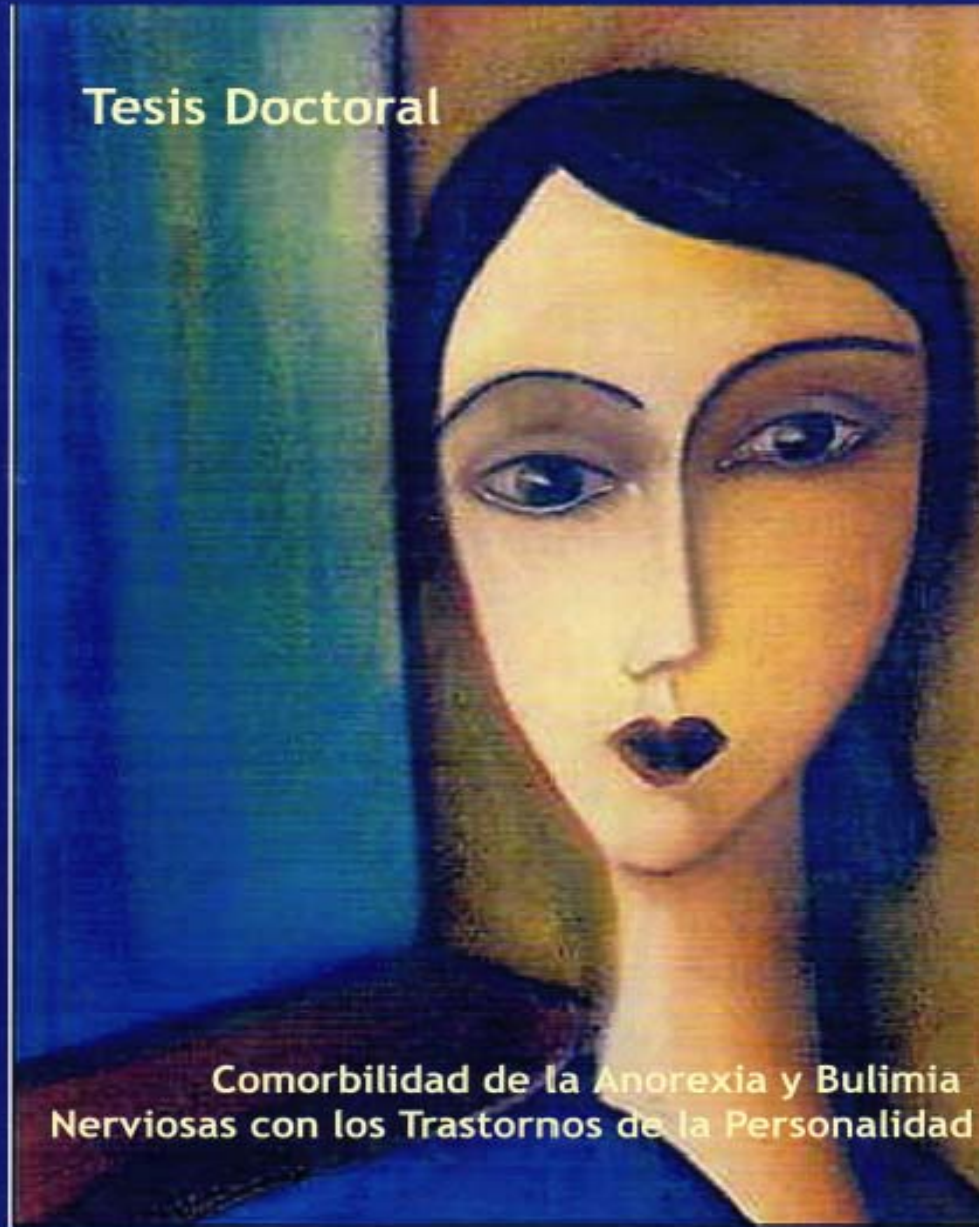




Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

Tesis Doctoral



Comorbilidad de la Anorexia y Bulimia Nerviosas con los Trastornos de la Personalidad

Inmaculada Torres Pérez
Sevilla, 2004



Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

Tesis Doctoral

COMORBILIDAD DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS CON LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Presentada por:

INMACULADA TORRES PÉREZ

Dirigida por:

Dra. CARMEN DEL RÍO SÁNCHEZ

Dra. MERCEDES BORDA MÁS

Dra. ANA M^a LÓPEZ JIMENEZ

Sevilla, 2004



**D^a. CARMEN DEL RÍO SÁNCHEZ Y D^a. MERCEDES BORDA MÁS
PROFESORAS TITULARES DEL DEPARTAMENTO DE
PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TTO. PSICOLÓGICOS
Y
D^a. ANA MARÍA LÓPEZ JIMÉNEZ, PROFESORA TITULAR DEL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL DE LA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA,**

INFORMAN

Que D^a Inmaculada Torres Pérez ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada "COMORBILIDAD DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS CON LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD" con la que se presenta para optar al título de Doctor en Psicología y que, a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para una Tesis Doctoral.

