

## Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



# Universidad Abierta Interamericana

- Tema:** “La Asociación del trastorno límite de la personalidad en pacientes con Anorexia y Bulimia nerviosa”
- Tutor:** Bregua, Marcelo
- Cotutor:** Moncada, Constanza
- Tesista:** Böckel, María Eugenia
- Título a obtener:** Licenciatura en Psicología
- Facultad:** Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
- Fecha:** Marzo del 2014

## Índice

Resumen	3
Introducción	4-7
Capítulo 1- Marco teórico.	
1.1. Trastornos de la conducta alimentaria	8-12
1.2. Bulimia nerviosa	13-18
1.3. Anorexia nerviosa	19 -23
1.4. Personalidad normal	24
1.5. Trastornos de personalidad	25-27
1.6. Trastorno límite de la personalidad	28 -30
1.7. Objetivos e hipótesis	31
Capítulo 2- Trabajo de campo.	
2.1. Metodología	32-34
2.2. Resultados	35-42
Capítulo 3- Conclusiones y Discusión	
3.1. Discusiones	43-45
3.2. Conclusiones	46-47
Referencias	48-50
Anexos	51-63

## **Resumen**

El fenómeno de la comorbilidad es un aspecto cada vez más estudiado dentro del ámbito psicopatológico. También, en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria se multiplican los estudios que señalan una comorbilidad con los trastornos de personalidad que oscila entre un 20 % y un 80%, con una frecuencia superior con los trastornos del grupo B. El trastorno límite de la personalidad (57%), es el observado con mayor frecuencia seguido por el histriónico (21%) y el dependiente (21%).

Se considera que la presencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, es un predictor de un peor pronóstico y de una mayor frecuencia de abandonos del tratamiento. En la Argentina hay pocos estudios que evalúan la comorbilidad de ambos trastornos y en especial la asociación con el trastorno límite de la personalidad. Su realización, entonces, podría resultar de gran importancia para el diseño de tratamientos más eficaces.

La presente investigación propone detectar la comorbilidad o no, entre los trastornos de personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria (bulimia nerviosa y anorexia nerviosa) para, luego, analizar si existe o no una asociación entre el trastorno límite de la personalidad y la bulimia y anorexia nerviosa.

La muestra resulta de un relevamiento de la información obtenida de las Historias Clínicas de 221 pacientes de ambos sexos, los que ingresaron a tratamiento en Aluba<sup>1</sup> por bulimia nerviosa y anorexia nerviosa durante el período 2005-2013.

Los análisis referidos a las personas de esta muestra, mostraron una alta frecuencia de pacientes con Trastorno límite de la personalidad; no obstante ello, no se pudo detectar una asociación entre ambos trastornos.

### **Palabras claves**

Bulimia nerviosa – Anorexia nerviosa - Trastornos de personalidad – Trastornos de la conducta alimentaria– Trastorno límite de la personalidad.

---

<sup>1</sup> Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia, calle Combate de los Pozos 2193, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## Introducción

Gongora (2005) comenta que con la aparición de la clasificación multiaxial del DSMIII en 1980, comienza el interés por el estudio de los trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria; y que, posteriormente, en 1983, una investigación de Gwirtsman, Roy-Byrne, Yager y Gerner motivó una serie de estudios empíricos sobre la prevalencia de trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. La autora señala que tal investigación empírica llevada a cabo por Gwirtsman et al., fue realizada en base a entrevistas clínicas. A partir de estos estudios, entonces, es que se vienen realizando numerosas investigaciones sobre este tema y sobre la prevalencia, en especial del trastorno límite de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria.

Cabe señalar que Echeburúa y Marañón (2001) refieren que, en 1989, se llevó a cabo una de las primeras investigaciones para evaluar la presencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. La misma, fue realizada por Gartner, Marcus, Halmi y Loranger. Sus resultados mostraron que el 57 % padecía de un trastorno de personalidad, siendo uno de los más frecuentes el trastorno límite de la personalidad.

Del Rio Sánchez, Torres Pérez y Borda Más (2002), también hacen referencia a numerosos estudios que han analizado la relación y comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria. En ellos, se han detectado frecuencias desde un 22% hasta un 95% (Braun, Sunday & Halmi, 1994; Fahy, Eisler & Russell, 1993; Gartner, Marcus, Halmi & Loranger, 1989; Kennedy et al., 1995; Westen & Harnden-Fischer, 2001; Wonderlich, 1995).

Gongora (2005) considera que existe una moderada comorbilidad entre ambos trastornos, exhibiéndose como trastornos más frecuentes: el trastorno límite de la personalidad, el obsesivo-compulsivo, el histriónico, el dependiente y el evitativo de la personalidad; siendo el trastorno límite de la personalidad y el trastorno histriónico, los que suelen presentarse con mayor frecuencia en la bulimia nerviosa. El trastorno evitativo y el obsesivo compulsivo, por su parte, los destaca como más frecuentes en la anorexia nerviosa.

Retomando a Echeburúa y Marañón (2001), estos autores señalan la existencia de una alta comorbilidad entre ambos trastornos que puede oscilar entre el 20 % y el 80 % de los casos. Consideran que en la anorexia nerviosa la comorbilidad más frecuente es con el grupo C de los trastornos de personalidad, el subtipo restrictivo se asocia entre un 25% y un 35% al trastorno obsesivo y evitativo; y el subtipo purgativo presenta una comorbilidad del 40% con el trastorno límite de la personalidad. En el caso de la bulimia, los trastornos más frecuentes son el límite de la personalidad y el

histriónico. Posteriormente, Echeburúa, Marañón y Grijalvo (2002) llevaron a cabo un estudio piloto sobre los trastornos de personalidad en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, llegando a la conclusión que el 72% de la muestra presentaba al menos un trastorno de personalidad.

Gongora (2005) también se refiere a la frecuencia del trastorno límite de la personalidad, el cual ha sido identificado entre un 2% y un 47% en bulímicos, entre un 0% y un 21% en anoréxicos restrictivos y entre un 12 % y un 55% en anoréxicos purgativos.

Gargallo Masjuán, Fernández Aranda y Raich (2003) sugieren que la presencia de un trastorno de personalidad, cuando se presenta conjuntamente con un trastorno de la conducta alimentaria, importa un factor de complicación del cuadro clínico. En referencia a ello, Gongora (2005), cita algunos estudios (Johnson, Tobin & Dennis, 1990; Rossiter, Agras, Telk & Schneider, 1993; Sansone & Fine, 1992; Herzog, Keller, Lavori, Kenny & Sacks, 1992), en los cuales se han comparado los resultados obtenidos en tratamientos sobre patología alimentaria en pacientes con y sin comorbilidad en el eje II, concluyendo que cuando el trastorno de la conducta alimentaria está asociado a un trastorno de personalidad, la evolución del paciente se relaciona en mayor medida con resultados negativos.

Dennis y Sansone (1997, citado en Gongora, 2005), afirman que la eficacia del tratamiento en pacientes con ambas patologías exige que las mismas deban ser tratadas simultáneamente y por momentos centrarse en el trastorno de personalidad más que en el trastorno de la conducta alimentaria. En estos casos el tratamiento es más largo y complicado aunque, de lograrse una buena relación terapéutica, pueden obtenerse resultados muy exitosos.

### **Justificación y relevancia de la investigación**

Podemos decir entonces que la presencia de ambos trastornos afecta la eficacia del tratamiento, el cual se torna más complejo, con un pronóstico quizás confuso y con una reducción de las posibilidades de éxito del trabajo psicoterapéutico. Es por esta razón que deviene importante detectar a tiempo la presencia de trastornos de personalidad, a fin de diseñar un tratamiento que los contemple. Por tales motivos, al ingresar a la institución Aluba, se le administra al paciente el Personality Diagnostic Questionary PDQ-4+ (Calvo Piñero, Caseras Vives, Gutiérrez Ponce de León & Torrubia Beltri, 2002), para evaluar si presenta algún trastorno de personalidad.

Paumard, Rubio y Granada (2007), comentan que en la Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de Personalidad Límite de la Asociación Americana de Psiquiatría se explica que el trastorno límite de personalidad es el trastorno de la personalidad que aparece con mayor prevalencia en la clínica; y que estos pacientes suelen ser considerados como estresantes y problemáticos en los dispositivos de salud debido a sus características: riesgo de hacerse daño o hacer daño a otros, riesgo de caer en adicciones o abuso de sustancias,

dependencia extrema de la familia, graves problemas de convivencia familiar, inestabilidad, absentismo o desempleo laboral, tendencia a presentar conductas violentas, riesgo de suicidio u otras conductas autodestructivas.

Esos autores también comentan que al presentar comorbilidad con otros trastornos como los trastornos de la conducta alimentaria, el éxito terapéutico se complejiza aún más, por lo que es necesario confeccionar programas especializados. Estos programas se caracterizan por ser prolongados, y por integrar diversos componentes terapéuticos (fármacos, psicoterapia individual, grupal, abordaje familiar, y hospitalización).

Asimismo, Gongora (2005) coincide que las personas que padecen de trastornos de personalidad requieren de una terapia integrativa centrada en el funcionamiento de la personalidad más que en un diagnóstico específico, razón por la cual aquellas terapias focalizadas de tipo cognitivo conductual, únicamente, se demuestran insuficientes al efecto siendo necesario combinarlas con terapia familiar, individual, de grupo, técnicas de relajación y farmacología.

También la autora hace referencia a otras investigaciones (Waller, 1997; Van Strien, van der Harm & van Engeland, 1992; Vandereycken & Pierloot, 1983), que sostienen la complicación que conlleva la presencia del trastorno límite de la personalidad asociado con un trastorno de la conducta alimentaria. Estos estudios han reflejado mayores índices de abandono de tratamiento en estas pacientes.

Según Escribano Nieto (2006), los pacientes con trastorno límite de la personalidad se caracterizan por un patrón de inestabilidad en sus relaciones, autoimagen, afectividad y una notable impulsividad. Su pensamiento se caracteriza por ser dicotómico y su mundo emocional suele ser desbordante. En determinados momentos suelen acudir a conductas autodestructivas, como hemos dicho con anterioridad, tal el caso de abuso de sustancias, de atracones de comida, encuentros sexuales sin protección, entre otros. Millón y Davis (1998, citado en Escribano Nieto, 2006), comentan que los pilares del temperamento y acciones de las personas que padecen trastorno límite de la personalidad son la imprevisibilidad y la impulsividad. Cervera Martínez, Haro Cortes, y Martínez-Raga (2005), comentan que los trastornos de la conducta alimentaria en especial la bulimia nerviosa y la anorexia purgativa se caracterizan por la dificultad en la inhibición de la acción, ubicándose muy próximo entonces al trastorno límite de la personalidad donde uno de los criterios diagnósticos principales es el descontrol impulsivo. Consideran, además, la posibilidad de que ambos trastornos compartan una base común de vulnerabilidad o de mecanismos neurobiológicos relacionados que explicarían las similitudes clínicas, y corroborarían la información actual disponible que indica una alta prevalencia de comorbilidad entre ambas patologías. Como consecuencia de lo investigado sobre el tema, los antecedentes y la cantidad de pacientes con trastorno límite de la personalidad que asisten a la institución

Aluba, surge el interés de identificar si estos trastornos se encuentran asociados o no ya que al parecer comparten características en común.

Por tanto, la importancia de realizar esta investigación radica en determinar si existe una asociación significativa entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria con el fin de poder diseñar un tratamiento acorde a las necesidades del paciente para lograr que el tratamiento resulte exitoso.

La presente investigación, entonces, partirá de la siguiente pregunta: ¿cuál es la asociación del trastorno límite de la personalidad con la anorexia y la bulimia nerviosa?

### **Aclaraciones**

En este estudio no se utilizará el Tane (trastorno de la conducta alimentaria no especificado) como criterio diagnóstico, dado que Aluba no lo utiliza. Esto implica una limitación para la presente investigación, razón por la cual sería conveniente poder incluir este grupo de pacientes en próximas investigaciones. La explicación ofrecida por el director de la institución, el Lic. Marcelo Bregua, del porque no incluyen el Tane es debido a que en su experiencia cuando las familias de los pacientes son informadas sobre un diagnóstico de Tane, minimizan la patología y, sin prestarle la debida atención, posponen el inicio de la terapia con las consecuencias que estas dilaciones de ordinario acarrear. Así sucede hasta que advierten algo grave, momento en el cual dejan de considerar el cuadro como sin importancia o como un mero capricho, y regresan a la consulta.

Por otra parte, la actitud de las Obras Sociales frente a un diagnóstico que no es ni anorexia ni bulimia nerviosa, contribuye a la solución adoptada por Aluba porque aquellas, en estos casos, aconsejan la atención dentro de su cartilla de prestadores, con servicios a veces no específicos, otros deficitarios, e inhábiles en general. Cabe aclarar que los Tane son "síndromes estadísticos". Aluden a personas con las mismas características psicológicas que los que padecen anorexia y bulimia nerviosa; pero que no llegan a cumplir un mínimo de la sintomatología que los especialistas americanos consideran indispensables para incluirlos en estas últimas categorías.

