



# MESA 03

## DIAGNÓSTICO DUAL

# COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

**REYES MOLINER ALBERO.**

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA. PSICÓLOGA CLÍNICA-COORDINADORA CENTRO PREVI. VALENCIA.

En los últimos años, los trastornos de la conducta alimentaria están recibiendo una atención creciente desde distintas disciplinas científicas. Una de las líneas de investigación en este campo trata de estudiar los factores implicados en la adquisición y mantenimiento de las alteraciones del comportamiento alimentario. Actualmente el abordaje de este estudio se realiza desde un enfoque biosocial que propone una etiología multifactorial y contempla factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí para conformar una determinada psicopatología. Dentro del estudio de los factores psicológicos, uno de los aspectos que más atención está recibiendo es la personalidad. Con respecto a la relación entre la personalidad y los síndromes clínicos, se han realizado diversas propuestas. Algunos modelos proponen una causa común, otros consideran a la patología de personalidad como un factor de predisposición o vulnerabilidad para padecer ciertos síndromes clínicos, y otros consideran a algunos trastornos de personalidad como una exacerbación y complicación de determinados síndromes clínicos (Klein et al. 1993). Estas perspectivas teóricas sólo pueden proporcionar resultados concluyentes mediante estudios longitudinales. Los resultados de estos estudios permitirán establecer diferencias en cuanto al pronóstico, así como diseñar estrategias de tratamiento distintas en función de las características de personalidad implicadas.

En el tema de los trastornos alimentarios (en adelante

TCA) los resultados obtenidos hasta el momento reflejan una relación importante entre los trastornos de la conducta alimentaria y patrones de personalidad disfuncionales. Los estudios de comorbilidad ofrecen tasas elevadas de entre el 50 y el 90% entre ambos tipos de trastornos (p.ej., Cassin & von Ranson, 2005, Bulik et al, 2003; Karwautz, Troop, Rabe-Hesketh, Collier, y Treasure, 2003; Wonderlich, 1995). Estas altas prevalencias se encuentran también en estudios realizados con población española (Díaz-Marsá, Carrasco y Sáiz, 2000; Gargallo, Fernández y Raich, 2003; Echeburúa & Marañón, 2001; Echeburúa, Marañón y Grijalvo, 2002; Marañón, Echeburúa & Grijalvo, 2004; García-Palacios, A., Rivero, I y Botella, C., 2004; Marañón, Echeburúa y Grijalvo, 2007; Martín, Cangas, Pozo, Martínez y López, 2009).

Dicha comorbilidad ha llevado a los investigadores a estudiar cuál es la naturaleza de esa relación. Los trabajos en esta línea se han incrementado en los últimos años, pero se observa una gran heterogeneidad en los resultados, existiendo incluso estudios con resultados contradictorios. Además, los Trastornos de personalidad son más frecuentes en los TCA, si los comparamos con otros diagnósticos en el Eje I (Grilo, Sanislow, Skodol et al., 2003; Marañón, Echeburúa y Grijalvo, 2007).

De entrada, los TCA, se definen por alteraciones importantes de las conductas relacionadas con la ingesta, consecuencia de los dramáticos esfuerzos

por controlar el peso y la silueta. Esto es debido, en parte, a que actualmente en nuestra sociedad existe una enorme preocupación acerca del cuerpo y de la delgadez sobre todo en las mujeres. La influencia sociocultural acerca del culto al cuerpo y la presencia de estándares ideales de delgadez favorece la aparición o incidencia tanto de la anorexia nerviosa como de la bulimia nerviosa en adolescentes principalmente, y cada vez en niñas más jóvenes. En cuanto a datos generales de prevalencia, en un estudio llevado a cabo en España (Peláez et al., 2007), se encontró una prevalencia de TCA del 5.34% en mujeres y de 0.64% en hombres. Si atendemos a estos datos, se ha producido un incremento de dos a cinco veces a lo largo de las tres últimas décadas.