Lo que firmamos a instancias de la interesada, para que surta los efectos oportunos donde haya lugar, en Sevilla, a 26 de Octubre de 2004.

Fdo. : Carmen del Río Sánchez
Directora de Tesis

Fdo. : Mercedes Borda Más
Directora de Tesis

Fdo. : Ana María López Jiménez
Directora de Tesis

Fdo.: Inmaculada Torres Pérez
Doctoranda

Lo importante para la ciencia es modificar y cambiar ideas conforme avanza.

Herbert Spencer (1820-1903)

Preocúpate más por el paciente individual que por los rasgos particulares de la enfermedad.

Sir Williams Osler (1849-1922)

*Una evidencia indirecta puede ser definitiva.
Nunca hemos visto un átomo y, sin embargo, sabemos que existe.*

Isaac Asimov (1976)

Dedicatoria

A mis padres, mis mejores maestros:

Manuel, a quien nunca olvidaré, siempre vivirá en mi corazón

*Pilar, modelo de lucha y superación constante que cada día me enseña
a superarme y crecer.*

*A Francisco, mi mejor amigo, eterno, incondicional, que ni la distancia ni el tiempo le
impide compartir su amistad y sus sabios consejos.*

Por vuestra confianza

Agradecimientos

A mis directoras de tesis:

A Carmen, por sus incomparables enseñanzas, desde mi andadura como alumna interna, colaboradora, compañera y amiga. Por su disponibilidad incondicional, su generosidad, su entrega, dedicación y su formidable perspectiva divertida del trabajo (y de la vida). Por su comprensión y confianza en mis ausencias en los últimos dos años. Especialmente a su inestimable y descomunal esfuerzo y refuerzo para culminar este trabajo tal y como definitivamente ha quedado (incluida esta magnífica portada).

A Mercedes, por su disponibilidad y dedicación incondicional incluso en circunstancias adversas de salud. Por su voluntad, esfuerzo y tesón, en especial al revisar la primera versión. Por sus inestimables sugerencias, consejos, y cómo no por su gran ojo avizor.

A Ana, también por su disponibilidad y dedicación incondicional. Por sus inapreciables enseñanzas sobre estadística y su contagiosa inquietud para desentrañar las sorprendentes revelaciones de la estadística.

A las tres, gracias por estar ahí cuando os he necesitado y dedicarme vuestro preciado tiempo.

A todos los miembros de la delegación de ADANER en Sevilla y, especialmente, a todas las pacientes que han hecho posible que pudiera materializar este proyecto, quienes me han enseñado de la mejor manera, en la práctica, todo lo que ahora sé sobre los TCA.

A todas las colaboradoras de ADANER que me ayudaron y me facilitaron el trabajo, en especial a Ruth Asuero, por esas tardes compartidas de evaluaciones extensas y entrañables, y a Pepi Páez y Belén Muñoz, por su inestimable ayuda y compañía en esos largos paseos por los colegios.

Y, cómo no, a mi familia, especialmente mis hermanas: Mari, Lina y Paqui, que me lo facilitaron todo hasta el último momento; a mis padres, sin ellos yo no estaría aquí y ahora; y a mis amigos: Teo, Martín y Juan; y amigas: Ángela, Teresa, Irene y Loli. A todos, por los buenos y malos momentos compartidos.

Gracias a todos y a los que no están incluidos en esta lista pero que me ayudaron de un modo u otro a poder llevar a cabo este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO I: Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas

	<i>Página</i>
1. DESARROLLO Y CONCEPTO ACTUAL DE LOS TCA _____	1
2. CLASIFICACIÓN _____	5
3. EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA _____	11
3.1. Criterios diagnósticos actuales _____	29
4. COMORBILIDAD DE LA AN Y BN CON ALGUNOS TRASTORNOS _____	34
4.1. Trastornos psicóticos _____	36
4.1.1. AN y trastornos psicóticos _____	36
4.1.2. BN y trastornos psicóticos _____	38
4.2. Trastornos del estado de ánimo _____	39
4.2.1. AN y trastornos del estado de ánimo _____	39
4.2.2. BN y trastornos del estado de ánimo _____	46
4.2.3. TCA y suicidio _____	54
4.3. Trastornos de ansiedad _____	55
4.3.1. AN y trastornos de ansiedad _____	55
4.3.2. BN y trastornos de ansiedad _____	61