No obstante, mal puede decirse que estas estadísticas carecen de todo sentido. Lo tienen, pero para países desarrollados como U.S.A. o algunos de la Unión Europea, los cuales cuentan con servicios de salud preparados para recibir personas con trastornos de la conducta alimentaria. La diferenciación, en estos casos servirá para que los profesionales posean una base sólida desde donde iniciar su labor terapéutica.





## **Capítulo 1**

### **Marco teórico**

#### **1.1 Trastornos de la conducta alimentaria**

El DSM-IV-TR (APA, 2002), establece que los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por alteraciones graves en el comportamiento alimentario. Asimismo, caracteriza a la anorexia nerviosa por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales; y a la bulimia nerviosa por episodios recurrentes de voracidad con conductas compensatorias inadecuadas como el vómito provocado, el abuso de diuréticos y laxantes, otros medicamentos, ayuno o ejercicio físico excesivo. Es característica esencial de ambas patologías, una alteración en la percepción de la propia forma y peso corporal.

Según Raich (1999), la base y fundamento de dichos trastornos se halla en una alteración psicológica.

Cabe aclarar que el DSM-IV-TR (APA, 2002) hace referencia principalmente a los dos trastornos específicos mencionados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Pero, también, a un tercer trastorno denominado trastorno de la conducta alimentaria no especificado (Tane), carátula utilizada para codificar aquellos trastornos que no cumplen los criterios que definen los trastornos de la conducta alimentaria específicos.

Según Rosen (1990), los trastornos de la conducta alimentaria afectan más a las mujeres que a los hombres; y son más frecuentes en las sociedades desarrolladas con sobreabundancia de comida, y cuya cultura predominante o estándares generalizados, hacen que se rinda culto a la delgadez. Es más común en mujeres jóvenes y muy jóvenes, y se estima que a mayor nivel de vida crece el número de personas que padecen la enfermedad. Estos trastornos suelen asociarse con psicopatología grave e interfieren en el funcionamiento normal de la vida social, laboral y de estudio de quienes los padecen.

Santellán (2000) refiere que, al parecer, hay una vinculación preferente o casi exclusiva entre los trastornos del comportamiento alimentario y ciertas circunstancias socioculturales que se dan en el mundo occidental actual. Comenta que las pautas culturales han instaurado la imagen de una mujer ideal que todo lo puede y que es muy difícil de alcanzar sin que se acarreen consecuencias negativas para la gran mayoría de las mujeres. Esta mujer ideal debe ser delgada y poseer buena figura dado que es un valor considerado altamente positivo debido a que se asocia o se lo percibe como una condición para autorrealizarse, ser respetada y reconocida socialmente, tener éxito y asegurarse un lugar de pertenencia. Prosigue la autora, comentando que estos valores con los que convivimos son asumidos por una gran mayoría de

adolescentes de manera más o menos acrítica. Por lo tanto, presupone que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son síntomas sociales que denuncian que los valores estéticos asumidos y transmitidos son potencialmente patógenos. No obstante, explica que no todas las mujeres presentan síntomas de desórdenes alimentarios, concluyendo que resulta necesario ahondar en el contexto individual de la persona, es decir la construcción de su historia vital, y en el contexto familiar. La autora expresa que en estas patologías es adecuado poseer un enfoque integral del paciente y su tratamiento debe ser desde un abordaje multidimensional de la patología (bio-psico-social) y a cargo de un equipo interdisciplinario (psicólogos clínicos, psiquiatras, médicos en nutrición, musicoterapeutas y profesores de diversos talleres).

Fernández Aranda (1998) expone que en la bulimia nerviosa y en la anorexia nerviosa hay un deseo extremo por controlar el peso y/o la alimentación, en el caso de las anoréxicas este deseo se vive como un éxito debido a que logran bajar de peso mientras que en las bulímicas se vive como un fracaso dado que mantienen el mismo peso o sobrepeso. El autor refiere la presencia de un continuo entre ambas patologías dadas las variables peso y el grado de éxito del comportamiento de control del peso y/o alimentación. A favor de este argumento comenta que más del 50% de pacientes anoréxicos desarrollan síntomas bulímicos (Kasser, Gwirtsman, Kaye, Brandt, & Jimerson, 1988; Casper, Eckert, Halmi, Goldberg & Davis, 1980) y que hay evidencia que muchos pacientes bulímicos presentan historias previas de anorexia nerviosa (Liedtke, Jüger, Künsebeck, Buhl & Kersting, 1990).

El DSM-IV-TR (APA, 2002) divide a la anorexia nerviosa en dos subtipos: el restrictivo, donde reducen el peso por medio de una severa restricción de alimentos; y el subtipo purgativo en donde interrumpen las fases restrictivas con sobreingestas, sentimiento de pérdida de control y/o conductas purgativas. Según Fernández Aranda (1998), las pacientes del subtipo purgativo tienden a ser más impulsivos, extrovertidos y con mayor actividad sexual, sufren un trastorno emocional mayor y tienen tendencia a la depresión en comparación con el subtipo restrictivo, asimilándose a las conductas de las bulímicas.

Raich (1999) sostiene que quienes padecen de trastornos de la conducta alimentaria presentan determinadas características con varios puntos en común, más allá de las lógicas variaciones según sea el caso. Es por esta razón que, seguidamente, consignaré los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales, que se encuentran con mayor frecuencia en estos trastornos.

### **Aspectos cognitivos**

En la anorexia nerviosa y en la bulimia nerviosa, se pueden advertir aspectos cognitivos inadecuados y persistentes referidos a la comida, al peso o al aspecto corporal. En este orden de ideas y con respecto a la comida, Raich (1999) cita a Garner y Bemis (1982) quienes han sistematizado una serie de

distorsiones cognitivas en el sentido de Beck (1976):

1. Abstracciones selectivas:

Llegar a conclusiones a partir de la consideración exclusiva de aspectos parciales. Por ejemplo, "si como una galleta, me descontrolaré y comeré doscientas".

2. Generalizaciones excesivas:

"Si no organicé qué comer a la mañana mejor no como nada", "nunca tengo hambre".

3. Magnificación de consecuencias negativas:

"Si pasé de 50 a 51 kg comiendo solamente esto, nunca más voy a poder a comer porque enseguida pesaré 80 kg".

4. Pensamiento dicotómico:

"Si me di un atracón, debo ayunar durante tres días".

5. Ideas autorreferenciales:

"Todos me miran cuando como".

6. Pensamiento supersticioso:

"Todo lo que ingiero me engorda, queda como en una bolsa".

Raich (1999), agrega citando a T. Casch (1987), en referencia al peso y la figura, que muchas de las cogniciones conforman la llamada "docena sucia", que son los pensamientos automáticos más frecuentes. Los mismos son:

- La Bella o la Bestia: Es un pensamiento dicotómico de blanco o negro, "soy atractiva o soy fea", "peso lo que deseo o soy gorda".
- El Ideal Irreal: Los sentimientos de fealdad se producen cuando se compara el sujeto con modelo de ideal social, representado masivamente por los medios de comunicación –moda, televisión, etc.-. Ejemplo, "debo tener el cuerpo de una modelo".
- La Comparación Injusta: Se refiere a la comparación de uno con personas que encuentra en lo cotidiano, generalmente con personas que exhiben características deseadas por él. Por ejemplo: "desearía ser tan atractiva como tal persona".
- La Lupa: Es la observación de aquellas partes que se consideran como más negativas de la propia apariencia. Por ejemplo: "que anchas son mis caderas, hacen que me vea horrible".
- La Mente Ciega: Es la contracara del pensamiento anterior pues minimiza o descuida cualquier parte del cuerpo que pueda considerarse atractiva.

- La Fealdad Radiante: Consiste en criticar una parte de la apariencia, y continuar con otra y con otra, hasta conseguir la destrucción de cualquier aspecto positivo de su figura.
- El Juego de la Culpa: Es el que hace que la apariencia sea la culpable de cualquier fracaso, insatisfacción o desengaño, aunque no tuviere relación relevante con ella.
- La Mente que Lee Mal: Es una distorsión que conduce a interpretar la conducta de los demás en función de fallas en el propio aspecto corporal. Por ejemplo: "la gente no me quiere porque soy gorda".
- La Desgracia Reveladora: Consiste en predecir desgracias futuras por culpa de la apariencia. Por ejemplo: "nunca me amarán por mi apariencia". Se usan frecuentemente los "siempre" y "nunca".
- La Belleza Limitadora: Consiste en poner condiciones a las cosas que uno va a realizar y que las tornan de imposible cumplimiento. Por ejemplo: "no puedo ir a esa fiesta a menos que baje 4 kgs."
- Sentirse Fea: Es la conversión de un sentimiento personal en una verdad universal. Por ejemplo, al sentirse una persona fea, presupone que todos la consideran de la misma manera.
- Reflejo del Malhumor: Es traspasar la causa del malhumor o preocupación que se derive de cualquier circunstancia a su propio cuerpo. Por ejemplo: "un día difícil o un disgusto es atribuido a algún aspecto de su apariencia".

### **Aspectos conductuales**

Raich (1999) comenta que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienden a sobrestimar el tamaño de su cuerpo, poseen una mala conceptualización de sí mismos en cuanto a su aspecto físico, y una dificultad en sus relaciones sociales desarrollando conductas denominadas por la psicología de evitación activa y pasiva.

- Evitación pasiva: los pacientes exhiben conductas tendientes a evitar situaciones de exposición de su cuerpo. Ejemplos: no asistir a fiestas, ocultar su cuerpo bajo ropaje holgado o que disimule sus formas, rehusar los contactos íntimos y restringir o limitar seriamente su ingesta.
- Evitación activa: Mirarse varias veces en el espejo, pesarse todos los días y, varias veces, preguntarle a los demás como la ven, para reasegurarse de su apariencia.

Rosen (1990), añade que quienes logran evitar esas situaciones de exhibición, disminuyen su ansiedad con la gratificación que esto conlleva, lo cual genera una necesidad de reiterarlas en lo sucesivo con daño para su debida interrelación social.

### **Aspectos emocionales**

Según Raich (1999), los sentimientos predominantes en estos sujetos

son negativos, con presencia de tristeza y llantos recurrentes. Suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo, con pensamientos “como no soy atractiva no sirvo para nada”, o semejantes. Varios estudios indican que el grado de autoestima físico se asocia con la autoestima en general. También menciona a Garfinkel y Garner (1982), quienes concluyen que tales pacientes presentan una extrema baja autoestima, sentimientos de ser malas personas, descuidadas, y con un intenso miedo al rechazo o al abandono.

Poseen además un gran miedo de tipo fóbico a la comida y a la ganancia de peso; y perturbaciones en el sueño, con escasa profundidad y despertares frecuentes durante la noche (Raich, 1999).

Podrían describirse a estos pacientes como obsesivos, compulsivos, con pensamientos circulares, repetitivos, persistentes sobre la comida y el peso, y con comportamientos rituales. Es común en ellos una pobre relación social, debido a las restricciones sociales que se autoimponen para no ser juzgados ni observados lo cual conforma un predisponente para el desarrollo de algún tipo de fobia social (Raich, 1999).

## **1.2 Bulimia nerviosa**

Toro (2008), define a la bulimia nerviosa como un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por la presencia de episodios críticos, en los cuales la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es dable considerar como ingesta normal. Esta ingestión superior está acompañada por una sensación de pérdida de control sobre la misma. Generalmente se presenta durante cortos periodos de tiempo, normalmente de dos horas o menos. Es decir, el bulímico no desea incurrir en el atracón; pero una vez llevado a cabo éste, realiza ciertos comportamientos compensatorios para disminuir los efectos sobre la silueta corporal. El recurso más habitual es la autoinducción al vómito, conjuntamente con el uso anómalo de laxantes, diuréticos, etcétera. Otras conductas recurrentes son los ayunos compensatorios, la actividad física intensa, evitar las posibilidades de concurrir a restaurantes, a fiestas donde se pueda sentir socialmente obligado a comer, y las visitas al baño después de comer, entre otros.

También comenta que los pacientes bulímicos experimentan continuamente alteraciones en el estado de ánimo, con prevalencia de la ansiedad y tristeza en un primer plano, y sentimientos de culpa como trasfondo.

De acuerdo al DSM- IV-TR (2002), los criterios diagnósticos para la Bulimia nerviosa son los siguientes:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

## **Sintomatología**

En cuanto al aspecto sintomatológico recurro a De la Serna de Pedro (1998), quien señala que la tríada clásica en la bulimia es: ATRACÓN + PURGA + PREOCUPACIÓN EXCESIVA POR EL ESQUEMA CORPORAL.

Caracteriza al atracón con la siguiente fórmula: ingesta masiva y voraz de alimentos, en un período corto de tiempo, 2-3 hs; siendo sus fases:

- Anticipación y planificación del mismo.
- Ansiedad.
- Urgencia para comenzar.
- Rápido y descontrolado consumo de alimentos.
- Sensación de alivio y relax.
- Desaliento.
- Vergüenza y culpa.
- Malestar físico: fatiga, náuseas, dolor abdominal y de cabeza.
- Vómitos autoprovocados.
- Alivio y culpa con el riesgo de recomenzar.