Los tipos más comunes de trastornos de la conducta alimentaria que aparecen tanto en adolescentes como en adultos son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad, aunque ésta última se considera una condición médica.

Los trastornos alimentarios parecen estar influidos por múltiples factores y es necesario abordarlos desde una perspectiva multidimensional. Su historia viene marcada por una evolución desde un énfasis en los factores biológicos, pasando por un reconocimiento de los factores psicológicos y más recientemente de los factores sociales y culturales que parecen tener un papel fundamental en estos trastornos. Hablaríamos pues, de un enfoque biopsicosocial (Toro y Vilardell, 1989, Toro, 2009).

La anorexia nerviosa fue el primero de los TCA en ser identificado, con criterios diagnósticos específicos, desarrollados en los años 70. En 1979, se describió la bulimia nerviosa. La existencia de trastornos de la conducta alimentaria no especificados, se estableció a lo largo de la década de los 80. Las características esenciales de la anorexia nerviosa son un rechazo a mantener el peso por encima del valor mínimo normal para su edad y talla, miedo intenso respecto a la ganancia de peso y una distorsión en la percepción de la propia imagen corporal. Es un deseo irrefrenable de perder peso que puede alcanzar dimensiones delirantes y que perturba gravemente el resto de áreas de la vida de la persona. El estar delgada es una idea sobrevalorada que se refleja en su comportamiento (Ibañez y Barreto, 1985).

Respecto a la relación entre este trastorno y algunas características de personalidad, se señala que los pacientes que presentan anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgativo poseen más probabilidades de presentar dificultades en el control de los impulsos, abuso de alcohol o drogas, mayor labilidad emocional, mayor frecuencia de intentos de suicidio y padecer alteraciones de la personalidad como por ejemplo el trastorno límite de la personalidad (APA, 2000).

En nuestro país, en uno de los estudios más recientes, se encontró una prevalencia del 0.33% (Peláez et al., 2007). En cuanto a la comorbilidad, los TCA no suelen apa-



recer de forma aislada, sino que frecuentemente se asocian a otras patologías. Los diagnósticos más comunes son: depresión, trastornos de ansiedad, alteración de la personalidad y abuso de sustancias (Mateo y Solano, 1999).

Respecto a la comorbilidad con el eje II existe evidencia en cuanto a la relación entre anorexia nerviosa y el cluster C de los trastornos de personalidad (Thornton y Russell, 1997; Wonderlich, Swift, Slotnick and Goodman 1990). Otros estudios sugieren que las características de este grupo de individuos presentan un estilo o patrón caracteriológico duradero presente antes del trastorno de alimentación y que posiblemente contribuye al desarrollo y mantenimiento del problema. Por lo que a la bulimia se refiere, en ese trastorno se dan tres características necesarias para identificarlo (Fairburn y Garner, 1988): una pérdida de control con respecto a la ingesta o impulso a comer, que les llevan a presentar atracones; conductas de control de peso (vómitos, toma de laxantes) y una preocupación por la figura y el peso corporal son la principales características. En España se estima una prevalencia para mujeres en el 2.29% y en el 0.16% para hombres. (Peláez et al., 2007).

En cuanto a la comorbilidad, en cuanto a los estudios sobre abuso de sustancias, p.ej., Goebel, Scheibe, Grahling y Striegel-Moore, (1995), parece existir una gran relación entre la conductas bulímicas (atracones y purgas) y el abuso de sustancias, que se observa en bulímicas o anoréxicas de subtipo purgativo. La comorbilidad con la anorexia tipo restrictivo es mucho menor (Braun et al., 1994; Wonderlich y Mitchell, 1997). Existe comorbilidad entre la bulimia y el cluster B de los trastornos de personalidad, aunque los datos son heterogéneos e incluso contradictorios.

