

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**Máster de Psicología General Sanitaria**

**Curso Académico 2021-2022**

**ANÁLISIS DIFERENCIAL DE DOS ESTUDIOS DE CASO: TRASTORNO  
POR ATRACÓN Y TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL**

**Trabajo empírico: Estudio de caso**

**Natalia Martínez Rodríguez**

**Oviedo, enero 2022**

## **DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD**

D./Dña. Natalia Martínez Rodríguez con DNI                      como alumna del  
Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad de Oviedo,  
DECLARO que el Trabajo Fin de Máster titulado “ANÁLISIS DIFERENCIAL DE  
DOS ESTUDIOS DE CASO: TRASTORNO POR ATRACÓN Y TRASTORNO  
POR CONSUMO DE ALCOHOL” es de mi autoría, es original y las fuentes  
bibliográficas utilizadas han sido debidamente citadas.

En Oviedo, a 10 de enero de 2022.

## Resumen

**Antecedentes:** El trastorno por atracón (TpA) se ha relacionado con el Trastorno por consumo de alcohol y el presente estudio tiene el objetivo de comparar variables transdiagnósticas en ambas alteraciones para conocer sus comunalidades y aspectos diferenciales. **Método:** Se realiza el análisis de dos casos clínicos, uno de cada trastorno, en los que se evalúa personalidad, alteraciones alimentarias, impulsividad y regulación emocional. Se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV), el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3), el Test de Stroop, la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). **Resultados:** Los resultados concuerdan en el funcionamiento similar de las variables evaluadas, encontrando diferencias puntuales. **Conclusiones:** Ambos casos tienen en común el trastorno evitativo, rasgos dependientes, ansiedad generalizada, desconfianza y problemas interpersonales, perfeccionismo, desajuste psicológico general, buena atención y claridad de sus emociones y dificultades en la aceptación de estas. Difieren en el trastorno compulsivo, elevada impulsividad e interferencia y descontrol de sus emociones por parte del Caso 1 y el trastorno negativista y rasgos paranoides en el Caso 2.

*Palabras clave:* Atracón, Alcohol, Impulsividad, Personalidad, Regulación Emocional.

## Abstract

**Background:** Binge eating disorder is related to Alcohol use disorders, therefore the aim of this research is to compare transdiagnostic variables in both alterations in order to know its similarities and differences. **Method:** The analysis of two clinical cases is carried out, one of each disorder, in which impulsivity, emotional regulation, personality and eating behaviors are evaluated. The Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV (MCMI-IV), the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3), the Stroop Test, the Barratt Impulsivity Scale-11 (BIS-11) and the Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS) were applied. **Results:** The results agree on the similar functioning in the variables evaluated, by finding specific differences. **Conclusions:** Both cases show high scores on avoidant and dependent personality and the presence of anxiety, mistrust and interpersonal problems, perfectionism, a general psychological imbalance, good attention and clarity of their emotions and difficulties in accepting them. They differ in compulsive disorder, high impulsivity and interference and lack of control of their emotions in Case 1 and oppositional and paranoid disorder in Case 2.

*Key words:* Binge, Alcohol, Impulsivity, Personality, Emotional Regulation.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos por uso de sustancias (TUS) forman parte de las alteraciones más comunes de la sociedad actual (Bahji et al., 2019). Los principales TCA son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TpA). Este último es reconocido como entidad clínica, por primera vez, en el DSM-5, según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2013). Sus criterios diagnósticos están incluidos en el Anexo 1, pero cabe destacar que, aunque este manual caracteriza al atracón por una ingesta objetivamente elevada de comida, algunos autores marcan la posibilidad de la existencia de atracones subjetivos, aunque la cantidad de alimentos consumidos sea en realidad baja. Aun así, la característica clave sería la cantidad de comida consumida y no el tipo, pudiendo incluir una gran diversidad de alimentos (Castellini et al., 2012). Esto conlleva una alimentación sin control, esencialmente basada en grasas y carbohidratos. Es similar a un comportamiento adictivo, marcado por una experiencia subjetiva de un intenso deseo de comer, conocido en la literatura como *craving* y falta de autocontrol (de Sola et al., 2013).

La remisión tras su tratamiento es menor que en los otros TCA y su presencia en mujeres adultas es el doble que en hombres (APA, 2013). Además, los estudios epidemiológicos apuntan que esta prevalencia es superior en individuos con un elevado Índice de masa corporal (IMC) y candidatos para cirugía bariátrica (Davis, 2015). Este trastorno ha mostrado una alta comorbilidad con muchos otros problemas de salud mental, como la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias psicoactiva, especialmente el alcohol, que es la más consumida por los pacientes con atracones (Azevedo et al., 2021).

Los TCA y los TUS tiene muchos factores en común y son abundantes los estudios que parecen haber encontrado una alta comorbilidad entre ellos. Por ejemplo, se aprecia una relación significativa entre la variable “utilizar algún tipo de droga como supresora del apetito” y estar en riesgo de padecer un TCA (Pons et al., 2012). El Centro de Adicción y Abuso de Sustancias de la Universidad de Columbia (CASA, 2003) menciona una prevalencia de abuso de drogas en torno al 35-50% en las personas que sufren trastornos de la alimentación, en comparación con el 9% de la población general. El trastorno por consumo de alcohol parece ser más común en personas con TpA que en aquellas que no lo tienen (Bogusz et al., 2021), con un 23,7% de

diagnósticos comórbidos y muchas semejanzas en ambos cuadros (Bahji et al., 2019). Además, también se ha encontrado una mayor probabilidad de consumir grandes cantidades de bebida (*binge*) en mujeres en riesgo de padecer TCA (Escandón y Garrido-Rubilar, 2021).

Una conducta adictiva se encuentra controlada por reforzadores positivos, como el placer, desencadenando un hábito a largo plazo por el control de reforzadores negativos, como el alivio de la tensión emocional. Según esto, cualquier conducta placentera podría ser susceptible de convertirse en adictiva (Echeburúa y de Corral, 1994), por lo que el atracón y el abuso de alcohol podrían ser conductas reforzadas de forma negativa y positivas (Trojanowski et al., 2019). Sin embargo, esta relación no es únicamente emocional, si no que actúan en ella múltiples factores, como los sociodemográficos, genéticos y ambientales (Azevedo et al., 2021).

Muchas de las hipótesis explicativas que recurren a los sustratos neuronales para buscar un origen común a los TpA y TUS manifiestan que el área tegmental ventral y el núcleo accumbens juegan un importante papel. Estas son zonas encargadas del procesamiento de recompensa y el mantenimiento de las adicciones (Treasure et al., 2018). La activación en respuesta a las señales alimentarias se asemeja a la respuesta a la droga en personas con trastornos por sustancias. Tanto la comida como el alcohol provoca una activación directa de los sistemas de recompensa, formando un mecanismo neurobiológico común (Bogusz et al., 2021). En esta línea, los modelos de condicionamiento en los atracones proponen que las señales de comida son los estímulos condicionados, e incrementan el deseo por comer (respuesta condicionada) (Lee et al., 2017).

La conducta impulsiva parece estar presente, como causa o consecuencia, en el consumo de alcohol y los atracones. Consiste en la predisposición para tener reacciones rápidas y no planificadas a estímulos internos o externos, sin tener en cuenta las consecuencias negativas que tenga (Moelle et al., 2001). Complica la abstinencia y se ve influida y aumentada por el propio consumo, por los efectos directos o por su uso prolongado (Weidberg, 2015). Se divide en diversos factores, entre los cuales se encuentra la desinhibición conductual, implicada activamente en los trastornos de abuso de sustancias y alimentarios (Verdejo-García et al., 2008).

La impulsividad se asocia con la urgencia negativa, que es la tendencia a comportarse precipitadamente cuando se está angustiado, y la urgencia positiva, lo cual implica actuar impulsivamente cuando se experimentan emociones positivas. Según el modelo de regulación de las emociones, ambos tipos de urgencias pueden desembocar en atracones, pues cualquier emoción intensa, requiere la necesidad de una hábil regulación emocional y, de no tenerla, pueden utilizar estas acciones como vía de escape (Kenny et al., 2019). Esta tendencia a la impulsividad o a la experimentación de emociones intensas se ha encontrado también por parte de consumidores de alcohol, aumentando la posibilidad de que experimenten conductas precipitadas, como podrían ser los atracones (Azevedo et al, 2021).

La regulación emocional consta de todos los procesos por los cuales los individuos intentan influir en las emociones que sienten, modificando qué, cómo y cuándo las experimenta. Pueden ser automáticas o controladas, conscientes o inconscientes, y actuar en distintos momentos del procesamiento emocional. Algunas de estas estrategia son la evitación, la rumiación y la aceptación (Marino et al., 2014).

Muchas personas con abuso de sustancias tienen una baja claridad y consciencia de lo que están sintiendo, un miedo general a las emociones y parecen emplear estrategias evitativas de regulación emocional (Hervás y Jódar, 2008). Además, los estados de ánimo negativos y las dificultades de regulación emocional son factores que suelen preceder a los episodios de atracón (Burton y Abbott, 2019).

Por lo tanto, ambos trastornos pueden desarrollarse por dificultades en estas áreas y, en el caso de que la persona no tenga unas buenas herramientas adaptativas, pueden utilizar los atracones o el consumo como escape (Kenny et al., 2019). Sin embargo, a pesar de estas similitudes, sigue sin conocerse exactamente el solapamiento existente entre estas dos categorías diagnósticas (APA, 2013). Esto ha provocado que exista, en la actualidad, un gran debate sobre la presencia de la “adicción a la comida”, defendiéndose diferentes posturas, como que se trata de un subtipo del TpA (Hebebrand y Gearhardt, 2021). Algunos autores incluso afirman que ambos problemas serían dos grupos de un mismo trastorno, con la impulsividad o los problemas en la regulación emocional como rasgo transdiagnóstico principal (Treasure et al., 2018). Hasta la actualidad hay muy poca evidencia que indique que los seres humanos pueden

desarrollar una adicción a la comida o que esta se pueda categorizar como un TUS, y se necesita mayor investigación en este campo para descubrir diferencias biológicas, fisiológicas y psicológicas (Hebebrand, et al., 2014).

Por lo tanto, el *craving*, la pérdida de control, el síndrome de abstinencia, los problemas de regulación emocional, la tolerancia, las altas tasas de recaídas, los intentos fallidos de finalizar el consumo o atracón, la alta sensibilidad a la recompensa y los déficits en la toma de decisiones son constructos comunes a ambas entidades clínicas (Schulte et al., 2016). Sin embargo, estas variables transdiagnósticas no son suficientes para comprobar la relación de ambos trastornos, pues también son numerosos los estudios que muestran lagunas en este vínculo, habiendo un escaso conocimiento de las posibles causas y consecuencias de la correlación entre el Trastorno de Consumo de Alcohol y el de Atracón (Azevedo et al., 2021).