Respecto a la frecuencia de los atracones, dice que la misma puede variar entre 1-2 veces al mes, varias veces al día o 1 sola vez por día. Estos episodios suelen desencadenarse ante situaciones que pueden causar alguna clase de ansiedad, estrés, apatía, disconformidad o para hacerle frente a alguna situación ansiógena como por ejemplo: posponer alguna tarea ingrata o evadirse de lo no deseado. Señala como signos que pueden presentarse antes del atracón, el aumento de la actividad vegetativa, hiperhidrosis, taquicardia y ansiedad.

En cuanto al surgimiento del atracón, puntualiza que éste puede ser espontáneo conduciendo a la ingesta descontrolada de todo aquello que se encuentra a mano, inclusive alimentos no adecuados (crudos, sin cocción, congelados, etc.), y de manera hasta salvaje, pues cuando esto ocurre no hay placer por la comida, la ingesta es desordenada o sucia, y hasta se utilizan ambas manos para empujar la comida y no masticar los alimentos. Además, comenta que estos pacientes saben diferenciar entre comer mucho y un atracón, predominando en estos últimos casos los hidratos de carbono y las grasas. El atracón, de no ser espontáneo, puede ser preparado por vía de la acumulación de comida sea por compras masivas, por hurto en casas de amistades, o conductas semejantes. Cada atracón suele estar precedido por una sensación entremezclada de hambre intensa y ansiedad aguda, y los desencadenantes suelen ser los estados de ánimo disfóricos (derivados de ansiedad, tristeza, cólera o aburrimiento), pero también aquellas situaciones de la vida cotidiana que hayan quedado asociadas al atracón y aquellas otras que por cualquier circunstancia generen estrés. El atracón finaliza generalmente por cansancio físico, por agotamiento de la comida, por náuseas o por malestar físico.



Luego del atracón, prosigue De la Serna de Pedro (1998), en el 88 % de los casos, se presenta el “vómito”. Éste se provoca utilizando los dedos de la mano y a medida que el paciente avanza en la patología le basta una simple contracción abdominal para provocarlo. En ocasiones, recurren a beber agua en exceso y luego la vomitan para hacer lavados de estómago, con sensación de limpiar todo por dentro. Para los pacientes es vergonzoso y hasta humillante vomitar. Las purgas suelen ser un castigo para compensar su falta de control. Esta dificultad en el control de los impulsos, característico de esta patología, hace frecuente en estos pacientes el consumo de tóxicos, la promiscuidad sexual, los cambios de parejas o de trabajos, y las actitudes cleptómanas y mitómanas.

Señala que cuando termina el proceso, en general, el estado anímico del paciente es muy delicado; que suelen padecer una profunda desesperación y tristeza con sentimientos de fracaso e impotencia; y que el equilibrio es muy frágil y el riesgo suicida es alto dado el nivel de autorreproches y de vergüenza, en especial si la ingesta y el vómito son masivos. También que en otras ocasiones sobreviene una sensación de relajación y alivio de tensión.

En la bulimia es común una mayor conciencia de la enfermedad que en los casos de anorexia. Tal grado de conciencia, entonces, es el que lleva a ocultar las antedichas conductas anómalas. Por ejemplo, recurren a un escondite privado donde comen y vomitan. De allí que esta patología puede permanecer sin ser advertida por sus familiares e incluso su médico, hasta por varios años. Una minoría de personas aquejadas por la bulimia no vomita y acude a dietas exageradas, ayunos prolongados o excesiva actividad física, luego del atracón, como forma de compensarlo. Algunos signos que se presentan en los pacientes son malestar general, dolor abdominal y de cabeza, náuseas, pequeñas roturas vasculares bajo los ojos, inflamación de las parótidas, irregularidades en la menstruación, y negación a mantener un peso igual o superior al valor mínimo que corresponde a su edad y su estatura (De la Serna de Pedro, 1998).

### **Etiología de la Bulimia**

Si bien no son conocidos todos los factores que influyen en la etiología de la bulimia nerviosa, sí se puede afirmar que es multifactorial; y que en ella repercuten diversos elementos de naturaleza genética, biológica, psicológica, social, cultural y, lógicamente, familiar (De la Serna de Pedro, 1998).

Raich (1999) recurre a la clasificación propuesta por Toro y Vilardell (1987), de factores predisponentes, precipitantes y otros mantenedores:

#### 1- Factores predisponentes:

\*Causas sociales y culturales: En el mundo contemporáneo uno de los factores de mayor trascendencia es el culto erigido en torno a la delgadez del cuerpo humano y el temor por engordar. Estos dos factores generan en las personas

una significativa presión sociocultural, que coadyuva a la aparición y al mantenimiento de estos trastornos, como la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa.

\*Causas emocionales y afectivas: Las personas que padecen este trastorno tienen un elevado grado de ansiedad y una forma de respuesta emocional más lábil. Pueden presentar algún trastorno afectivo.

\*Características de la personalidad: Son emocionalmente más inestables, generalmente reciben el diagnóstico de algún trastorno de personalidad. Según Piran, Garfinkel, Kennedy y Brouillette (1988, citados en Raich, 1999) las bulímicas tienden a recibir diagnósticos de trastorno límite (38 %) e histriónico (13.1 %). De la Serna de Pedro (1998) hace referencia a un alto índice de personas muy autoexigentes y perfeccionistas que se imponen niveles muy altos que no alcanzarán con la consiguiente baja de autoestima y tendencia a la depresión.

\*Características familiares: Prosigue Raich (1999), que Toro y Vilardell (1987) han concluido que no es posible verificar que exista una familia típica o específica en la bulimia, pero que a pesar de esto sí se han descritos aspectos familiares que pueden tener alguna influencia en la aparición de la enfermedad. Estos son: presencia de trastornos afectivos o alimentarios en familiares cercanos; abuso de alcohol o de otras sustancias; obesidad materna; status socio-económico medio-alto; gran preocupación de los padres por la figura y el peso de sus hijos; historia de abuso sexual y diabetes millitus. De la Serna de Pedro (1998) indica que es muy frecuente que en las familias de personas que padecen bulimia, muchas de las discusiones habidas se resuelven sentados alrededor de una mesa. Comiendo, además, se celebran bodas y nacimientos, y se honran funerales. Las comidas son consuelo y desahogo, íntima comunión familiar. Estas familias tienen una carga emocional muy alta que suele explotar en la comida. En general, suelen ser familias conflictivas, desorganizadas, con menos cohesión interna y desconfianza mutua. Las madres suelen ser aficionadas a las dietas y descalificadoras de su imagen corporal y la de sus hijos, y los padres muy exigentes, controladores, dominantes y muy intrusivos en la vida, también, de sus hijos.

## 2- Factores precipitantes:

Raich (1999) dice que son aquellos factores que ayudarían a precipitar la aparición de la enfermedad, como los acontecimientos vitales potencialmente estresantes que aparecen en la vida de la persona y producen cambios como: la muerte de un familiar, una boda, divorcios, el inicio o la pérdida de un empleo, tener un hijo, nacimiento de un hermano, mudanzas, enfermedad grave, conflictos serios con sus amigos, intimidad con otros, sexo, etc.

Asimismo, coloca a la dieta restrictiva como la causa más cercana al desencadenamiento de episodios de sobreingesta. La Teoría de la Contraregulación de Polivy y Herman (1985, citada en Raich, 1999) sostiene

que el mantenimiento de una restricción de determinados alimentos considerados prohibidos, al momento de romperse la dieta estricta, hace que la persona pierda completamente el control y consuma excesivas cantidades de alimento.

### 3- Factores mantenedores:

Los factores mantenedores son aquellos que intervienen positivamente para mantener el trastorno una vez que ya se encuentra instaurado (Raich, 1999).

Los episodios de sobreingesta se mantienen porque las personas al realizarlos se distraen de otras preocupaciones que no se consideran capaces de afrontar; y porque la comida les genera una satisfacción significativa. Raich (1999) afirma que estos episodios de sobreingesta pueden mantenerse en el tiempo merced a las compensaciones purgativas.

En cuanto a las características de los pacientes que padecen bulimia, De la Serna de Pedro (1998) menciona a las siguientes:

- Inicio tardío
- Dieta muy irregular y variable
- Peso normal o alto
- Mayor impulsividad
- Menstruaciones normales o algo irregulares
- Psicopatología florida
- Depresivas, descontroladas y muy impulsivas
- Mayores conductas autolíticas

### **Prevalencia y curso de la bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR (APA, 2002).**

Prevalencia: oscila del 1 al 3 %, aproximadamente, entre las adolescentes y jóvenes adultas. En los varones la prevalencia es diez veces menor.

Curso: en la mayoría de los casos se inicia en la adolescencia o inicios de la vida adulta. Los atracones suelen comenzar durante, o luego, de un período de régimen dietético. Esta alteración de la conducta alimentaria persiste durante varios años en un alto porcentaje de muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, presentando períodos de remisión alternados con atracones. Sin embargo, con un seguimiento a largo plazo, los síntomas de muchos individuos parecieran disminuir. Los períodos de remisión de más de 1 año se asocian con mejores resultados a largo plazo .

### **1.3 Anorexia nerviosa**

Raich (1999) explica que la anorexia nerviosa es un trastorno alimentario grave por el cual, la persona que lo padece, tiene un peso inferior al que se espera de acuerdo a su edad, altura y sexo, sin existir enfermedad médica alguna que explique la pérdida de peso. Dicha pérdida se produce por ayunos o reducción extrema de la comida. Suelen utilizar laxantes, diuréticos y realizar ejercicios físicos de forma excesiva. En ocasiones, pueden llegar a autoinducirse el vómito.

Según Toro (2008), quienes padecen anorexia nerviosa sienten un miedo intenso a ganar peso aunque disminuya de manera alarmante, y presentan una alteración significativa en la percepción de la forma o tamaño de su cuerpo, lo cual los obliga al mantenimiento de la restricción de la ingesta. En los últimos tiempos se ha constatado una disminución en la edad de aparición de la enfermedad, pero puede fijarse entre los 13 y 18 años de edad.

#### **Sintomatología (De la Serna de Pedro, 1998)**

- Intensa preocupación por peso y figura
- Ansias por la delgadez
- Humor depresivo
- Irritabilidad
- Retraimiento social
- Disminución de la libido
- Conductas obsesivas
- Disminución del rendimiento intelectual, atención y concentración
- Alteración del ánimo con tendencia a la depresión
- Labilidad emocional
- Amenorrea de, al menos, tres meses

#### **Síntomas físicos (De la Serna de Pedro, 1998)**

Las complicaciones físicas pueden tener origen en la propia caquexia y/o en las conductas realizadas para perder peso. Muchas de las manifestaciones son secundarias a la delgadez y se resuelven con el aumento del peso. Si el inicio de la anorexia fue muy precoz, el crecimiento se ve comprometido aun con una buena alimentación. Pasado el período puberal no se crece porque los huesos largos ya se han soldado.

Cuando se produce una falta de ingesta, el organismo se defiende:

- 1) con la pérdida de peso y la detención del crecimiento; y
- 2) con la movilización de los nutrientes almacenados mediante el catabolismo hepático, en los lípidos del tejido adiposo y en las proteínas del tejido muscular.

La pérdida de la caja aislante de la grasa produce:

- aumento a la sensibilidad al frío
- resecamiento de la piel
- cabello quebradizo y sin brillo
- uñas quebradizas
- vello en cara, brazos y espalda (lanugo)
- disminución de la presión arterial (hipotensión) y descenso del ritmo cardíaco (bradicardia)
- disminución de la motilidad intestinal
- deshidratación
- amenorrea
- anemia debido al déficit de ácido fólico y hierro
- alteraciones hormonales
- alteraciones dentarias como la descomposición del esmalte dental y caries

Para Toro (2008), todos los síntomas antes mencionados son producto de la malnutrición. Agrega que, además de comprometerse el correcto funcionamiento del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, se altera el eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo e hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. También se ve afectada la neurotransmisión, ocasionando disfunciones en los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico. Los opioides endógenos también se encuentran alterados. Esto puede dar lugar al desarrollo de patologías afectivas, de ansiedad, obsesiva-compulsiva, etc. Sin malnutrición no se puede hablar de anorexia nerviosa.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), los criterios para el diagnóstico de la Anorexia nerviosa son:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

## **Etiología de la Anorexia**

De la Serna de Pedro (1998), señala que no se conocen todos los factores que influyen en la etiología de la anorexia nerviosa ni de la bulimia nerviosa. Pero que sí se puede afirmar que es multifactorial y, por tal causa, en ella repercuten elementos genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y familiares. Raich (1999), al respecto, utiliza la clasificación de Toro y Vilardell (1987), dividiendo a los factores en:

### 1. Factores predisponentes:

\*Causas socioculturales: la presión por la esbeltez y la estigmatización de la obesidad serían causantes de insatisfacción corporal motivando el inicio de una dieta.

\*Causas emocionales y afectivas: las personas que padecen este trastorno tienen un elevado grado de ansiedad y una respuesta emocional más lábil.

\*Características de la personalidad: emocionalmente son más inestables y suelen recibir el diagnóstico de algún trastorno de personalidad. Raich (1999) señala que, según Piran y cols (1988), los más comunes son el trastorno evitativo y el dependiente.

