

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES CON
DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA"

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
PSIQUIATRIA
P R E S E N T A :

DR. JUAN JOSE CERVANTES NAVARRETE

ASESORES:

ASESOR TEORICO: DRA. MARTHA P. ONTIVEROS URIBE

ASESOR METODOLOGICO: ING. JOSE F. CORTES SOTRES

COTUTORIA: DR. ALEJANDRO DE J. CABALLERO ROMO

DRA. ANA FRESAN ORELLANA

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

MEXICO, D.F.

Vn. Co.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTIN

SEPTIEMBRE DEL 2004.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Pags.
RESUMEN	5
CAPITULO I. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
1. Definición	6
2. Historia de la anorexia y de la bulimia nervosa	7
3. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria	10
4. Anorexia nervosa y trastornos relacionados	10
5. Bulimia nervosa y trastornos relacionados	12
6. Trastornos de la alimentación no especificados	13
CAPITULO II. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	
1. Descripción	17
2. Prevalencia	18
3. Clasificación de los trastornos de la personalidad	19
4. Trastornos del cluster A	20
5. Trastornos del cluster B	24
6. Trastornos del cluster C	28
7. Trastornos en investigación	31

CAPITULO III. RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

	Pags.
1. Introducción	35
2. Debate conceptual y metodológico	36
3. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria	37
4. T de la personalidad y T de la conducta alimentaria ó T de la conducta alimentaria y T de la personalidad	37
5. Anorexia nervosa y personalidad	40
6. Anorexia nervosa, personalidad y curso clínico	42
7. Bulimia nervosa personalidad	43
8. Bulimia nervosa, personalidad y curso clínico	45
9. Dificultades para la evaluación de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria	45

CAPITULO IV. MÉTODOLOGIA

1. Planteamiento del problema	47
2. Justificación	47
3. Objetivos	48
4. Hipótesis	48
5. Variables	49
a. Variables independientes	49
b. Variables dependientes	50
c. Definición operacional de variables	51

	Pags.
6. Material y métodos	52
a. Población muestra	52
b. Sujetos	53
c. Criterios de inclusión	53
d. Criterios de exclusión	53
e. Instrumentos	54
f. Procedimiento	64
g. Tipo de Estudio	65
h. Análisis estadístico de los datos	66
CAPÍTULO V. RESULTADOS	
1. Análisis del total de la muestra	67
2. Análisis por grupos diagnósticos	72
DISCUSIÓN	78
CONCLUSIONES	85
BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXO A. SCL-90-R	93
ANEXO B. Hoja para recolectar datos clínicos	94

RESUMEN

Antecedentes: Hay una levada correlación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad, la prevalencia varia en rangos amplios lo que es atribuido a los métodos utilizados y a los criterios diagnósticos; no se ha aclarado cual es la dirección de la relación entre ambas patologías en parte por que ambos padecimientos de los mas complejos de determinar en cuanto a su causalidad se refiere en la psiquiatría.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y clínicas del trastorno alimentario de una muestra. Detectar la frecuencia con que se encuentran trastornos de personalidad. Determinar si existen diferencias en el tipo de trastorno de personalidad presentado entre un grupo de pacientes anoréxicas en comparación con un grupo de pacientes bulímicas. Evaluar si existe relación entre las variables de personalidad y las conductas alimentarias presentadas.

Método: Se incluyeron 43 pacientes de la clínica de trastornos de conducta alimentaria del INPRF a las cuales se les realizó una entrevista diagnóstica para determinar las características clínicas de su trastorno de alimentación, se les aplicó el SCID-II y el SCL-90-R.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas en la presencia y severidad de los trastornos de la personalidad entre ambos grupos diagnósticos. De forma general las pacientes con bulimia presentan una mayor severidad de psicopatología y de trastornos de la personalidad narcisista y límite, mientras las pacientes con anorexia nervosa presentaron índices mayores en el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.

Discusión: Los trastornos de la personalidad son una condición comorbida de los trastornos de la conducta alimentaria que pueden influir en el curso y pronóstico del padecimiento. Es necesario realizar futuros estudios con una muestra más amplia para corroborar los resultados de la presente investigación.

CAPITULO I.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1. DEFINICIÓN

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria son entidades o síndromes, y no enfermedades específicas con una causa, un curso y las características comunes, sobretodo en las alteraciones graves en la conducta alimentaria. (Hamí, K.A., en Hales R. E. y cols. 2003 y APA, DSM-IV-TR. 2000)

ANOREXIA NERVOSA

La anorexia es un trastorno caracterizado por preocupación con el peso corporal y alimento comportamiento dirigido hacia la pérdida de peso, patrones peculiares en el manejo del alimento, pérdida de peso, miedo intenso a ganar peso corporal, alteración de la imagen corporal y amenorrea. (Hamí K.A., en Hales R. E. y cols 2003)

BULIMIA NERVOSA

La bulimia nerviosa es un trastorno en el que la bulimia o los atracones de comida son la conducta predominante. Los atracones se definen como la ingestión de gran cantidad de comida de forma episódica, sin control y rápida en un breve período de tiempo. El dolor o las molestias abdominales, el vómito autoinducido, el sueño o una interrupción social terminan con el episodio bulímico. A continuación sobrevienen

sentimientos de culpa, depresión o disgusto con uno mismo. Los pacientes bulímicos suelen utilizar purgantes con la finalidad de controlar su peso y presentan un patrón alimentario de alternancia de atracones y ayunos. Estos pacientes temen no poder parar de comer de manera voluntaria. La comida consumida durante un atracón normalmente tiene un alto contenido calórico y una textura que facilita la ingestión rápida. Suelen darse frecuentes fluctuaciones de peso, pero sin la notable pérdida de peso propia de la anorexia nerviosa. (Hamí K.A., en Hales R. E. y cols 2003)

2. HISTORIA DE LA ANOREXIA NERVOSA Y DE LA BULIMIA NERVOSA

ANOREXIA NERVOSA

Hasta el siglo XIX, se consideraba que la “anorexia” (el término médico para la pérdida de apetito) era un síntoma de varios trastornos físicos y emocionales. Por muchos siglos, la abstinencia voluntaria de comida no era primariamente un fenómeno patológico; el ayuno extremo era parte de prácticas de penitencia de muchos cristianos. Últimamente, las formas extremas o inusuales de la abstinencia a la comida eran observadas como signos de un trastorno mental. La evitación a los alimentos y la emaciación eran síntomas comunes de enfermedades bien conocidas tales como histeria, manía, melancolía, clorosis y todo tipo de trastornos psicóticos. Al final del siglo XVII, el médico Inglés Richard Morton describió la aparición de una “consunción nerviosa” – un desgaste distinto de tuberculosis y debido a un disturbio emocional. Esto es generalmente citado como el primer reporte de anorexia nervosa, pero los estudios de casos de Morton no atrajeron ninguna atención y cayeron en el olvido, hasta que se redescubrieron tres siglos después.

La inanición autoinducida mórbida sólo fue reconocida en la segunda mitad del siglo XIX como una entidad clínica distinta. El clínico Francés Ernest-Charles Lasègue y el médico Inglés Sir William Gull fueron los primeros en proporcionar una descripción explícita de anorexia nervosa. En abril de 1873, Lasègue publicó su artículo

de “anorexia histèrique”, el cual apareció poco antes de que Gull presentara su trabajo sobre “anorexia hysterica” en octubre del mismo año. De acuerdo a ambos médicos, era una aflicción psicogénica que ocurría predominantemente en niñas y mujeres jóvenes. Las características descritas por Gull y Lasègue son válidas hasta la actualidad: pérdida de peso severa, amenorrea, constipación, inquietud y sin evidencia de una patología orgánica subyacente. Aún así, la anorexia nervosa persistió un fenómeno marginado hasta el siglo XX.

Inicialmente, la anorexia nervosa fue observada generalmente como un trastorno mental. Sin embargo, cuando el patólogo alemán Morris Simmonds encontró lesiones en la glándula pituitaria en algunas pacientes emaciadas, la anorexia nervosa se asoció con la “enfermedad de Simmonds” o “caquexia pituitaria”. Pasaron más de dos décadas para que esta idea errónea fuera claramente refutada. Después de la Segunda Guerra Mundial, la visión endocrinológica de anorexia nervosa hizo un rápida y suave desfallecimiento. La minimización del componente psicológico hizo entonces que ocupara espacio en la dramatización psiquiátrica. En el periodo de 1945-1960, la psiquiatría era dominada fuertemente por la visión psicoanalítica. Pero el interés en la anorexia nervosa no fue particularmente impresionante. Después de 1960, esto cambió drásticamente debido al trabajo pionero de Hilde Bruch, quien puso atención en la carencia de autoestima y en la distorsión de la imagen corporal de estas pacientes. Esto dirigió la adición de dos características al cuadro clínico original, como lo describieron Lasègue y Gull: la persecución implacable por estar delgado, y la alteración característica de la imagen corporal. Como tal, la anorexia nervosa evolucionó a finales del siglo XX de una entidad clínica rara y poco conocida a un trastorno “en boga” de gran interés para el público general. (VanDereycken W, 2002; en Fairburn C., 2002).

BULIMIA NERVOSA

Aunque el término “bulimia nervosa” es de origen reciente, los reportes del hambre mórbida pueden encontrarse bajo una multitud de distintas etiquetas que datan desde hace muchísimo tiempo. De acuerdo a Plutarco, *bulimos* se refería a un demonio maligno, pero más tarde los filósofos afirmaron que se tomó del griego *bous* (buey) y

limos (hambre), denotando hambre de tal intensidad que un hombre tenía la capacidad de comense un buey entero. Esta hambre mórbida también implicaba debilidad y sentirse desfallecido, y se suponía que estaba conectado cercanamente con disfunciones digestivas.

En medicina, esta anomalía en la conducta alimentaria fue generalmente conocida como “kynorexia” o *fama canina*. De nuevo, se consideraba que la causa era disfunciones y anomalías del estómago. Algunos clínicos del siglo XVIII distinguían diversas formas de bulimia, algunas las cuales fueron vistas como primarias o “idiopáticas”, bulimia, bulimia emética, entre otros. Aunque los factores emocionales fueron bien tomados en consideración hasta el siglo XX, los internistas consideraban la bulimia como signo de disfunción gástrica. En el siglo XIX, los relatos de histeria, atracones y vómitos han sido síntomas mencionados frecuentemente, algunas veces etiquetados como “vómitos histéricos”, pero no eran vistos como un trastorno alimentario específico.

La noción moderna de bulimia nervosa emergió en contexto de anorexia nervosa. Aparecieron reportes esporádicos de pacientes con atracones compulsivos seguidos por vómito autoinducido, pero estos síntomas eran vistos como una condición neurótica o una variación en el patrón alimentario de pacientes anoréxicas. Desde principios de la década de los 70s, se identificó un grupo discreto de síntomas, distinguible de anorexia nervosa y obesidad. Los clínicos reportaban con mayor frecuencia las mujeres que se atracaban con cantidades copiosas de alimento pero que mantenían su peso dentro del rango normal al autoinducirse el vómito o al abusar de laxantes y por la persistencia de estar realizando dietas. Se acuñaron una multitud de nombres distintos para este síndrome, incluyendo “disorexia”, “bulimarexia”, “síndrome delgado-gordo”, “síndrome atracón-purga” y “síndrome del caos dietético”. En 1979 el psiquiatra británico Gerald Russell acuñó el término “bulimia nervosa”, refiriéndose al “impulso poderoso e intratable de atracarse” en combinación con “un miedo de ponerse gordo” y evitación “de los efectos en la ganancia de peso de los alimentos al inducirse el vómito o abusar de la purgación o ambos” en mujeres con un peso corporal normal. Inicialmente, sólo el término de “bulimia” encontró su camino en los sistemas de clasificación internacional

de los trastornos mentales, como el DSM-III (1980). Sin embargo, el uso del término era confuso y sobreinclusivo. En 1987, la versión revisada del DSM-III, el diagnóstico se acuñó en la terminología británica y se renombró “bulimia nervosa”. (VanDereycken W, 2002; en Fairburn C., 2002).

3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Ha habido una rápida evolución en la clasificación y entendimiento de los trastornos alimentarios en un periodo de tiempo relativamente corto. La anorexia nervosa fue el primer trastorno alimentario de ser clasificado, con criterios desarrollados en los 1970s. En 1979 fue descrita la bulimia nervosa. En la década de los 80s se reorganizó la existencia de trastornos alimentarios atípicos. (Garfinkel P. E. 2002, en Fairburn C. G. y cols 2002)

4. ANOREXIA NERVOSA

Desde 1969 se han desarrollado una variedad de criterios operacionales para anorexia nervosa que enfatizan signos y síntomas. Los primeros criterios fueron propuestos por Gerald Russell en 1970. Él enfatizó 1) alteraciones del comportamiento, 2) psicopatología característica y, 3) trastorno endocrino. Las alteraciones del comportamiento lleva a una marcada pérdida de peso; la psicopatología está caracterizada por miedo mórbido a ganar peso; la alteración endocrina se manifiesta por sí sola clínicamente por amenorrea en mujeres y pérdida de la potencia sexual y disminución de la libido en varones. Estos criterios han ido evolucionando a los criterios actuales del DSM-IV y CIE-10. (Garfinkel P. E. 2002, en Fairburn C. G. y cols 2002; APA, DSM-IV-TR. 2000; OMS, CIE-10. 1993)

SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA

Se han realizado intentos para distinguir subtipos de anorexia nervosa que datan desde principios del siglo pasado, cuando Janet reconoció los tipos histérico y obsesivo. Esto fue ignorado hasta que Rally lo utilizó a finales de los 60s. Poco después, Beaumont comenzó a subtipificar anorexia nervosa por la presencia o ausencia de vómito. Esto fue refinado pocos años después para distinguir los subtipos en base a la presencia o ausencia de atracones o purgas. Se han descrito diferencias francas entre estos grupos. En comparación con los pacientes que no realizan atracones, aquellos con atracones regulares tenían mayor peso en la infancia y han sido obsesos más frecuentemente; con antecedentes familiares de obesidad; y más comúnmente utilizan métodos extremos para controlar el peso. Además éstos exhiben otro tipo de comportamiento impulsivo, tal como abuso de alcohol y drogas, robar, automutilación. (Garfinkel P. E. 2002, en Fairburn C. G. y cols 2002; APA, DSM-IV-TR. 2000).

Criterios diagnósticos del DSM –IV-TR para:

F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]

- 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 periodo 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 tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nervios 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., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes diuréticos o enemas). (APA, DSM-IV-R. 2000).

5. BULIMIA NERVOSA

Cuando Russel describió la bulimia nervosa, definió el síndrome por 1) impulsos irresistibles de comer de más, 2) comportamiento compensatorio consecuente, y 3) psicopatología de base del miedo mórbido a la gordura. Estos criterio han recibido varias modificaciones. Los criterios del DSM-IV-R y CIE-10 se muestran más adelante (Garfinkel P. E. 2002, en Fairburn C. G. y cols 2002; APA, DSM-IV-TR. 2000; OMS, CIE-10. 1993).

SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA

Recientemente, el DSM-IV ha subtipificado la bulimia nervosa en los tipos purgativo y no purgativo. El tipo purgativo corresponde a la categoría original de bulimia nervosa de Rusell. En comparación con pacientes no purgativos, aquellos que se purgan tienen índices elevados de psicopatología, por ejemplo, mayor alteración de la imagen corporal, mayor ansiedad preocupación por la comida y mayor comportamiento autolesivo. También tienen porcentajes elevados de comorbilidad con depresión, trastorno de ansiedad y abuso de alcohol. (Garfinkel P. E. 2002, en Fairburn C. G. y cols 2002; APA, DSM-IV-TR. 2000).

Bulimia nerviosa [307.51]

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- 1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo 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 periodo 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 (APA, DSM-IV-TR. 2000).

6. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS

Los sistemas clasificatorios destacados en psiquiatría reconocen dos trastornos de la conducta alimentaria principales, anorexia nervosa y bulimia nervosa. La anorexia nervosa fue caracterizada a finales del siglo XIX y bulimia nervosa fue descrita por

primera vez en 1979. Estos trastornos de la conducta alimentaria (TCA) “típicos” han sido el centro de atención clínico y de investigación y existe la tendencia de equiparar el concepto el concepto de un “trastorno de la conducta alimentaria” con estos dos diagnósticos. Esto no es apropiado, ya que parece que los TCA relativamente descuidados “atípicos” son por lo menos tan comunes como anorexia nervosa y bulimia nervosa en la práctica clínica, y son una fuente substancial de morbilidad (Fairburn, C. G. y cols. 2002).