Por consiguiente, la importancia de este tema radica en la necesidad de establecer unas similitudes y diferencias claras entre los factores comunes de los trastornos para lograr un mejor diseño de tratamiento. Así mismo, la prevención es otro pilar fundamental, pues ver en qué cosas difieren puede ayudar en la evolución y complicación del cuadro. Es decir, que un TUS no derive también en un TCA y viceversa. Ambas entidades diagnósticas son factores que complican la evaluación, diagnóstico y manejo del otro trastorno (Pons et al., 2012).

El objetivo general de este estudio es comparar dos casos clínicos, uno de trastorno por atracón y otro de trastorno por consumo de alcohol, para evaluar variables transdiagnósticas, que permitan conocer similitudes y diferencias en ambos casos. Los objetivos específicos del estudio son: 1. Estudiar diferencia entre la personalidad de un caso con Trastorno por atracón y otro con Trastorno por consumo de alcohol 2. Analizar la relación de los problemas alimentarios de un Trastorno por atracón y un Trastorno por consumo de alcohol 3. Comparar la impulsividad autoinformada y conductual, de un caso con Trastorno por atracón con otro con Trastorno por consumo de alcohol y 4. Evaluar las habilidades de regulación emocional de un caso con Trastorno por atracón y otro con Trastorno por consumo de alcohol.

## Método

### Diseño

Estudio comparativo de dos casos clínicos.

### Muestra

Se reclutó a dos pacientes del Centro de Salud Mental de La Corredoria (Área sanitaria IV del Principado de Asturias), ambas mujeres, de 28 y 36 años, respectivamente, una con diagnóstico de trastorno por atracón y otra con trastorno por consumo de alcohol.

### VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

En la investigación se han utilizado los instrumentos recogidos en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

*Variables e instrumentos de la evaluación.*

<b>Variables transdiagnósticas</b>	<b>Instrumento</b>
Personalidad	Inventario Clínico Multiaxial de Millon, edición IV (MCMII-IV; Millon et al., 2015)
Problemas alimentarios	Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3; Garner, 2004)
Impulsividad	Test de Colores y Palabras de Stroop (Golden, 2007) Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11; Oquendo et al., 2001)
Regulación emocional	Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004)

*Inventario Clínico Multiaxial de Millon, edición IV (MCMI-IV; Millon et al., 2015).* Instrumento autoinformado diseñado para evaluar la personalidad y la psicopatología de los adultos. Sigue las escalas fundamentadas en la teoría evolutiva de la personalidad del propio autor, en consonancia con los trastornos de la personalidad incluidos en el DSM-5 y CIE-10, y los síndromes clínicos más relevantes. Las escalas evaluadas por el cuestionario se encuentran en el Anexo 2 del trabajo. Está baremado en población española y la mayoría de las escalas tienen una sensibilidad inferior a 0,60, y una especificidad superior a 0,70. Respecto a su fiabilidad, el promedio de coeficientes de consistencia interna ( $>0,8$ ) y de estabilidad es excelente. Su aplicación oscila entre 25 y 30 minutos y es individualizada. Cada conducta se describe con 3 niveles de funcionamiento de la personalidad: estilo normal, tipo anormal o trastorno clínico (Mohammadi et al., 2021).

*Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3; Garner, 2004).* Cuestionario que evalúa los problemas alimentarios. Está adaptado al español por Elosua et al. (2010). Ofrece, además de puntuaciones objetivas y perfiles de gran utilidad para la planificación del tratamiento de personas con sospecha o diagnóstico de TCA. Consta de 91 ítems y está compuesto por 3 escalas de riesgo específicas de los TCA, Búsqueda de Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal, y 9 escalas psicológicas generales (Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Alienación Interpersonal, Déficit Interoceptivo, Desregulación Emocional, Perfeccionismo, Ascetismo y Miedo a Madurar). También proporciona 6 índices (Riesgo de TCA, Ineficacia, Problemas interpersonales, Problemas afectivos, Exceso de control y Desajuste Psicológico General) y 3 indicadores del estilo de respuesta del sujeto. Su aplicación es individual y dura entre 15 y 20 minutos, presentando seis posibles respuestas que van entre "siempre" y "nunca" (Elosua et al., 2010). Respecto a la baremación utilizada en los resultados, se compara el Caso 1 con la población clínica, dado que tiene diagnóstico de TCA, y el Caso 2 con la no clínica. Dentro de la muestra clínica, el grupo base son personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado (TCANE).

*Escala de Impulsividad de Barratt (BIS; Barratt, 1994)*. Prueba autoinformada en su 11ª versión (BIS-11) y adaptada al español (Oquendo et al., 2001). Consta de 30 ítems con respuesta tipo Likert (0-4) y su tiempo de administración es de aproximadamente 10 minutos. Consta de tres subescalas, para evaluar la impulsividad cognitiva, motora y no planeada. No existen puntos de corte para esta escala, aunque se ha propuesto la mediana según la valoración española de la distribución. Su fiabilidad y validez son adecuadas, la consistencia interna es elevada, alrededor de 0,8, y la fiabilidad test-retest tras dos meses es de 0,89. En la validación española, la proporción de concordancia entre el inglés y el castellano de 0,67-0,8 (Bobes et al., 2002).

*Test de Colores y Palabras de Stroop (Golden, 2007)*. Tarea conductual que permite medir la desinhibición conductual y el nivel de interferencia de los automatismos en una tarea, valorando la atención selectiva y del control inhibitorio. Es heteroaplicada y estructurado y aplicable de 7 a 80 años. El tiempo de administración es menor a 10 minutos y sus propiedades psicométricas indican que la fiabilidad de la prueba es muy consistente y está baremado en población española. El test consta de tres láminas, con cien palabras por cada una. El tiempo para cada una es de 45 segundos, obteniendo las puntuaciones directas y la interferencia estimada. Para calcular la medida de interferencia se debe hacer el cálculo de PC” (o PC estimada), de acuerdo con la fórmula  $PC'' = (P \times C) / (P + C)$ , siendo P la puntuación en la primera lámina, C la de la segunda y PC la de la tercera. Después, se haya la interferencia, restando PC a la PC” (Golden, 2007).

*Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004)*: mide varios aspectos de la regulación desadaptativa que aparecen en el transcurso del procesamiento emocional ante un evento. La versión española tiene 5 factores, “Descontrol emocional”, “Falta de aceptación emocional”, “Interferencia en conductas dirigidas a metas”, “Falta de conciencia emocional” y “Falta de claridad emocional” (Hervás y Jódar, 2008). La fiabilidad de las 5 subescalas es alta, entre 0,73 y 0,93, y tiene una adecuada validez predictiva y de criterio (Hervás y Jódar, 2008).

## **Procedimiento**

Ambas participantes fueron seleccionadas y evaluadas en el Centro de Salud Mental de La Corredoria en el que recibían tratamiento psicológico. La evaluación del Caso 1 fue realizada el 25 de noviembre de 2021 y la del Caso 2 el 3 de diciembre de 2021, ambas por la autora del TFM.

En primer lugar, la profesional especialista en Psicología Clínica de la Corredoria les solicitó su colaboración informada y voluntaria en el estudio y se programó una entrevista individual con cada una de las usuarias en el Centro de Salud Mental. Se les explicó el procedimiento y metodología que se seguiría y ambas otorgaron su consentimiento verbal.

Se aplicaron los instrumentos de evaluación en este orden - el cuestionario MCMI-IV (Millon et al., 2015), seguido del Test de Colores y Palabras de Stroop (Golden, 2007), el EDI-3 (Garner, 2004), el DERS (Gratz y Roemer, 2004) y, por último, el BIS-11 (Oquendo et al., 2001), con el objetivo de alternar los cuestionarios más largos con los cortos y potenciar la motivación y concentración de las participantes. Tras la evaluación, se analizaron los resultados de cada una de las pruebas y se realizó una comparativa de estos.

## **Resultados**

### **Caso 1**

Mujer de 28 años procedente de un pueblo cercano a la capital de más de 5000 personas, con estudios universitarios y un postgrado en economía. Vive con su pareja (sin estar casados). El motivo de consulta por el que acude en 2016 por primera vez al centro de salud mental es un estado ansioso depresivo reactivo a una situación familiar grave (refiere maltrato físico y psicológico por parte de su madre). En el pasado ha presentado Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva y Anorexia nerviosa. En la actualidad continua con los dos primeros diagnósticos y Trastorno por atracón. Refiere un incremento ponderal de su peso de 22kg en el último año y medio. Realiza atracones sin purga con sensación de pérdida de

control sobre la comida y verbaliza que ha disminuido su actividad fuera de casa por vergüenza a que la vean.

**Resultados del Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-IV).**

**Tabla 2.**

*Puntuaciones del cuestionario MCMI-IV del Caso 1.*

<b>PERSONALIDAD</b>	<b>PD</b>	<b>TB</b>	<b>Perfil de las tasas base</b>	
<b>Patrones clínicos de la personalidad</b>				
Esquizoide	1	14	73	Estilo
Evitativo	2A	19	92	Trastorno
Melancólico	2B	15	72	Estilo
Dependiente	3	17	89	Trastorno
Histriónico	4A	4	27	-
Tempestuoso	4B	3	18	-
Narcisista	5	0	0	-
Antisocial	6A	0	0	-
Sádico	6B	8	63	Estilo
Compulsivo	7	23	100	Trastorno
Negativista	8A	14	71	Estilo
Masoquista	8B	9	59	-
<b>Patología grave de la personalidad</b>				

Esquizotípico	S	12	61	Estilo
Límite	C	12	65	Estilo
Paranoide	P	8	63	Estilo

---

## PSICOPATOLOGÍA

---

### Síndromes clínicos

---

Ansiedad generalizada	A	13	85	Prominente
Síndromes somáticos	H	7	64	-
Espectro bipolar	N	9	69	-
Depresión persistente	D	13	63	-
Consumo de alcohol	B	0	0	-
Consumo de drogas	T	0	0	-
Estrés postraumático	R	2	24	-

### Síndromes clínicos graves

---

Espectro esquizofrénico	SS	11	64	-
Depresión mayor	CC	9	64	-
Delirante	PP	0	0	-

### FACETAS DE GROSSMAN

---

<b>Compulsivo</b>	<b>7</b>			
Excesivamente disciplinado	7.1	6	75	Interpretable
Cognitivamente constreñido	7.2	8	75	Interpretable

Autoimagen responsable	7.3	9	85	Interpretable
<b>Evitativo</b>	<b>2A</b>			
Interpers. aversivo	2A.1	5	75	Interpretable
Autoimagen alineada	2A.2	5	75	Interpretable
Contenido vejatorio	2A.3	7	90	Interpretable
<b>Dependiente</b>	<b>3</b>			
Expresivamente pueril	3.1	7	85	Interpretable
Interpers. sumiso	3.2	3	60	-
Autoimagen inepta	3.3	5	75	Interpretable

---

*Nota:* Puntuación directa (PD); Tasa base (TB)

Las puntuaciones de sinceridad, deseabilidad social y devaluación están todas en un punto medio, indicando que son adecuadas para la evaluación del cuestionario.