\*Características familiares: Si bien no es posible verificar que exista una familia típica o específica de la anorexia, sí se han descrito aspectos que suelen tener influencia en la aparición de la enfermedad, como la presencia de familiares de primer grado que presenten trastornos alimentarios, trastornos afectivos, abuso de alcohol o de otras sustancias, obesidad materna, status socioeconómico medio-alto y, en algunos casos, edad elevada de los padres (Raich, 1999).

### 2. Factores precipitantes:

Al igual que en la bulimia, Raich (1999) sostiene que son aquellos que ayudarían a precipitar la aparición de la enfermedad como: los acontecimientos vitales potencialmente estresantes y que producen cambios, como la muerte de un familiar, una boda, divorcios, el inicio o la pérdida de un empleo, tener un hijo, nacimiento de un hermano, mudanzas, enfermedad grave, conflictos serios con sus amigos, intimidad con otros, sexo, etc.

### 3. Factores mantenedores:

La autora (Raich, 1999) se refiere a aquellos factores que intervienen significativamente para mantener el trastorno una vez instaurado. Cita a Garner y Bemis (1985), quienes expresan que la conducta alimentaria alterada se mantiene por factores cognitivos y conductuales. La dieta no sólo se mantiene por la evitación de la situación fóbica, estar gorda, sino

también por el refuerzo que recibe el sujeto al sentirse capaz de controlarse. Esto le permite afirmarse como una persona fuerte, orgullosa y triunfante. Además, agrega que las actitudes familiares y de amigos suelen ayudar a mantener el trastorno. La preocupación que se genera en su entorno da lugar a que se acepten y premien muchas conductas desadaptativas, como caprichos alimentarios. A su vez, las múltiples culpabilizaciones entre los padres también ayudan a reforzar tales conductas. En cuanto a los amigos, en un primer momento refuerzan la conducta al comentar los avances que está logrando la persona con el régimen, pero luego pueden llegar a distanciarse producto de enojos por los intentos de hacer entrar en razón a su amigo.

### **Prevalencia y curso de la anorexia nerviosa según el DSM-IV-TR (APA, 2002).**

Prevalencia: En las mujeres el porcentaje es del 0,5 % aproximadamente.

La prevalencia en varones es de aproximadamente una décima parte que en el sexo femenino.

Toro (2008), por su parte, dice que la prevalencia en la población en general es del 0.2 % al 0.8 %; y, en las muchachas adolescentes, del 1 % al 2 %. En cuanto a la proporción entre varones y mujeres, es de 1 a 10.

Curso: Suele comenzar a mediados de la adolescencia entre los 14 y 18 años. Muy rara vez el inicio se da en mujeres mayores de 40 años. Con frecuencia, el comienzo de la enfermedad está asociado a alguna situación estresante para el individuo.

En cuanto al curso y al desenlace del trastorno, refiere que es muy variable dado que algunas personas:

- se recuperan totalmente después de un único episodio;
- o bien, presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de una recaída;
- y, otras, sufren un deterioro crónico a lo largo de los años.

La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros universitarios es de, aproximadamente, el 10 %. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.



## **1.4 Personalidad Normal**

Cortese y Cortese (2009) sostienen que para definir la personalidad normal se ha recurrido a enfoques generalizantes, a pesar de la unicidad e individualidad que importa cada persona. No obstante ello, dichos autores se inclinan por la postura de Eysenck y Eysenck (1987, citados en Cortese & Cortese, 2009), quienes la han definido como una organización duradera y con una dinámica organizada del carácter, temperamento, intelecto y hasta físico de una persona, que determina su adaptación única en el ambiente. Esta definición de la personalidad gira en torno a cuatro patrones de conducta: el cognitivo (Inteligencia), el conativo (carácter), el afectivo (temperamento) y el somático (constitución). De allí que concluyen que la personalidad es la suma total de los patrones conductuales presentes o potenciales del organismo, determinados por la herencia y el ambiente, la cual se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de los sectores formativos en que se originan estos patrones conductuales.

Prosiguen Cortese y Cortese (2009) señalando que todas las definiciones contienen elementos comunes:

- 1) La individualidad: que hace referencia a que la personalidad es irreplicable, similar a una huella dactilar, a pesar que las personas compartan características comunes.
- 2) La integración de varios factores: dado que se producen en una especial organización y no en una mera sumatoria.
- 3) La estabilidad: la cual se da en el tiempo en el modo de conducirse.
- 4) El dinamismo de la personalidad: que alude a un proceso factible de modificaciones y crecimiento, y no estático ni cerrado.

### **Personalidad Pertinente**

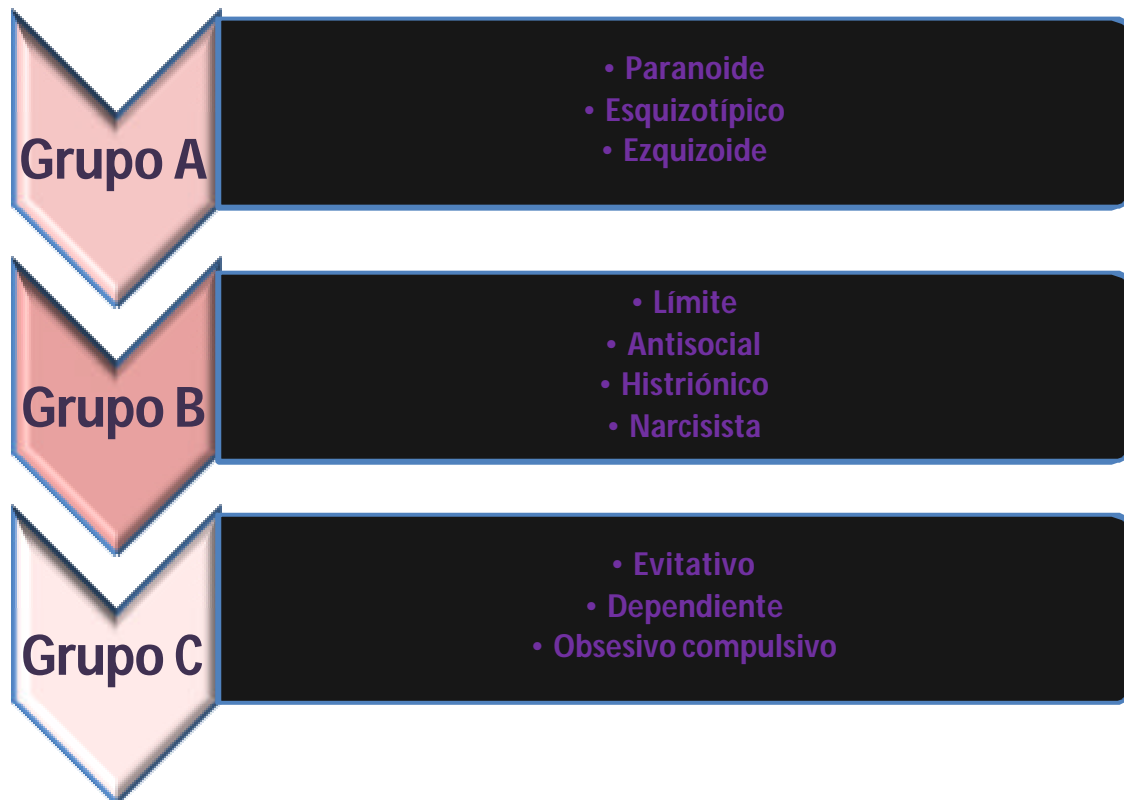
Es aquella que exhibe conductas y características que pueden considerarse adecuadas a las pautas vigentes en el medio sociocultural en el cual se desenvuelve. Dicha adecuación, importa una adaptación activa y conductas que fueren pertinentes, un psiquismo organizado y coherente internamente (Cortese & Cortese, 2009).

## 1.5 Trastornos de personalidad

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), los rasgos de personalidad son pautas persistentes de percibir, pensar y de relacionarse con el ambiente y con uno mismo. Cuando estos rasgos se vuelven inflexibles, desadaptativos y causan incapacitación social, disfuncionalismo ocupacional y/o malestar subjetivo, se convierten en trastornos de personalidad.

Los mismos se caracterizan por un patrón inflexible de experiencia interna y un comportamiento que se aparta de forma notoria de las expectativas de la cultura del sujeto. Su inicio suele ser en la adolescencia o a comienzos de la edad adulta; se mantiene estable a lo largo del tiempo e importa malestar o perjuicios para el sujeto (Cortese & Cortese, 2009).

El DSM-IV-TR (APA, 2002), agrupa a los trastornos de personalidad en tres grupos de acuerdo a la similitud en sus características:



**El Grupo A** incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Estos sujetos suelen ser descriptos como raros o extraños. Se caracterizan por su desinterés social, conducta y pensamientos excéntricos y raros, y un leve sentido de la realidad. En momentos de alto estrés pueden manifestar episodios psicóticos. No suelen presentar trastornos de la conducta alimentaria dado que tienen su propia realidad interna por fuera de los valores culturales. Al ser una patología que en parte está determinada por el contexto sociocultural no es muy frecuente en estos individuos (Gongora, 2005).

**El Grupo B** incluye los trastornos límite, histriónico, narcisista y antisocial de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables.

**Límite:** Son personas con una baja autoestima, gran dificultad en las relaciones interpersonales y un déficit en el comportamiento autorregulatorio. Suelen tener problemas en su vida diaria, en lo social y laboral. Su afectividad es lábil, oscilan desde un enojo e ira incontenible hasta un sentimiento de vacío depresivo. Son extremadamente impulsivos, suelen presentar una vida sexual autodestructiva y conductas nocivas como excederse al comer o robar en tiendas etc. Suelen deprimirse al estar solos, tienen una imagen inestable de sí mismos. En sus relaciones interpersonales son muy inestables, oscilando entre la adoración y la desvaloración total del otro, o del apego extremo al aislamiento.

**Histriónico:** Se caracterizan por la excesiva emotividad en la percepción y expresión de los afectos. Necesitan constante atención, aceptación y aprobación de los demás. Para lograrlo suelen actuar dramáticamente, de manera exhibicionista o interpersonalmente con seducción.

**Narcisista:** No es usual que presenten trastornos de la conducta alimentaria, dado que son personas que tienden a focalizarse en sus deseos y necesidades internas excluyendo los sentimientos de otros, por lo cual descartan los valores culturales respecto al peso corporal.

**Antisocial:** Rara vez presentan trastornos de la conducta alimentaria. Suelen estar en contra de las normas culturales. Tienen su propio sistema de valores centrado en la satisfacción inmediata y la búsqueda hedonista de estimulación y placer.

**El Grupo C** incluye los trastornos por evitación, obsesivo-compulsivo de la personalidad y por dependencia. Suelen parecer ansiosos o temerosos.

**Evitativo:** Estos individuos se caracterizan por un desinterés activo y ambivalente en su relación con los otros. Si bien les interesa entablar relaciones con los demás, suelen evitarlas por un profundo temor a la crítica y al rechazo. Dudan permanentemente de su propio valor y suelen ser hipersensibles a las críticas.

**Obsesivo compulsivo:** Se caracterizan por la rigidez, empecinamiento, perfeccionismo, excesiva devoción al trabajo, y la exclusión de las actividades recreativas o placenteras. Su conducta se basa en aceptar las reglas, normas y autoridad. Suelen ser escrupulosos, moralistas, inflexibles y estrictos.

**Dependientes:** Suelen sufrir de un sentido de inferioridad, sumisión y desamparo, asociado a un intenso miedo al abandono. Frecuentemente creen que no pueden tomar decisiones acertadas y manejar correctamente su vida, por lo que se apegan a otras personas que les proveen seguridad, protección y guía. En estas relaciones niegan su individualidad subordinándose a los deseos y necesidades de los otros.

## **1.6 Trastorno límite de la personalidad**

De acuerdo al DSM- IV-TR (APA, 2002) la característica esencial del trastorno límite de la personalidad es la presencia de un patrón de inestabilidad tanto en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, además de contar con una notable impulsividad que tiene inicios a principios de la edad adulta.

### **Características**

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado que pueden incluir actos impulsivos como comportamientos de automutilación (cortarse, quemarse) y amenazas o actos suicidas.
- Muy sensibles a los cambios ambientales
- Intenso temor a ser abandonados.
- Ira inadecuada incluso por una separación de tiempo limitado o cambios en los planes.
- Intolerancia a estar solos, necesidad de compañía
- Relaciones inestables e intensas.
- Inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo.
- Impulsividad en dos áreas potencialmente peligrosas (darse atracones, abuso de sustancias, apostar dinero, conducir temerariamente, conductas sexuales no seguras).
- Inestabilidad emocional.
- Sentimientos de vacío crónico.
- Se aburren con facilidad.
- Pueden presentar ideación paranoide o síntomas disociativos.
- Comportamientos manipulativos.