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ATÍPICOS

Trastornos de la conducta alimentaria se define como *una alteración persistente de la conducta alimentaria o comportamiento intencionado para controlar el peso, el cual significativamente daña la salud física o el funcionamiento psicosocial. La alteración no debe ser secundaria a cualquier trastorno médica general (p. ej., tumor hipotalámico) o cualquier otro trastorno psiquiátrico (p. ej., trastorno de ansiedad)*. De manera clara, anorexia y bulimia nervosa cumplen esta definición. El término “trastornos de la conducta alimentaria atípicos” denota el resto de los TCA; es decir, aquellas condiciones que cumplen la definición de TCA pero no con los criterios para anorexia nervosa o bulimia nervosa.

Algunos investigadores han definido los “trastornos de la conducta alimentaria atípicos” con referencia a anorexia nervosa y bulimia nervosa simplemente al ampliar sus límites diagnósticos. Sin embargo, la definición restrictiva de los TCA atípicos a los estados clínicos que son extensiones claras de estos dos trastornos no parece suficiente para cubrir el rango amplio de problemas clínicos encontrados. También es importante hacer énfasis de que los TCA atípicos no deben ser vistos como leves o “subclínicos” en severidad, ya que por definición se asocian con daño a nivel clínico.

La CIE-10 y el DSM-IV reconocen la existencia de los TCA atípicos. En el CIE-10, seis códigos distintos se destinan a éstos. En el DSM-IV, se localizan dentro de una categoría única residual de “trastornos de la conducta alimentaria no especificados” (TANE) (Fairburn, C. G. y cols. 2002).

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

CÁRACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se necesita la investigación sistemática de las características clínicas de los TANE. No existen estudios descriptivos en los cuales su psicopatología se ha evaluado. La experiencia clínica y las descripciones de casos indican que varían en forma considerablemente. Algunos se asemejan a anorexia nerviosa o bulimia nevosa pero no cumplen con sus criterios diagnósticos, ya sea porque falta alguna característica diagnóstica esencial o, más comúnmente porque una o más características no son suficientes para alcanzar el umbral. Frecuentemente, esta distinción no tiene un límite bien delimitado.

Otros TANE se asemejan menos a anorexia nervosa o bulimia nervosa. Muchos pueden incluir restricción dietaria crónica, a veces acompañado de exceso de ejercicio o mal uso de laxantes y muchas veces existe sobreevaluación de la alimentación, forma y peso que es característico de pacientes con anorexia o bulimia.

Se han realizado muchos intentos para utilizar técnicas estadísticas multivariadas para subdividir los TCA en base a su característica clínica actual. Ninguno ha sido enteramente satisfactorio, ya sea porque sus medidas o definiciones han sido problemáticas o porque las muestras no han sido representativas. El único hallazgo consistente es que parecen ser un subgrupo de personas con episodios recurrentes de atracones acompañados de descripciones formuladas del trastorno por atracón. En lugar, resalta la problemática de los límites entre bulimia nervosa purgativa, la no purgativa y el trastorno por atracón (Fairburn, C. G. y cols. 2002).

CAPITULO II.

LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Todos los clínicos se enfrentan con frecuencia a pacientes con trastornos de la personalidad. En general, estos pacientes se encuentran en diversos ámbitos terapéuticos, tanto hospitalarios como ambulatorios.

1. DEFINICIÓN

Según el DSM-IV, los trastornos de la personalidad son patrones de rasgos inflexibles y desadaptativos que provocan malestar subjetivo, deterioro social o laboral significativo, o ambas cosas. Estos rasgos también deben apartarse acusadamente de las expectativas culturales, o norma, y esta desviación debe ponerse de manifiesto en más de una de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, de control de los impulsos, de necesidad de gratificación y de forma de relacionarse con los demás.

Los criterios generales para un trastorno de la personalidad según el DSM-IV-TR son los siguientes:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

- (1) cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
- (2) afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
- (3) actividad interpersonal
- (4) control de los impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

2. PREVALENCIA

Estudios indican que el 30-50% de los pacientes ambulatorios presentan un trastorno de la personalidad y que el 15% de los hospitalizados ingresan básicamente por problemas causados por uno; casi la mitad de los pacientes ingresados restantes presenta también un trastorno de la personalidad comórbido que afecta significativamente a su respuesta al tratamiento. También se ha estimado que los trastornos de la personalidad son relativamente frecuentes en la población general, con una prevalencia del 10-13%. (Phillips, K. A. y cols en Hales, R. E. y Yudofsky, S. C. 2003).

Los trastornos de personalidad son frecuentes tanto en pacientes psiquiátricos como en la población en general. Según el DSM-IV-TR, la prevalencia del trastorno paranoide de la personalidad es del 0,5-2,5 % en la población general, del 10-20 % en los hospitales psiquiátricos y del 2-10 % en los pacientes psiquiátricos ambulatorios. El trastorno esquizoide de la personalidad es poco frecuente en el entorno clínico. Se ha descrito que el trastorno esquizotípico de la personalidad se observa aproximadamente en el 3 % de la población general. La prevalencia total del trastorno antisocial de la personalidad en las muestras de población general es aproximadamente del 3 % en los varones y del 1 % en las mujeres. Las estimaciones de la prevalencia en poblaciones clínicas han variado entre el 3 y el 30 %, dependiendo de las características predominantes de las muestras. En los lugares de tratamiento de abuso de sustancias y en la cárcel o en el marco forense, se han encontrado cifras de prevalencia incluso más

elevadas. Se estima que la prevalencia del trastorno límite de la personalidad es de alrededor del 2 % de la población general, aproximadamente del 10 % entre los sujetos vistos en los centros ambulatorios de salud mental y en torno al 20 % entre los pacientes psiquiátricos ingresados. En las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad se sitúa entre el 30 y el 60 %. Los datos limitados que proporcionan los estudios en la población general sugieren una prevalencia del trastorno histriónico de la personalidad aproximadamente del 2-3 %. Las estimaciones de la prevalencia del trastorno narcisista de la personalidad oscilan entre el 2 y el 16 % en la población clínica y son menos del 1 % en la población general. La prevalencia del trastorno de la personalidad por evitación en la población general está entre el 0,5 y el 1 %. El trastorno de la personalidad por evitación se ha descrito en el 10 % de los pacientes ambulatorios vistos en las clínicas de salud mental. El trastorno de la personalidad por dependencia está entre los trastornos de la personalidad encontrados con más frecuencia en las clínicas de salud mental. Los estudios que han utilizado evaluaciones sistemáticas sugieren una prevalencia estimada del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad aproximadamente del 1 % en las muestras de población general y del 3-10 % en los individuos que acuden a clínicas de salud mental.

Pocos estudios se han utilizado para detectar la prevalencia de trastornos de la personalidad en nuestra población, un estudio de Paez y cols donde se le aplicó a una muestra de 98 sujetos dos instrumentos autoaplicables, el PDQ-R y el ITC, para el primero la prevalencia de trastornos de la personalidad fue del 28.6% y para el segundo del 7.2%. (Paez y cols. 1997)

3. CLASIFICACIÓN

A pesar de que existe una gran controversia sobre el modelo categórico de trastornos de la personalidad que utiliza el DSM-IV y sobre la manera de evaluarlos, el esfuerzo de este es de gran ayuda para el clínico.

A partir del DSM-III, los trastornos de la personalidad se han incluido en tres grupos: el *extraño* o *excéntrico* (esquizotípico, esquizoide y paranoide); el *ansioso* o *temeroso* (por

evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo), y el *grupo dramático, emocional o caótico* (límite, histriónico, narcisista y antisocial). A pesar de que estos grupos originalmente se basaban sólo en la validez, ya han tenido cierto apoyo empírico; no obstante, son limitados porque están basados en las similitudes descriptivas más que en las similitudes en cuanto a la etiología o los criterios externos de validación, como la historia familiar o la respuesta al tratamiento. Otro aspecto de la clasificación es si los trastornos de la personalidad están mejor clasificados como dimensiones o como categorías (Hales R. E. 2003).

4. TRASTORNOS DEL CLUSTER A

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

Descripción clínica

Las personas con un trastorno paranoide de la personalidad muestran una falta de confianza hacia los demás generalizada persistente e inapropiada. No confían en la gente y dan por sentado que intentarán dañarles, explotarles o engañarles. Pueden cuestionar, sin justificación alguna, la lealtad o la fidelidad de sus amigos o compañeros sexuales, y son reticentes a las confidencias por temor a que dicha información sea utilizada en contra suya. Estas personas son cautelosas, tensas e hipervigilantes y examinan constantemente su entorno en busca de indicios de posibles ataques, engaños o traiciones. A menudo buscan «evidencias» de dicha malevolencia a partir de sucesos banales (como una simple mirada) que malinterpretan como degradantes o amenazantes. En respuesta a los insultos o traiciones reales o percibidas, estos individuos reaccionan rápidamente de forma exagerada; se muestran excesivamente furiosos o responden con conductas de contraataque. Son incapaces de perdonar u olvidar estos incidentes y por ello mantienen un resentimiento duradero hacia sus supuestos atacantes; algunos son litigantes. Mientras que determinados individuos parecen tranquilos y su tensión es distante y hostil, otros se muestran claramente coléricos y combativos. Las personas con este trastorno suelen estar socialmente aisladas y, a causa de su actitud paranoide, a

menudo tienen dificultades con sus compañeros de trabajo. (Phillips, K. A. y cols. en Hales R. E. 2003)

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

- (1) sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar
- (2) preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios
- (3) reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra
- (4) en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores
- (5) alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios
- (6) percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar
- (7) sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir «premórbido», por ejemplo, «trastorno paranoide de la personalidad (premórbido)».

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

Descripción clínica

El trastorno esquizoide de la personalidad está caracterizado por una profunda deficiencia en la habilidad para relacionarse con los demás. Las personas con este trastorno tienen pocas relaciones o no desean relacionarse y, por tanto, están socialmente aislados. Prefieren estar a solas, a menudo realizando actividades intelectuales tales como juegos de ordenador o rompecabezas, y con frecuencia crean y elaboran un mundo fantástico en el cual se refugian y que es un sustituto de las relaciones con los demás. Como resultado de la falta de interés en las relaciones, tienen pocos amigos íntimos o de confianza o carecen de ellos. No suelen tener citas, raramente se casan y a menudo ocupan empleos que requieren escasa interacción interpersonal (p. ej., en un laboratorio). Destacan por su falta de afecto. Normalmente

parecen fríos, distantes y reservados, y se encuentran especialmente incómodos cuando experimentan emociones íntimas. No experimentan placer, o sólo en unas pocas actividades o experiencias, lo que se refleja en su anhedonia crónica. (Phillips, K. A. y cols. en Hales R. E. 2003)

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

- (1) ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia
- (2) escoge casi siempre actividades solitarias
- (3) tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona
- (4) disfruta con pocas o ninguna actividad
- (5) no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado
- (6) se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás
- (7) muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir «premórbido», por ejemplo, «trastorno esquizoide de la personalidad (premórbido)».

TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

Descripción clínica

Las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad experimentan distorsiones cognitivas o perceptivas, se comportan de manera excéntrica y son socialmente ineptas y ansiosas. Sus distorsiones cognitivas y perceptivas incluyen ideas de referencia, ilusiones corporales y extrañas experiencias telepáticas y de clarividencia. Estas distorsiones son inconsistentes con las normas culturales, suceden con frecuencia, constituyen un componente importante y generalizado de sus experiencias personales y guardan relación con las conductas extrañas y excéntricas características de este trastorno. Estos individuos pueden, por ejemplo, hablar solos en público, hacer ademanes sin razón aparente, o vestir de forma excéntrica o desaliñada. Su lenguaje es a menudo extraño e idiosincrásico (p. ej., inusualmente circunstancial, metafórico o vago) y su afectividad está restringida. Estas personas pueden, por ejemplo, reír de manera

tonta cuando se les habla de sus problemas. Las personas con un trastorno esquizotípico de la personalidad también están aisladas e inadaptadas socialmente y tienen pocos amigos. Dicho aislamiento a menudo es debido tanto a sus pensamientos y comportamientos excéntricos como a su escaso interés por relacionarse, lo que proviene en parte de su desconfianza hacia los demás. Si desarrollan una relación, tienden a permanecer distantes o pueden acabar rechazándola debido a sus persistentes ansiedad social y paranoia (Phillips, K. A. y cols. en Hales R. E. 2003).

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

- (1) ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia)
- (2) creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o «sexto sentido»; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)
- (3) experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales
- (4) pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado)
- (5) suspicacia o ideación paranoide
- (6) afectividad inapropiada o restringida
- (7) comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar
- (8) falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado
- (9) ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir «premórbido», por ejemplo, «Trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)».

5. TRASTORNOS DEL CLUSTER B

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Descripción clínica

La característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón duradero de conductas socialmente irresponsables que reflejan desconsideración hacia los derechos de los demás. Muchas personas con este trastorno se implican en repetidos actos ilegales. Las características de la personalidad más relevantes incluyen la falta de interés o preocupación por los sentimientos de los demás y, más notablemente, la falta de remordimientos por el daño que pueden causar. Dichas características suelen provocar que estos individuos fracasen en aquellos roles que requieren su fidelidad (p. ej., el papel de esposo o padre), su honradez (p. ej., como empleado) o su fiabilidad en cualquier función social. Algunas personas antisociales muestran soltura y encanto que utilizan para seducir, burlarse o explotar a los demás. Aunque muchas personas de este grupo son indiferentes a lo que puedan hacerles a los demás, un subgrupo experimenta un placer sádico al perjudicarles. El trastorno antisocial de la personalidad se ha asociado con tasas elevadas de abuso de sustancias. (Phillips, K. A. y cols. en Hales R. E. 2003)

Criterios DSM IV para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

- (1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
- (2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
- (3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
- (4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
- (5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
- (6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
- (7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Descripción clínica

En el núcleo de la psicopatología de este trastorno se encuentra una capacidad gravemente deteriorada para las relaciones y unos patrones de comportamiento desadaptativos predecibles, relacionados con la separación. Cuando los pacientes límite se sienten cuidados, sostenidos y apoyados, las características depresivas (concretamente de soledad y vacío) se hacen más evidentes. Ante la amenaza de pérdida de esta relación de apoyo, la maravillosa imagen idealizada del generoso cuidador es reemplazada por la odiosa imagen devaluada de un cruel perseguidor, cambio denominado escisión (*splitting*). La amenaza de separación también evoca intensos temores de abandono. Para minimizar dichos temores y para prevenir la separación, con frecuencia se dan violentas acusaciones de malos tratos y crueldad, así como rabiosos comportamientos autodestructivos. Estos comportamientos suelen suscitar en los demás una respuesta protectora de culpabilidad o de temor. Cuando los pacientes experimentan la ausencia de una relación protectora, de apoyo o de sostén, es probable que se pongan de manifiesto experiencias disociativas, ideas de referencia o actos impulsivos desesperados (incluyendo el abuso de sustancias y la promiscuidad) (Phillips, K. A. y cols. en Hales R. E. 2003).

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, 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

TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

Descripción clínica

El rasgo central del trastorno histriónico de la personalidad es una excesiva preocupación por la atención y el aspecto físico. Los sujetos con este trastorno pasan la mayor parte del tiempo reclamando atención y cuidando su aspecto para resultar atractivos. Su deseo de ser atractivos les lleva a vestirse de manera inadecuadamente seductora o provocativa y a presentar una conducta de coqueteo, mientras que su deseo de atención puede conducirles a actos llamativos o a exhibir un comportamiento exagerado. Todas estas características reflejan la inseguridad subyacente de estas personas respecto a su valía en otro papel que no sea el de compañero atractivo. Los individuos con un trastorno histriónico de la personalidad también exhiben sentimientos efusivos, aunque lábiles y sospechosamente superficiales. A menudo son excesivamente «impresionistas» y realizan descripciones hiperbólicas de los demás (p. ej., «ella es magnífica» o «ella es horrible»). Generalmente estos sujetos no atienden a detalles ni a hechos y son reticentes o incapaces de realizar análisis críticos razonados de los problemas o situaciones. Los sujetos con este trastorno con frecuencia presentan depresión, problemas somáticos de origen desconocido y decepciones en sus relaciones sentimentales (Phillips, K. A. y cols. en Hales R. E. 2003).