La participante 1 ha obtenido en las escalas de patrones clínicos de la personalidad resultados elevados en las escalas de Trastorno en evitativo, dependiente y compulsivo (puntuación Tasa base por encima de 85 en este último). Dentro de las puntuaciones de psicopatología de la Tabla 2, solo se obtiene puntuación elevada (síndrome clínico prominente) en la categoría de ansiedad generalizada.

Las facetas de Grossman con puntuaciones más altas y, por tanto, interpretables, son contenido vejatorio (en Evitativo), autoimagen responsable (en Compulsivo) y expresividad pueril (en Dependiente), por orden de relevancia. Además, queda en el límite las puntuaciones de expresivamente disciplinado, cognitivamente constreñido (Compulsivo), interpersonalmente aversivo, autoimagen alienada (Evitativo) y autoimagen inepta (Dependiente). La última puntuación correspondería a interpersonalidad sumisa (Dependiente).

**Resultados del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3).**

**Tabla 3.**

*Puntuaciones de las escalas del EDI- 3 del Caso 1.*

<b>Escalas</b>	<b>PD</b>	<b>Baremo población clínica</b>		
		<b>PT</b>	<b>I.C. (90%)</b>	<b>Pc</b>
<b>DT</b>	13	49	45-53	51
<b>B</b>	7	50	46-54	62
<b>BD</b>	19	50	47-53	55
<b>LSE</b>	10	49	44-54	45
<b>PA</b>	14	54	47-59	66
<b>II</b>	12	58	52-62	77
<b>IA</b>	15	59	51-63	80
<b>ID</b>	5	39	35-45	18
<b>ED</b>	8	49	43-55	53
<b>P</b>	16	59	51-63	80
<b>A</b>	4	41	37-49	24
<b>MF</b>	15	53	48-58	67

*Nota:* Obsesión por la delgadez (DT); Bulimia (B); Insatisfacción corporal (BD); Baja autoestima (LSE); Alineación personal (PA); Inseguridad interpersonal (II); Desconfianza interpersonal (IA); Déficits interoceptivos (ID); Desajuste emocional (ED); Perfeccionismo (P); Ascetismo (A); Miedo a la madurez (MF); Puntuación directa (PD); Puntuación típica (PT); Intervalo de confianza (I.C); Percentiles (Pc).

**Tabla 4.***Puntuaciones de los Índices con baremos de población clínica del Caso 1.*

<b>Índices</b>	<b>Suma PT</b>	<b>PT</b>	<b>I.C. (90%)</b>	<b>Pc</b>
<b>EDRC (DT+B+BD)</b>	149	50	47-53	49
<b>IC (LSE+PA)</b>	103	52	48-56	56
<b>IPC (II+IA)</b>	117	59	53-63	81
<b>APC (ID+ED)</b>	88	43	39-49	30
<b>OC (P+A)</b>	100	50	45-55	52
<b>GPMC (LSE+PA+II+IA+ID+ED+P+A+MF)</b>	408	43	40-46	28

*Nota:* Índice riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC); Índice de ineficacia (IC); Índice problemas interpersonales (IPC); Índice problemas afectivos (APC); Índice exceso de control (OC); Índice desajuste psicológico general (GPMC); Puntuación típica (PT); Intervalo de confianza (I.C.); Percentiles (Pc).

Las hojas de perfil de las puntuaciones de Percentiles y Puntuaciones típicas se adjuntan en el apartado de Anexos 3 y 4 del trabajo respectivamente. Se muestra en color violeta las puntuaciones respecto a los baremos de población no clínica y en azul los baremos de población con TCANE.

En primer lugar, si se observa en los Anexos 3 y 4 y las Tablas 3 y 4 las puntuaciones respecto al baremo de TCANE, los percentiles indican que se encuentran en un rango clínico elevado las escalas de Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal, Perfeccionismo, Problemas interpersonales y, en el límite, Miedo a la madurez. Y, en un rango clínico bajo, estarían las escalas de Déficit introceptivos y Ascetismo. Cabe destacar que todas las puntuaciones están muy por encima en caso de que se compare con la muestra no clínica de mujeres adultas.

Su puntuación en la Escala de inconsistencia (IN) es de 12 puntos un rango cualitativo de inconsistencia típica. La puntuación en la Escala de infrecuencia (IF) es de 0 y la puntuación en la Escala de impresión negativa (NI) es de 8 puntos, ambos dentro también del rango cualitativo típico.

***Resultados del Test de Colores y Palabras de Stroop.***

En sujetos de 16 a 45 años, como es el caso de la participante, la puntuación no tiene modificación por edad (Golden, 2007). Las puntuaciones en esta prueba se encuentran en la Tabla 5. En todas las láminas están próxima a la media y las PT cerca o igual a 50, sin llegar a alejarse de una DT en ninguna de las puntuaciones.

**Tabla 5.**

*Puntuación del Test de Colores y Palabras de Stroop del Caso 1.*

	<b>P (Lámina 1)</b>	<b>C (Lámina 2)</b>	<b>PC (Lámina 3)</b>	<b>INT</b>
<b>PD</b>	123	80	44	-4,47
<b>PT</b>	52	50	44	42
<b>Media</b>	119	79	50	2,71
<b>DT</b>	20	14	11	9,05

*Nota:* Lámina de palabras (P); Lámina de Colores (C); Lámina de Palabras-Colores (PC); Interferencia (INT); Puntuación directa (PD); Puntuación típica (PT); Desviación típica (DT).

***Resultados de la Escala de impulsividad de Barratt (BIS- 11).***

La Tabla 6 muestra las puntuaciones en las tres escalas, así como la total. La puntuación obtenida en Impulsividad cognitiva duplica a la mediana española, en motora supera el doble de la mediana y, respecto a la no planeada, obtiene 6 puntos más. La puntuación total es casi el doble de lo obtenido en la población española.

**Tabla 6.***Puntuación del BIS-11 del Caso 1.*

	<b>Puntuación Caso 1</b>	<b>Mediana (valoración española)</b>
<b>Impulsividad cognitiva</b>	19	9,5
<b>Impulsividad motora</b>	21	9,5
<b>Impulsividad no planeada</b>	20	14
<b>Puntuación total</b>	60	32,5

***Resultados de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).***

En esta escala la participante del Caso 1 obtuvo una PD Total de 94 puntos (9 en Atención-Desatención; 6 en Claridad-Confusión; 25 en Aceptación-Rechazo; 20 en Funcionamiento-Interferencia; 34 en Regulación-Descontrol). Las puntuaciones se muestran en la Tabla 7. Se encuentra 1,5 DT por encima en la escala de Aceptación y Rechazo, 2,5 DT por encima en Funcionamiento e Interferencia y Regulación y Descontrol. Respecto a la puntuación total, está 2 DT por encima.

**Tabla 7.***Puntuación del DERS del Caso 1.*

<b>Escala</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Media y DT</b>
Atención-Desatención	9	9,6 (3,4)
Claridad-Confusión	6	7,9 (3,1)
Aceptación-Rechazo	25	14,9 (6,5)
Funcionamiento-Interferencia	20	10,2 (3,9)
Regulación-Descontrol	34	16,5 (7,5)
Total	94	59,1 (17,5)

*Nota:* Desviación típica (DT).

## Caso 2

Mujer de 36 años, residente de la capital asturiana. Madre soltera y con estudios de bachillerato superior. Trabaja como teleoperadora. Su padre tenía problemas con el consumo de alcohol, aunque nunca recibió tratamiento. Tuvo una separación traumática de su expareja y padre de su hija. Tiene diagnóstico de Rasgos de personalidad disfuncionales y abuso de alcohol.

### *Resultados del Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-IV).*

**Tabla 8.**

*Puntuaciones del cuestionario MCMI-IV del Caso 2.*

PERSONALIDAD	PD	TB	Perfil de las tasas base	
<b>Patrones clínicos de la personalidad</b>				
Esquizoide	1	10	63	Estilo
Evitativo	2A	19	93	Trastorno
Melancólico	2B	14	69	Estilo
Dependiente	3	13	78	Tipo
Histriónico	4A	10	63	Estilo
Tempestuoso	4B	5	30	-
Narcisista	5	8	66	Estilo
Antisocial	6A	0	0	-
Sádico	6B	9	65	Estilo
Compulsivo	7	19	71	Estilo
Negativista	8A	20	85	Trastorno

Masoquista	8B	12	66	Estilo
<b>Patología grave de la personalidad</b>				
Esquizotípico	S	12	62	Estilo
Límite	C	11	65	Estilo
Paranoide	P	12	75	Tipo
<b>PSICOPATOLOGÍA</b>				
<b>Síndromes clínicos</b>				
Ansiedad Generalizada	A	9	75	Presente
Síndromes somáticos	H	8	68	-
Espectro bipolar	N	5	50	-
Depresión persistente	D	10	50	-
Consumo de alcohol	B	3	75	Presente
Consumo de drogas	T	0	0	-
Estrés Postraumático	R	12	73	-
<b>Síndromes clínicos graves</b>				
Espectro esquizofrénico	SS	9	60	-
Depresión mayor	CC	7	60	-
Delirante	PP	3	62	-
<b>FACETAS DE GROSSMAN</b>				
<b>Negativista</b>	<b>8A</b>			

Expresivamente resentido	8A.1	6	80	Interpretable
Autoimagen descontenta	8A.2	8	80	Interpretable
Temperamentalmente irritable	8A.3	6	75	Interpretable
<b>Evitativo</b>	<b>2A</b>			
Interpers. aversivo	2A.1	6	85	Interpretable
Autoimagen alineada	2A.2	2	30	-
Contenido vejatorio	2A.3	7	90	Interpretable
<b>Dependiente</b>	<b>3</b>			
Expresivamente pueril	3.1	6	75	Interpretable
Interpers. sumiso	3.2	5	85	Interpretable
Autoimagen inepta	3.3	7	90	Interpretable

*Nota:* Puntuación directa (PD); Tasa base (TB)

Todos los índices modificadores de validez (sinceridad, deseabilidad social y devaluación) tienen una puntuación media.

Dentro de las puntuaciones que aportan información acerca de la personalidad de la Tabla 8, se obtiene el nivel de Trastorno en la faceta Evitativa y Negativista. Por orden de puntuación, de mayor a menor, los siguientes serían Dependiente y Paranoide, ambos con una Tasa base de 75 o mayor, obteniendo un resultado de tipo. Respecto a la psicopatología, se obtiene puntuación igual de 75 en la Tasa base en Ansiedad generalizada y Consumo de alcohol.

Las facetas de Grossman interpretables son, por orden de importancia, el contenido vejatorio (Evitativo) y la autoimagen inepta (Dependiente), después interpersonalmente aversiva (Evitativo) e interpersonalmente sumisa (Dependiente) y, por último, expresivamente resentido y autoimagen descontenta (Negativista). Las

facetas de temperamentalmente irritable (Negativista) y expresivamente pueril (Dependiente) se encontrarían en el límite y son aceptadas también como interpretables con una puntuación de 75 cada una.