### **Comorbilidad y diagnóstico diferencial según el DSM- IV-TR (APA, 2002)**

Suelen presentar una infravaloración de sí mismos cuando están por cumplir un objetivo. Asimismo algunas personas presentan en ocasiones síntomas similares a los psicóticos en situaciones de estrés (distorsiones de la imagen corporal, alucinaciones, fenómenos hipnagógicos e ideas de autorreferencia). Pueden sentirse más seguros con objetos transitorios que con las relaciones interpersonales. Las personas con trastorno límite de la personalidad sufren con frecuencia comorbilidad con trastornos del ánimo, abuso de sustancias, abuso de alcohol, trastornos del control de los impulsos, alteraciones del pensamiento y trastornos de la ansiedad. Los trastornos que se presentan con mayor frecuencia del Eje I son los trastornos del estado del ánimo, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos somatomorfos, el trastorno por estrés traumático y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad.

También es usual la comorbilidad con el Eje II, pero parece habitual con

el trastorno narcisista, evitativo, y paranoide, y en mayor medida con el trastorno histriónico, antisocial, esquizotípico y dependiente.

La presencia comórbida en pacientes con trastorno límite de la personalidad con otros trastornos del Eje I y con otros trastornos del Eje II requiere la necesidad de establecer el diagnóstico diferencial.

### Prevalencia

Se estima que el 2 % de la población general presenta trastorno límite de la personalidad. En cuanto a los pacientes de centros ambulatorios de salud mental el porcentaje es de un 10 % y de un 20 % en los pacientes psiquiátricos ingresados. En las poblaciones clínicas que presentan trastornos de personalidad, la prevalencia de este trastorno se sitúa entre el 30 % y el 60 %.

### Curso

El patrón más habitual es una inestabilidad crónica en el inicio de la edad adulta, con episodios graves de descontrol afectivo e impulsivo.

En los primeros años de la edad adulta el deterioro causado por el trastorno y el riesgo suicida es mayor, desapareciendo gradualmente con la edad. Entre la cuarta y quinta década de vida estos sujetos logran una mayor estabilidad en sus relaciones y actividad profesional.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), los criterios para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad son:

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
6. inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. sentimientos crónicos de vacío.
8. ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

## **1.7 Objetivos e hipótesis**

### **Objetivo general:**

- Describir la presencia o la ausencia del trastorno límite de la personalidad en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, para identificar su asociación.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar la comorbilidad o su ausencia, entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad en los 221 casos.
- Identificar en los casos que presenten comorbilidad, las diferencias porcentuales de los trastornos de personalidad.
- Identificar si el trastorno límite de la personalidad se presenta indistintamente en los subtipos purgativo, no purgativo y restrictivo de los trastornos de la conducta alimentaria, o con rasgos diferenciales en cuanto a su frecuencia.
- Identificar si existe una asociación entre la edad y los diferentes tipos de trastornos de alimentación; como así también si existe una asociación entre la edad y la presencia o no del trastorno límite de la personalidad.

### **Hipótesis:**

Existe una asociación significativa entre la presencia del trastorno límite de la personalidad y el diagnóstico de bulimia y anorexia nerviosa.



## **Capítulo 2**

### **Trabajo de campo**

#### **2.1 Metodología**

El presente trabajo sigue una metodología de investigación cuantitativa, con un estudio de alcance descriptivo – correlacional, de tipo transversal (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista, 2004).

##### **Tipo de estudio:**

1. Según la temporalidad: transversal
2. Según el tipo de resultado: descriptivo-correlacional.

##### **Operacionalización:**

Mediante la versión 17 del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

##### **Diseño estadístico:**

Descriptivo-correlacional.

##### **Muestra:**

La muestra quedó conformada por el análisis de las historias clínicas del centro ambulatorio especializado en trastornos de la conducta alimentaria, Aluba, durante el período 2005-2013. Las historias clínicas que fueron seleccionadas son aquellas que presentaron los siguientes requisitos: pacientes de sexo femenino y masculino, mayores de 15 años, con diagnóstico de bulimia o anorexia nerviosa, y que contuviesen el resultado del PDQ-4+ (Calvo Piñero et al., 2002), administrado por el personal del establecimiento.

**Ubicación espacial:**

Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (Aluba), ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (C.A.B.A).

**Tipo de Muestra:**

No probabilística intencional.

**Criterios de inclusión:**

Pacientes mayores de 15 años de género masculino y femenino diagnosticados con trastorno de bulimia y anorexia, y que presenten un trastorno de personalidad según el test administrado el PDQ-4+ (Calvo Piñero et al., 2002).

**Criterios de exclusión:**

Pacientes que padezcan otra patología alimentaria.

**Procedimiento:**

Se llevó a cabo una revisión de 221 historias clínicas del período 2005-2013 en la Institución Aluba. Para ello, se contó con la autorización del Director de la misma, el Lic. Marcelo Bregua. Una de las condiciones para acceder a las historias clínicas, fue mantener la confidencialidad de los datos personales de las pacientes, como nombre y apellido. Asimismo, se acordó que la información será utilizada, exclusivamente, a los fines de la presente investigación.

Los datos de las mismas tomados en cuenta, son: edad, patología alimentaria, sexo y resultado del test PDQ-4+ (Calvo Piñero et al., 2002).

**Instrumentos:**

En el momento que los pacientes ingresaron al establecimiento Aluba, el equipo de trabajo les administró la versión española del PDQ-4+ (Calvo Piñero et al., 2002).

**Personality Diagnostic Questionnaire -4+ (PDQ-4+):**

El PDQ-4+, es un autoinforme que consta 99 ítems para evaluar los 12 trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (10 trastornos de personalidad específicos, incluidos en el Eje II y 2 del Apéndice B de diagnósticos pendientes de estudio).

Los ítems están ordenados de manera aleatoria, correspondiéndose cada uno de ellos a un criterio diagnóstico. Por tanto, cada trastorno de personalidad consta del mismo número de ítems que definen cada entidad psicopatológica del Eje II.

Este autoinforme posibilita, en primer lugar, obtener un índice general de presencia versus ausencia de trastornos de personalidad en general. Y, en

segundo lugar, una puntuación específica para cada trastorno de personalidad, establecida según la puntuación umbral del DSM-IV.

Calvo Piñero et al. (2002) han llevado el PDQ-4+ a una versión en español la cual validaron de modo tal que hoy posee propiedades psicométricas adecuadas y similares a otras versiones publicadas anteriormente en inglés, italiano, chino y noruego. Su consistencia interna resultó en general aceptable. Como se advirtió una prevalencia elevada de trastornos de personalidad al administrar el cuestionario, se aplicó además una escala de significación clínica para lograr mayor precisión en el diagnóstico.

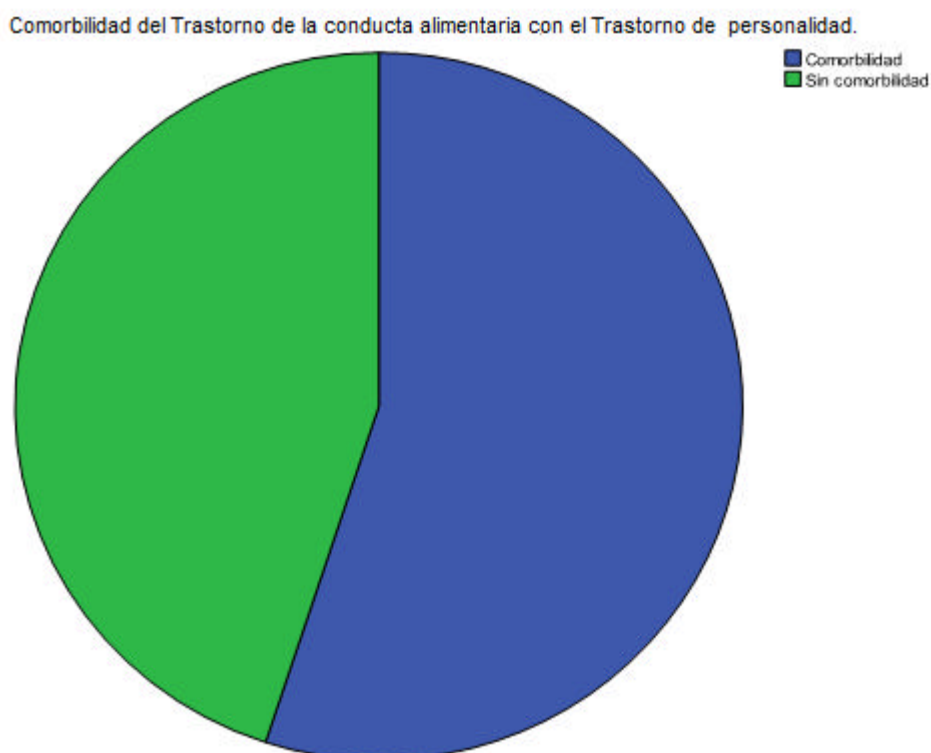
### **Análisis de Datos:**

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS 17 (*Statistical Package for Social Sciences*). Con el fin de decidir si los datos serían analizados con pruebas paramétricas o no paramétricas, se testeó la normalidad de las variables Edad, Sexo, Diagnóstico, Trastorno de personalidad, y Trastorno límite de la personalidad.

Dado que la prueba Shapiro Wilk mostró que la distribución de la variable edad se apartó significativamente de un modelo de distribución normal ( $p < .001$ ), cuando fueron comparados los grupos en sus puntajes en esta variable, se utilizaron pruebas no paramétricas. Al comparar más de dos grupos se utilizó la prueba  $H$  de Kruskal Wallis, mientras que cuando se compararon dos grupos, se utilizó la  $U$  Mann Whitney. Para analizar la asociación entre variables cualitativas (Diagnóstico y Trastorno de personalidad), se empleó la prueba Chi Cuadrado. En todos los casos se empleó un nivel de significación alpha de 05.

## 2.2 Resultados:

Se utilizó una muestra no probabilística incidental. En principio, la muestra estaba compuesta por 221 sujetos. Para el análisis de los datos se tomó, como criterio de inclusión, que los sujetos presentasen diagnóstico tanto de algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria (anorexia o bulimia nerviosa) como algún tipo de trastorno de personalidad (trastorno límite de la personalidad, trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, etc.). Del total de la muestra, 221 sujetos, la mayoría presentó comorbilidad entre ambos trastornos ( $n = 120$ , 54.30%), mientras que el resto de los sujetos ( $n=101$ , 45.70%) no presentaron comorbilidad. En el Figura 1 se muestra la distribución.



**Figura 1.** Comorbilidad del Trastorno de la conducta alimentaria con el Trastorno de personalidad.

Por lo tanto, la muestra quedó compuesta por un total de 120 sujetos con una cantidad significativamente mayor de mujeres que de hombres (95.8 % mujeres y 4.2 % hombres). En la Tabla 1, se exponen las distribuciones absolutas y relativas de la variable Sexo.

Sexo	n	%
Femenino	115	95.8
Masculino	5	4.2
Total	120	100

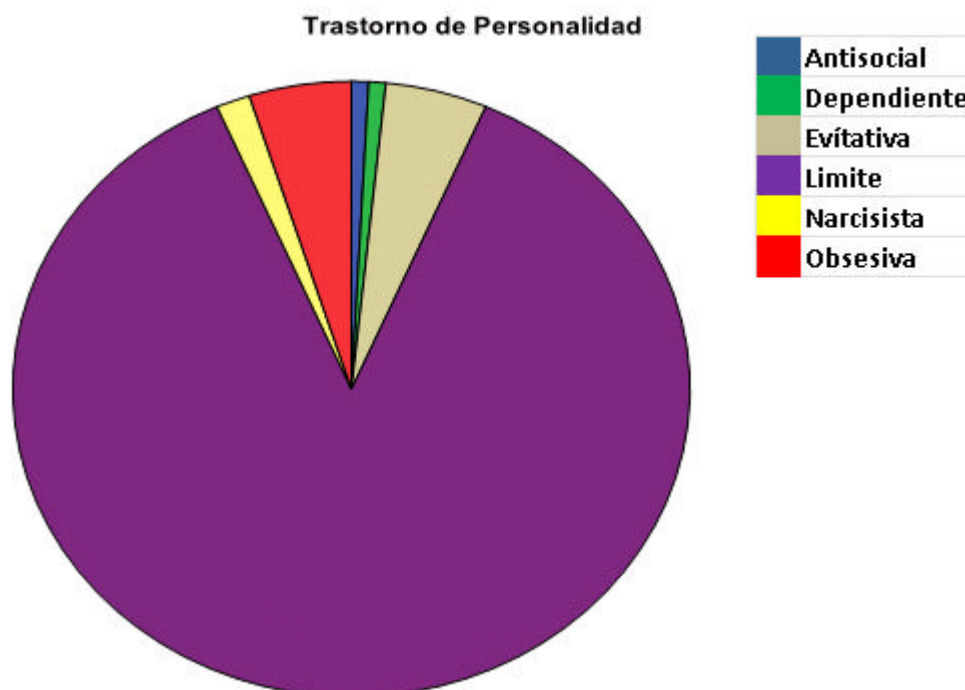
**Tabla 1.** Distribución de frecuencia absoluta y relativa porcentual de la variable Sexo.