Mencionar también que con la aparición del DSM-V (prevista para el 2013), el equipo de trabajo que está



revisando los TCA, ya ha realizado algunas propuestas por lo que a algunos criterios diagnósticos y subtipos se refiere (p.ej. en el caso de la anorexia nerviosa, se plantea la supresión del criterio de la amenorrea, en la medida que hay pacientes que presentan todos los síntomas y signos de la anorexia nerviosa, pero que tienen actividad menstrual (Attia y Roberto, 2009). Quien esté interesado en dichas propuestas puede consultar la página web del APA <http://www.dsm5.org>. Finalmente, estudios recientes indican que para un porcentaje importante de pacientes (casi el 60%) con un trastorno de la conducta alimentaria, no se cumplen todos los criterios diagnósticos, tanto para la anorexia como la bulimia nerviosas (Fairburn & Bohn, 2005; Wade, Crosby & Martin, 2006). De hecho, muchos encajan en el diagnóstico de un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (en adelante TCANE).

Fairburn también avanza en su análisis y afirma “lo más impactante acerca de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el TCANE no es lo que los distingue, sino lo similares que son” (Fairburn, 2008). Este prestigioso investigador señala que sería mejor categorizar la psicopatología de los trastornos alimentarios en com-

## LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS PARECEN ESTAR INFLUIDOS POR MÚLTIPLES FACTORES Y ES NECESARIO ABORDARLOS DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIDIMENSIONAL



ponentes generales (la sobrevaloración de la silueta y el peso y del control. Hábitos alimentarios desadaptativos: conductas para el control del peso)- y específicos (serían los que comparten con otros trastornos como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, autolesiones o rasgos de personalidad patológicos entre los que Fairburn destaca el perfeccionismo y la baja autoestima. En este sentido una de sus características fundamentales es la migración de un diagnóstico a otro. Por ejemplo, la anorexia tiene una edad de inicio en la adolescencia que, en la mitad de los casos suele derivar en una bulimia nerviosa. La bulimia nerviosa empieza de forma más tardía, pero en alrededor de un 25% de estos pacientes cumplen en algún momento criterios de anorexia nerviosa. Es cierto que en algunos casos se mantienen en un diagnóstico, pero en la mayoría de los casos se produce esta migración que no es aleatoria, suele comenzar con episodios de restricción y control que derivan en pérdida de control que se traduce en atracones y purgas.

Antes de hablar de la comorbilidad entre los TCA y los Trastornos de Personalidad (en adelante TPe), nombraremos los TPe como actualmente los recoge la última versión del DSM (DSM-IV-TR, APA, 2000). De entrada las características que definen un Trastorno de Personalidad son un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y que se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes: cogniciones, afectividad, actividad interpersonal, y control de los impulsos. Dicho patrón persistente es inflexible, y se manifiesta en diferentes situaciones (personales y sociales), provoca un malestar clínicamente significativo y un deterioro a nivel social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo; es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta. Dicho patrón, no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental, ni tampoco es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal) (APA, 2000).

El sistema de clasificación actual adopta un enfoque categorial prototípico. y se describen cada uno de los trastornos específicos agrupándolos en tres grandes grupos o clusters donde se incluyen los distintos TPe: Cluster A (denominados extraños-excéntricos): TPe paranoide, esquizoide y esquizotípico Cluster B (llamados teatrales-emotivos): TPe antisocial, límite, histriónico y narcisista. Y Cluster C (conocidos por ansiosos-temerosos): TPe evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.

Por lo que respecta a la relación entre los TCA y los TP, la determinación genética, junto a otros factores (como indicábamos con anterioridad), unos predisponentes, y otros precipitantes, parecen actuar sobre el área de la personalidad. En este sentido, se apunta por un lado



## **PARECE EXISTIR UNA GRAN RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTAS BULÍMICAS (ATRACÓN Y PURGAS) Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS, QUE SE OBSERVA EN BULÍMICAS O ANORÉXICAS DE SUBTIPO PURGATIVO. LA COMORBILIDAD CON LA ANOREXIA TIPO RESTRICTIVO ES MUCHO MENOR**

al exceso de control afectivo, conductual y cognitivo expresados a través de una mayor autodisciplina, que caracteriza a las pacientes restrictivas en comparación con las bulímicas que presentan mayor labilidad social y posibilidad de apertura a experiencias nuevas (Kirszman y Salguero, 2002). Por otra parte, también se apunta al Factor Neuroticismo, entendido, cuando es elevado, como alta inestabilidad o susceptibilidad emocional, y una actitud negativa depresiva, ante uno mismo y su entorno. Así, hay estudios que apuntan a que un alto neuroticismo, aumenta más de tres veces el riesgo de TCA (Cervera et al., 2003).