***Resultados del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3).***

**Tabla 9.**

*Puntuaciones de las escalas del EDI- 3 del Caso 2.*

Escalas	PD	Baremo población no clínica		
		PT	I.C. (90%)	Pc
<b>DT</b>	14	56	50-62	73
<b>B</b>	11	62	54-70	88
<b>BD</b>	25	59	54-64	81
<b>LSE</b>	10	59	51-67	83
<b>PA</b>	9	57	49-65	82
<b>II</b>	12	61	53-69	86
<b>IA</b>	16	74	64-84	98
<b>ID</b>	10	55	47-63	75
<b>ED</b>	9	58	49-67	80
<b>P</b>	18	73	62-84	97
<b>A</b>	6	53	43-63	72
<b>MF</b>	10	49	39-59	51

*Nota:* Obsesión por la delgadez (DT); Bulimia (B); Insatisfacción corporal (BD); Baja autoestima (LSE); Alineación personal (PA); Inseguridad interpersonal (II); Desconfianza interpersonal (IA); Déficits interoceptivos (ID); Desajuste emocional (ED); Perfeccionismo (P); Ascetismo (A); Miedo a la madurez (MF); Puntuación directa (PD); Puntuación típica (PT); Intervalo de confianza (I.C.); Percentiles (Pc).

**Tabla 10.***Puntuaciones de los Índices con baremos de población no clínica del Caso 2.*

<b>Índices</b>	<b>Suma PT</b>	<b>PT</b>	<b>I.C. (90%)</b>	<b>Pc</b>
<b>EDRC (DT+B+BD)</b>	177	61	56-66	82
<b>IC (LSE+PA)</b>	116	58	52-64	85
<b>IPC (II+IA)</b>	135	69	62-76	95
<b>APC (ID+ED)</b>	113	57	50-64	81
<b>OC (P+A)</b>	126	66	57-75	92
<b>GPMC</b> (LSE+PA+II+IA+ID+ED+P+A+MF)	539	64	60-68	90

*Nota:* Índice riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC); Índice de ineficacia (IC); Índice problemas interpersonales (IPC); Índice problemas afectivos (APC); Índice exceso de control (OC); Índice desajuste psicológico general (GPMC); Puntuación típica (PT); Intervalo de confianza (I.C); Percentiles (Pc).

Las hojas de perfil de las puntuaciones de Percentiles y Puntuaciones típicas se adjuntan en el apartado de Anexos 5 y 6 respectivamente, así como en las Tablas 9, 10, 18. Se muestra en color violeta las puntuaciones respecto a los baremos de población no clínica y en azul los baremos de población con TCANE.

La participante 2 obtiene unos resultados, comparados con la población no clínica, pertenecientes al rango clínico elevado, en todas las escalas e índices del cuestionario, exceptuando el Miedo a la madurez (rango típico). Superan el percentil 90, por orden, la Desconfianza interpersonal, el Perfeccionismo, los Problemas interpersonales, el Exceso de control y el Desajuste psicológico general. Estos resultados se observan en el Anexo 6 también, con las puntuaciones típicas. Si se tuviese en cuenta la baremación de población clínica con TCANE, como en el Caso 1, solo se obtiene percentiles con rango elevado en las escalas de Desconfianza interpersonal, Perfeccionismo y el índice de

Problemas interpersonales, estando todos los demás resultados en el rango clínico típico.

Su puntuación en la Escala de Inconsistencia (IN) es de 7 puntos, lo cual corresponde, tanto en población clínica como no clínica, a un rango cualitativo de inconsistencia típica. Además, la puntuación en la Escala de infrecuencia (IF) es de 1 y la puntuación en la Escala de impresión negativa (NI) es de 4 puntos, ambas dentro del rango cualitativo típico.

### ***Resultados del Test de Colores y Palabras de Stroop.***

**Tabla 11.**

*Puntuación del Test de Colores y Palabras de Stroop del Caso 2.*

	<b>P (Lámina 1)</b>	<b>C (Lámina 2)</b>	<b>PC (Lámina 3)</b>	<b>INT</b>
<b>PD</b>	110	73	55	11,12
<b>PT</b>	46	46	54	59
<b>Media</b>	119	79	50	2,71
<b>DT</b>	20	14	11	9,05

*Nota:* Lámina de palabras (P); Lámina de Colores (C); Lámina de Palabras-Colores (PC); Interferencia (INT); Puntuación directa (PD); Puntuación típica (PT); Desviación típica (DT).

Todas las puntuaciones de las láminas observadas en la Tabla 11 están próxima a la media y las PT cerca de 50, sin llegar a alejarse una DT en ninguna de las puntuaciones. El resultado que más se alejaría de la población general sería el de Interferencia (PT=59).

### ***Resultados de la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11).***

Las puntuaciones obtenidas aparecen en la Tabla 12. En Impulsividad cognitiva y motora es 4,5 puntos superior a la mediana en ambos casos. Sin embargo, la

impulsividad no planeada es un poco inferior respecto a la valoración española. La calificación total está también ligeramente por encima de la población de muestreo.

**Tabla 12.**

*Puntuación del BIS-11 del Caso 2.*

	<b>Puntuación Caso 2</b>	<b>Mediana (valoración española)</b>
<b>Impulsividad cognitiva</b>	14	9,5
<b>Impulsividad motora</b>	14	9,5
<b>Impulsividad no planeada</b>	12	14
<b>Puntuación total</b>	40	32,5

***Resultados de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).***

Las puntuaciones de la participante del Caso 2 se recogen en la Tabla 13.

**Tabla 13.**

*Puntuación del DERS del Caso 2.*

<b>Escala</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Media y DT</b>
Atención-Desatención	8	9,6 (3,4)
Claridad-Confusión	8	7,9 (3,1)
Aceptación-Rechazo	28	14,9 (6,5)
Funcionamiento-Interferencia	9	10,2 (3,9)
Regulación-Descontrol	20	16,5 (7,5)
Total	73	59,1 (17,5)

*Nota:* Desviación típica (DT).

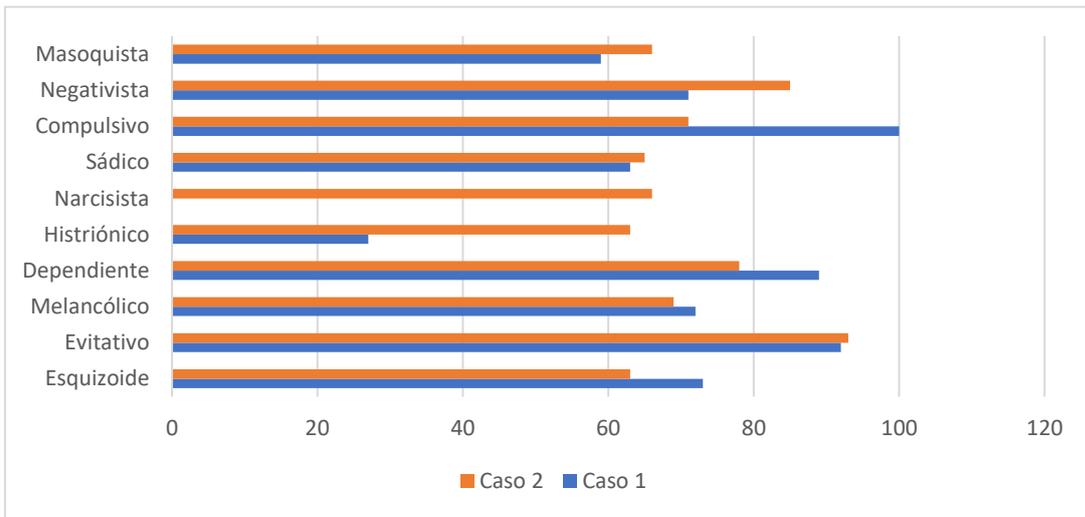
En estos resultados se observa 2 DT por encima de la media en la escala de Aceptación y Rechazo y casi 1 DT por encima en la puntuación total. Los resultados obtenidos en las demás escalas se muestran algo por encima de la media (en Regulación

y Descontrol) o por debajo (Atención y Desatención; Funcionamiento e Interferencia), pero sin ser una diferencia muy marcada.

**Resultados comparativos de ambos casos.**

**Figura 1.**

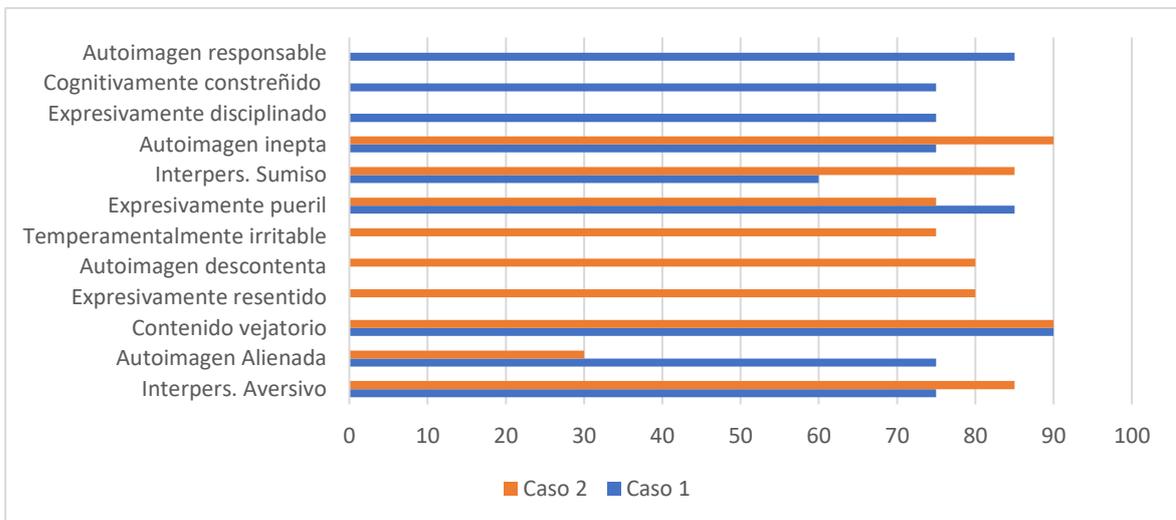
*Patrón clínico de la personalidad del MCMI-IV.*



*Nota:* solo se añaden las Tasas base de las puntuaciones donde esta es relevante en uno o los dos casos.