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención
- (2) la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador
- (3) muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante
- (4) utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo
- (5) tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices
- (6) muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional

- (7) es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias
(8) considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad

TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

Descripción clínica

Debido a que las personas con un trastorno narcisista de la personalidad tienen una enorme autoestima, son vulnerables a manifestar intensas reacciones cuando su autoimagen se ve dañada. Responden con fuertes sentimientos de ofensa o enfado a pequeños desaires, rechazos, desafíos o críticas. En consecuencia, estos sujetos suelen tomarse muchas molestias para evitar exponerse a estas experiencias y, cuando esto falla, reaccionan acomplejándose o sintiendo cólera. Puede sobrevenir una depresión importante que, a su vez, será el desencadenante habitual para buscar ayuda clínica. En las relaciones personales, las personas narcisistas con frecuencia son bastante distantes, tratan de mantener una apariencia de autosuficiencia y pueden manipular a los demás para lograr sus propios fines. Son propensos a sentir que aquellos con quienes se relacionan necesitan sentirse especiales y únicos, porque así es como ellos se ven a sí mismos; por tanto, normalmente desean relacionarse sólo con personas, instituciones o posesiones que confirmen su sentido de superioridad. Los criterios del DSM-IV son muy exactos al identificar las formas arrogantes y socialmente sobresalientes del trastorno narcisista de la personalidad; sin embargo, hay otras formas en las que la convicción de superioridad personal se oculta bajo el retraimiento social y una fachada de autosacrificio, e incluso de humildad (Phillips, K. A. y cols. en Hales R. E. 2003).

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados)
- (2) está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios
- (3) cree que es «especial» y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto *status*

- (4) exige una admiración excesiva
- (5) es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas
- (6) es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas
- (7) carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás
- (8) frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él
- (9) presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios

6. TRASTORNOS DEL CLUSTER C

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN

Descripción clínica

Los individuos con trastorno de la personalidad por evitación experimentan ansiedad excesiva y generalizada, así como malestar ante situaciones sociales y en las relaciones íntimas. Aunque desean intensamente relacionarse, lo evitan por su temor a ser ridiculizados, criticados, rechazados o humillados. Estos temores reflejan su baja autoestima y su hipersensibilidad a ser evaluados negativamente por los demás. Cuando se hallan en situaciones sociales o se relacionan con los demás, se sienten ineptos y son tímidos, retraídos, torpes y les preocupa ser criticados o rechazados. Sus vidas son muy limitadas, puesto que no sólo intentan evitar las relaciones interpersonales, sino que también rehúsan emprender nuevas actividades debido a su temor a la vergüenza o a la humillación (Phillips, K. A. y cols. en Hales R. E. 2003).

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno de la personalidad por evitación

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- (1) evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo
- (2) es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar
- (3) demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado
- (4) está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales
- (5) está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad

(6) se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás

(7) es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

Descripción clínica

El individuo con trastorno de la personalidad por dependencia se caracteriza por la excesiva necesidad de que otros se ocupen de él, lo que conduce a comportamientos de sumisión y de adhesión, así como a temores excesivos de verse separado de los demás. Aunque estos individuos son capaces de cuidar de sí mismos, dudan de sus capacidades y decisiones y ven a los demás como más fuertes y capaces, mientras que se consideran a sí mismos completamente incapaces. Estos sujetos se apoyan excesivamente en otras personas «poderosas» para iniciar y realizar sus propias actividades, tomar sus decisiones, asumir las responsabilidades de sus acciones y guiarles en la vida. La baja autoestima y las dudas sobre su capacidad les llevan a evitar decisiones de responsabilidad. Puesto que se sienten incapaces de funcionar bien sin una guía directa, llegan a extremos exagerados para mantener su relación de dependencia. Pueden, por ejemplo, estar siempre de acuerdo con aquellos de los que dependen y ser excesivamente dependientes, sumisos, pasivos y autosacrificados. Si la relación de dependencia acaba, estos individuos se sienten desamparados y asustados porque no ven capaces de cuidar de sí mismos, y a menudo buscan indiscriminadamente una nueva relación que les proporcione una guía o cuidados; una relación con la que no se sientan realizados o incluso una relación abusiva les parece mejor que estar solos (Phillips, K. A. y cols. en Hales R. E. 2003).

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno de la personalidad por dependencia

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

(1) tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás

- (2) necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida
- (3) tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. **Nota:** No se incluyen los temores o la retribución realistas
- (4) tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía)
- (5) va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables
- (6) se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo
- (7) cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita
- (8) está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

Descripción clínica

Como observó Freud, y tal como reflejan los criterios del DSM-IV, los individuos con un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad son excesivamente ordenados. Son limpios, pulcros, puntuales, claramente organizados y muy meticulosos. Aunque estas características podrían considerarse virtudes, especialmente en culturas que suscriben la ética puritana del trabajo, para efectuar un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad estos rasgos deben ser tan extremos que causen sufrimiento significativo o un deterioro en el funcionamiento. La perseverancia de estos individuos no es eficaz. Por ejemplo, la atención dedicada a los detalles es tan exagerada o conlleva tanto tiempo que se olvida el objetivo de la actividad; la meticulosidad es tan extrema que causa rigidez e inflexibilidad, y el perfeccionismo interfiere en la realización de la tarea. Aunque estos individuos tienden a trabajar con extremada perseverancia, lo hacen a expensas de sacrificar otras actividades y relaciones. El pensamiento más característico de los individuos obsesivo-compulsivos es «Yo debo», frase que habitualmente refleja un Superyó severo y unas normas claramente exageradas, así como exigencia, rectitud, perfeccionismo, inflexibilidad y devoción excesivos por el trabajo y las obligaciones. Estos individuos también suelen estar muy preocupados por el control, no únicamente de los detalles de sus propias vidas, sino también de sus emociones y las de los demás. Tienen dificultades para expresar

sentimientos cálidos y tiernos, y a menudo utilizan expresiones rebuscadas y distantes, que nada revelan de su experiencia interior. Además, pueden ser obstinados y reticentes a delegar tareas o a realizar trabajos en grupo a menos que los demás se sometan exactamente a su modo de hacer las cosas, lo que refleja su necesidad de control interpersonal así como su miedo a cometer errores. La tendencia a dudar y a preocuparse también se manifiesta en su incapacidad para deshacerse de objetos usados o inútiles que podrían ser necesarios en caso de supuestas catástrofes (Phillips, K. A. y cols. en Hales R. E. 2003).

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- (1) preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad
- (2) perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado es-trictas)
- (3) dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes)
- (4) excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión)
- (5) incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental
- (6) es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas
- (7) adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras
- (8) muestra rigidez y obstinación

7. TRASTORNOS EN INVESTIGACIÓN

TRASTORNO DEPRESIVO DE LA PERSONALIDAD

Descripción clínica

La característica esencial de este trastorno es un patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitivas depresivas que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una amplia variedad de contextos. Este patrón no aparece

exclusivamente durante un episodio depresivo mayor y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico. Entre los comportamientos y funciones cognitivas de tinte depresivo se incluyen sentimientos permanentes de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad. Estos individuos se caracterizan por mostrarse especialmente serios, incapaces de divertirse o relajarse y sin sentido del humor. Algunos creen que no merecen ser felices o divertirse. Es frecuente que tiendan a cavilar y preocuparse, inmersos permanentemente en su infelicidad y en sus pensamientos negativos. Estos individuos auguran el futuro tan negativamente como ven el propio presente; dudan de que las cosas puedan mejorar algún día, anticipan lo peor y, aunque presumen de realistas, los demás los describen como netamente pesimistas. Demuestran dureza al juzgarse a sí mismos y tienden a sentirse excesivamente culpables por sus defectos y sus fracasos. Su autoestima es baja y se traduce especialmente en sentimientos de impotencia. Los individuos con este trastorno tienden a juzgar a los demás tan duramente como lo hacen con ellos mismos, destacando sus defectos muy por encima de sus virtudes, y pueden mostrarse negativos, contrarios, críticos y dados a la censura (APA, DSM-IV-TR 2000).

Criterios de investigación para el trastorno depresivo de la personalidad

A. Patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitivos depresivos que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una amplia variedad de contextos y que se caracteriza por cinco (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) el estado de ánimo habitual está presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad
- (2) la concepción que el sujeto tiene de sí mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima
- (3) se critica, se acusa o se autodescalifica
- (4) cavila y tiende a preocuparse por todo
- (5) critica, juzga y lleva la contraria a los otros
- (6) se muestra pesimista
- (7) tiende a sentirse culpable o arrepentido

B. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explican mejor por la presencia de un trastorno distímico.

TRASTORNO PASIVO-AGRESIVO DE LA PERSONALIDAD (TRASTORNO NEGATIVISTA DE LA PERSONALIDAD)

Descripción clínica

La característica esencial de este trastorno es un cuadro permanente de actitudes de oposición y resistencia pasiva ante las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral, que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en multitud de contextos. Este patrón de comportamiento no aparece exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico. Estos individuos acostumbran a mostrarse resentidos, llevan la contraria y se resisten a cumplir las expectativas de rendimiento que los demás depositan en ellos. Esta actitud de oposición suele ponerse de manifiesto en el trabajo, aunque también aparece en las relaciones sociales. Esta actitud de resistencia se traduce en aplazamientos, descuidos, obstinación e ineficiencia intencionada, sobre todo como respuesta a las tareas que sus jefes les encomiendan. Estos individuos sabotean los esfuerzos de los demás, ya que no cumplen su parte del trabajo. Las personas que presentan este trastorno suelen sentirse estafados, despreciados e incomprensidos, y se pasan todo el día quejándose de los demás. Cuando surge algún problema, lo achacan a los defectos de quienes les rodean. Algunos se muestran huraños, irritables, impacientes, cínicos, escépticos, siempre dados a discutir y a llevar la contraria. Debido a su propensión a llevar la contraria y a exteriorizar abiertamente sus críticas y acusaciones, a la mínima provocación estos individuos hacen una demostración pública de su hostilidad hacia las figuras de autoridad. También se muestran envidiosos y resentidos hacia los compañeros de trabajo que triunfan o están bien considerados por los altos cargos, y suelen quejarse abiertamente de su mala fortuna. Su visión del futuro es negativa y suelen hacer comentarios del tipo «no vale la pena ser bueno» y «las cosas buenas no duran para siempre». Estos individuos pueden moverse entre dos extremos: o bien lanzan amenazas hostiles hacia quienes consideran el origen de sus problemas, o bien intentan apaciguar los ánimos de estas personas pidiéndoles excusas o asegurándoles que en el futuro trabajarán mejor (APA, DSM-IV-TR. 2000).

Criterios de investigación para el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad

A. Patrón permanente de actitudes de oposición y respuestas pasivas ante las demandas que exigen un rendimiento adecuado, que se inicia a principios de la edad adulta y se refleja en una gran variedad de contextos, y que se caracteriza por cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) resistencia pasiva a rendir en la rutina social y en las tareas laborales
- (2) quejas de incompreensión y de ser despreciado por los demás
- (3) hostilidad y facilidad para discutir
- (4) crítica y desprecio irracionales por la autoridad
- (5) muestras de envidia y resentimiento hacia los compañeros aparentemente más afortunados que él
- (6) quejas abiertas y exageradas por su mala suerte
- (7) alternancia de amenazas hostiles y arrepentimiento

B. El patrón comportamental no aparece exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico.

CAPITULO III.

RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. INTRODUCCIÓN

Se ha encontrado siempre una estrecha relación de los trastornos de la personalidad (TP) en los trastornos de la alimentación (TCA), con características distintas entre los dos grandes grupos de trastornos alimenticios (Wonderlich y Mitchell, 2001).

Clínicos, teóricos e investigadores han mostrado interés en la relación entre personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Las descripciones clínicas tempranas enfatizaron el riesgo de predisposición de rasgos de personalidad para los trastornos de la conducta alimentaria, las conceptualizaciones más recientes y la investigación han examinado cómo los TCA pueden modificar los rasgos de personalidad, si ciertos mecanismos incrementan el riesgo de para TCA y rasgos de la personalidad, así como el efecto de la personalidad en la presentación clínica, curso y tratamiento de anorexia nervosa y bulimia nervosa. Sin embargo, esta literatura continúa siendo plagado por problemas conceptuales y metodológicos y debates acerca de la madurez y medida de la personalidad (Wonderlich y Mitchell, 2001).

2. DEBATE CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

El abordaje categórico para entender la personalidad, representado por el DSM y la CIE, ha sido receptor de un ataque incrementado como modelo de las alteraciones de la personalidad. La crítica principal incluye lo siguiente: 1) la mayoría de la información empírica sugiere que los rasgos y trastornos de la personalidad están continuamente distribuidos como dimensiones en lugar de categorías bimodales; 2) los puntos de corte para los “diagnósticos” son arbitrarios; 3) existe un acuerdo inadecuado entre las distintas medidas de personalidad (p. ej., pobre validez convergente); 4) pobre validez discriminativa entre categorías, resultando en una comorbilidad marcada; 5) las categorías de trastorno de personalidad típicamente no muestran estabilidad sobre el tiempo; y 6) heterogeneidad extrema entre conceptos diagnósticos politéticos (p. ej., 93 posibles expresiones de trastorno límite de la personalidad en el DSM-III-R). (Wonderlich y Mitchell 1997).

Aunque el debate continúa, existe incremento del llamado para distintos abordajes para la conceptualización y la medida de personalidad y sus trastornos. La recomendación más común es moverse a una perspectiva dimensional de rasgo. Esto ofrece numerosas ventajas: 1) el modelo dimensional es más consistente con evidencia empírica sugiriendo que los trastornos de personalidad (TP) representan exageraciones de rasgos de personalidad subyacentes; 2) la evaluación de rasgos básicos de personalidad, en lugar de diagnósticos de una categoría de personalidad, ayuda a disminuir los problemas asociados con la determinación del umbral para una categoría, evita el solapamiento diagnóstico con otros trastornos de personalidad, y también permite la valoración de rasgos de personalidad adaptativos; y 3) modelos dimensionales promueven la confiabilidad y validez estadística. Aunque continúa la incertidumbre acerca de cuál modelo de personalidad normal representa el fundamento de los TP, el Modelo de los Cinco Factores continúa recibiendo apoyo empírico y varias medidas nuevas, consistente con el Modelo de los Cinco Factores, incrementándose su uso. (Wonderlich y Mitchell 1997).

3. PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los TCA y las características de la personalidad se pueden resumir en tres posibilidades

- 1.- las características de personalidad predisponen o incrementan el riesgo de un TCA de la alimentación.
- 2.- Los TCA exageran los rasgos de personalidad y los TP y estos a su vez los TCA
- 3.- Los TCA y las características de la personalidad así como los TP no tienen relación causal entre ellos; pero son causados por una tercera variable que incrementa el riesgo para alguna o ambas de estos disturbios.

Se ha mencionado que los TP y los TCA pudieran pertenecer a un mismo espectro que comparten algunas mismas causas (K. Vitousek, K. y Manke, F. 1994).

Sin embargo, rara vez los estudios empíricos han examinado cualquiera de estos modelos. Más aún, es posible que cualquier rasgo de personalidad puede ser precipitante, cicatriz, o correlacionarse con cualquier TCA. (K. Vitousek, K. y Manke, F. 1994).

4. T DE LA PERSONALIDAD Y T DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Ó T DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y T DE LA PERSONALIDAD

Al analizar la comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria los hallazgos varían dependiendo si la muestra analizada es un grupo de pacientes en el cual se determina primero una patología y después se analiza la frecuencia de la otra. Los estudios donde se analiza a pacientes con trastornos

de la personalidad y se les evalúan la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria reportan lo siguiente:

Las alteraciones de la conducta alimentaria correlacionan especialmente con los trastornos de personalidad del grupo B (Modestin, J. y cols. 1997). Sobre todo, el trastorno límite de la personalidad presenta una mayor tasa de comorbilidad con la bulimia, que puede oscilar del 2% al 47% de los casos, que con el resto de la patología del eje I (Wonderlich, S. A. y cols. 1990). La comorbilidad del trastorno límite de la personalidad puede estar mediada por el sexo de los pacientes. En concreto, la impulsividad característica de este trastorno se expresa en los hombres en forma de abuso de alcohol o drogas (hombres: 81,9%; mujeres: 59,1 %) y en las mujeres en forma de atracones o de problemas alimentarios no especificados (hombres: 10,8%; mujeres: 30,4%) (Zanarini, M. y cols. 1998). Respecto a la comorbilidad entre la bulimia y el trastorno límite, un aspecto de interés es la posible existencia de abusos sexuales en la infancia. En diversos estudios anteriores se había señalado que los antecedentes de abuso sexual eran tres veces más frecuentes en las bulímicas que en las personas normales (Garfinkel y cols. 1995) en otros también se hace notar esta relación (Wonderlich S.A., y cols. 1997), otros estudios señalan que la presencia de este antecedente es más alta que las anoréxicas restrictivas (Covert, D. L. y cols. 1989). Se ha indicado también que las bulímicas con antecedentes de abuso sexual presentan una mayor gravedad del cuadro clínico y una mayor tasa de comorbilidad con el trastorno límite (Claridge, G. y cols. 1998).