En la muestra predominó el trastorno límite de la personalidad ( $n= 104$ , 86.7 %), seguido por los trastornos de personalidad obsesivo compulsivo y trastornos de la personalidad evitativa ( $n= 6$ , 5.0 %). El trastorno de personalidad narcisista se presentó con menos frecuencia que los trastornos de personalidad obsesiva y evitativa ( $n= 2$ , 1.7 %). Por su parte, los trastornos de personalidad dependiente y los trastornos de personalidad antisocial, quedaron relegados al último puesto ( $n= 1$ , .8 %). En la Tabla 2 se exponen la frecuencia absoluta y relativa porcentual de la variable Trastorno de personalidad.

Trastorno de personalidad	n	%
Antisocial	1	.8
Dependiente	1	.8
Evitativa	6	5.0
Límite	104	86.7
Narcisista	2	1.7
Obs. Compulsivo	6	5.0
Total	120	100

**Tabla 2.** Distribución de frecuencia absoluta y relativa porcentual de la variable Trastorno de personalidad.

Asimismo, para una mayor claridad en la lectura de los resultados, se expone la frecuencia porcentual de los Trastornos de personalidad en la Figura 2. Se hace evidente la mayor presencia del trastorno límite de personalidad por sobre los demás tipos de trastornos de personalidad (evitaría, antisocial, narcisista, obsesivo compulsivo y dependiente).



**Figura 2.** Gráfico de sectores de la frecuencia relativa porcentual del Trastorno de personalidad.

Dentro de la muestra seleccionada, el diagnóstico que apareció con mayor frecuencia fue el de bulimia purgativa ( $n= 77$ , 64.2 %), seguido por el de anorexia purgativa ( $n= 20$ , 16.7 %). Con menos frecuencia que los anteriores, se encontró el diagnóstico de anorexia restrictiva ( $n=16$ , 13.3 %). Finalmente, con menor frecuencia aún, se ubicó el diagnóstico de bulimia no purgativa ( $n= 7$ , 5.8 %). La frecuencia absoluta y relativa porcentual se exhibe en la Tabla 3.

<b>Diagnóstico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Anorexia restrictiva	16	13.3
Anorexia purgativa	20	16.7
Bulimia no purgativa	7	5.8
Bulimia purgativa	77	64.2
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Tabla 3.** Distribución de frecuencia absoluta y relativa porcentual de la variable Diagnóstico.

En la Tabla 4, se muestra la mayor prevalencia del trastorno límite de la personalidad por sobre los demás trastornos de personalidad (evitativo, antisocial, dependiente, obsesivo compulsivo y narcisista). Dentro de la muestra, la mayor parte de los sujetos presentó un trastorno límite de la personalidad ( $n=104$ , 86.7%) frente al resto de los sujetos con otros tipos de trastornos de personalidad ( $n= 16$ , 13.3%).

<b>Prevalencia Trastorno Límite de la Personalidad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trastorno Límite	104	86.7
Otros Trastornos de Personalidad	16	13.3
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Tabla 4.** Distribución de frecuencia absoluta y relativa porcentual de la variable Prevalencia de trastorno límite de la personalidad.

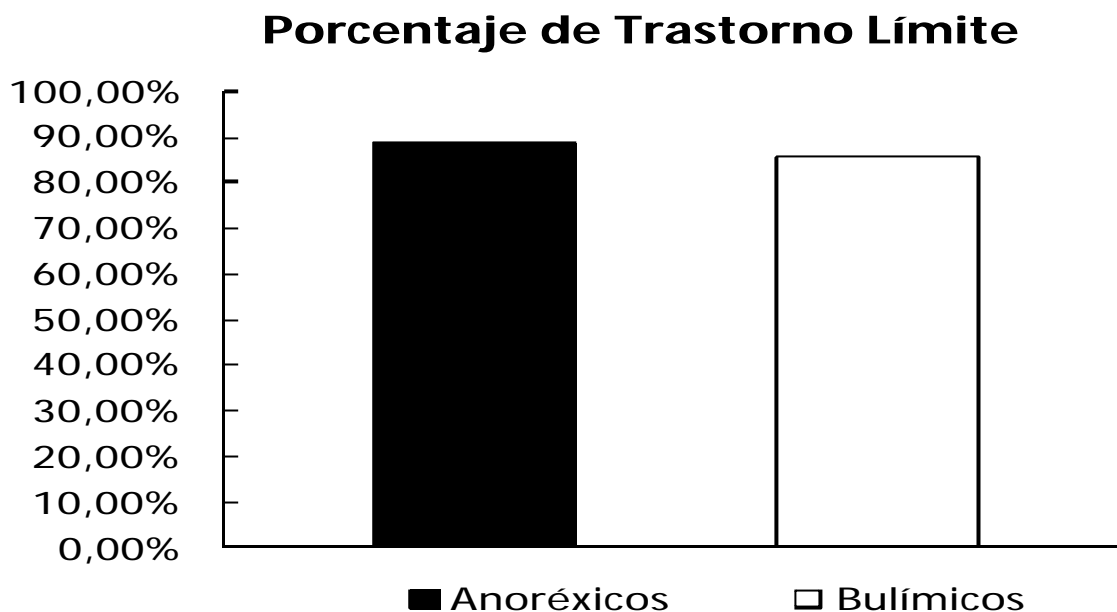
Para analizar la asociación entre el trastorno de la conducta alimentaria y el de personalidad se utilizó la prueba Chi Cuadrado. La misma tiene dentro de sus supuestos que la frecuencia esperada conforme a un modelo de independencia estadística en cada uno de los casilleros no debe ser menor a cinco. Dado que, tal como se mostró en las Tablas 2 y 4, la mayoría de los sujetos de esta muestra presentaron trastorno límite de la personalidad (86.7%) y se observaron bajas frecuencias en el resto de los trastornos, se decidió agrupar a los mismos en la categoría 'Otros Trastornos de Personalidad' ( $n = 16$ ) para analizar la asociación entre la presencia del trastorno límite de la personalidad con la anorexia y bulimia nerviosa. Por la misma razón, se decidió no dividir a la variable Diagnóstico (anorexia y bulimia) en sus respectivas categorías (purgativa, no purgativa y restrictiva). Se halló que el 88.9% de los sujetos con anorexia nerviosa presentó trastorno límite mientras que el 85.7 % de los sujetos con bulimia nerviosa presentó el mismo trastorno de personalidad. La prueba Chi cuadrado mostró que las variables Diagnóstico y Prevalencia de trastorno límite de la personalidad no se encontraron asociadas significativamente,  $X^2(1) = .22, p > .63$ . Estos datos muestran que los diagnósticos de anorexia o bulimia nerviosa no presentan en los sujetos de esta muestra una asociación diferencial con la presencia de trastorno límite de la personalidad.

Estos resultados se muestran exhibidos en la Tabla 5 y en la Figura 3, donde se hace observable que no se halló una asociación significativa entre las variables Diagnóstico y Prevalencia del trastorno límite de la personalidad.

		Diagnóstico			
		Anorexia	Bulimia	Total	
<b>Trastorno Límite</b>	Trastorno Límite	n	32	72	104
		% dentro de Diagnóstico	88.9%	85.7%	86.7%
	Otros Trastornos de Personalidad	n	4	12	16
		% dentro de Diagnóstico	11.1%	14.3%	13.3%
<b>Total</b>		n	36	84	120
		% dentro de Diagnóstico	100%	100%	100%

**Tabla 5.** Distribución de frecuencia conjunta absoluta y relativa porcentual de las variables Diagnóstico (anorexia o bulimia) y Trastorno límite de la personalidad.





**Figura 3.** Porcentaje de sujetos anoréxicos y bulímicos con Trastorno límite de la personalidad.

Los sujetos no difirieron en la edad en función del Diagnóstico,  $\chi^2(3) = 2.04$ ,  $p > .56$ . Estos resultados son exhibidos en la Tabla 6 y los estadísticos de contraste utilizados para arribar al resultado son indicados en la Tabla 7.

Rangos			
	N	Rango promedio	
<b>Edad</b>	Anorexia restrictiva	16	70.63
	Anorexia purgativa	20	55.53
	Bulimia no purgativa	7	54.07
	Bulimia purgativa	77	60.27
Total	120		

**Tabla 6.** Rango promedio de edad en función de la variable Diagnóstico.

Estadísticos de contraste	
	<b>ad</b>
Chi-cuadrado	2.040
gl	3
<i>p</i>	.564

**Tabla 7.** Estadísticos de contraste. Prueba H de Kruskal-Wallis.

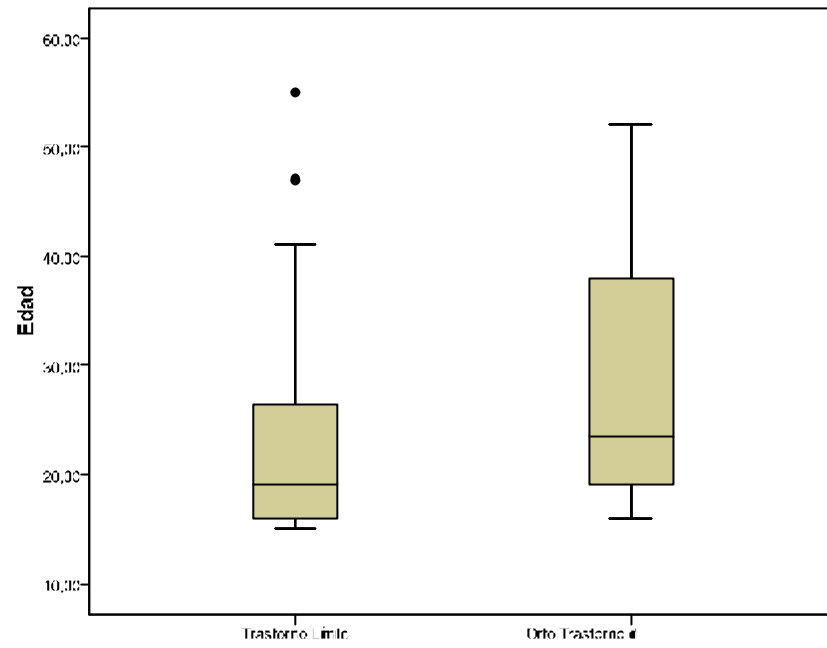
Sin embargo, al compararse a los participantes con Trastorno límite de la personalidad contra los que presentaban otro tipo de trastorno de la personalidad, se halló que los primeros presentaron valores de edad significativamente menores,  $U = 571.5$ ,  $p < .05$  (ver Tabla 8 y 9). Para su mayor claridad, estos resultados fueron graficados con un diagrama de cajas en la Figura 4.

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Edad	Límite	104	58.00	6031.50
	No Límite	16	76.78	1228.50
	Total	120		

**Tabla 8.** Rango promedio de edad en función de la variable Trastorno límite de la personalidad.

Estadísticos de contraste	
	Edad
U de Mann-Whitney	571.500
W de Wilcoxon	6031.500
Z	-2.028
<i>P</i>	.043

**Tabla 9.** Estadísticos de contraste. *U* de Mann Whitney



**Figura 4.** Diagrama de cajas para los puntajes de Edad en sujetos con trastorno límite u otro trastorno de personalidad.

## **Capítulo 3**

### **Discusiones y conclusiones**

#### **3.1 Discusiones**

Algunos investigadores (Echeberúa & Marañón, 2001; Gongora, 2005), han considerado que entre los trastornos de personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria existe desde una moderada a una alta comorbilidad. Una de las primeras investigaciones, en referencia al tema, fue la llevada a cabo por Gartner et al. (1989) la cual demostró que el 57 % de los pacientes que padecía de trastornos alimentarios presentaba, al menos, un trastorno de personalidad, siendo el más habitual el trastorno límite de la personalidad. Otros estudios, que también han analizado la relación y comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria, detectaron frecuencias desde un 22 % hasta un 95 % (Braun, et al., 1994; Fahy, et al., 1993; Gartner, et al., 1989; Kennedy et al., 1995; Westen & Harnden-Fischer, 2001; Wonderlich, 1995). Asimismo, Echeburúa y Marañón (2001) coinciden con las investigaciones precedentes e indican la existencia de una alta comorbilidad entre ambos trastornos que oscila entre el 20 % y el 80 %.

Posteriormente, Echeberúa et al. (2002), llevaron a cabo un estudio piloto sobre trastornos de personalidad en pacientes con bulimia y anorexia nerviosa llegando a la conclusión que el 72 % de la muestra total presentaba, al menos, un trastorno de personalidad.

Los resultados de las investigaciones antes mencionadas concuerdan con los resultados obtenidos en el presente trabajo, debido a que del total de la muestra, el 54.3 %, presentó comorbilidad entre ambas patologías.

Gargallo Masjuán et al. (2003) refieren que la presencia conjunta de un trastorno de la conducta alimentaria con un trastorno de personalidad acarrea complicaciones en la eficacia del tratamiento y lo torna más complejo. Asimismo, Paumard et al. (2007) indican que en el ámbito clínico el trastorno de personalidad de mayor prevalencia es el trastorno límite; y que dadas las características de estos pacientes (mayor tendencia suicida, conductas autodestructivas y abandono de tratamiento) es necesario diseñar programas especiales. Gongora (2005) también hace referencia a otras investigaciones (Waller, 1997; Van Strien et al., 1992; Vandereycken & Pierloot, 1983), las que coinciden en la complicación que conlleva la presencia del trastorno límite de la personalidad asociado con un trastorno de la conducta alimentaria. Estos estudios, como se dijo, reflejan mayores índices de abandono de tratamiento en estos pacientes.