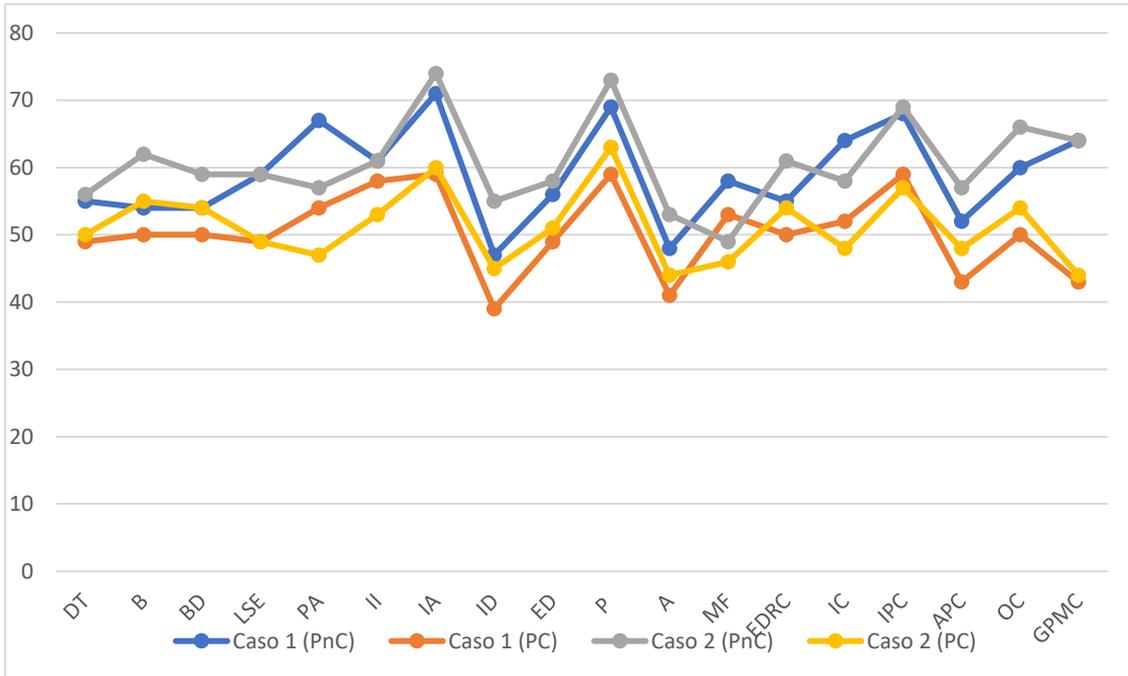
**Figura 2.**

*Facetas de Grossman con puntuaciones más altas.*



**Figura 3.**

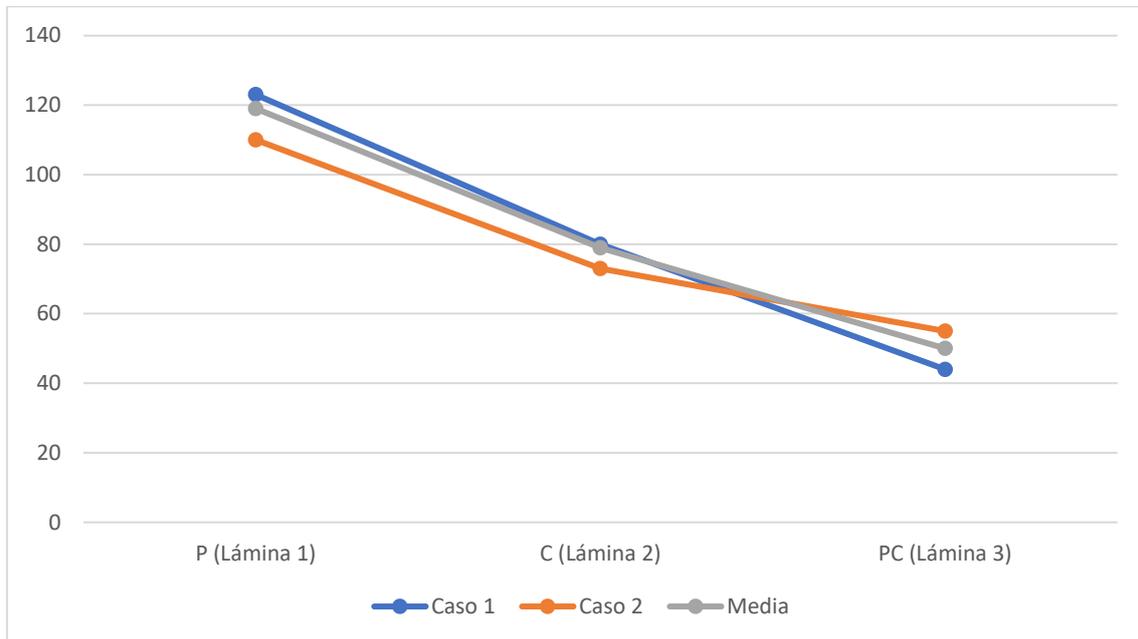
*Puntuaciones típicas del EDI-3.*



*Nota:* Población no clínica (PnC); Población clínica (PC); Obsesión por la delgadez (DT); Bulimia (B); Insatisfacción corporal (BD); Baja autoestima (LSE); Alineación personal (PA); Inseguridad interpersonal (II); Desconfianza interpersonal (IA); Déficit interoceptivos (ID); Desajuste emocional (ED); Perfeccionismo (P); Ascetismo (A); Miedo a la madurez (MF); Índice riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC); Índice de ineficacia (IC); Índice problemas interpersonales (IPC); Índice problemas afectivos (APC); Índice exceso de control (OC); Índice desajuste psicológico general (GPMC).

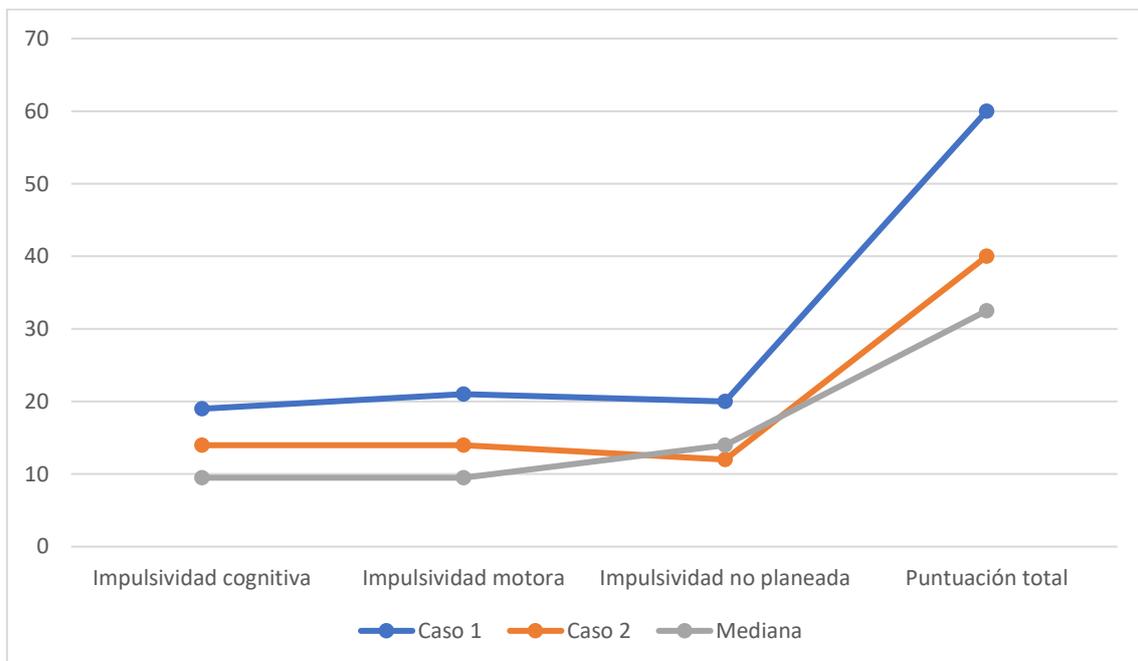
**Figura 4.**

*Puntuaciones del Test de Colores y Palabras de Stroop.*



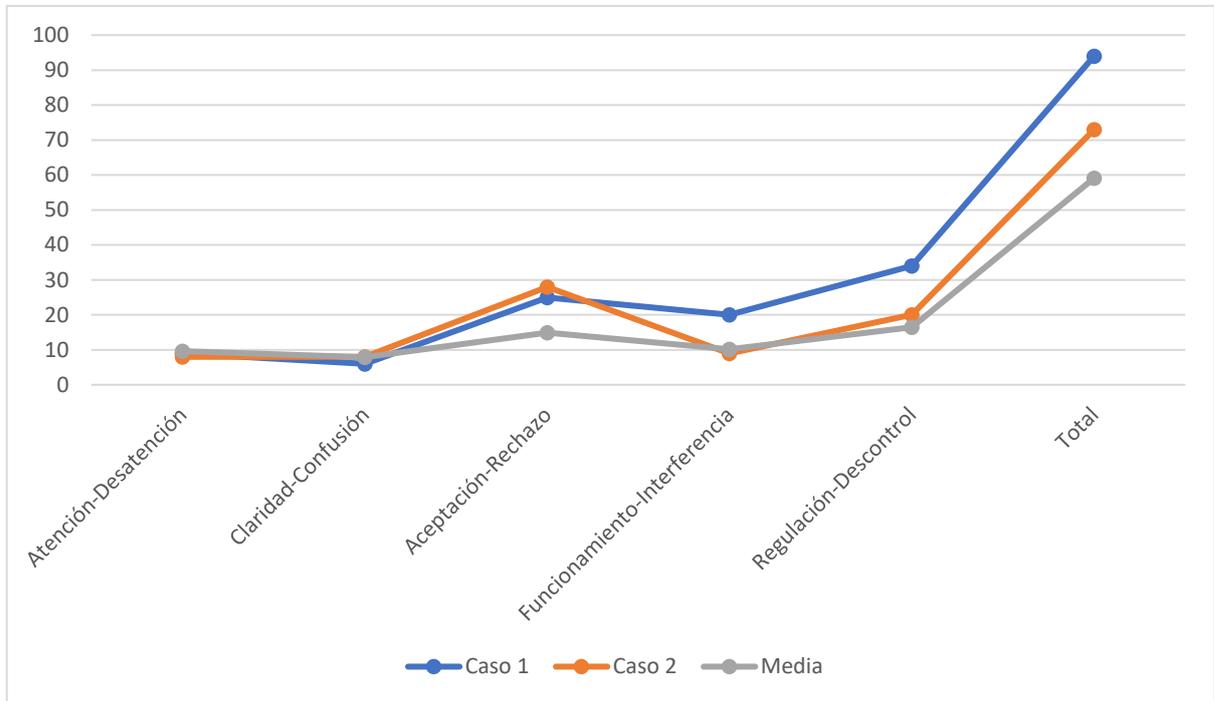
**Figura 5.**

*Puntuaciones del BIS-11.*



**Figura 6.**

*Puntuaciones del DERS.*



## Discusión

El presente trabajo examina las similitudes y diferencias en variables transdiagnósticas del trastorno por atracón y el trastorno por consumo de alcohol. Con este objetivo, se ha evaluado a dos usuarias del Centro de Salud Mental de la Corredoria que se encuentran en tratamiento psicológico. La evaluación se centró en conocer su personalidad, sus conductas alimentarias, su impulsividad y su regulación emocional.