En estudios donde la muestra inicial son pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria y se les analiza la prevalencia de trastornos de la personalidad

Hay una alta de comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad, que puede oscilar del 51% al 84% (Dolan, B. y cols 1994; Grilo, C. M. y cols. 1996; Matsunaga y cols., 1998; y Hales R. E., Yudofsky S. C. 2003).

Las anoréxicas y bulímicas afectadas por un trastorno de la personalidad presentan una mayor frecuencia de atracones, vómitos y síntomas ansioso-depresivos, así como

mayores dificultades de integración social e intentos de suicidio (Gartner A.F., y cols. 1989; Braun, D.L., y cols. 1994; Steiger, H. y Stotland, S., 1996.).

En el estudio de Gartner, A. F. y cols. (1989). La muestra estaba compuesta por 35 pacientes hospitalizadas con diagnósticos de anorexia o de bulimia, resultado que el 57% de la muestra tenía uno o más trastornos de la personalidad, lo que era relativamente común, ya que el 40 % tuvieron más de 2 trastornos de la personalidad y el 17% cumplió criterios para 5 y hasta 7 trastornos de personalidad; los más frecuentes eran el límite, el evitador y el autodestructivo y que se repartían indistintamente entre los diversos tipos de trastornos alimentarios. La investigación de Wonderlich, S. A. y cols. (1990) con 46 pacientes afectadas por diferentes alteraciones de la conducta alimentaria; en total el 72% de la muestra cumplía criterios para, al menos, un trastorno de personalidad. La personalidad obsesiva era más frecuente en la anorexia restrictiva; la límite y la histriónica, en la bulimia. En el estudio de trabajo de Grilo, C. M y cols. (1996) con 136 pacientes hospitalizadas diagnosticadas de diversas alteraciones de la conducta alimentaria, el 84% tenían uno o más trastornos de personalidad. Entre éstos, los más frecuentes fueron el límite, el evitador y el dependiente. En el estudio de Matsunaga, H y cols. (1998), con 108 pacientes con diferentes trastornos de la conducta alimentaria, el 51 % de la muestra estaba aquejada de trastornos de personalidad, especialmente de los grupos B (límite y antisocial, en el caso de la bulimia) y C (sin un predominio claro de uno u otro, en el caso de la anorexia y de la bulimia). Un estudio más reciente de Matsunaga, H y cols. (2000), centrado en este caso en pacientes recuperadas de una alteración de la conducta alimentaria con un año sin síntomas, el 26% de una muestra de 54 pacientes cumplían criterios para el diagnóstico de, al menos, un trastorno de la personalidad. Este porcentaje es inferior al encontrado en otros trabajos con pacientes anoréxicas y bulímicas aún en tratamiento. Los trastornos de personalidad eran muy variables, pero predominaban los del grupo C (obsesivo, dependiente y evitador) y B (límite), por este orden.

Otras investigaciones se han centrado en la comorbilidad en relación al género. Así, según el trabajo de Striegel-Moore, R.H., y cols. (1999) con una muestra de 161 ex combatientes (98 hombres y 63 mujeres) aquejados de alteraciones de la conducta

alimentaria, un 49% de las mujeres y un 18% de los hombres presentaban algún trastorno de personalidad, por lo que esta comorbilidad era bastante más frecuente en mujeres que en hombres. En general, cuando los pacientes están hospitalizados, las tasas de comorbilidad son más altas- oscilan del 69% al 74% del total que en el caso de las pacientes tratadas ambulatoriamente (Wonderlich, S. A. y cols. 1990; Braun, D. L. y cols. 1994; Kennedy, S.H., y cols. 1995).

5. ANOREXIA NERVOSA Y PERSONALIDAD

Históricamente se han relacionado a los individuos con anorexia nervosa restrictiva con características de personalidad obsesivas, de autocontrol, rigidez y perfeccionismo. Algunos modelos teóricos sugieren que las restricciones y la pérdida de peso adquiere un potente reforzamiento en el nexo de los propios esquemas de perfeccionismo, inadecuación, asceticismo con las creencias culturales de la virtud de la delgadez (K. Vitousek, K. y Manke, F. 1994).

Diversos reportes clínicos y empíricos convergen para describir el estilo de la personalidad del paciente con el tipo restrictivo de anorexia nervosa como obsesivo, patrón de inhibición social, sumisión y restricción afectiva. (Anderluh, M. B., 2003).

En un estudio el objetivo fue determinar retrospectivamente el rasgo obsesivo compulsivo de la personalidad (OCP) en la infancia, que predijeran el desarrollo a un TCA. Se evaluaron tres grupos uno con AN otro con BN y un grupo control. Los rasgos OCP, en la infancia fueron significativamente correlacionados con el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad en la edad adulta. Los rasgos de perfeccionismo y rigidez fueron notablemente mayores entre los dos grupos con TCA que el grupo control. Las diferencias entre los dos grupos con TCA también fueron significativas, siendo mayor para los de AN. Los rasgos de OCP en la infancia tuvieron un alto valor predictivo en el desarrollo de un TCA con un riesgo relativo de 6.9 por cada rasgo presente (Anderluh M. B., 2003).

Los individuos con anorexia nervosa de tipo purgativo tienden a exhibir una personalidad más impulsiva y extrovertida más similarmente vista en la bulimia nervosa. (Díaz Marsá M., y cols., 1999). Sin embargo, muchos de estos estudios han sido limitados por el hecho de que han evaluado pacientes en un estado de inanición, lo cual puede afectar significativamente la medida de personalidad. Existe evidencia que sugiere que muchos de estos rasgos perduran después de la recuperación. (Matsunaga H., y cols. 2000) Mientras que algunos investigadores consideran las características de personalidad después de la recuperación como indicativo de vulnerabilidad de la personalidad premórbida, esta visión es controversial porque estas características pueden reflejar también el efecto de cicatrización del TCA. (Stein D., y cols. 2002) Por lo tanto, a pesar de la convergencia clínica impresionante sobre los rasgos característicos de la personalidad de pacientes con anorexia nervosa, ha sido difícil determinar si tal constelación refleja una causa o un efecto del TCA.

El rasgo de perfeccionismo, que es el que al parecer mejor define la actitud obsesiva compulsiva de la personalidad en esta patología, ha sido parte de múltiples estudios con resultados significativos (Sutandar-Pinnock, K. y cols. 2003; Halmi, K. y cols 2000).

El rasgo de perfeccionismo, que se refiere a una tendencia a esperar una ejecución de uno mismo u otros que es requerido para una situación determinada, ha recibido recientemente mayor atención en estudios de pacientes con anorexia nervosa. La evidencia sugiere que el perfeccionismo es alto entre pacientes maltratados y parece persistir incluso después de una recuperación prolongada. En un estudio de casos-controles (Fairburn y cols., 1999.) encontró que el perfeccionismo era un antecedente específico de riesgo. Tal hallazgo es intrigante porque la sobreposición entre perfeccionismo y trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (TOCP), los cuales resultan elevados en muestras de pacientes con anorexia nervosa restrictiva. Además, estudios ciegos retrospectivos indican que los pacientes con anorexia nervosa son mucho más propensos a mostrar evidencia de TOCP premórbido que los sujetos control, y un estudio de 10 años de seguimiento de pacientes adolescentes encontró niveles más elevados de TOCP, a pesar de la restauración del peso.

En un esfuerzo para sobrellevar las limitaciones asociadas al estudio de pacientes con anorexia nervosa, un estudio reciente de familiares realizado por (Lilenfeld y cols., 1998) proveó información adicional sugiriendo que los estilos de personalidad perfeccionistas, de personalidad obsesivo-compulsivo pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de anorexia nervosa. En este estudio, los individuos con anorexia nervosa fueron estratificados en aquellos que mostraron TOCP concurrente y aquellos que no. Cabe recalcar que el TOCP resultó elevado en los familiares de probandos con anorexia nervosa, a pesar de de si el probando tuviese TOCP. Este hallazgo se puede interpretar como apoyo a la idea de que TOCP es parte del mismo espectro fenotípico que la anorexia nervosa y que las dos pudiesen ser expresiones de un genotipo similar (Lilenfeld y cols., 1998).

6. ANOREXIA NERVOSA, PERSONALIDAD Y CURSO CLÍNICO

Existe poca evidencia acerca de los predictores de personalidad en el resultado de pacientes con anorexia nervosa. Por ejemplo, estudios prospectivos de pacientes adolescentes sugiere que la madurez del miedo, aislamiento social, problemas neuróticos y patrones obsesivo-compulsivos predicen resultados negativo (Fairburn C., y cols. 1999) De manera similar, en un estudio, la dimensión del temperamento de persistencia alta y las dimensiones del carácter de autodirectividad baja y autotranscendencia alta (del Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger) fueron predictores significativos de comportamiento suicida en pacientes adultos. De manera adicional, los pacientes adolescentes en los que no han remitido los rasgos de personalidad obsesivo compulsivos particularmente tienen un resultado pobre a los 10 años. (Fassino S., Abbate-Daga G. y cols., 2002).

7. BULIMIA NERVOSA Y PERSONALIDAD

Relativamente recientemente ha sido reconocido la bulimia nervosa como trastorno por la APA (DSM-III APA 1980), desde entonces a estos individuos se les ha asociado con impulsividad, compulsividad e inestabilidad afectiva. En diversas teorías acerca de la BN los ciclos de atracones purgas presuntamente tienen un efecto proveedor de regulación afectiva. Históricamente, estudios empíricos han descrito pacientes con bulimia nervosa como impulsivos, interpersonalmente insensibles y con baja autoestima (K. Vitousek, K. y Manke, F. 1994).

Los estudios de trastornos de la personalidad muestran que estos pacientes tienen porcentajes elevados de trastornos de personalidad del Cluster B y Cluster C (DSM). Aunque existe considerable debate acerca de la influencia del estado bulímico (especialmente las alteraciones afectivas y nutricionales) en la medida de Cluster B, un estudio familiar reciente indica que los trastornos por uso de sustancias, algunos trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad Cluster B son más prevalentes entre familiares de probandos con bulimia nervosa que también presentan trastornos por uso de sustancias que los familiares de otros probandos con bulimia nervosa y controles normales. Esto sugiere que es posible que un factor de riesgo familiar para bulimia nervosa y uso de sustancias se exprese en el estilo de personalidad dramático-errático (Lilenfeld, L. R. y cols. 2000).

Otro estudio determinó que los rasgos del temperamento y carácter, medidos con el inventario de temperamento y carácter; en una muestra de pacientes con BN y en sus padres. Encontró que los sujetos con BN tuvieron altos índices en evitación al daño, y baja auto-dirección; sus madres tuvieron baja autodirección y sus padres baja persistencia. La evitación al daño de las BN se correlaciono positivamente con la evitación al daño y negativamente con auto-dirección de sus madres (Fassino S., y cols. 2003).

Los rasgos de personalidad narcisistas también han recibido mayor atención empírica. La información sugiere que este rasgo, elevado en pacientes con bulimia nervosa

comparado con sujetos controles normales y sujetos controles psiquiátricos, también permanece elevado después de la recuperación; en estos estudios, el narcisismo fue definido como una autoimportancia inflada y una necesidad de atención y admiración. (Steiger H., y cols.1997; Fairburn, C., 1997). En otro estudio de este mismo autor donde se utilizó diarios metodológicos para valorar las transacciones interpersonales, autoconcepto y afecto, y sus hallazgos proporcionaron mayor apoyo para la vulnerabilidad narcisista en estos pacientes (Steiger H., y cols. 1999). Los pacientes activos y remitidos mostraron mayor incremento en el autocriticismo y deterioro del ánimo seguido de una transición interpersonal estresante que controles normales sugiriendo una hipersensibilidad a experiencias interpersonales que son consistentes con el rasgo narcisismo (Steiger H., y cols. 1999). Los mismos métodos diarios se han utilizado para estudiar el rasgo impulsividad. Los hallazgos de dos estudios convergen para sugerir que los pacientes con bulimia nervosa y niveles elevados del rasgo impulsividad tienen a tener atracones que son menos influenciados por restricción dietaria y más influenciados por ánimo negativo que los pacientes bulímicos menos impulsivos. En otras palabras, el rasgo impulsividad puede ser un continuum de personalidad que ayuda a clarificar las contribuciones de atracarse a la restricción dietética y desregulación afectiva. (Picot, A. K, y cols. 2003).

Los hallazgos del estudio familiar de Lilienfeld y colegas resaltan la complejidad de la relación entre personalidad y TCA. De manera interesante, este estudio incluyó miembros familiares de trastornos no alimentarios de ambos probandos con bulimia nervosa y sujetos controles. Se razonó que elevaciones significativas de rasgos de personalidad para miembros familiares nunca enfermos con bulimia nervosa pudiese reflejar un factor de vulnerabilidad de personalidad subyacente que corre en sus familias. El diseño también incluyó probandos recuperados y enfermos con bulimia nervosa, lo cual permitió la examinación de posible cicatrización y efectos de estado de rasgos de personalidad. Los resultados sugieren que 1) perfeccionismo, y el subconstructo de preocupación sobre los errores y criticismo parental, representan factores de vulnerabilidad para el comportamiento bulímico que corre en las familias; 2) elevaciones en la conciencia interceptiva y reacción de estrés representan efectos de

cicatrización residuales; y 3) elevaciones en alienación y absorción cuenta para los efectos de estado inmediatos de bulimia nervosa (Lilenfeld, L. R. y cols. 2000).

8. BULIMIA NERVOSA, PERSONALIDAD Y CURSO CLÍNICO

Trastornos de personalidad Cluster B ha predicho generalmente un curso negativo para bulimia nervosa en las valoraciones de resultados al año y a los tres y cinco años. También la patología Cluster B ha sido un predictor negativo para el resultado de tratamiento, aunque un estudio reciente, multicéntrico de terapia cognitivo conductual y terapia interpersonal falló para confirmar este hallazgo. Diversos rasgos de personalidad también han predicho el curso y el resultado del tratamiento. Por ejemplo, como en el caso de anorexia nervosa, persistencia alta, autodirectividad baja e impulsividad alta predicen resultado negativo a la terapia cognitivo conductual (Favaro, A. y cols. 1988 y Goldner, E. y Santonastaso, P. 1999).

9. DIFICULTADES PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Algunos problemas sobre la evaluación de la personalidad en la población con TCA son los siguientes 1) es difícil e inapropiado el utilizar en adolescentes inventarios diseñados para poblaciones adultas. 2) Dentro de los efectos psicológicos atribuibles a la privación de alimento en humanos están la depresión, ansiedad, rigidez, obsesividad, irritabilidad, pensamiento concreto, y evitación social. Estos cambios pueden ser medidos como características patológicas en inventarios estandarizados de personalidad 3) Es difícil evaluar a los sujetos antes que adquieran el TCA debido a que estas

patologías son relativamente raros en la población general y el evaluar poblaciones de riesgo como lo son las atletas y las bailarinas serian resultados poco generalizables. 4) Sería preferible la evaluación de los rasgos de la personalidad una vez resuelto el TCA pero la mayoría de estos trastornos tienen un curso crónico y con una incompleta resolución de los síntomas. 5) Los subtipos de TCA refiriéndose a los grupos formados por los que tienen conductas restrictivas y los que tienen conductas de atracones-purgas se les atribuye como se mencionó características de personalidad distintas pero sucede que a través del tiempo algunos individuos pasan de un subgrupo a otro pudiendo ser asociado con las características por a las cuales este pasando en ese momento; Sin ser estos verdaderos tipos bulímicos ni restrictivos. 6) La negación propia de los síntomas egocéntricos de la anorexia y la distorsión aunada a su pobre capacidad introspectiva puede interferir en los autorreportes (K. Vitousek, K. y Manke, F. 1994 y Western D., y cols. 2001).

CAPITULO IV.

MÉTODOLOGÍA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En los últimos años los trastornos de la conducta alimentaria han incrementado en frecuencia teniendo esto implicaciones en la demanda de atención a los servicios de salud; conocer los factores que están relacionados con los este trastorno es de ayuda para el entendimiento de los mismos. Como en todos los trastorno psiquiátricos, los factores implicados son múltiples, sin embargo una condición relacionada estrechamente con los trastornos de la conducta alimentaria son los trastornos de la personalidad. Esto se aprecia entre otras cosas con la alta comorbilidad entre ambas patologías.

La relación entre ambos trastornos no está aclarada aún. Además los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo heterogéneo tanto sintomatológicamente como seguramente etiológicamente por lo que determinar los perfiles de personalidad en estas poblaciones ayudará al esclarecimiento de los algunos factores implicados en su existencia y permanencia.

2. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son un fenómeno multifactorial. Uno de los factores implicados es la personalidad. A la actualidad no se encuentran reportes en la literatura nacional acerca de la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad en nuestra población.

