de masa corporal era 17,76. La evaluación psicológica consistió en entrevista clínica junto a las siguientes pruebas psicométricas: Inventario de depresión de Beck (BDI), Escala de autoestima de Rosenberg (EAR), Cuestionario de Actitudes hacia la comida (EAT-40), Test de investigación en Bulimia de Edimburgo (BITE) y Cuestionario de la forma corporal (BSQ)

. Juicio clínico: Trastorno de la conducta alimentaria tipo restrictivo comórbido con rasgos esquizoides de la personalidad.

. Diagnóstico diferencial: Se descartan ideas de carácter delirante.

. Conclusiones: Se establece un abordaje psicoterapéutico cuyos objetivos fueron: Establecer un vínculo y compromiso terapéutico. Dar significado psicobiográfico al síntoma. Comprender y mejorar las conductas y actitudes disfuncionales relacionadas con el trastorno alimentario.

COMORBILIDAD TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS DISFUNCIONALES DE PERSONALIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Modificar esquemas cognitivos que mantienen y refuerzan las conductas relacionadas con la alteración alimentaria.
Mejorar la sintomatología secundaria asociada: depresión
Tomar consciencia de los conflictos psicológicos a nivel relacional, familiar y personal y de los mecanismos disfuncionales de afrontamiento
Acordar un objetivo de peso compatible con la vida.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Hombre de 40 años, atendido en Salud Mental con antecedentes de "Trastorno depresivo recurrente". Es evaluado por sospecha de trastorno alimentario.

En concreto, presenta alteraciones de la conducta alimentaria con restricción de la ingesta, alteración de la imagen corporal, rechazo a su propia imagen, evita mirarse al espejo, sentimientos de infravaloración, tedio vital y retraimiento emocional.

Gran dificultad en las relaciones interpersonales, sus relaciones se restringen al entorno familiar, susceptibilidad interpersonal con tendencia a sentirse rechazado. A veces se siente observado, originándole angustia y miedos, aunque no han llegado a formarse ideas de carácter delirante.

Describe el entorno familiar como tenso y con gran carencia en la comunicación y relaciones afectivas. Convive con familia de origen, en desempleo y con importante aislamiento social.

Antecedentes familiares

- Familiar de primer grado con cáncer de mama
- Familiar de segundo grado con trastorno de ideas delirantes
- Dos familiares de tercer grado con antecedentes de alcoholismo

Antecedentes personales

Atendido por primer vez en Salud Mental hace diez años con orientación diagnóstica de trastorno depresivo.

Linfopenia en estudio por hematología que descartó causa hematológica

Intervenido de obstrucción intestinal con carácter urgente asociado a episodios de sobreingesta alimentaria.

COMORBILIDAD TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS DISFUNCIONALES DE PERSONALIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ex fumador. Ha sido consumidor de tóxicos y alcohol, actualmente abstinente.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

En la exploración psicopatológica destaca la afectación del área afectiva, con hipotimia, anhedonia y apatía. Anergia y dificultades para mantener la atención y concentración en las actividades de su vida cotidiana con abandono de hábitos de autocuidado.

En cuanto a la esfera alimentaria presentaba conducta restrictiva en la ingesta (comía una vez al día, poca cantidad, y bebía tres litros de agua como mecanismo de saciación). Su índice de masa corporal era 17,76. Su aspecto físico era delgado y pálido. Expresaba sentimientos de culpa después de comer. Utilizaba laxantes y realizaba actividad física excesiva. Importante distorsión de la imagen corporal, rechazo a su autoimagen (evita mirarse al espejo), sentimientos de infravaloración, tedio vital y retraimiento emocional. Dificultad en las relaciones interpersonales, sus relaciones se restringen al entorno familiar, con marcada susceptibilidad interpersonal. Se mostró colaborador aunque llamó la atención su indiferencia afectiva y escasa sintonía emocional en su discurso. No ideación autolítica estructurada. No ideación heteroagresiva. No alteraciones conductuales. Juicio de realidad conservado.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

El proceso de evaluación psicológica fue realizado a través de la entrevista clínica, y se le administraron las siguientes pruebas psicométricas cuyos resultados se exponen a continuación:

- Inventario de depresión de Beck (BDI): 41 depresión severa
- Escala de ansiedad de Hamilton (HARS): 21 nivel moderado de ansiedad
- Escala de autoestima de Rosenberg (EAR): 22, PC: 25, indicativo de baja autoestima
- Cuestionario de Actitudes hacia la comida (EAT-40): 84 puntuación compatible con Anorexia Nerviosa.
- Test de investigación en Bulimia de Edimburgo (BITE): 25 patrón alterado de comportamiento alimentario y presencia de bulimia.
- Cuestionario de la forma corporal (BSQ): 117 indicativo de alto nivel de ansiedad e insatisfacción con el cuerpo.