En primer lugar, en la evaluación de la personalidad del Caso 1 se muestra una puntuación de trastorno en los patrones clínicos de personalidad evitativa, dependiente y compulsiva. Este último puede estar vinculado con su diagnóstico de Trastorno obsesivo compulsivo, teniendo en común un profundo malestar que sus pensamientos le pueden estar produciendo. Ambas concuerdan en el patrón evitativo y dependiente, añadiéndose en el Caso 2 el negativista como trastorno.

El Trastorno evitativo de la personalidad en el MCMI-IV define a personas que experimentan pocos refuerzos positivos y buscan alejarse de experiencias negativas. De

esta forma, aprenden con el tiempo que es mejor negar sus sentimientos y mantenerse alejados de los demás. Según el modelo de la regulación de las emociones, esto es característico de las personas con una adicción o TpA. Utilizan el consumo o los atracones como vía de escape para disminuir el malestar, lo cual solo lo aumenta por reforzamiento negativo (Kenny et al., 2019). Un factor que habitualmente lleva a experimentar esta necesidad de evitación es la ansiedad, donde ambas participantes obtienen puntuaciones significativas.

En el Trastorno dependiente destacan la falta de iniciativa y autonomía. Estas personas recurren a los demás para obtener afecto y que los dirijan, actuando de forma pasiva. Su comorbilidad con el abuso de alcohol es muy elevada, de un 21,6% (González et al., 2019), y es también muy común en los TCA, al igual que los otros trastornos del cluster C de la personalidad, como ocurre en el Caso 1.

El Trastorno negativista se enfrenta a interminables disputas y decepciones y tienen un patrón errático de ira. Este no es uno de los trastornos de personalidad más encontrados en el consumo de alcohol (González et al., 2019). Sin embargo, su presencia en el Caso 2 puede estar explicada por otras características de su historia de vida.

Por otro lado, destaca también la puntuación tipo en paranoide por parte de la participante 2. Sus puntuaciones indican que es una persona desconfiada y con elevada irritabilidad, dado que viene de un contexto de crianza aversiva, con padre alcohólico y maltratador y complicaciones con su expareja. Además, existe un alto porcentaje de comorbilidad entre el uso de alcohol y el Trastorno de personalidad paranoide (19,5%), en comparación con otros Trastornos de personalidad (González et al., 2019).

Respecto a los síndromes clínicos, esta usuaria también tiene un consumo de alcohol significativo, lo que concuerda con su diagnóstico. Es posible que la baja percepción del problema también esté influyendo, reprimiendo algunas contestaciones.

En segundo lugar, en los resultados del EDI-3 cabe destacar que, al utilizarse baremaciones distintas, las puntuaciones parecen superiores en el Caso 2, aunque estas pueden estar explicadas por sus otras manifestaciones clínicas o variables personales. Ambas participantes sobresalen en escalas similares, destacando la Desconfianza interpersonal, el Perfeccionismo y los Problemas interpersonales, provocando un

Desajuste psicológico general. De esta manera, las escalas que tienen en común señalan que, en primer lugar, ambas participantes muestran un sentimiento extremo de decepción, distanciamiento, extrañeza y falta de confianza ante las relaciones interpersonales. Esto es similar a la información proporcionada por la presencia de Trastorno evitativo. A raíz de esto, el Índice de problemas interpersonales muestra que sienten las relaciones con otras personas como inseguras y tensas. Esto implica complicaciones para establecer vínculos y un importante factor de riesgo para el desarrollo de los TCA y para su mantenimiento (Garner, 2004). Respecto al abuso de alcohol, las personas consumidoras también son más propensas a tener una mala calidad de relaciones interpersonales, conflictos sociales e inadecuada interpretación de la información (Azevedo et al., 2021).

El perfeccionismo también está presente en ambos casos. Esto implica que fracasar conlleva a la autocrítica y a un elevado malestar. Es característico de ambos trastornos analizar, donde el sentimiento de fracaso aparece cuando se realizan atracones o consumiciones (Chemisquy et al., 2019). En la paciente 1 se relaciona con la elevada puntuación en Trastorno compulsivo de la personalidad, caracterizado por un elevado perfeccionismo.

Además, estas puntuaciones elevadas conllevan un Desajuste psicológico general saliente. Dado que ambas mujeres han sido reclutadas en un Centro de Salud Mental, donde reciben terapia, es esperable que presenten un significativo malestar psicológico.

Por último, cabe destacar también la baja puntuación en la escala de Ascetismo. Indica una tendencia baja de las participantes para alcanzar virtudes mediante el ejercicio de ideales como la renuncia, la restricción o el control de necesidades corporales. Los estudios previos muestran puntuaciones significativamente altas en la escala cuando hay riesgo de un TCA que implique firmes restricciones alimentarias y tengan una fuerte disciplina al controlar sus ganas de comer (Martínez y Berengüí, 2020), algo que no ocurre en el caso del Trastorno por atracón. Respecto a los consumidores de alcohol, tampoco son característicos por su restricción y control de necesidades, sobre todo cuando aparecen los síndromes de abstinencia (Mayor, 2019).

En tercer lugar, los resultados en la impulsividad muestran puntuaciones elevadas, sobre todo en el Caso 1, lo que es respaldado por la literatura, donde la impulsividad es

una de las características principales de estas manifestaciones clínicas (Azevedo et al., 2021). Aquí se debe tener en cuenta el insight acerca del problema, bajo en el consumo de alcohol de la participante 2. Esto puede afectar, sobre todo, en las pruebas autoinformadas, donde influye la introspección de cada persona. En cambio, la paciente 1 es muy obsesiva y sí tiene una adecuada conciencia sobre su situación. Respecto al test Stroop, se muestran un rendimiento similar a la población general. Sin embargo, la paciente 2 obtiene puntuaciones levemente menores en las dos primeras láminas. Se ha encontrado que en muchas ocasiones el alcohol dificulta la tarea de nombrar colores (Golden, 2007), con lo cual esto puede estar influyendo.

Finalmente, respecto a la regulación emocional, están la mayoría de las escalas por encima de la media, por lo que hay una mayor dificultad en la dimensión evaluada. Ambas participantes se muestran próximas a la población general en la escala de desatención, con lo que no tendría dificultades a la hora de atender a las emociones. Ocurre lo mismo en la escala de confusión, con lo que no hay déficits en la comprensión de sus emociones. En la escala de rechazo, sin embargo, ambas tienen puntuaciones elevadas, lo que indica dificultades en la aceptación de sus emociones, como se muestra en el Trastorno evitativo de la personalidad. Esto puede ser debido, también, a la connotación negativa que conlleva asumir que tienes problemas de salud mental en la sociedad actual. En cuanto a las divergencias encontradas cabe destacar que solo la participante 1 sobrepasa la media de forma muy notoria en las otras escalas. Esto indicaría que siente sus emociones como interferencias en su actividad y que concibe que tiene problemas de regulación emocional (escala de descontrol). Ambas dificultades están asociados a características clínicas concretas, como los atracones. Las investigaciones concuerdan en que los problemas emocionales y sus dificultades en el reconocimiento y regulación (evitación, escape o negación) son factores de peso en los TCA, así como la ansiedad. Esta está negativamente relacionada con una buena regulación emocional (Sagardoy et al. 2014), vínculo que se manifiesta en este estudio.

Respecto a las limitaciones del estudio, en primer lugar, se debe tener en cuenta que, al haber analizado dos casos, las diferencias personales de las participantes pueden influir en los resultados encontradas en el estudio. Una comparación de dos personas se

vería beneficiada al utilizarse dos perfiles que fuesen iguales en variables como edad, sexo, estado civil, clase social, estado económico, etc. En una situación ideal, sería interesante realizar estudios con gemelos, donde cada uno tenga un diagnóstico distinto, para poder mitigar variables extrañas. Sin embargo, aunque se ha buscado que las usuarias tengan un perfil similar, las posibilidades al alcance de la investigación lo han dificultado. Por otro lado, aunque cada una de las participantes tenían uno de los trastornos a estudiar, ambas tenían otros comórbidos, que también pueden estar contaminando los resultados. Además, la generalización de estos se complica por la imposibilidad de realizar múltiples observaciones. De esta forma, la capacidad de establecer una relación causa-efecto es limitada. Las futuras líneas de investigación deberían tener en cuenta estas limitaciones, utilizando también nuevas variables, como la tolerancia al malestar, el *craving* o la adicción a la comida, o utilizando muestras poblacionales mayores.

### **Conclusiones**

En conclusión, el análisis de dos casos con Trastorno por atracción y Trastorno por consumo de alcohol ha mostrado un funcionamiento similar en los constructos evaluados, con diferencias en la intensidad de algunos puntos.

En primer lugar, ambos casos se asemejan en la presencia del trastorno evitativo, los rasgos dependientes, la manifestación de ansiedad generalizada, la desconfianza y problemas interpersonales, el perfeccionismo, el desajuste psicológico general y la elevada impulsividad. También en el buen funcionamiento en la atención y claridad de sus emociones, así como en las dificultades en la aceptación de estas y en la alta puntuación global de la regulación emocional. En segundo lugar, respecto a las diferencias, el Caso 1 destaca en el trastorno compulsivo, la mayor presencia de impulsividad cognitiva, motora y total y una mayores interferencia y descontrol de sus emociones. El Caso 2, en cambio, sobresale en su personalidad negativista y sus rasgos paranoides. Sin embargo, sería conveniente una investigación de mayor extensión para marcar trazos más concretos en la actuación y presencia de las variables transdiagnósticas en los Trastornos de atracción y Trastornos de consumo por alcohol.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Azevedo, L. D., de Souza, A. P., Ferreira, I. M., Lima, D. W., & Pessa, R. P. (2021). Binge eating and alcohol consumption: an integrative review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 759-769. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00923-6>
- Bahji, A., Mazhar, M., Hudson, M., Nadkarni, P., MacNeil, B., & Hawken, E. (2019). Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 273, 58-66. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.007>
- Barrat, E.S. (1994). Violence and mental disorder. Development in risk assessment. En J. Monahan y H. J. Steadman (Eds.), *Impulsiveness and agresión*, (pp. 61-79). The University of Chicago Press.
- Bobes, J., G-Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (2º ed.). Psiquiatría Editores S. L.
- Bogusz, K., Kopera, M., Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Kucharska, K., Walenda, A., & Wojnar, M. (2021). Prevalence of alcohol use disorder among individuals who binge eat: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 116, 18-31. <https://doi.org/10.1111/add.15155>
- Burton, A., & Abbott, M. (2019). Processes and pathways to binge eating: development of an integrated cognitive and behavioural model of binge eating. *Journal of Eating Disorders*, 7(18), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0248-0>
- Castellini, G., Mannucci, E., Sauro, C., Benni, L., Lazzeretti, L., Ravaldi, C., & Ricca, V. (2012). Different moderators of cognitive-behavioral therapy on subjective and objective binge eating in bulimia nervosa and binge eating disorder: a three-year follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 11-20. <https://doi.org/10.1159/000329358>