3. OBJETIVOS

Describir las características sociodemográficas y clínicas del trastorno alimentario de una muestra de pacientes del sexo femenino con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria manejadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF).

Detectar la frecuencia con que se encuentran trastornos de personalidad en una muestra de pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria.

Determinar si existen diferencias en el tipo de trastorno de personalidad presentado entre un grupo de pacientes anoréxicas en comparación con un grupo de pacientes bulímicas.

Evaluar si existe relación entre las variables de personalidad y las conductas alimentarias presentadas.

4. HIPÓTESIS

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tendrán una elevada frecuencia de trastornos de la personalidad

El perfil de personalidad será diferente entre los diagnósticos de trastornos de la alimentación.

Las variables clínicas de los trastornos de la conducta alimentaria mostrarán diferencias a partir del perfil dimensional de la personalidad

5. VARIABLES

A. VARIABLES INDEPENDIENTES.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1) Anorexicas

- a) Anorexicas restrictivas
- b) Anorexicas compulsivo purgativas
- c) Trastorno de la conducta alimentaria no especificado 1
- d) Trastorno de la conducta alimentaria no especificado 2

2) Bulimicas

- a) Bulimia nervosa purgativa
- b) Trastorno de la conducta alimentaria no especificado tipo 4

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- a) Edad
- b) Escolaridad
- c) Ocupación
- d) Abuso sexual

B. VARIABLES DEPENDIENTES

1) DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

- a) Trastorno de la personalidad esquizoide (categórico y dimensional)
- b) Trastorno de la personalidad esquizotípico (categórico y dimensional)
- c) Trastorno de la personalidad paranoide (categórico y dimensional)
- d) Trastorno de la personalidad evitativo (categórico y dimensional)
- e) Trastorno de la personalidad dependiente (categórico y dimensional)
- f) Trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo (categórico y dimensional)
- g) Trastorno de la personalidad dependiente (categórico y dimensional)
- h) Trastorno de la personalidad pasivo agresivo (categórico y dimensional)
- i) Trastorno de la personalidad límite (categórico y dimensional)
- j) Trastorno de la personalidad narsisista (categórico y dimensional)
- k) Trastorno de la personalidad histriónico (categórico y dimensional)
- l) Trastorno de la personalidad antisocial (categórico y dimensional)

2) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- a) Edad de inicio del trastorno de la conducta alimentaria
- b) Realización de atracones
- c) Frecuencia semanal de atracones
- d) Autoinducción de vómitos
- e) Frecuencia semanal de vómitos
- f) Uso de laxantes
- g) Uso de diuréticos
- h) Uso de enemas

- i) Uso de anfetaminas
- j) Realización de ayunos
- k) Realización de dietas
- l) Realización de ejercicio compulsivo
- m) Índice de masa corporal
- n) Temor a incrementar de peso
- o) Conformidad con el aspecto físico
- p) Autoconcepto de sobrepeso

3) VARIABLES CLINICAS DE PSICOPATOLOGIA EN GENERAL

- a) Somatizaciones
- b) Obsesiones y compulsiones
- c) Sensitividad interpersonal
- d) Depresión
- e) Ansiedad
- f) Hostilidad
- g) Ansiedad fóbica
- h) Ideación paranoide
- i) Psicoticismo
- j) Índice global de severidad

C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Las variables independientes de trastorno de alimentación fueron definidas de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, DSM-IV-TR. 2000).

Las variables dependientes del trastorno de personalidad fueron determinadas categóricamente mediante la entrevista SCID-II y el punto de corte fueron los criterios que determina el DSM-IV para determinar el trastorno (First y cols., 1999).

Las variables dependientes de personalidad dimensional fueron determinadas por el número de criterios que cumplió el sujeto umbrales y subumbrales según lo determina el SCID-II (First y cols., 1999).

Las variables clínicas dependientes del trastorno de personalidad fueron determinadas de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR (APA, DSM-IV-TR. 2000).

Las variables de temor a incrementar de peso conformidad con el aspecto físico autoconcepto de sobrepeso se valoraron mediante escala análogo visual de 10 valores (ver anexo B).

Las variables clínicas de psicopatología general se determinaron dimensionalmente mediante el cuestionario del SCL-90-R (Derogatis, L. R. y cols. 1994 en APA, "Handbook of Psychiatric Measures" 2000).

6. MATERIAL Y METODOS

a) POBLACION MUESTRA.

Pacientes con diagnóstico de trastorno alimentario variedad anorexia o bulimia que acudieran de manera aleatoria al INPRF.

b) SUJETOS

La muestra estuvo conformada por 43 pacientes del sexo femenino, que asistieron a la Clínica de Trastornos de Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

c) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes del sexo femenino, mayores de 13 años y menores de 35 años, atendidas por primera vez en la consulta externa del INPRF, que cumplieran criterios para un trastorno de la conducta alimentaria (anorexia nervosa tipo restrictivo, anorexia nervosa tipo compulsivo purgativo, trastorno de la alimentación no especificado tipo 1, trastorno de la alimentación no especificado tipo 2, bulimia nervosa de tipo purgativo, trastorno de la alimentación no especificado tipo 4) y que aceptaran participar en el estudio .

d) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con un manejo previo del trastorno de la conducta alimentaria, con diagnósticos de delirium, trastornos psicóticos o algún otro diagnóstico neurológico o psiquiátrico conocido de base previo al diagnóstico de trastorno alimentario o que impidiera la cooperación con la entrevista. Pacientes con diagnósticos médicos a descartar como parte de las alteraciones del IMC.

SCID- II

Los orígenes de la SCID-II se remontan a las etapas iniciales de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III (SCID), durante las cuales un módulo específico para los trastornos de la personalidad, desarrollado por el Dr. Jeffrey Jonas del Hospital McLean, fue incluido en la versión de la SCID de 1984. En 1985, el módulo de los trastornos de la personalidad de la SCID fue reformulado separadamente por una serie de razones, como la longitud del módulo, el interés renovado en la investigación de los trastornos de la personalidad, y los requisitos específicos para la evaluación de las características de la personalidad. En 1986, la SCID-II fue actualizada para el DSM-III-R y se incorporó una nueva estrategia, basada en un cuestionario de personalidad con funciones de selección o cribado. Una vez realizados los estudios de campo que establecieron la fiabilidad de la SCID-II (First y cols., 1995; cit en First, M., 1999), la versión definitiva de la SCID-II para los trastornos de la personalidad del DSM-III-R fue publicada por la American Psychiatric Press, Inc. en 1990 como un componente de la SCID. Tras la publicación del DSM-IV en 1994, se inició la revisión de la SCID-II para el DSM-IV. Con la ayuda de la Dra. Lorna Benjamín, muchas de las preguntas de la SCID-II fueron reformuladas para que reflejaran mejor la experiencia interior del sujeto. Esta versión definitiva de la SCID-II para el DSM-IV en su versión inglesa fue publicada en 1997 por la American Psychiatric Press, Inc. con una versión por ordenador adjunta publicada en lengua inglesa por Multi-Healt Systems de Toronto, Canadá. (First y cols., 1999).

Cobertura de la SCID-II

La SCID-II cubre los 10 trastornos de la personalidad del DSM-IV, así como el Trastorno de la personalidad no especificado, el Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y el Trastorno depresivo de la personalidad, que se incluyen en el Apéndice B del DSM-IV y que también pueden ser diagnosticados con la SCID-II.

Generalmente, se utiliza la versión completa de la SCID-II; sin embargo, también es posible emplear sólo aquellas secciones que se refieren a Trastornos de la personalidad que sean de especial interés para el clínico o el investigador. (First y cols., 1999).

Estructura básica

La estructura básica de la SCID-II es similar a la de la SCID para trastornos del Eje I. Elaborada a partir del formato de entrevista clínica habitual, comienza con una breve *Revisión* que caracteriza el comportamiento y las relaciones habituales del sujeto, proporcionando información sobre su capacidad de autorreflexión.

Seguidamente, se consideran de forma sucesiva cada uno de los 10 trastornos de la personalidad específicos y las 2 categorías del Apéndice: Trastorno de la personalidad por evitación, Trastorno de la personalidad por dependencia, Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, Trastorno depresivo de la personalidad, Trastorno paranoide de la personalidad, Trastorno esquizotípico de la personalidad, Trastorno esquizoide de la personalidad, Trastorno histriónico de la personalidad, Trastorno narcisista de la personalidad, Trastorno límite de la personalidad y Trastorno antisocial de la personalidad. El orden de los trastornos de la personalidad en la SCID-II difiere del de la clasificación del DSM-IV. (First y cols., 1999).

Al igual que la SCID para trastornos del Eje I, la SCID-II consta de tres columnas: la de la izquierda contiene las preguntas de la entrevista, la central enumera los criterios diagnósticos del DSM-IV, y la de la derecha tiene por objetivo puntuar los ítems.

Cada criterio de trastorno de la personalidad se puntúa como <?>, <1>, <2> o <3>.

? = Información inadecuada para codificar el criterio como 1, 2 o 3.

1 = Ausente o Falso

Ausente. El síntoma descrito en el criterio se halla claramente ausente.

Falso. El enunciado del criterio es claramente falso.

2 = Subumbral

El umbral del criterio casi se alcanza, pero no completamente.

3 = Umbral o Verdadero

Umbral. El umbral para alcanzar el criterio se cumple según el mínimo exigido, o con holgura.

Verdadero. El enunciado del criterio es verdadero.

(First y cols., 1999).

Confiabilidad y validez

No hay datos disponibles sobre la confiabilidad o la validez de la SCID-II para el DSM-IV, aunque existen varios estudios que han investigado la confiabilidad de su predecesora, la SCID-II para el DSM-III-R. Se llevó a cabo un estudio de confiabilidad test-retest sobre la SCID-II para el DSM-III-R como parte de un estudio multicéntrico de fiabilidad de la SCID para trastornos del Eje I (Williams y cols., 1992). Las entrevistas de la SCID-II fueron administradas por dos entrevistadores distintos en dos ocasiones diferentes (con dos semanas de diferencia) a 284 sujetos en 4 centros de pacientes psiquiátricos y 2 centros de pacientes no psiquiátricos (First y cols., 1995). En los primeros, los valores *kappa* fluctuaron entre 0,24 para el Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y 0,74 para el trastorno histriónico de la personalidad, con un valor *kappa* global promedio de 0,53. En los centros no psiquiátricos, sin embargo la coincidencia fue considerablemente menor, con un valor *kappa* global promedio de 0,38. La duración media del tiempo de administración fue de 36 minutos. (First y cols., 1999).

Los índices de confiabilidad obtenidos por otros investigadores con la SCID-II han variado considerablemente, pero de hecho han igualado o superado los obtenidos en este estudio. (Malow y cols. 1989), tras administrar únicamente las secciones de la SCID-II relativas a los trastornos antisocial y límite de la personalidad, informaron de la confiabilidad de 29 casos seleccionados de una muestra más amplia de pacientes ingresados por dependencia de cocaína u opiáceos. Mediante un diseño test-retest (la segunda entrevista fue realizada 48 horas después de la primera), obtuvieron un valor

kappa de 0,87 para el Trastorno límite de la personalidad (tasa base 16 %) y 0,84 para el Trastorno antisocial de la personalidad (tasa base 15 %). (O'Boyle y Self, 1990) investigaron la confiabilidad test-retest (tiempo medio entre entrevistas = 1,7 días) empleando la SCID-II con una muestra de 18 pacientes ingresados. Calcularon un valor *kappa* de 0,74 para la presencia de cualquier Trastorno de la personalidad (tasa base de al menos un trastorno de la personalidad 55 %). (Weiss y cols. 1995) estudiaron la confiabilidad test-retest de 12 meses en 31 pacientes cocainómanos y obtuvieron un valor *kappa* global de 0,46. (First y cols., 1999).

Empleando un diseño de confiabilidad conjunta, con un entrevistador administrando la SCID-II y otro actuando como observador, (Arntz y cols. 1992) investigaron la fiabilidad de una versión holandesa de la SCID-II en una muestra de 70 pacientes ambulatorios. Para aquellos trastornos con al menos 5 casos puntuados por cualquiera de los entrevistadores, los valores *kappa* fluctuaron entre 0,77 para el Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y 0,82 para el Trastorno de la personalidad por evitación, el valor *kappa* calculado para el conjunto de los trastornos de la personalidad fue de 0,80. (First y cols., 1999).

Cuatro estudios adicionales emplearon una variante del diseño de confiabilidad conjunta, en que el segundo entrevistador realizaba las puntuaciones a partir de grabaciones en audio o en video del primer entrevistador. En otra investigación (Renneberg y cols. 1992) se estudiaron los trastornos de la personalidad en 32 pacientes ambulatorios con problemas de ansiedad, documentando valores *kappa* de 0,75 para el acuerdo sobre la presencia de cualquier trastorno de la personalidad y valores *kappa* para los trastornos de la personalidad que oscilaban entre 0,61 para el Trastorno paranoide de la personalidad y 0,81 para el Trastorno de la personalidad por evitación. (First y cols., 1999). En un estudio de diseño similar de trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Wonderlich y cols. 1990) informaron de valores *kappa* desde 0,56 para el Trastorno de la personalidad por evitación hasta 0,77 para el Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

En un estudio realizado por Brooks y cols. (1991) se administraron la SCID-II a 30 pacientes con Trastorno por angustia con agorafobia y calcularon valores *kappa* que fluctuaron entre 0,43 para el Trastorno histriónico de la personalidad y 0,89 para el Trastorno esquizotípico de la personalidad. Fogelson y cols. (1991) evaluaron los trastornos de la personalidad en una muestra de 45 sujetos <no pacientes> familiares de primer grado de pacientes con Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo o Trastorno bipolar, e informaron de coeficientes de correlación intraclase que oscilaban entre 0,60 para el Trastorno esquizoide de la personalidad y 0,82 para el Trastorno límite de la personalidad. Los resultados obtenidos por nosotros y por otros investigadores en el empleo de la SCID-II reflejan la variabilidad de los niveles de confiabilidad en distintos entornos, lo cual también se aplica a la confiabilidad de los trastornos del Eje I mediante entrevistas diagnósticas estructuradas. En conclusión, los resultados de la SCID-II para el DSM-III-R demuestran que puede alcanzarse un grado razonable de fiabilidad siempre que los entrevistadores estén bien entrenados y exista suficiente variabilidad diagnóstica en la muestra. (First y cols., 1999).

La validez de la SCID-II ha sido investigada de varias formas. La validez concurrente fue demostrada por Hueston y cols. (1996) en un estudio que indicaba que, en un grupo de pacientes de atención primaria, un diagnóstico de trastorno de la personalidad mediante la SCID-II estaba asociado a menor nivel de funcionamiento, menor satisfacción con la atención sanitaria y mayor riesgo de depresión y consumo de alcohol. La mayor parte de los estudios que comparan la SCID-II con otros procedimientos para evaluar la personalidad son difíciles de interpretar a causa de la ausencia de un *estándar de oro*. Por ejemplo, Hyler y cols. (1992) obtuvieron un nivel de coincidencia de valores *kappa* entre la SCID-II y el *Personality Disorder Examination* (Loranger y cols., 1987) situado entre 0,20 y 0,55 (media 0,36) y entre el PDQ-R (un cuestionario autocumplimentado) y la SCID-II entre 0,20 y 0,53 (media 0,38). Kennedy y cols. (1995 cit en First y cols., 1999), sin embargo, obtuvieron escasa coincidencia entre la SCID-II y el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (*Millon*

Clinical Multiaxial Inventory) (MCMI), otro instrumento de autoaplicación para evaluar trastornos de la personalidad. (First y cols., 1999).

Un estudio de Skodol y cols. (1991) comparó la SCID-II y el PDE (Loranger y cols., 1987). y examinó su nivel de coincidencia mutuo y con respecto a un estándar clínico (un procedimiento de evaluación longitudinal al que se dio el acrónimo del estándar LEAD, *Longitudinal Expert evaluation using All Data* (Spitzer, 1983). El estudio mostró una coincidencia calificable sólo de modesta entre las dos entrevistas, siendo la SCID-II ligeramente más válida que el PDE en comparación con el estándar clínico (es decir, la SCID-II presentaba un mejor acuerdo, como indica el valor *kappa*, y un mejor valor predictivo total para 8 de los 11 trastornos de la personalidad). Los autores del estudio conjeturaron que el mayor acuerdo entre la SCID-II y el estándar LEAD puede deberse tanto a la mayor similitud en los formatos de ambos procedimientos (ya que ambos evalúan los criterios trastorno a trastorno) como a las ventajas inherentes a la SCID, o ambas cosas a un tiempo. (First y cols., 1999).