Por tanto, otro punto de la investigación radicó en indicar en aquellos pacientes que presentaban ambas patologías, cuáles fueron los porcentajes de

los diferentes trastornos de personalidad. Coincidiendo con los aportes de Paumard et al. (2007), los resultados obtenidos indicaron una alta frecuencia de pacientes con trastorno límite de la personalidad (86.7 %). No obstante esta tendencia, los resultados estadísticos no fueron concluyentes, motivo por el cual la hipótesis de la investigación no pudo comprobarse por no hallarse una asociación significativa –estadísticamente- para ambos trastornos. A pesar de dicha limitación que ofrece la muestra y su consecuente impedimento en generalizar los resultados, se considera que los mismos demuestran una coincidencia y coherencia con las investigaciones precedentes, contribuyendo de igual manera a incrementar los conocimientos que se tienen en materia de comorbilidad de ambas patologías.

La tendencia evidenciada en la investigación coincide con los aportes de Cervera Martínez et al. (2005) quienes consideran que uno de los criterios diagnósticos principales tanto en la bulimia y en la anorexia purgativa, como en el trastorno límite de la personalidad es el descontrol impulsivo. Motivo por el cual se presupone que existe una comorbilidad mayor del TLP con TCA del tipo purgativo.

Por último, se encontró una limitación al tamaño muestral para la realización de pruebas estadísticas motivo por el cual no se pudo determinar si el trastorno límite de la personalidad se presenta indistintamente o con rasgos diferenciales en los subtipos restrictivo, purgativo y no purgativo de los trastornos de la conducta alimentaria. Sería interesante, como línea para una investigación futura ampliar la muestra y llevar a cabo dicho estudio, dado los antecedentes antes mencionados y las conclusiones de un estudio piloto llevado a cabo por Cervera Martínez et al. (2005) donde el trastorno límite de la personalidad se muestra más prevalente en pacientes bulímicas con un 33 %, en pacientes anoréxicas purgativas con un 35,7 %, mientras que en la anorexia restrictiva se presenta solamente un 10 %.

Asimismo, los resultados de esta investigación indicaron que los sujetos que padecen de trastorno límite de la personalidad son significativamente más jóvenes que aquellos que tienen otro trastorno de personalidad. Por ello, deviene recomendable la realización de otras investigaciones en diferentes centros, y hospitales para seguir indagando sobre estas cuestiones.

No puede pasarse por alto que la muestra se efectuó en una institución especializada en trastornos de la alimentación a la cual, por diversos factores, no todos los pacientes pueden acceder. Sea por cuestiones socio-económicas, geográficas, sea por reticencia familiar en admitir el problema o, entre otras más, la posibilidad que las obras sociales tiendan a efectuar derivaciones más económicas y no especializadas en los trastornos de la conducta alimentaria.

Es en merito a esta circunstancia que, para que la muestra pudiera ser más universal y representativa del colectivo social, sería conveniente realizar

un estudio comparativo entre los datos obtenidos en esta investigación con otros centros asistenciales como hospitales y centros de salud, incluyendo los ubicados en poblaciones suburbanas y dispersas.

### **3.2 Conclusiones**

El primer objetivo específico de la presente tesis consistió en determinar la comorbilidad o no entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad. En relación a esto, se halló que en los 221 sujetos evaluados la mayoría presentó comorbilidad entre ambas patologías ( $n=120$ , 54.30%), mientras que el resto de los sujetos ( $n=101$ , 45.70%) no presentaron comorbilidad.

El segundo objetivo específico que guió el trabajo, consistió en identificar, en aquellos casos que presentaban comorbilidad ( $n=120$ , 54.30%), cómo se distribuían porcentualmente los diferentes trastornos de personalidad. El análisis de los datos mostró una alta frecuencia de pacientes con trastorno límite de la personalidad ( $n=104$ , 86.7%), seguido por los trastornos de personalidad obsesiva compulsiva, trastornos de personalidad evitativa ( $n=6$ , 5.0%), el trastorno de personalidad narcisista ( $n=2$ , 1.7%), y quedaron relegados al último puesto los trastornos de personalidad dependiente y antisocial ( $n=1$ , .8%). De acuerdo a estos resultados, los análisis estadísticos se restringieron a comparar a los pacientes que presentaron trastorno límite de la personalidad con los que presentaron otro tipo de trastorno de personalidad sin hacer distinción del tipo específico de trastorno de personalidad.

El tercer objetivo específico consistió en determinar si el trastorno límite de la personalidad se presenta indistintamente, o con rasgos diferenciales, en los subtipos purgativo, no purgativo y restrictivo. En este caso, se encontró una limitación en cuanto al tamaño muestral para la realización de pruebas estadísticas, motivo por el cual no fue posible responder a este objetivo. Esta imposibilidad, llevó a explorar la asociación entre el trastorno límite de la personalidad y el diagnóstico del trastorno de la conducta sin distinguir las subcategorías de este último.

El cuarto objetivo específico consistió en determinar si existe alguna asociación entre el trastorno límite de la personalidad y la edad. Los resultados demuestran que los grupos de pacientes definidos por el trastorno de la conducta alimentaria no difieren en sus edades, pero los sujetos con trastorno límite de la personalidad son significativamente más jóvenes que aquellos que presentan otro tipo de trastorno de personalidad.

Al compararse a través de la prueba Chi cuadrado el porcentaje de pacientes anoréxicos y bulímicos con trastorno límite de la personalidad, se hallaron diferencias inferiores a los cinco puntos porcentuales, demostrando la prueba que ambas variables son independientes. Estos datos, por lo tanto, arrojan una respuesta negativa al objetivo general de la tesis, acerca de la posible asociación entre el trastorno límite de la personalidad y la anorexia y bulimia nerviosa. Los datos mostraron que, en contra de la hipótesis formulada, no se encuentran en los sujetos de esta muestra una asociación significativa,

estadísticamente, entre ambos tipos de trastornos.



## Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR* (ed. rev.). Barcelona: Masson.
- Calvo Piñero, N., Caseras Vives, X., Gutiérrez Ponce de León, F. & Torrubia Beltri, R. (2002). Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Españolas Psiquiátricas*, 30, 7-1.  
Recuperado de  
[http://www.researchgate.net/publication/230007141\\_Adaptacin\\_espaola\\_del\\_Personality\\_Diagnostic\\_Questionnaire-4\\_\(PDQ-4\)/file/79e4150123f30c6dec.pdf](http://www.researchgate.net/publication/230007141_Adaptacin_espaola_del_Personality_Diagnostic_Questionnaire-4_(PDQ-4)/file/79e4150123f30c6dec.pdf).
- Cervera Martínez, G., Haro Cortes, G. & Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Buenos Aires; Madrid: Medica Panamericana.
- Cortese, E. & Cortese, R. (2009). *Cátedra de Psicopatología II*. Buenos Aires: UAI.
- De la Serna de Pedro, I. (1998). *Comer no es un placer: Anorexia, Bulimia, Obesidad*. Madrid: Edit. Litofinter S.A.
- Del Río Sánchez, C., Torres Pérez, L. & Borda Más, M. (2002). Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de la personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 425-438. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33720303.pdf>
- Echeberúa, E. & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de la personalidad. *Psicología conductual*, 9, 513-525. Recuperado de [http://www.companiamedica.com/libros\\_gratis/salud\\_mental/trastornos%20de%20conducta%20alimentaria/comorbilidad\\_alteraciones\\_conducta\\_alimentaria\\_y\\_trastornos .pdf](http://www.companiamedica.com/libros_gratis/salud_mental/trastornos%20de%20conducta%20alimentaria/comorbilidad_alteraciones_conducta_alimentaria_y_trastornos.pdf)

Echeberúa, E., Marañón, I. & Grijalvo, J. (2002). Trastornos de personalidad en pacientes aquejados de anorexia y bulimia nerviosa: un estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, (2), 95-101. Recuperado de <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vii/revista-27/065-programas-especializados-de-trastornos-de-personalidad.pdf>

Escribano Nieto, T. (2006). *Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento*. Recuperado de [http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo\\_doc8506.pdf](http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc8506.pdf)

Fernández Aranda, F. & Turón Gil, V. (1998). *Trastornos de la alimentación. Guía de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.

Gargallo Masjuán, M., Fernández Aranda, F. & Raich, R.M. (2003). Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3 (2), 335-349. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33730208.pdf>

Gongora, V.C. (2005). *Trastornos de personalidad en pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria*. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico2/2Psico%2005.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (1991). *Metodología de la investigación* (2a Ed). México: McGraw-Hill.

Paumard, C., Rubio, V. y Granada, J.M. (2007). Programas especializados de trastornos de personalidad. *Norte de salud mental*, 27, 65-72. Recuperado de <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vii/revista-27/065-programas-especializados-de-trastornos-de-personalidad.pdf>

- Raich, R. M. (1999). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Rosen, J.C. (1990). *Body Image. Development, Deviance and Changes*. New York: The Guilford Press.
- Santellán, M. L. (2000). Aquí y Allá: Intercambio de abordajes de los desórdenes alimentarios en diferentes contextos culturales y con diferentes miradas. *III Encuentro de especialistas en trastornos de la alimentación*. Bariloche.
- Toro, J. (2008). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Edit. Ariel.

# ANEXOS

PDQ-4+

## CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

(Adaptación Española de Calvo Piñero, Caseras Vives, Gutiérrez Ponce de León & Torrubia Beltri, 2002).

Fecha: \_\_\_\_\_

## DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo: H M Edad: \_\_\_\_\_ años

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Estudios realizados: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

El objetivo de este Cuestionario es que usted describa el tipo de persona que es. A responder las preguntas piense cómo se ha sentido, cómo ha pensado y actuado en los últimos años. Para recordar esto, en la parte superior de cada página encontrará la afirmación: "En estos últimos años..." V (Verdadero) significa que la afirmación es generalmente verdadera para usted. F (Falso) significa que la afirmación es generalmente falsa para usted. Incluso si no está totalmente seguro sobre la respuesta, indique "V" o "F" en cada pregunta.

Por ejemplo, para la pregunta: xx. Tiendo a ser testarudo. Si, en efecto, ha sido testarudo durante los últimos años, debería responder "Verdadero" rodeando con un círculo la V. Si no es completamente verdadero, debería responder "Falso" rodeando con un círculo la F. No hay respuestas correctas. No hay límite de tiempo para responder.

PDQ-4+ En estos últimos años...

1. Evito trabajar con personas que podrían criticarme.....V F

2. No puedo tomar decisiones sin el consejo o el apoyo de los demás.....V F

3. A menudo me entretengo en los detalles y pierdo de vista el objetivo principal que pretendo.....V F
- 4.Necesito ser el centro de atención.....V F
- 5.He llegado mucho más lejos de lo que los demás me reconocen.....V F
- 6.Haría cualquier cosa para evitar que me abandonen aquellos a quienes quiero...V F
- 7.La gente se queja de que no rindo en mi trabajo o no cumplo con mis obligaciones.....V F
8. En diversas ocasiones he tenido problemas con la justicia (o los hubiera tenido si me hubieran cogido).....V F
- 9.No me interesa dedicar tiempo a la familia o a los amigos.....V F
10. Encuentro mensajes especiales en las cosas que ocurren a mi alrededor.....V F
11. Sé que, si lo permito, la gente se aprovechará de mí o intentará engañarme.....V F
12. A veces me altero.....V F
- 13.Hago amistad con la gente solamente cuando estoy seguro de que les caigo bien.....V F
- 14.Generalmente estoy deprimido.....V F
- 15.Prefiero que los demás asuman las responsabilidades por mí.....V F
- 16.Pierdo tiempo intentando hacer las cosas demasiado perfectas.....V F
- 17.Soy más “sexy” que la mayoría de la gente.....V F
- 18.A menudo pienso en lo importante que soy o seré.....V F
- 19.Puedo pasar del amor al odio sin razón alguna .....V F
- 20.Me meto en muchas peleas.....V F
- 21.Siento que los demás no me entienden o no me aprecian.....V F
- 22.Prefiero hacer las cosas solo a hacerlas con otras personas.....V F
- 23.Soy capaz de saber que algunas cosas ocurrirán antes de que sucedan.....V F
- 24.A menudo me pregunto si las personas que conozco son realmente de fiar.....V F
- 25.En algunas ocasiones hablo de la gente a sus espaldas.....V F