	<i>Página</i>
4.4. Trastornos obsesivo-compulsivos _____	63
4.4.1. AN y trastornos obsesivo-compulsivos _____	63
4.4.2. BN y trastornos obsesivo-compulsivos _____	71

CAPÍTULO II: Trastornos de la personalidad

1. CONCEPTO ACTUAL _____	79
2. EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA Y CLASIFICATORIA _____	85
3. CLASIFICACIÓN ACTUAL _____	98
3.1. Clasificación de la APA: DSM-IV-TR _____	98
3.2. Clasificación de la OMS: CIE-10 _____	100
3.3. Clasificación de Millon _____	104

CAPÍTULO III: Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad

1. INTRODUCCIÓN _____	127
2. MODELOS DE COMORBILIDAD ENTRE LOS TP Y LOS TCA _____	129
3. PANORÁMICA ACTUAL SOBRE LA COMORBILIDAD DE LOS TP Y LOS TCA _____	134
3.1. Problemas metodológicos _____	136
3.2. Primeras descripciones _____	141
3.3. Estudios sobre rasgos o características de personalidad en AN y BN _____	144
3.3.1. Estudios psicométricos dimensionales _____	146
3.4. Estudios sobre trastornos de personalidad _____	159
3.4.1. Estudios psicométricos categoriales _____	161
3.4.2. Estudios con entrevistas categoriales _____	165
3.4.3. Estudios realizados con el MCMI-II _____	172

ESTUDIO EMPÍRICO

	<i>Página</i>
1. JUSTIFICACIÓN _____	185
2. OBJETIVOS _____	187
3. HIPÓTESIS _____	189
4. MÉTODO _____	192
4.1. Participantes _____	192
4.1.1. Procedencia y selección de la muestra _____	192
4.1.2. Asignación de las participantes a los grupos _____	196
4.1.2.1. Criterios de inclusión _____	198
4.1.2.2. Criterios de exclusión _____	200
4.1.3. Características demográficas de las participantes _____	200
4.1.4. Características clínicas de las participantes con TCA _____	206
4.1.5. Otras características de todas las participantes _____	216
4.2. Instrumentos _____	219
4.2.1. Entrevista semiestructurada _____	219
4.2.1.1. Protocolo Inicial de los Trastornos de la Alimentación _____	219
4.2.2. Cuestionarios específicos de los TCA _____	221
4.2.2.1. Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40: Eating Attitudes Test) _____	221
4.2.2.2. Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ: Body Shape Questionnaire) _____	222
4.2.2.3. Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2: Eating Disorders Inventory) _____	224
4.2.3. Cuestionario de personalidad: Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II: Millon Clinical Multiaxial Inventory) _____	227
4.3. Instrumentos informáticos _____	233

	<i>Página</i>
4.3. Procedimiento _____	233
4.3.1. Aplicación de los instrumentos y obtención de los datos _____	233
4.3.2. Diseño _____	234
4.3.3. Métodos de análisis estadísticos _____	235
5. RESULTADOS _____	236
5.1. Resultados del objetivo específico 1 _____	236
5.2. Resultados del objetivo específico 2 _____	255
5.3. Resultados del objetivo específico 3 _____	278
6. DISCUSIÓN _____	290
6.1. Discusión del objetivo específico 1 _____	290
6.2. Discusión del objetivo específico 2 _____	298
6.3. Discusión del objetivo específico 3 _____	307
7. LIMITACIONES _____	315
8. FUTURAS PROPUESTAS DE ACTUACIÓN _____	316
9. RESUMEN _____	317
10. CONCLUSIONES _____	320
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	327
12. ANEXOS _____	351