La validez del Cuestionario de Personalidad de la SCID-II fue examinada por Jacobsberg y cols. (1995), que determinaron su tasa de falsos positivos usando el PDE como estándar. Advirtieron que la tasa de falsos negativos era baja para cada uno de los diagnósticos, y concluyeron que el procedimiento SCID-II de avanzar según las respuestas positivas era un método válido. Ekselius y cols. (1994) obtuvieron un buen acuerdo entre el cuestionario y la SCID-II, observando una correlación de 0,04 en el número de ítems positivos y un valor *kappa* de 0,78. (First y cols., 1999).

SCL-90-R (anexo A)

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítemes que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
- 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
- 3) Sensitividad interpersonal (SI)
- 4) Depresión (DEP)
- 5) Ansiedad (ANS)
- 6) Hostilidad (HOS)
- 7) Ansiedad fóbica (FOB)
- 8) Ideación paranoide (PAR)
- 9) Psicoticismo (PSIC)

- 1) Índice global de severidad (IGS)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítemes en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico

son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

Las nueve dimensiones de síntomas.

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

SOMATIZACIONES (ítemes 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58).

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

OBSESIONES Y COMPULSIONES(ítemes 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65).

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre:

Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (ítemes 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73).

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

DEPRESIÓN (ítemes 5,14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79).

Los ítemes que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

ANSIEDAD (ítemes 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86).

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

HOSTILIDAD (ítemes 11, 24, 63, 67, 74, 81).

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

ANSIEDAD FÓBICA (ítems 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82).

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

IDEACIÓN PARANOIDE (ítems 8, 18, 43, 68, 76, 83).

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

PSICOTICISMO (ítems 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90).

Esta dimensión se ha construido con la intensidad que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

ITEMES ADICIONALES.

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

19: Poco apetito

44: Problemas para dormir

59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir

60: Comer en exceso

64: Despertarse muy temprano.

66: Sueño intranquilo.

89: Sentimientos de culpa.

ÍNDICES GLOBALES.

Índice de Severidad Global: es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido.

Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales.

Evaluación e interpretación del inventario.

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.
- 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

Confiabilidad

Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) han sido reportados para las subescalas del SCL-90-R y los índices a lo largo de distintas poblaciones de pacientes. Por ejemplo, los coeficientes alfa en dos estudios (uno con 209 voluntarios sintomáticos y otro con 103 pacientes psiquiátricos externos) variaron de 0.79 a 0.90. Los coeficientes de estabilidad para el SCL-90-R generalmente han sido adecuados a lo largo del rango de grupos de pacientes e intervalos test-retest. Un estudio con un intervalo test-retest de una semana tuvo un rango de $r = 0.78-0.90$; un segundo estudio con intervalo de 10 semanas entre tests tuvo un coeficiente de correlación de 0.68 a 0.80.

Validez

Loa estudios generalmente han apoyado mejor la validez convergente que la divergente para el SCL-90-R. (Derogatis y cols. 1976 en APA, "Handbook of Psychiatric Measures" 2000) reportaron correlaciones entre las dimensiones primarias para el SCL-90-R y tres grupos de puntuaciones del Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI) (p. ej., escalas clínicas estándar, escalas de contenido de Wiggins y escalas analíticas de grupos de Tryon's. Los resultados demostraron que las nueve dimensiones de síntomas primarios del SCL-90-R correlacionaron significativamente en

una manera convergente con puntuaciones parecidas a los constructos del MMPI de todos los sistemas de puntuaciones.

En un estudio de 79 pacientes adolescentes hospitalizados, el SCL-90-R subescala DEP tuvo una correlación significativamente mayor ($r=0.79$) con el Inventario de Depresión de Niños (CDI) que con la escala de Maladaptación Social (SM) del Inventario de Jessness ($r=0.58$). A la inversa, la subescala PAR tuvo una correlación significativamente mayor ($r= 0.65$) con la escala de SM que con el CDI ($r= 0.46$). En un estudio de 900 pacientes psiquiátricos externos, una dimensión de depresión del SCL-90-R se correlacionó con la puntuación final del Inventario de Depresión de Beck (BDI) ($r= 0.22$) pero no con la puntuación total del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ($r= -0.02$). Al mismo tiempo, la dimensión somática de ansiedad del SCL-90-R se correlacionó con una puntuación total del BAI ($r= 0.37$) pero no con la puntuación total del BDI ($r= -0.03$). En otros estudios de grupos de pacientes variados, las correlaciones entre la subescala DEP del SCL-90-R y del BDI variaron de 0.73 a 0.80, y las correlaciones entre la subescala DEP y la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) fue de 0.81. Por lo menos en un estudio se obtuvieron buenas correlaciones entre otras subescalas SCL-90-R y el BDI o MADRS. (APA, "Handbook of Psychiatric Measures". 2000).

f) PROCEDIMIENTO

Diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria

Los sujetos fueron entrevistadas por un medico psiquiatra adscrito de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria (CTCA) del INPRF, donde se les realizó una entrevista semiestructurada, con la finalidad de determinar el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, de tipo bulimico o anorexico, en esta misma entrevista se recabaron las variables clínicas dependientes del trastorno de la conducta alimentaria. Las variables se vaciaron a una base de datos perteneciente (CTCA) en el momento de la entrevista por un medico residente de la especialidad de psiquiatría supervisado por

un médico adscrito. La base de datos consta de 104 variables clínicas que describen todo el espectro de los trastornos de la alimentación y que fue elaborada por el Dr. Alejandro de Jesús Caballero Romo. De esta base de datos se seleccionó las variables clínicas más representativas del trastorno de la conducta alimentaria en estudio.

Se les aplicó a las pacientes un cuestionario para recolectar algunos datos clínicos dependientes del trastorno de la conducta alimentaria como lo fueron tres escalas analo-visuales de 10 valores donde se calificaba el temor a incrementar de peso, la conformidad con el aspecto físico y el autoconcepto de sobrepeso (ver anexo B).

Diagnóstico de trastorno de la personalidad, categórico y dimensional

Se les aplicó a las pacientes el cuestionario de 119 reactivos del SCID-II y se les dio una cita a la semana siguiente para la realización de la entrevista semiestructurada del SCID-II aplicada por un residente de 4 año de psiquiatría, en el área de consulta externa, de determinar la presencia de un trastorno de personalidad, tanto categórica como dimensionalmente.

Diagnóstico de psicopatología

Se les aplicó el cuestionario del SCL-90-R, en el área de la consulta externa el mismo día que se les pidió que contestaran el cuestionario de datos clínicos dependientes del trastorno de la conducta alimentaria

g) TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un escrutinio clínico, transversal, comparativo de casos, no experimental.

h) ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviación estándar (+/-) para las variables continuas. Como pruebas de hipótesis en la comparación de los distintos grupos se utilizó la Chi Cuadrada (X^2) para contrastes categóricos y la t de Student para contrastes continuos. El coeficiente de correlación de Pearson (r) se utilizó para medir la asociación lineal entre la severidad de los trastornos de la personalidad con las variables demográficas y clínicas del padecimiento. El nivel de significancia se fijó en $p \leq 0.05$

CAPITULO V.

RESULTADOS.

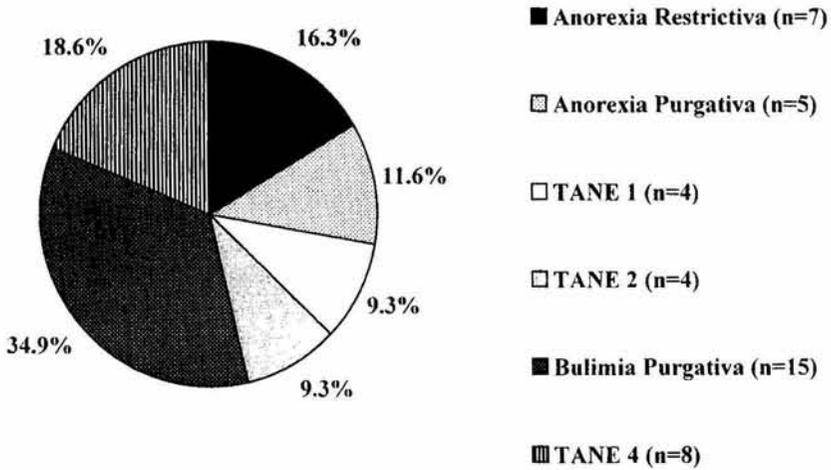
1. ANÁLISIS DEL TOTAL DE LA MUESTRA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA.

La muestra consistió en 43 mujeres con el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria. En la Gráfica 1 se muestra la distribución de los diagnósticos de las pacientes incluidas en el estudio. El 53.5% (n=23) fueron clasificadas en el grupo de anorexia (anorexia nervosa, anorexia compulsivo purgativa, trastorno de la conducta alimentaria 1 y 2) y el 46.5% (n=20) en el grupo de bulimia (bulimia nervosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado 4).

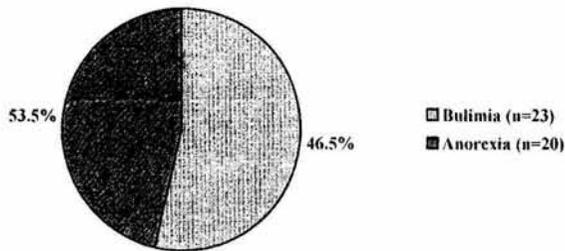
La edad promedio de la muestra fue de 21.2 +/-5.4 años (13-33 años). El 34.9% (n=15) de las pacientes tenían un nivel de escolaridad de bachillerato, mientras el 32.6% (n=14) de licenciatura, el 25.6% (n=11) de secundaria y el 7.0% (n=3) restante de carrera técnica. La mayoría de las pacientes tenían como actividad principal los estudios (65.1%, n=28), mientras que el 18.6% (n=8) contaban con un trabajo remunerado y el 16.3% (n=7) restante se dedicaban a las actividades domésticas.

Gráfica 1. Distribución diagnóstica de las pacientes incluidos en el estudio



El 46.5% (n=20) fueron clasificadas en el grupo de anorexia (anorexia nervosa, anorexia compulsivo purgativa, trastorno de la conducta alimentaria 1 y 2) y el 53.5% (n=23) en el grupo de bulimia (bulimia nervosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado 4). (Gráfica 2)

Gráfica 2. Clasificación diagnóstica



La edad de inicio del padecimiento fue de 15.4 +/- 4.8 años (3 - 28 años). El índice de masa corporal promedio de las pacientes fue de 19.7 +/- 4.4 (11.4 - 33.3). Las características generales del padecimiento se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características clínicas del padecimiento

	n	%
Síntomas de organicidad	8	18.6
Atracones	20	46.5
Vómitos	27	62.8
Uso de laxantes	18	41.9
Uso de diuréticos	6	14.0
Uso de anfetaminas	4	9.3
Uso de enemas	1	2.3
Ejercicio compulsivo	11	25.6
Ayunos	33	76.7
Dietas	32	74.4
	Media	D.E.
Número de atracones a la semana	2.9	5.1
Número de vómitos a la semana	7.5	11.4
Temor a incrementar de peso	8.1	2.1
Satisfacción con el aspecto físico	4.4	2.9
Concepto de sobrepeso	6.8	2.9

Con el uso de la escala análogo visual calificada con un puntaje de 0 a 10, las pacientes refirieron un puntaje promedio de 8.1 ± 2.1 en el temor a incrementar de peso, 4.4 ± 2.9 en la satisfacción con el aspecto físico y en la concepción de sobrepeso obtuvieron una media de 4.4 ± 2.9 puntos.

FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DE LA MUESTRA

De las 43 pacientes el 86 % tuvieron al menos un trastorno de la personalidad, 6 no tuvieron ningún trastorno de la personalidad (14%), 6 tuvieron uno (14%), 7 tuvieron 2 (16.3%); 9 tuvieron 3 (20.9%); 7 tuvieron 4 (16.3%); 6 tuvieron 5 (14%); y 2 tuvieron 6 trastornos de la personalidad (4.7%). Por lo que la frecuencia de trastornos de la personalidad más alta fue de 3 trastornos por persona y la menor fue de 6 trastornos por persona.

En la Tabla 2 se muestran las frecuencias y los porcentajes de la presencia de trastornos de la personalidad así como a partir de un punto de vista dimensional.

Tabla 2. Trastornos de la personalidad

Trastornos de la Personalidad	n	%
Evitativo	8	18.6
Dependiente	0	
Obsesivo-Compulsivo	20	46.5
Pasivo-Agresivo	12	27.9
Depresivo	13	30.2
Paranoide	8	18.6
Esquizotípico	2	4.7
Esquizoide	2	4.7
Histriónico	4	9.3
Narcisista	19	44.2
Límite	25	58.1
Antisocial	4	9.3

Trastornos de la Personalidad (severidad)	Media	D.E.
Evitativo	4.7	4.2
Dependiente	2.7	2.9
Obsesivo-Compulsivo	8.2	5.4
Pasivo-Agresivo	5.7	4.2
Depresivo	7.0	4.4
Paranoide	5.3	3.4
Esquizotípico	4.4	3.7
Esquizoide	1.7	2.9
Histriónico	3.8	3.7
Narcisista	10.7	7.2
Límite	14.7	9.7
Antisocial	1.4	3.9

PSICOPATOLOGÍA Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DE LA MUESTRA

En cuanto al SCL-90-R se observó que las subescalas que tuvieron mayor severidad fueron las de sensibilidad interpersonal, depresión y obsesiones y compulsiones (Tabla 3).

Tabla 3. Puntuaciones promedio del SCL-90-R de la muestra

SCL-90-R (severidad)	Media	D.E.
Somatización	1.5	1.0
Obsesiones y compulsiones	2.0	1.0
Sensibilidad interpersonal	2.1	1.0
Depresión	2.0	1.0
Ansiedad	1.6	1.0
Hostilidad	1.3	1.0
Ansiedad Fóbica	1.1	1.1
Ideación paranoide	1.7	1.1
Psicoticismo	1.4	0.9
Índice global de severidad	1.6	0.9

2. ANALISIS POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS POR GRUPO DIAGNÓSTICO

Al comparar las características demográficas y clínicas entre anorexia y bulimia, no se encontraron diferencias significativas en la edad al momento del estudio (20.4 +/-5.3 años vs 22.0 +/-5.6 años) y la edad de inicio del padecimiento (15.6 +/-4.6 años vs 15.2 +/-5.1 años). Se observaron diferencias significativas entre grupos diagnósticos en relación a los síntomas de organicidad, la presencia de atracones y vómitos, el ejercicio compulsivo, el antecedente de abuso sexual y el índice de masa corporal (Tabla 3).

Tabla 3. Características clínicas y demográficas por grupo diagnóstico

	Anorexia		Bulimia		Estadística
	n	%	n	%	
Síntomas de organicidad					
Si	0		8	34.8	$\chi^2 = 8.5, 1 \text{ gl}, p=0.003$
No	20	100.0	15	65.2	
Atracones					
Si	5	25.0	15	65.2	$\chi^2 = 6.9, 1 \text{ gl}, p=0.008$
No	15	75.0	8	34.8	
Vómitos					
Si	7	35.0	20	87.0	$\chi^2 = 12.3, 1 \text{ gl}, p<0.001$
No	13	65.0	3	13.0	
Laxantes					
Si	6	30.0	12	52.2	$\chi^2 = 2.1, 1 \text{ gl}, p=0.14$
No	14	70.0	11	47.8	
Diuréticos					
Si	2	10.0	4	17.4	$\chi^2 = 0.4, 1 \text{ gl}, p=0.48$
No	18	90.0	19	82.6	
Anfetaminas					
Si	2	10.0	2	8.7	$\chi^2 = 0.02, 1 \text{ gl}, p=0.88$
No	18	90.0	21	91.3	
Enemas					
Si	1	5.0	0		$\chi^2 = 1.1, 1 \text{ gl}, p=0.27$
No	19	95.0	23	100.0	

Ejercicio compulsivo				
Si	8	40.0	3	13.0
No	12	60.0	20	87.0
				$\chi^2 = 4.0, 1 \text{ gl}, p=0.04$
Ayunos				
Si	15	75.0	18	78.3
No	5	25.0	5	21.7
				$\chi^2 = 0.06, 1 \text{ gl}, p=0.80$
Dietas				
Si	17	85.0	15	65.2
No	3	15.0	8	34.8
				$\chi^2 = 2.1, 1 \text{ gl}, p=0.13$
Abuso sexual				
Si	2	10.0	8	34.8
No	18	90.0	15	65.2
				$\chi^2 = 3.6, 1 \text{ gl}, p=0.05$
	Media	DE	Media	DE
				Estadística
Edad	20.4	1.1	22.0	5.6
				$t = 0.9, 41 \text{ gl}, p=0.34$
Edad de inicio	15.6	4.6	15.2	5.1
				$t = 0.2, 41 \text{ gl}, p=0.77$
Índice de masa corporal	16.4	2.5	22.6	3.5
				$t = 6.4, 41 \text{ gl}, p < 0.001$
Número de atracones	2.2	6.3	3.6	3.9
				$t = 0.8, 41 \text{ gl}, p=0.39$
Número de vómitos	5.9	11.3	8.9	11.5
				$t = .8, 41 \text{ gl}, p=0.38$

SEVERIDAD SINTOMÁTICA ENTRE GRUPOS DIAGNÓSTICOS A PARTIR DE LAS SUBESCALAS DEL SCL-90-R

En la Tabla 4 se muestra la severidad global de la psicopatología entre grupos diagnósticos. De forma general, las pacientes del grupo de bulimia presentaron una mayor severidad sintomática en las subescalas del SCL-90 en comparación con las pacientes del grupo de anorexia.