26. Me inhibo en mis relaciones íntimas por miedo a hacer el ridículo.....V F
27. Tengo miedo a perder el apoyo de los demás si me muestro en desacuerdo con ellos.....V F
28. Padezco de baja autoestima.....V F
29. Antepongo mi trabajo a estar con mi familia, con mis amigos o a divertirme.....V F
30. Muestro mis emociones fácilmente.....V F
31. Sólo algunas personas especiales pueden apreciarme y comprenderme de verdad.....V F
32. A menudo me pregunto quién soy realmente.....V F
33. Tengo dificultades para pagar las facturas porque no permanezco mucho tiempo en ningún trabajo.....V F
34. El sexo no me interesa.....V F
35. Los demás me consideran una persona malhumorada e irascible.....V F
36. A menudo puedo percibir o sentir cosas que otros no pueden percibir o sentir....V F
37. Estoy seguro de que los demás utilizarán contra mí lo que les digo.....V F
38. Hay gente que no me cae bien.....V F
39. Soy más sensible a la crítica o al rechazo que la mayoría de la gente.....V F
40. Me cuesta empezar algo si he de hacerlo yo solo.....V F
41. Tengo mayor sentido moral que otras personas.....V F
42. Soy mi peor crítico.....V F
43. Utilizo mi aspecto físico para conseguir la atención que necesito.....V F
44. Necesito mucho que la gente se fije en mí o me haga caso.....V F
45. He intentado hacerme daño o suicidarme.....V F
46. Hago muchas cosas sin valorar las consecuencias.....V F
47. Hay pocas actividades que me interesen.....V F
48. A menudo a la gente le cuesta entender lo que digo.....V F
49. Me resisto a que mis superiores me digan cómo debo hacer mi trabajo.....V F
50. Permanezco al acecho para descifrar el verdadero significado de lo que la gente dice.....V F

51. Nunca he dicho una mentira.....V F
52. Me da miedo conocer a nuevas personas porque me siento inferior.....V F
53. Quiero agradar tanto a la gente que me presto a hacer cosas que preferiría no hacer.....V F
54. He acumulado montones de cosas innecesarias de las que no sería capaz de desprenderme.....V F
55. Aunque hablo mucho, la gente dice que me cuesta centrarme en los temas.....V F
56. Me preocupo por todo.....V F
57. Espero que los demás me hagan favores aunque generalmente yo no los haga V F
58. Soy una persona muy inestable.....V F
59. No me cuesta mentir y lo hago a menudo.....V F
60. No me interesa tener amigos íntimos.....V F
61. Frecuentemente estoy alerta para que no se aprovechen de mí.....V F
62. Nunca olvido o perdono a aquellos que me hacen daño.....V F
63. Estoy resentido contra aquellos que tienen más suerte que yo.....V F
64. Una guerra nuclear no sería una mala idea.....V F
65. Cuando estoy solo me siento desamparado e incapaz de cuidar de mí mismo....V F
66. Prefiero hacer las cosas por mí mismo si los demás no son capaces de hacerlas correctamente.....V F
67. Tengo un don para lo dramático.....V F
68. Algunas personas piensan que me aprovecho de los demás.....V F
69. Siento que mi vida es aburrida y vacía.....V F
70. Soy crítico con los demás.....V F
71. No me importa lo que diga la gente de mí.....V F
72. Me cuesta relacionarme con los demás.....V F
73. La gente se queja a menudo de que no me doy cuenta de sus problemas.....V F
74. Por mi aspecto, la gente podría pensar que soy bastante raro, excéntrico o extraño.....V F



75. Disfruto haciendo cosas arriesgadas.....V F
76. He mentido bastante en este cuestionario.....V F
77. Me quejo mucho de mi mala suerte.....V F
78. Me cuesta controlar la ira o el mal genio.....V F
79. Algunas personas me tienen envidia.....V F
80. Soy fácilmente influenciado por los demás.....V F
81. Me considero una persona ahorrativa, pero los demás me ven como un tacaño.....V F
82. Cuando se acaba una relación íntima, necesito buscarme otra pareja inmediatamente.....V F
83. Padezco de baja autoestima.....V F
84. Soy pesimista.....V F
85. No espero ni un momento para desquitarme de la gente que me ofende.....V F
86. Me pone nervioso estar rodeado de gente.....V F
87. Me preocupa sentirme incómodo en las situaciones nuevas.....V F
88. Me horroriza que me abandonen y tener que cuidar de mí mismo.....V F
89. La gente se queja de que soy “terco como una mula”.....V F
90. Me tomo las relaciones más en serio que mis parejas.....V F
91. Puedo comportarme de manera desagradable con alguien, y pedirle disculpas inmediatamente después.....V F
92. Los demás me consideran arrogante.....V F
93. Cuando estoy estresado tengo paranoias o siento que las cosas que me rodean son irreales.....V F
94. No me preocupa perjudicar a los demás si consigo lo que quiero.....V F
95. Guardo las distancias con los demás.....V F
96. A menudo me pregunto si mi pareja me ha sido infiel.....V F
97. A menudo me siento culpable.....V F
98. He hecho cosas impulsivamente (como las indicadas a continuación) que pueden ocasionarme dificultades. (Marque con una cruz las que hagan referencia a

usted):

- a.  Gastar más dinero del que tengo
- b.  Mantener relaciones sexuales con personas que apenas conozco
- c.  Beber en exceso
- d.  Consumir drogas
- e.  Comer a base de atracones
- f.  Conducir de forma temeraria

99. Antes de los 15 años realicé algunas conductas propias de un delincuente juvenil, como las indicadas a continuación: (Marque con una cruz las que hacen referencia a usted)

- a.  Fui considerado un matón
- b.  Solía iniciar peleas con otros chicos
- c.  Usé armas en las peleas que tenía
- d.  Robé o asalte a otras personas
- e.  Utilicé la crueldad física contra otras personas
- f.  Utilicé la crueldad física contra animales
- g.  Forcé a alguien a tener relaciones sexuales conmigo
- h.  Mentía mucho
- i.  Pasé noches fuera de casa sin el permiso de mis padres
- j.  Robé
- k.  Provoqué incendios
- l.  Rompí ventanas o destruí propiedades
- m.  Me fugué de casa durante la noche
- n.  Hice "novillos" en la escuela, antes de los 13 años
- o.  Entré a la fuerza en casas, edificios o coches ajenos

POR FAVOR, COMPRUEBE SI HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS.

**HOJA DE PUNTUACIONES**

Nombre:

\_\_\_\_\_

**PARANOIDE      ESQUIZOIDE      ESQUIZOTÍPICO**

- Necesita 4 -- Necesita 4 -

- Necesita 5 -

11 _____	9 _____	1
24 _____	22 _____	2
37 _____	34 _____	3
50 _____	47 _____	4
62 _____	^60 _____	6
85 _____	71 _____	7
96 _____	95 _____	7

^(^60 cuenta sólo una vez si es verda

8

**HISTRIÓNICO****NARCISISTA LIMITE****ANTISOCIAL**

- Necesita 5 -

- Necesita 5 -

- Necesita 5 -

- Necesita B+3 -

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4 _____	5 _____	6 _____	B.99 (Nec.3) _____
17 _____	18 _____	19 _____	8 _____
30 _____	31 _____	32 _____	20 _____
43 _____	44 _____	98 (Nec.2) _____	33 _____
55 _____	57 _____	45 _____	46 _____
67 _____	68 _____	58 _____	59 _____
80 _____	73 _____	69 _____	75 _____
90 _____	79 _____	78 _____	94 _____

92 \_\_\_\_\_ 93 \_\_\_\_\_

**POR EVITACIONPOR DEPENDENCIA      OBSESIVO-COMPULSIVO**

- Necesita 4 -	- Necesita 5 -	- Necesita 4 -
1 _____	2 _____	3 _____
13 _____	15 _____	16 _____
26 _____	27 _____	29 _____
39 _____	40 _____	41 _____
52 _____	53 _____	54 _____
83 _____	65 _____	66 _____
87 _____	82 _____	81 _____
	88 _____	89 _____

<b>PASIVO-AGRESIVO (NEGATIVISTA)</b>	<b>DEPRESIVO</b>	<b>ESC. CONFORMIDAD SOCIAL</b>	<b>ESCALA INFRECUENCIA</b>
--	------------------	------------------------------------	----------------------------

- Necesita 4 -	- Necesita 5 -	- Necesita 2 -	- Necesita 1 -
_____	_____	_____	_____
7 _____	14 _____	*12 _____	64 _____
21 _____	28 _____	*25 _____	76 _____
35 _____	42 _____	*38 _____	
49 _____	56 _____	51 _____	
63 _____	70 _____	(* F es Rs patológica)	<u>PUNTUACION</u>
77 _____	84 _____		<u>TOTAL PDQ-4+ :</u>
91 _____	97 _____		_____

**PDQ-4+****CLAVE DE PUNTUACIONES**

1. EVI 1	26. EVI 3	51. CS 4	76. INF 2
2. DEP 1	27. DEP 3	52. EVI 5	77. neg 6
3. OC 1	28. depr 2	53. DEP 5	78. LIM 8
4. HIS 1	29. OC 3	54. OC 5	79. NAR 8
5. NAR 1	30. HIS 3	55. HIS 5	80. HIS 7
6. LIM 1	31. NAR 3	56. depr 4	81. OC 7
7. NEG 1	32. LIM 3	57. NAR 5	82. DEP 7
8. ANT 1	33. ANT 3	58. LIM 6	83. EVI 6
9. ESZ 1	34. ESZ 3	59. ANT 5	84. depr 6
10. ETP 1	35. neg 3	60. ESZ 5 & ETP8	85. PAR 6
11. PAR 1	36. ETP 3	61. ETP 5	86. ETP 9
12.*CS 1	37. PAR 3	62. PAR 5	87. EVI 7
13. EVI 2	38. *CS 3	63. neg 5	88. DEP 8
14. depr 1	39. EVI 4	64. INF 1	89. OC 8
15. DEP 2	40. DEP 4	65. DEP 6	90. HIS 8
16. OC 2	41. OC 4	66. OC 6	91. neg 7
17. HIS 2	42. depr 3	67. HIS 6	92. NAR 9
18. NAR 2	43. HIS 4	68. NAR 6	93. LIM 9
19. LIM 2	44. NAR 4	69. LIM 7	94. ANT 7
20. ANT 2	45. LIM 5	70. depr 5	95. ESZ 7
21. neg 2	46. ANT 4	71. ESZ 6	96. PAR 7
22. ESZ 2	47. ESZ 4	72. ETP 6	97. depr 7
23. ETP 2	48. ETP 4	73. NAR 7	98. LIM 4/2
24. PAR 2	49. neg 4	74. ETP 7	99. ANT B/3
25. *CS 2	50. PAR 4	75. ANT 6	

**ABREVIACIONES**

PAR= T.P. Paranoide

NAR= T.P. Narcisista

DEP= T.P. por Dependencia

ESZ= T.P. Esquizoide

LIM= T.P. Límite

OC= T.P. Obsesivo-Compulsiv

ETP= T.P. Esquizotípico

ANT= T.P. Antisocial

CS= Esc. Conformidad Social

HIS= T.P. Histriónico

EVI= T.P. por Evitación

INF= Esc. Infrecuencia

Depr= T.P. Depresivo

Neg= T.P. Negativista

(Pasivo – Agresivo)

## ESCALA DE SIGNIFICACION CLINICA

El evaluador debería valorar el significado clínico de cada uno de los trastornos para los que el paciente reúne los criterios.

Ha indicado que los ítems relacionados a continuación son para usted verdaderos:

(Leer los ítems patológicos de cada trastorno, uno detrás de otro, al paciente).

A. ¿Hay alguno de los ítems que no sea totalmente verdadero para usted?

Indique cuál: \_\_\_\_\_

(Tachar aquellos ítems señalados que el paciente indica que no son totalmente verdaderos para él).

B. Estos ítems, ¿desde cuándo forman parte de su personalidad?

Menos de 1 año \_\_\_\_\_

De 1 a 5 años \_\_\_\_\_

\*La mayoría de su vida o antes de los 18 años \_\_\_\_\_

C. ¿Estos ítems han sido parte de su personalidad sólo cuando usted estaba deprimido, ansioso, consumiendo alcohol/drogas o físicamente enfermo o han estado presentes la mayoría del tiempo independientemente de su humor, nivel de ansiedad, uso de alcohol/drogas o estado general de salud?

Sólo cuando estaba deprimido \_\_\_\_\_

Sólo cuando estaba ansioso \_\_\_\_\_

Sólo cuando consumía alcohol/drogas \_\_\_\_\_

Sólo cuando estaba físicamente enfermo \_\_\_\_\_

\* No relacionado con ninguno de los anteriores \_\_\_\_\_

D. ¿En qué ámbitos le han ocasionado dificultades estos ítems?:

En casa \_\_\_\_\_

En el trabajo \_\_\_\_\_

En las relaciones \_\_\_\_\_

Otras (especificar) \_\_\_\_\_

\* Para satisfacer D se necesita deterioro en al menos un ámbito.

E. ¿Está preocupado por lo anterior?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

\* Para ser clínicamente significativo el trastorno de personalidad debe todavía llegar al nivel después de que se haya dado al paciente la oportunidad de indicar que los ítems no eran totalmente verdaderos (A), el trastorno debe existir desde hace mucho tiempo (B), el trastorno no debe estar limitado a las veces en que el paciente haya estado deprimido, ansioso, usando alcohol/drogas, o físicamente enfermo (C), el trastorno debe haber producido deterioro (D) o estrés (E).

Repetir para cada trastorno cuando el PDQ-4 sea positivo.