COMORBILIDAD TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS DISFUNCIONALES DE PERSONALIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

JUICIO CLÍNICO

Trastorno de la conducta alimentaria (F50, CIE-10) tipo restrictivo comórbido con rasgos esquizoides de la personalidad.

Se realiza diagnóstico diferencial y se descartan ideas de carácter delirante.

Dada la sintomatología que presentaba, la acentuación del malestar anímico y teniendo en cuenta los antecedentes personales, se procede a iniciar tratamiento psicoterapéutico intensivo.

Tratamiento psicoterapéutico

El tratamiento recibido fue combinado: psicofarmacológico y psicológico.

Tratamiento psicofarmacológico

- Sertralina 50 mg 1-0-0
- Quetiapina 100 ½-0-0
- Alprazolam 0´5 mg 1-0-1

Tratamiento psicológico

Se establece un abordaje psicológico cuyos objetivos fueron:

- Establecer un vínculo y compromiso terapéutico
- Dar significado psicobiográfico al síntoma.
- Comprender y mejorar las conductas y actitudes disfuncionales relacionadas con su trastorno alimentario
- Modificar esquemas cognitivos que mantienen y refuerzan las conductas relacionadas con la alteración alimentaria
- Mejorar la sintomatología secundaria asociada: ansiedad y depresión
- Tomar consciencia de los conflictos psicológicos a nivel relacional, familiar y personal y de los mecanismos disfuncionales de afrontamiento
- Acordar un objetivo de peso compatible con la vida

COMORBILIDAD TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS DISFUNCIONALES DE PERSONALIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

A medio plazo

- Romper el aislamiento, mejorar el nivel de actividad y crear espacios de contacto social
- Recuperación del déficit funcional y ocupacional
- Mejora del deterioro familiar, social y ocupacional
- Mejorar la calidad de vida

Las intervenciones realizadas fueron: psicoterapia individual para trabajar los síntomas y las variables mantenedoras, y psicoterapia grupal para la toma de consciencia de los conflictos a nivel relacional, personal y familiar, trabajando mecanismos de defensa y estilos de afrontamiento.

Se programaron también intervenciones familiares con la cuales se logró un acercamiento a la red de apoyo natural y una mejora en la convivencia con familia de origen.

Se mantuvieron coordinaciones frecuentes con el servicio de Endocrinología.

CONCLUSIONES

En el curso del tratamiento, en primer lugar, se abordó la modificación de la ingesta con aumento progresivo de las cantidades, introducción hábitos saludables y reducción de las conductas purgativas.

Posteriormente, se comenzó a dar significado al síntoma, como el abandono y el aislamiento es una defensa ante sus dificultades para afrontar la vida. Se trabajó con él la importancia de una gestión emocional adecuada, de darse un espacio para sí mismo, de cuidarse y escuchar lo que necesita.

La evolución fue favorable en cuanto a la sintomatología ansiosa-depresiva secundaria asociada y en cuanto a la normalización del patrón alimentario.

Sin embargo, se trata de un caso con cierto grado de cronicidad y donde los rasgos disfuncionales de personalidad tienen un papel relevante, por lo que requiere atención y seguimiento continuado, siendo de especial importancia el abordaje interdisciplinar.

COMORBILIDAD TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS DISFUNCIONALES DE PERSONALIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. 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. [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alum_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alum_compl_(4_jun).pdf)
2. Guideline watch (august 2012): practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition. Washington (DC): American Psychiatric Association (APA); 2012. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders-watch.pdf
3. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, Touyz S, Ward W; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2014; 48:977-1008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25351912>
4. Morandé Lavin, G., Graell Berna, M., & Blanco Fernández, M. A. (2014). Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad: un enfoque integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
5. World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Switzerland: World Health Organization