Tabla 4. Severidad sintomática entre grupos diagnósticos a partir del SCL-90-R.

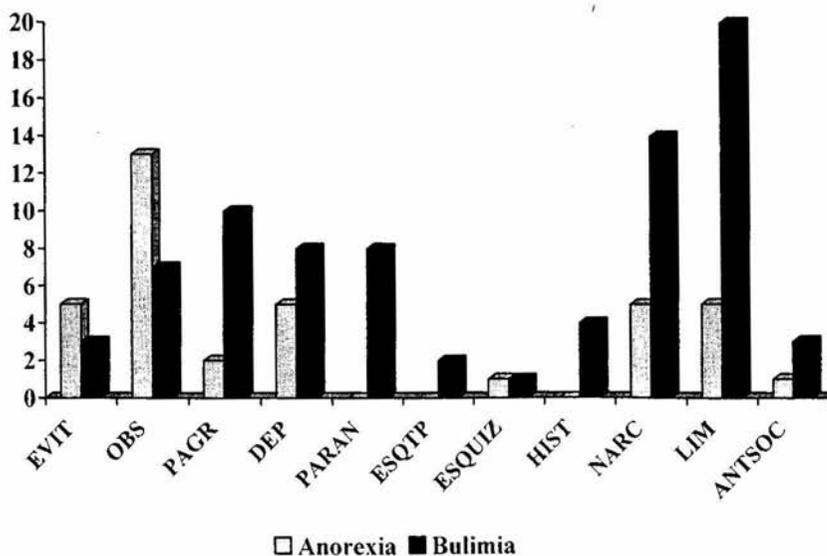
	Anorexia		Bulimia		<i>Estadística</i>
	Media	DE	Media	DE	
Somatización	1.2	0.9	1.8	0.9	$t = 2.0, 41 \text{ gl}, p=0.05$
Obsesiones/ compulsiones	1.5	1.1	2.3	0.8	$t = 2.6, 41 \text{ gl}, p=0.01$
Sensibilidad interpersonal	1.7	1.1	2.4	0.8	$t = 2.2, 41 \text{ gl}, p=0.02$
Depresión	1.7	1.2	2.3	0.8	$t = 1.8, 41 \text{ gl}, p=0.06$

Ansiedad	1.3	1.0	1.8	1.0	t= 1.6, 41 gl, p=0.09
Hostilidad	0.9	0.8	1.6	1.1	t= 2.4, 41 gl, p=0.01
Ansiedad Fóbica	0.8	0.9	1.4	1.1	t= 1.9, 41 gl, p=0.06
Ideación paranoide	1.1	1.0	2.2	0.9	t= 3.5, 41 gl, p=0.001
Psicoticismo	1.2	1.0	1.6	0.8	t= 1.6, 41 gl, p=0.11
Indice global de severidad	1.3	0.9	1.9	0.8	t= 2.5, 41 gl, p=0.01

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD ENTRE GRUPOS DIAGNÓSTICOS

Al comparar la presencia y severidad de los trastornos de la personalidad entre el grupo de anorexia y bulimia, se observó que las pacientes con bulimia tenían una mayor presencia de los trastornos de la personalidad paranoide (8, 34.8% vs 0), histriónico (4, 17.4% vs 0), narcisista (14, 60.9% vs 5, 25.0%), pasivo-agresivo (10, 43.5% vs 2, 10.0%) y límite (20, 87.0% vs 5, 25.0%) de la personalidad en comparación con el grupo de anorexia, mientras que este último grupo tenía una mayor frecuencia del trastorno obsesivo compulsivo (13, 65% vs 7, 30.4%) de la personalidad.

Gráfica 3. Presencia de trastornos de la personalidad entre grupos diagnósticos



PARAN	Paranoide	$\chi^2=8.5$, 1 gl, $p=0.003$
HIST	Histriónico	$\chi^2=3.8$, 1 gl, $p=0.05$
NARC	Narcisista	$\chi^2=5.5$, 1 gl, $p=0.01$
PAGR	Pasivo-Agresivo	$\chi^2=5.9$, 1 gl, $p=0.01$
LIM	Límite	$\chi^2=16.8$, 1 gl, $p<0.001$
OBS	Obsesivo-Compulsivo	$\chi^2=5.1$, 1 gl, $p=0.02$

En cuanto a la severidad de los trastornos, el grupo de las pacientes con bulimia mostró una mayor severidad en torno a los trastornos paranoide, narcisista y límite de la personalidad, mientras que en las pacientes con anorexia se reportó una mayor severidad en el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Tabla 5).

Tabla 5. Severidad de los trastornos de la personalidad entre grupos diagnósticos.

	Anorexia		Bulimia		Estadística
	Media	DE	Media	DE	
Evitativo	5.5	4.6	4.1	3.8	$t= 1.0$, 41 gl, $p=0.31$
Dependiente	2.9	3.4	2.5	2.6	$t= 0.4$, 41 gl, $p=0.64$
Obsesivo-Compulsivo	11.2	5.0	5.7	4.4	$t= 3.7$, 41 gl, $p<0.001$
Pasivo-Agresivo	4.5	3.3	6.7	4.6	$t= 1.7$, 41 gl, $p=0.08$
Depresivo	5.7	4.2	8.1	4.3	$t= 1.8$, 41 gl, $p=0.06$
Paranoide	4.1	2.7	6.3	3.6	$t= 2.2$, 41 gl, $p=0.03$
Esquizotípico	3.4	2.8	5.3	4.1	$t= 1.7$, 41 gl, $p=0.08$
Esquizoide	2.3	3.1	1.3	2.7	$t= 1.1$, 41 gl, $p=0.27$
Histriónico	3.3	2.9	4.2	4.2	$t= 0.8$, 41 gl, $p=0.40$
Narcisista	8.0	7.2	13.0	6.6	$t= 2.3$, 41 gl, $p=0.02$
Límite	8.6	8.6	20.0	7.3	$t= 4.6$, 41 gl, $p<0.001$
Antisocial	0.6	2.2	2.2	4.9	$t= 1.3$, 41 gl, $p=0.17$

CORRELACIONES DE LA SEVERIDAD DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PADECIMIENTO.

Se encontraron correlaciones significativas entre los diferentes trastornos de la personalidad y algunas características clínicas del padecimiento. Se observó una correlación significativa de el trastorno de la personalidad dependiente con el temor a incrementar de peso ($r=0.30$, $p=0.04$) y el concepto de sobrepeso ($r=0.42$, $p=0.005$).

De la misma forma, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo tuvo una correlación positiva con el índice de masa corporal ($r=-0.48$, $p=0.001$) y el trastorno narcisista de la personalidad con el número de vómitos inducidos a la semana ($r=0.38$, $p=0.01$).

Por otro lado, el trastorno depresivo mostró asociaciones con el índice de masa corporal ($r=0.34$, $p=0.02$), con el número de vómitos a la semana ($r=0.30$, $p=0.04$), con el temor a incrementar de peso ($r=0.36$, $p=0.01$) y con el concepto de sobrepeso ($r=0.43$, $p=0.003$).

Finalmente, el trastorno límite de la personalidad mostró asociaciones con el índice de masa corporal ($r=0.46$, $p=0.002$), con el número de vómitos ($r=0.44$, $p=0.003$) y con el concepto de sobrepeso ($r=0.46$, $p=0.002$).

CORRELACIONES DE LA SEVERIDAD DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y LA SEVERIDAD SINTOMÁTICA DE LA SUBESCALAS DEL SCL-90-R.

En la Tabla 6 se muestran las correlaciones significativas de la severidad de los trastornos de la personalidad y la severidad sintomática de las subescalas del SCL-90-R.

Tabla 6. Correlaciones de la severidad de los trastornos de la personalidad y la severidad sintomática de la subescalas del SCL-90-R.

SCL-90-R	Trastorno de la Personalidad							
	Evitativo	Dependiente	P.Agresivo	Depresión	Paranoide	Esquizotípico	Narcisista	Limite
Somatización				0.49 (0.001)	0.44 (0.003)	0.40 (0.007)		0.61 (<0.001)
Obsesivo				0.59 (<0.001)	0.45 (0.002)	0.45 (0.002)	0.33 (0.02)	0.73 (<0.001)
Sensibilidad	0.42 (0.005)	0.55 (<0.001)	0.32 (0.03)	0.64 (<0.001)	0.43 (0.003)	0.36 (0.01)	0.36 (0.01)	0.70 (<0.001)
Depresión	0.35 (0.01)	0.60 (<0.001)	0.32 (0.03)	0.65 (<0.001)	0.45 (0.002)			0.71 (<0.001)
Ansiedad		0.40 (0.008)		0.45 (0.002)	0.50 (0.001)	0.50 (0.001)		0.64 (<0.001)
Hostilidad		0.33 (0.02)		0.32 (0.034)	0.42 (0.005)	0.45 (0.002)		0.57 (<0.001)
Ans.Fóbica		0.36 (0.01)		0.58 (<0.001)	0.55 (<0.001)	0.36 (0.01)	0.36 (0.01)	0.62 (<0.001)
I. Paranoide		0.36 (0.01)		0.47 (0.001)	0.43 (0.003)	0.46 (0.002)	0.39 (0.008)	0.71 (<0.001)
Psicoticismo		0.53 (<0.001)	0.30 (0.04)	0.60 (<0.001)	0.41 (0.006)	0.47 (0.001)		0.62 (<0.001)
IGS		0.50 (0.001)	0.31 (0.03)	0.60 (<0.001)	0.51 (<0.001)	0.47 (0.001)	0.34 (0.02)	0.74 (<0.001)

r (p)

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue describir las características demográficas y clínicas de un grupo de pacientes con el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y determinar la presencia y severidad de trastornos de la personalidad y su asociación con el cuadro clínico del padecimiento.

Las características sociodemográficas de las pacientes no difirieron significativamente entre los dos grupos de trastornos de la conducta alimentaria que se compararon y los rangos de estas variables estuvieron dentro de lo esperado para estas patologías. Estos resultados eran esperados en la presente investigación, ya que las características demográficas entre las anoréxicas y las bulímicas son muy homogéneas (Fairburn C, 2002).

Pese a que el número de pacientes de ambos grupos fue similar, cabe señalar que el número de pacientes anoréxicas se vio significativamente disminuido en comparación con las pacientes captadas originalmente, dada la pobre cooperación de estas mujeres para las entrevistas lo cual es un dato empírico que podría hablar de la pobre conciencia de enfermedad y las características de personalidad de estas pacientes.

Por lo que respecta a las variables clínicas del trastorno de la alimentación, podría mencionarse lo siguiente; la edad de inicio del padecimiento (15.8 años) estuvo dentro de lo registrado como edad de inicio promedio, ya que se reporta como promedio la edad de 17 años con la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años para la anorexia nervosa y aunque para la bulimia nervosa no hay una edad de inicio determinada, también se refiere que se presenta en la adolescencia o al inicio de la edad adulta (APA, DSM-IV-TR. 2000).

Es conocido que la adolescencia es un periodo vulnerable para el inicio de los trastornos alimentarios, por el número de estresores que implica el inicio de esta etapa del ciclo vital, en sujetos que aun no cuentan con una estructura sólida de personalidad para contender con dichos eventos (O'Dea, J. A, y Abraham, S. 2000). La resolución de la identidad, plantea un periodo donde se enviste de gran importancia al cuerpo y por tanto hay una excesiva preocupación por la imagen corporal y la necesidad de aprobación por el grupo de pares. Lo que vuelve a los adolescentes en sujetos con gran necesidad de aprobación y presas fáciles de la influencia del medioambiente y los factores socioculturales, que en la actualidad marcan un patrón estético dentro de la moda orientada hacia la delgadez (Fairburn, C. G y cols. 1999 y Fairburn, C. G y cols. 1997).

En respuesta a la escala análogo visual de un total de 10 puntos, el puntaje para la satisfacción con el aspecto físico fue de 4.4 puntos, lo que podría suponer una pobre satisfacción con su imagen, lo cual es común en este grupo de pacientes y se le atribuye a una influencia sociocultural en donde la demanda de una imagen esbelta ha sido relacionada en los últimos años por la publicidad con el éxito sexual y la popularidad, ante lo que los grupos más influenciados por los medios de comunicación tienden a sentirse inconformes con su aspecto físico en comparación con las tallas que prevalecen en las modelos y otras figuras públicas (Fairburn, C. G. y cols 1997; Heinberg, L. J. y Thompson, J. K. 1995).

Como era de esperarse, se encontró una mayor frecuencia de atracones, vómitos, y un mayor IMC, en el grupo de las bulímicas, con diferencias significativas entre ambos grupos, lo que corrobora que el diagnóstico fue adecuadamente hecho, ya que estas variables son criterios clínicos que se requiere sean diferentes entre ambos grupos para poder establecer el diagnóstico entre un padecimiento y otro.

La frecuencia de trastornos de la personalidad encontrada en el presente estudio fue del 86%, lo que podría considerarse como elevada, aunque cerca de los rangos descritos, ya que se reporta una prevalencia que va del 51% al 84% (Dolan, B. y cols 1994; Grilo, C. M. y cols. 1996; Matsunaga y cols., 1998; y Hales R. E., Yudofsky S. C. 2003). Sin embargo, es necesario recalcar que la muestra del presente estudio no es representativa de la población que padece algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, ya que solo se incluyeron mujeres y el hallazgo de esta alta prevalencia de trastornos de la personalidad es congruente con lo reportado en relación a las mujeres con este diagnóstico (Striegel-Moore, R.H., y cols. 1999). El otro factor a considerar es que las pacientes se encontraban en el momento del estudio en una fase florida de su padecimiento y aunque es de esperarse que las características de personalidad se mantengan relativamente estables aún en estados patológicos o por lo menos no varíen tan marcadamente, hay estudios en donde la frecuencia de los trastornos de personalidad en estos pacientes recuperados del trastorno de alimentación baja al 26%, lo cual es menor a otros reportes (Matsunaga H., 2000.). Otro aspecto importante es el hecho de que todas las pacientes se recavaron de un hospital psiquiátrico con los sesgos de comorbilidad y metodológicos que esto puede representar .

El trastorno de personalidad más frecuente fue el límite (58.1%); después el obsesivo compulsivo (46.5%); le siguieron el narcisista con el (44.2%) y el depresivo con el (30.2%), sobretodo los tres primeros diagnósticos corresponden con lo descrito en la literatura sobre las características de personalidad de este grupo trastornos psiquiátricos (Díaz Marsá M., y cols. 1998 y Steiger H., y cols. 1997).

Las pacientes del grupo de bulimia se relacionaron con mayor presencia de trastornos de la personalidad en primer lugar del límite y en segundo lugar narcisista lo cual corresponde con los perfiles reportados para estas pacientes. Así las características del trastorno límite de la personalidad se han ligado desde los primeros estudios a los trastornos de la conducta alimentaria (Wonderlich, S. A. y cols. 1990; Modestin, J. y cols. 1997), aportando por medio de esto parte de la explicación a los rasgos impulsivos,

compulsivos y de inestabilidad afectiva; formulándose a través de estas cuestiones en común teorías que suponen que los ciclos atracones-purgas tiene un efecto de regulación afectiva (K. Vitousek, K. y Manke, F. 1994).

Las características de personalidad narcisista se han relacionado con la bulimia, ya que esta vulnerabilidad narcisista definida como una autoimportancia inflada y una necesidad de atención y admiración se cree que es un factor de riesgo para el desarrollo de este padecimiento (Steiger H., y cols.1997; Fairburn, C., 1997), y posteriormente para su mantenimiento que lo aseguran el elevado autocriticismo y consecuente deterioro del ánimo. Aún después de mejorado el trastorno de la conducta alimentaria sigue siendo elevado el patrón de narcisismo (Steiger H., y cols. 1999).