- Chemisquy, S., de Sapia, L. B., Serppe, M. y Ernst, C. (2019). Caracterización del perfeccionismo disfuncional en la niñez tardía. *Apuntes Universitarios*, 9(2), 1-26.
- Davis, C. (2015). The epidemiology and genetics of binge eating disorder. *CNS Spectrums*, 20(6), 522–529. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000462>
- de Sola, J., Rubio, G. y Rodríguez, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales?. *Instituto de Investigación de Drogodependencias*, 13(2), 145-155.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y salud*, 5(3), 251.
- Elosua, P., López-Jáuregui, A. y Sánchez-Sánchez, F. (2010). *Adaptación española del Eating Disorder Inventory-3. Normalización y validación*. TEA Ediciones.
- Escandón Nagel, N. y Garrido-Rubilar, G. (2021). Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria*, 40(4), 108-115. <https://doi.org/10.12873/404escandon>
- Garner, D. M. (2004). *Eating disorder inventory-3 (EDI-3). Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Golden, C. J. (2007). *Test Stroop de Colores y Palabras, Manual (5º Ed.)*. TEA Ediciones.
- González, E., Horcajadas, F. A., Bolotner, N. S., Astudillo, P. V., Pérez, B. M. y Villamor, I. B. (2019). Coexistencia entre los trastornos de personalidad y el trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Actas españolas de psiquiatría*, 47(6), 218-228.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

- Hebebrand, J., Albayrak, Ö., Adan, R., Antel, J., Dieguez, C., De Jong, J., & Dickson, S. L. (2014). "Eating addiction", rather than "food addiction", better captures addictive-like eating behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *47*, 295-306. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.08.016>
- Hebebrand J., & Gearhardt, A. (2021). The concept of "food addiction" helps inform the understanding of overeating and obesity: NO. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *113*(2), 268–273. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa344>
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud*, *19*(2), 139-156.
- Kenny, T. E., Singleton, C., & Carter, J. C. (2019). An examination of emotion-related facets of impulsivity in binge eating disorder. *Eating behaviors*, *32*, 74-77. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.12.006>
- Lee, J., Namkoong, K., & Jung, J. (2017). Impaired prefrontal cognitive control over interference by food images in binge-eating disorder and bulimia nervosa. *Neuroscience Letters*, *9*(651), 95-101. <https://doi:10.1016/j.neulet.2017.04.054>
- Marino, J., Silva, J., Luna, F. y Acosta, A. (2014). Evaluación conductual de la regulación emocional: la habilidad en reevaluación y supresión y su relación con el control ejecutivo-semántico y la inteligencia emocional. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, *6*(3), 55-65.
- Martínez, M. Á. y Berengüí, R. (2020). Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, *36*(1), 64-73. <https://doi.org/10.6018/analesps.361951>
- Mayor, M. M., Horcajadas, F. A., Trabada, J. L. y Valladolid, G. R. (2019). Trastornos por consumo de alcohol. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *12*(85), 4993-5003. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.004>
- Millon, T., Grossman, S., & Millon, C. (2015). *MCMI-IV*. Pearson.
- Moeller, F. G., Barrat, E. S., Dougherty, D. M., Schmitzm J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1783-1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>

- Mohammadi, M. R., Delavar, A., Hooshyari, Z., Shakiba, A., Salmanian, M., Ghandi, F., & Farnoody, N. (2021). Psychometric Properties of the Persian Version of Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV (MCMI-IV). *Iranian Journal of Psychiatry, 16*, 43-51. <https://10.18502/ijps.v16i1.5378>
- National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA). (diciembre de 2003). *Food for thought: substance abuse and eating disorders*. <https://www.casacolumbia.org/templates/>
- Oquendo, M. A., Baa-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalban, V., & Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *The European journal of psychiatry, 15*(3), 147-155.
- Pons, D. B., Guijarro, Á. B. y Muñoz, A. S. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. *Adicciones, 24*, 9-16. <https://doi.org/10.20882/adicciones.112>
- Sagardoy, R. C., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M. S., Codesal, R., Blanco, A. y Morales, L. T. G. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud, 25*(1), 19-37. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70024-6](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70024-6)
- Schulte, E., Grilo, C., & Gearhardt, A. (2016). Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders. *Clinical Psychology Review, 44*, 125- 139. <https://doi:10.1016/j.cpr.2016.02.001>
- Treasure, J., Leslie, M., Chami, R., & Fernández-Aranda, F. (2018). Are trans diagnostic models of eating disorders fit for purpose? A consideration of the evidence for food addiction. *European Eating Disorders Review, 26*(2), 83-91. <https://doi.org/10.1002/erv.2578>
- Trojanowski, P., Adams, L., & Fischer, S. (2019). Understanding profiles of student binge drinking and eating: The importance of motives. *Addictive Behaviors, 96*, 148-155. <https://doi:10.1016/j.addbeh.2019.04.025>
- Verdejo-García, A., Lawrence, A. J., & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and*

*Biobehavioral Reviews*, 32, 777-820.

<https://doi:10.1016/j.neubiorev.2007.11.003>

Weidberg, S. (2015). *Evaluación de la impulsividad mediante la aplicación de las tareas de descuento por demora en dependientes a sustancias* [Tesis Doctoral, Universidad de Oviedo].

## **Anexos**

### **Anexo 1.**

*Criterios diagnósticos del Trastorno por atracón.*

---

#### **Trastorno por atracón (F50.8)**

---

- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
    - Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
    - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
  - Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
    - Comer mucho más rápidamente de lo normal.
    - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
    - Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
-

- 
- Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
  - Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
  - Malestar intenso respecto a los atracones.
  - Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
  - El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia o de la anorexia nerviosa.

---

Especificar si:

- En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.
- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- Leve: 1–3 atracones a la semana.
  - Moderado: 4–7 atracones a la semana.
  - Grave: 8–13 atracones a la semana.
  - Extremo: 14 o más atracones a la semana
-

## **Anexo 2.**

*Escalas evaluadas por el MCMI-IV (Millón y Grossman, 2015).*

- PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD:
  - Escala 1: Esquizoide
    - 1.1 Interpersonalmente desvinculado
    - 1.2 Contenido escaso
    - 1.3 Temperamentalmente apático
  - Escala 2A: Evitativo
    - 2A.1 Interpersonalmente aversivo
    - 2A.2 Autoimagen alienada
    - 2A.3 Contenido vejatorio
  - Escala 2B: Melancólico
    - 2B.1 Cognitivamente fatalista
    - 2B.2 Autoimagen inútil
    - 2B.3 Temperamentalmente afligido
  - Escala 3: Dependiente
    - 3.1 Expresivamente pueril
    - 3.2 Interpersonalmente sumiso
    - 3.3 Autoimagen inepta
  - Escala 4A: Histriónico
    - 4A.1 Expresivamente dramático
    - 4A.2 Interpersonalmente buscador de atención
    - 4A.3 Temperamentalmente inconstante
  - Escala 4B: Tempestuoso

- 4B.1 Expresivamente impetuoso
- 4B.2 Interpersonalmente eufórico
- 4B.3 Autoimagen sobreestimada
- Escala 5: Narcisista
  - 5.1 Interpersonalmente explotador
  - 5.2 Cognitivamente expansivo
  - 5.3 Autoimagen admirable
- Escala 6A: Antisocial
  - 6A.1 Interpersonalmente irresponsable
  - 6A.2 Autoimagen autónoma
  - 6A.3 Dinámicas de irreflexión (paso al acto)
- Escala 6B: Sádico
  - 6B.1 Expresivamente precipitado
  - 6B.2 Interpersonalmente desagradable
  - 6B.3 Arquitectura eruptiva
- Escala 7: Compulsivo
  - 7.1 Expresivamente disciplinado
  - 7.2 Cognitivamente constreñido
  - 7.3 Autoimagen responsable
- Escala 8A: Negativista
  - 8A.1 Expresivamente resentido
  - 8A.2 Autoimagen descontenta
  - 8A.3 Temperamentalmente irritable

- Escala 8B: Masoquista
  - 8B.1 Autoimagen desmerecedora
  - 8B.2 Arquitectura invertida
  - 8B.3 Temperamentalmente disfórico
- PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD:
  - Escala S: Esquizotípico
    - S.1 Cognitivamente circunstancial
    - S.2 Autoimagen disociada
    - S.3 Contenido caótico
  - Escala C: Límite
    - C.1 Autoimagen inestable
    - C.2 Arquitectura disgregada
    - C.3 Temperamentalmente lábil
  - Escala P: Paranoide
    - P.1 Expresivamente defensivo
    - P.2 Cognitivamente desconfiado
    - P.3 Dinámicas de proyección
- SÍNDROMES CLÍNICOS:
  - Escala A: Ansiedad generalizada
  - Escala H: Síntomas somáticos
  - Escala N: Espectro bipolar
  - Escala D: Depresión persistente
  - Escala B: Consumo de alcohol

- Escala T: Consumo de sustancias
- Escala R: Estrés postraumático
- SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES:
  - Escala SS: Espectro esquizofrénico
  - Escala CC: Depresión mayor
  - Escala PP: Delirante
- ÍNDICES DE VALIDEZ Y MODIFICADORES:
  - Escala V y W: Indicadores de respuestas aleatorias
  - Escala X: Índice de Sinceridad
  - Escala Y: Índice de Deseabilidad social
  - Escala Z: Índice de Devaluación
  - Problemas de lectura