Por otra parte, la relación de la impulsividad con la Bulimia Nerviosa es evidente (Fischer et al., 2003). Se trata, de que la impulsividad es un rasgo temperamental estrechamente relacionados con otros de naturaleza muy semejante, por ejemplo, búsqueda de sensaciones, implicado en el desarrollo de conductas de riesgo. La obsesividad, se presenta también estrechamente asociada a los TCA, especialmente a la AN. En torno al 20% de los paciente con TCA son diagnosticados de Trastorno de la personalidad Obsesivo-compulsivo (Marañón, Echeburúa y Grijalvo, 2004). En una muestra de pacientes con TCA los Trastornos más frecuentes fueron el Trastorno obsesivo compulsivo, el Trastorno límite de la personalidad y el Trastorno de la personalidad por evitación, pero sin embargo no existían diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de TCA. Se estableció además que más de la mitad de sujetos del estudio (55%) tenían un trastorno de la personalidad. Se observaba, no obstante que en el caso de la anorexia nerviosa, subtipo restrictivo, anorexia nerviosa, subtipo purgativo y bulimia nerviosa, subtipo purgativo, el diagnóstico que se establecía con mayor frecuencia era el Cluster C, y en el caso del TCANE, el más común era el Cluster B (Marañón, Echeburúa y Grijalvo, 2007). Respecto a las diferencias encontradas

en los perfiles de los distintos subgrupos de TCA, los resultados son contradictorios. En unos parece que los perfiles son diferentes, así, las pacientes con BN puntúan más alto en la escala límite (Torres et al., 2008), y otros encuentran elevaciones clínicamente significativas en las escalas del MCMI-II en mujeres con bulimia nerviosa (Del Río et al., 2002). Otros en cambio, no encuentran perfiles específicos para cada grupo de TCA (Wiederman y Pryor, 1997; Torres et al., 2003; Torres et al., 2008).

Entendemos que a tenor de estos resultados, las implicaciones, sobretodo desde el punto de vista terapéutico son importantes. Así, de darse dicha comorbilidad entre los TCA y los TPe, debemos contar con recursos y dispositivos asistenciales destinados ,no sólo a la intervención en la patología alimentaria, sino al abordaje del funcionamiento desadaptativo de los pacientes desde el punto de vista de la personalidad (en algunos casos, por ejemplo , la presencia de atracones, puede llevar al diagnóstico de un TCA, pero el paciente, recurre a ellos, como una conducta de carácter impulsivo más de las que realiza el paciente con el objetivo de manejar el malestar emocional, y que puede estar acompañada de otras, como autolesiones, promiscuidad sexual, consumo de drogas, etc. (Linehan, 1993; García-Palacios, 2004).

En los diferentes dispositivos PREVI (Hospital de día y Centro de Atención Continuada) se está aplicando en la actualidad, tanto a nivel de terapia individual como grupal (entrenamiento en habilidades de mindfulness, regulación emocional, tolerancia la malestar y eficacia interpersonal), el tratamiento de la Terapia Dialéctico Comportamental, para pacientes fundamentalmente con Trastorno Límite de la Personalidad, que en muchos casos presentan además algún subtipo de patología alimentaria. Dicho enfoque terapéutico está produciendo resultados alentadores por lo que a la mejoría de la sintomatología, tanto alimentaria como de personalidad se refiere (Navarro, M. 2011). ■