En lo referente a las pacientes anoréxicas el trastorno de personalidad más frecuente fue el obsesivo-compulsivo correspondiendo también con lo descrito como trastorno de personalidad más frecuentemente encontrado en estas pacientes (Díaz Marsá M., y cols. 1998). Históricamente los rasgos de personalidad obsesivos, el autocontrol, la rigidez y el perfeccionismo han definido a los sujetos con este trastorno; en particular este último rasgo, el de perfeccionismo, que es el que al parecer mejor define la actitud obsesiva compulsiva de la personalidad en esta patología ha sido parte de múltiples estudios con resultados significativos (Sutandar-Pinnock, K. y cols. 2003; Halmi, K. y cols 2000). Algunos modelos teóricos sugieren que las restricciones y la pérdida de peso adquiere un potente reforzamiento en el nexa de los propios esquemas de perfeccionismo, inadecuación, asceticismo con las creencias culturales de la virtud de la delgadez (K. Vitousek, K. y Manke, F. 1994). Incluso las características obsesivas compulsivas de la personalidad evaluadas en retrospectivo en la infancia son altamente predictivas de este trastorno (Anderluh M. B., 2003).

Como era de esperarse las pacientes del grupo de la anorexia mostraron los índices más altos de severidad cuando se evaluó dimensionalmente la personalidad en la dimensión obsesivo-compulsiva y las bulímicas en la dimensión narcisista, límite y con

menos significancia en la paranoide. El hallazgo con respecto a la diferencia en la dimensión paranoide puede ser secundaria a que las pacientes con bulimia se muestran más preocupadas por el mantenimiento de una imagen corporal idónea en comparación con las pacientes con anorexia, lo que conlleva a un estado de alerta continuo hacia el entorno y la gente que las rodea, lo que frecuentemente resulta en una inadecuada interpretación de los estímulos externos, los cuales son interpretados como amenazantes, aversivos o dañinos. El presente resultado, aún cuando no ha sido sustentado en otros estudios, abre una nueva perspectiva para el estudio de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria, lo cual deberá ser abordado en futuros estudios.

Al evaluar la severidad sintomática con las subescalas el SCL-90-R se encontró una mayor psicopatología en las pacientes bulímicas al comparárseles con el grupo de pacientes anoréxicas; esto puede ser explicado por el hecho de que estas pacientes tienen una mayor comorbilidad con trastornos del eje I (Western D., y cols 2001; Fairburn C. G. y Brownell K. D. 2002; Hales R. E. y Yudofsky S. C. 2003), y que las pacientes bulímicas tiene también una mayor comorbilidad con trastornos del eje II que a su vez se relacionan con psicopatología en general (Livesley, W. J. 2003; Bannasar, M. R. y cols. 2004)

En relación a los síntomas clínicos de organicidad se encontró una diferencia significativa entre las pacientes anoréxicas y las bulímicas ya que todas pertenecieron a este último grupo. Es sabido que la bulimia nervosa se presenta con un mayor número de complicaciones médicas exceptuando a la desnutrición, sin embargo algunas de las características relacionadas con la bulimia nervosa como la impulsividad son comunes para pacientes con lesión orgánica pero es difícil el determinar si las lesiones orgánicas son una característica de rasgo que influya en el desarrollo de una paciente a un determinado trastorno de la conducta alimentaria, en este caso la bulimia, o son una característica de estado como muchas otras que causan las conductas lesivas de la bulimia. Es sabido de la mejoría clínica de los pacientes con bulimia nervosa y el uso de

antiepilépticos, sobretodo el topiramato (Hedges D. W. y cols 2003 y Hoopes S. P. y cols. 2003)

La frecuencia de abuso sexual entre los grupos de anorexia y de bulimia fue significativamente mayor para las bulímicas. Se ha señalado un mayor antecedente de abuso sexual entre las bulímicas que entre las anoréxicas restrictivas (Coover, y cols. 1989). Ya en una revisión se ha identificado al abuso sexual como un factor de riesgo no específico para el desarrollo de bulimia nervosa (Wonderlich S.A., y cols. 1997); estudios reportan que la prevalencia es tres veces mayor en bulímicas que en mujeres sin este padecimiento (Garfinkel y cols. 1995). En otro estudio donde se compararon 51 mujeres con bulimia nervosa y 25 mujeres sin trastorno de alimentación, las primeras resultaron con índices mayores de antecedentes de abuso sexual (Leonard S. y cols. 2003). Hay otros estudios que reportan una notable relación entre los antecedentes de abuso sexual y de trastornos de la conducta alimentaria (Rayworth B. B y cols. 2004 y Molinari E. 2001). También se reporta que las bulímicas con antecedentes de abuso sexual presentan una mayor gravedad del cuadro clínico y una mayor tasa de comorbilidad con el trastorno límite (Claridge, G. y cols. 1998). Así mismo los antecedentes de abuso sexual son un factor de riesgo identificado para el desarrollo de trastornos de la personalidad (Bierer L.M. y cols 2003), sobretodo para el trastorno límite de la personalidad (Fossati A. y cols. 1999), que es uno de los trastornos de personalidad más relacionados con esta patología y fue el de mayor frecuencia en este grupo de pacientes en esta muestra.

En el presente estudio no se incluyeron pacientes con trastorno alimentario no especificado de tipo 3, dentro del subgrupo de las bulímicas; se omitió propositivamente dado que estas pacientes no cumplen con los criterios de bulimia nervosa en tiempo, haciendo de estas pacientes un grupo subsindromático que podría introducir sesgos a la investigación. La bulimia nervosa no purgativa hubiera sido una muestra interesante de analizar pero debido a la escasez de estas pacientes no pudieron ser incluidas en el estudio.

Es sabido que las pacientes con anorexia nervosa compulsivo purgativa comparten características de personalidad con las pacientes bulímicas pero debido al pequeño número de pacientes con anorexia nervosa compulsivo purgativa y de pacientes con anorexia nervosa restrictiva no se pudo comparar con la pacientes con bulimia nervosa purgativa.

Las principales limitaciones del estudio radican en el reducido número de pacientes incluidas así como el hecho de que fueron captadas de un servicio de hospitalización, lo que conlleva a que los resultados no puedan ser extrapolados a la población general. En una segunda fase se espera lograr una muestra mayor y posiblemente se requiera un estudio multicéntrico a fin de determinar si los resultados presentados en el presente son semejantes a los encontrados en otros grupos de poblaciones.

CONCLUSIONES

- Las características demográficas y clínicas no difieren entre pacientes con el diagnóstico de bulimia y el diagnóstico de anorexia.
- Los trastornos de la personalidad son una condición comórbida de los trastornos de la conducta alimentaria que pueden influir en el curso y pronóstico del padecimiento.
- El perfil de la personalidad difiere entre los subgrupos diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria, lo cual sugiere que la personalidad puede ser un factor etiológico que determina el subtipo de trastorno de la conducta alimentaria.
- Las pacientes con bulimia presentan una mayor severidad de los trastornos de la personalidad y psicopatología general que las pacientes con anorexia.
- Es necesario realizar futuros estudios que profundicen sobre la presencia e influencia de los trastornos de la personalidad en la conducta alimentaria

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th Edition Text Revision*". American Psychiatric Association, 2000.

American Psychiatric Association "*Handbook of Psychiatric Measures*" Edit. American Psychiatric Publishing Group, 2000.

American Psychiatric Association "*Handbook of Psychiatric Measures*" Edit. American Psychiatric Publishing Group. 2000. Bierer L. M., Yehuda R. y cols. "*Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses*". *CNS Spectr*; 8(10):737-54, 2003.

Anderluh M. B., Tchanturia K. y cols. "*Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype*". *Am J Psychiatry*; 160(2):242- 247, 2003.

Bennasar, M. R. y cols . "*Trastornos de la personalidad*" . Sociedad Psiquiátrica Española de Psiquiatría. Editorial Ars Medica. 2004.

Braun, D.L., y cols. "*Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders*". *Psychological Medicine*; 24: 859-867. 1994.

Claridge, G., y cols. "*Borderline personality, nightmares, and adverse life events in the risk for eating disorders*". *Personality and Individual Differences*; 25: 339-351. 1998.

Coovert, D.L., y cols. "*The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature*". *Clinical Psychology Review*; 9, 169-180. 1989.

Díaz Marsá M., Carrasco Pereira J. L. y cols. "*El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria*". *Actas Esp Psiquiatr*; 27(1):43-50, 1999.

Díaz Marsá M., Carrasco J. L., y cols. "*Un estudio de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria*". *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr*; 26(6):288-296, 1998.

Dolán, B., Evans, C. y Norton, K. "*Disordered eating behavior and altitudes in female and male patients with personality disorders*". *Journal of Personality Disorders*; 8: 17-27. 1994.

Fairburn, C., Welch, S. L. y cols. "*Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case control study*". *Arch Gen Psychiatry*; 54: 509-517, 1997.

Fairburn C., Cooper Z. y cols. "*Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons*". *Arch Gen Psychiatry*; 56:468-476, 1999.

Fairburn C. G. y Brownell K. D. "*Eating Disorders and Obesity*". 2ª Edición. The Guilford Press, 2002.

Fassino S., Abbate-Daga G. y cols. "*Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the temperament and character inventory*". *Int J Eat Disord*; 32:412-425, 2002.

Fassino S., Amianto F., y cols. "*Bulimic family dynamics: Role of parents' personality- A controlled study with the temperament and character inventory*". *Comprehensive Psychiatry*; 44(1):70-77, 2003.

Favaro, A. y Santonastaso, P. "*Impulsive and Compulsive Self-Injurious Behavior in Bulimia Nervosa: Prevalence and Psychological Correlates*". Journal of Nervous and Mental Disease; 186: 157-165. 1988.

First M. B., Gibbon M. y cols. "*Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV, SCID-II*". Ed Masson. 1999.

Fossati A. y cols. "*Borderline Personality Disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study*". J Personal Disord;13(3):268-80. 1999.

Garfinkel, P.E., y cols. "*Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups*". American Journal of Psychiatry; 148: 831-843. 1995.

Gartner A.F., y cols. "*DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders*". American Journal of Psychiatry; 146: 1585-1591. 1989.

Goldner E., Srikaneswaran S. y cols. "*Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders*". Psychiatry Research; 85:151-159, 1999.

Grilo, C.M., y cols. "*Comorbidity of DSM-III-R Axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders*". Psychiatric Services; 47: 426-429. 1996.

Grilo, C.M., Levy, K.N., Becker, D.F, Edell. W.S. y McGlashan, T.H. "*Comorbidity of DSM-III-R Axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders*". Psychiatric Services; 47: 426-429. 1996.

Hales R. E. y Yudofsky S. C. "*Textbook of Clinical Psychiatry*". 4ª Edición. American Psychiatric Publishing, 2003.

Halmi K., Sunday S. y cols. "*Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior*". Am J Psychiatry; 157(11): 1799-1805, 2000.

Hedges D. W. y cols. "*Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, part 2: improvement in psychiatric measures*". J Clin Psychiatry; 64(12):1449-54, 2003.

Heinberg, L. J. y Thompson, J. K. "*Body image and television images of thinness and attractiveness*" Journal of Social and Clinical Psychology; 14: 325- 338. 1995.

Hoopes S. P. y cols. "*Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, part 1: improvement in binge and purge measures*". J Clin Psychiatry; 64(11):1335-41, 2003.

Hsu L. K. "*Epidemiology of eating disorders*". Psychiatric Clinics of North America; 19:681-700, 1996.

Kennedy, S.H., y cols. "*Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a comparison of self-report and structured interview methods*". Journal of Nervous and Mental Disease; 183: 358-364. 1995.

Leonard S. y cols. "*Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: prevalences and psychological correlates*". Int J Eat Disord; 33(4): 397-405, 2003.

Lilenfeld, L. R. y cols. "*A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Psychiatric Disorders in First-Degree Relatives and Effects of Proband Comorbidity*" Archives of General Psychiatry; 55: 603-610. 1998.

Lilenfeld, L. R. y cols. "*Personality Traits Among Currently Eating Disorders, Recovered, and Never-ill First Degree Female Relatives of Bulimic and Controls Women*" *Psychological Medicine*; 30: 1399-1410. 2000.

Livesley, W. J. "*Practical Management of Personality Disorders*" Editorial The Guilford Press. 2003.

Matsunaga, H., Kiriike, N., Nagata, T. y Yamagami, S. "*Personality disorders in patients with eating disorders in Japan*". *International Journal of Eating Disorders*; 23: 399-408. 1998.

Matsunaga H., Kaye W. y cols. "*Personality disorders among subjects recovered from eating disorders*". *Int J Eat Disord*; 27:353-357, 2000.

Modestin, J., Oberson, B. y Erni, T. "*Possible correlates of DSM-III-R personality disorders*". *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 96: 424-430. 1997.

Molinari E. "*Eating disorders and sexual abuse*". *Eat Weight Disord*; 6(2):68-80, 2001.

O'Dea, J. A, y Abraham, S. "*Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem*" *International Journal of Eating Disorders*; 28: 43-57. 2000

Páez, F. y cols. "*Prevalencia comunitaria de los trastornos de la personalidad. Resultados de un estudio piloto*" *Salud Mental*; 20 (3): 19-23. 1997.

Picot A. K, Lilenfeld L. R. "*The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index*". *Int J Eat Disord*; 34:98-107, 2003.

- Rayworth B. B., y cols. "*Childhood abuse and risk of eating disorders in women*". *Epidemiology*;15(3):271-8, 2004.
- Steiger, H. y Stotland, S. "*Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis-II comorbidity: Long-term responses on eating and Psychiatric symptoms*". *International Journal of Eating Disorders*; 20: 149-161. 1996.
- Steiger H., Jablpurwala S. y cols. "*A controlled study of trait narcissism in anorexia and bulimia nervosa*". *Int J Eat Disord*; 22:173-178, 1997.
- Steiger, H. y cols. "*Hypersensibility to Social Interactions in Bulimic Syndromes*". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 67: 765-775. 1999.
- Stein D., Kaye W. H. y cols. "*Eating-related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: a replication study*". *Int J Eat Disord*; 32:225-229, 2002.
- Striegel-Moore, R.H., y cols. "*Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: detection rates and psychiatric comorbidity*". *International Journal of Eating Disorders*; 25: 405-414. 1999.
- Sutandar-Pinnock K, Woodside B. y cols. "*Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24-Month Follow-Up Study*". *Int J Eat Disord*; 33:225-229. 2003.
- Vitousek K., Manke F. "*Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa*". *Journal of Abnormal Psychology*; 103(1):137-147, 1994.
- Western D., Harden-Fischer J. "*Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II*". *Am J Psychiatry*; 158(4): 547-562, 2001.

Wonderlich, S.A., y cols. "DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes". *International Journal of Eating Disorders*; 9: 607-616. 1990.

Wonderlich S. A., Brewerton T. D., y cols. "Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36(8): 1107-15, 1997.

Wonderlich, S. A. y Mitchel, J. E. "Eating Disorders and Comorbidity: Empirical, conceptual and clinical implications". *Psychopharmacology Bulletin*; 33: 381-390. 1997.

Wonderlinch S., Mitchell J. E. "The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications". *Psychiatric Clinics of North America*; 24(2), 2001.

Zanarini M., Frankenburg F. y cols. "Axis I comorbidity of boderline personality disorder". *Am J Psychiatry*; 155(12): 1733-1739, 1998.

ANEXO A

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre.....
Edad:.....**Fecha**:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

	Nada	Muy POCO	POCO	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormir.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozarse cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

ANEXO B

CLINICA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
PROTOCOLO PYTCA

Trate de contestar todas las pregunta, si alguna no aplica para su trastorno déjela sin contesta, si no entiende la pregunta, pregunte a su médico

Fecha _____ N° expediente: _____
Nombre _____
Edad _____ Ocupación _____
Grado de estudios _____
Dirección y teléfono _____

1. ¿Cuál es su diagnóstico? _____
2. ¿Cuántas veces ha abandonado su tratamiento farmacológico _____ ¿Por qué? _____
3. ¿Cuántas veces ha faltado a las consultas? _____ ¿por qué? _____
4. Si utiliza alguna conducta compensatoria (laxantes, enemas, ejercicio excesivo, medicamentos, dietas reductivas etc.) mencione cuál y su frecuencia diaria y semanal de uso _____
5. Si realiza ayunos mencione con qué frecuencia _____
6. Si restringe alimentos mencione cuales y con que frecuencia _____
7. N° de atracones al día _____ N° de atracones semanales _____
8. N° de vómitos al día _____ N° de vómitos semanales _____

9. Califique su temor a incrementar de peso (entre **menos** valor, menos temor a incrementar de peso)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Califique su aspecto fisico (entre más valor, **más** a gusto está con su aspecto fisico)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. Califique el sobrepeso que usted cree que tiene (entre **más** valor más sobrepeso tiene)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----