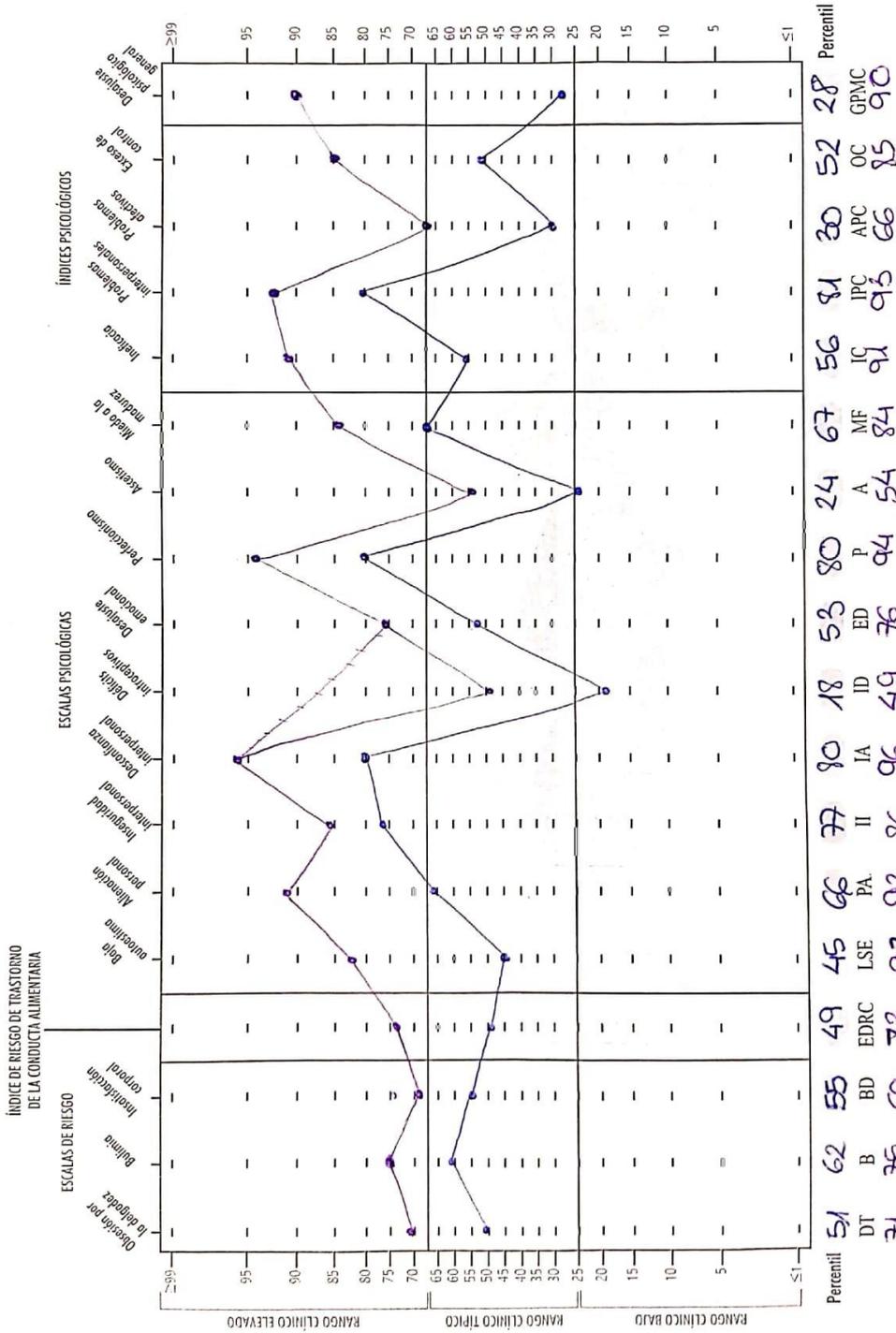
Anexo 3.

Nombre: **CASA**

Fecha: / /



**HOJA DEL PERFIL DE LAS PUNTUACIONES**  
**Percentiles**



Muestra no clínica de comparación (mujeres adultas)

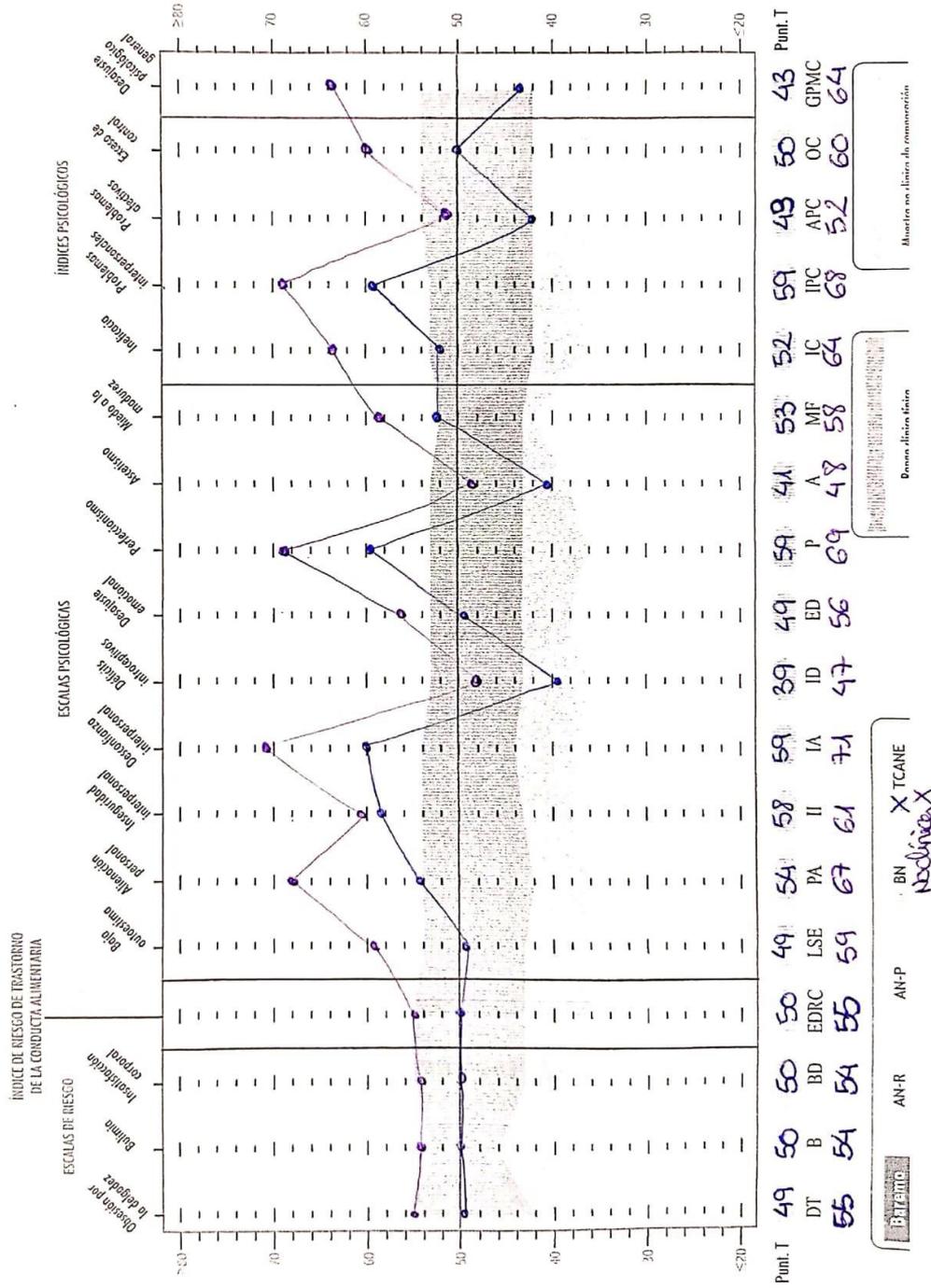
BAREMO  
 AN-R  
 AN-P  
 BN  
 TCANE

No clínica X



Autor: D. M. Garner. Copyright original © 2004 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc, USA.  
 Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.  
 Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

## HOJA DEL PERFIL DE LAS PUNTUACIONES Puntuaciones T



**Excluido**     **AN-R**     **AN-P**     **BN**     **TCANE**  
**Neurótica X**

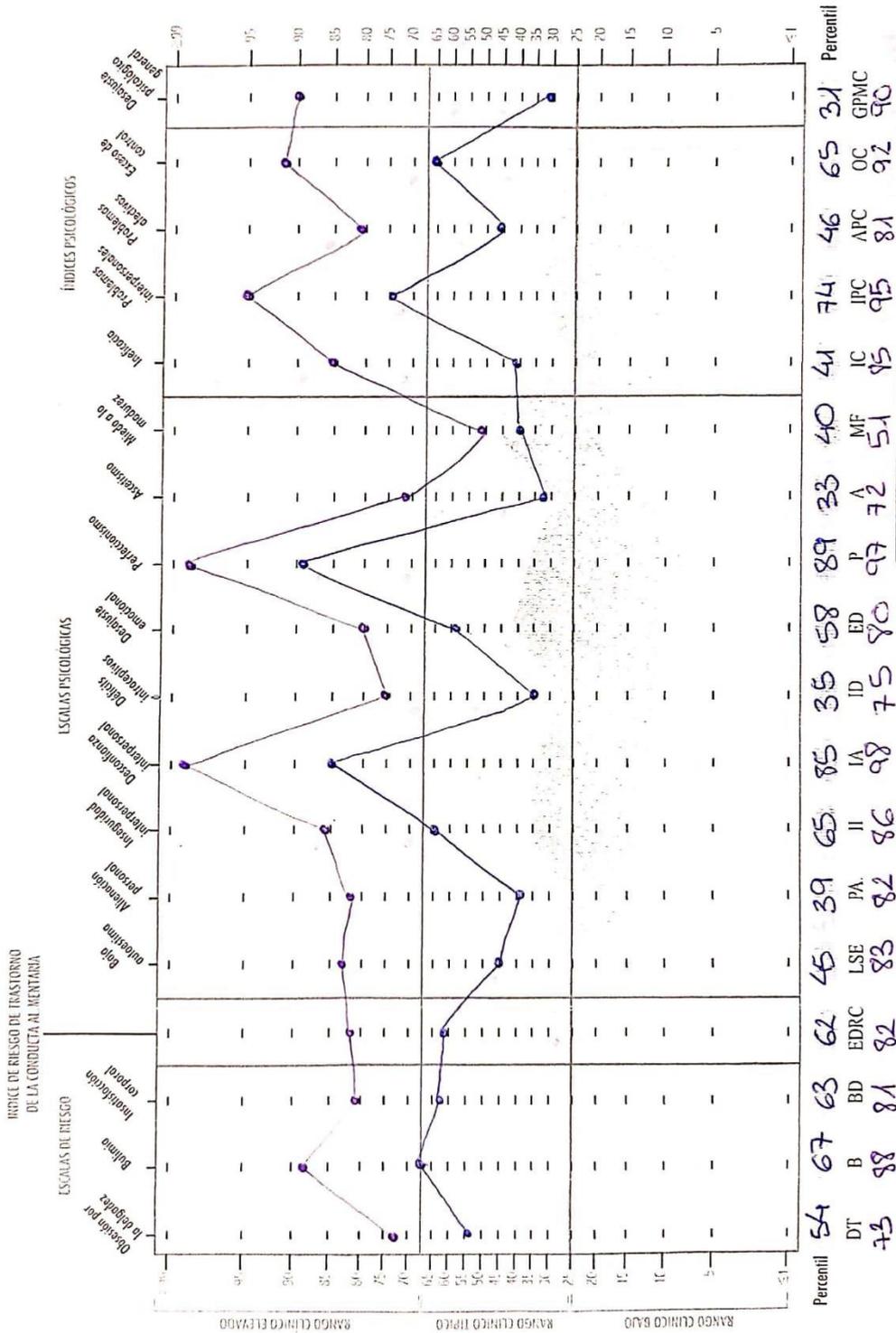
Autor: D. M. Garner. Copyright original © 2004 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc., USA.  
 Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.  
 Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - Este ejemplar está impreso en suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.



Nombre: Casal

Fecha: / /

# HOJA DEL PERFIL DE LAS PUNTUACIONES Percentiles



BAVEMD  
 AN-R  
 AN-P  
 TCAME  
 BN  
 No clínic. X

Muestra por clínica de comparación

Autor: D. M. Garner. Copyright original © 2004 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc, USA.  
 Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.  
 Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - Este ejemplar está impreso en suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