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

TABLAS

	<i>Página</i>
Tabla nº 1: Concepto de los TCA _____	2
Tabla nº 2: Concepto de TCA no especificado _____	4
Tabla nº 3: Criterios de investigación para el trastorno por atracón _____	5
Tabla nº 4: Clasificación actual de los TCA _____	8
Tabla nº 5: Evolución de los criterios diagnósticos de los TCA _____	13
Tabla nº 6: Criterios provisionales para el síndrome del comer por la noche _____	18
Tabla nº 7: Criterios diagnósticos actuales para la AN (1, 2 y 3) _____	29
Tabla nº 8: Criterios diagnósticos actuales para la BN (1 y 2) _____	32
Tabla nº 9: Efectos de la desnutrición y/o inanición _____	38
Tabla nº 10: Síntomas físicos de la ansiedad en la AN _____	58
Tabla nº 11: Rasgos de personalidad obsesiva en la AN _____	71
Tabla nº 12: Diferentes criterios diagnósticos para la <i>BN multiimpulsiva</i> _____	74
Tabla nº 13: Concepto de trastorno de la personalidad _____	85
Tabla nº 14: Evolución de la clasificación de los TP según la APA: los DSM (1 y 2) _____	87
Tabla nº 15: Evolución de la clasificación de los TP según la OMS: CIE _____	96
Tabla nº 16: Criterios diagnósticos generales para un TP _____	99

	<i>Página</i>
Tabla nº 17: Descripción breve de los 14 TP del DSM-II, DSM-III-R, y DSM-IV (1 y 2)___	101
Tabla nº 18: Criterios diagnósticos CIE-10 para los trastornos específicos de la personalidad _____	103
Tabla nº 19: Teoría basada en la estructura de personalidad patológica _____	109
Tabla nº 20: Expresiones de los TP en los diferentes ámbitos de la ciencia clínica (1- 8) _____	116
Tabla nº 21: Representación de los TP del DSM-III-R con respecto al modelo evolutivo de Millon _____	124
Tabla nº 22: Resumen de diferentes estudios realizados sobre TP _____	171

FIGURAS

Figura nº 1: Asociación entre los patrones alimentarios y el peso corporal en la historia _____	16
Figura nº 2: Mecanismos psicopatológicos centrales explicativos de los TCA _____	19
Figura nº 3: Representación esquemática de la evolución temporal entre los TCA___	21
Figura nº 4: Representación esquemática de la teoría <i>transdiagnóstica</i> del mantenimiento de los TCA _____	22
Figura nº 5: Hipotéticas relaciones entre depresión y AN _____	41
Figura nº 6: Esquema de la generalización de la ansiedad fóbica _____	58
Figura nº 7: Conducta anormal y modelo multiaxial _____	91
Figura nº 8: Prototipos básicos de personalidad de Millon _____	107
Figura nº 9: Modelo circunplejo de los TP del DSM-III-R _____	111

ESTUDIO EMPÍRICO

TABLAS

	<i>Página</i>
Tabla nº 23: Características demográficas: grupos clínicos (TCA) _____	204
Tabla nº 24: Características demográficas: grupos comparativos _____	205
Tabla nº 25: Características familiares: grupos con patología (TCA) _____	205
Tabla nº 26: Características familiares: grupos comparativos _____	206
Tabla nº 27: Características clínicas: grupos con patología (TCA) _____	207
Tabla nº 28: Otras alteraciones psicopatológicas presentes _____	212
Tabla nº 29: Alteraciones físicas presentes _____	215
Tabla nº 30: Otras características de todas las participantes: pauta alimentaria diaria _____	217
Tabla nº 31: Otras características de todas las participantes: regímenes realizados _	218
Tabla nº 32: Otras características de todas las participantes: actividad física realizada _____	219
Tabla nº 33: Estadísticos descriptivos MCMI-II: AN-R _____	237
Tabla nº 34: Estadísticos descriptivos MCMI-II: AN-P _____	237
Tabla nº 35: Estadísticos descriptivos MCMI-II: BN-P _____	238
Tabla nº 36: Estadísticos descriptivos MCMI-II: GC-S _____	238
Tabla nº 37: Estadísticos descriptivos MCMI-II: GC-NS _____	239
Tabla nº 38: Prueba de normalidad. Perfiles de personalidad (1 y 2) _____	243
Tabla nº 39: Prueba de homogeneidad de la varianza. Perfiles de personalidad _____	245
Tabla nº 40: Comparaciones globales. Prueba de Kruskal-Wallis. Perfiles de personalidad _____	246
Tabla nº 41: Comparaciones por grupos. Prueba de Mann Whitney. Perfiles de personalidad _____	246
Tabla nº 42: Descriptivos para TB> ó = 75: AN-R _____	256

	<i>Página</i>
Tabla nº 43: Descriptivos para TB> ó = 75: AN-P _____	256
Tabla nº 44: Descriptivos para TB> ó = 75: BN-P _____	257
Tabla nº 45: Descriptivos para TB> ó = 75: GC-S _____	257
Tabla nº 46: Descriptivos para TB> ó = 75: GC-NS _____	258
Tabla nº 47: Comparaciones globales. Prueba de Kruskal-Wallis. Perfiles participantes TB >74 _____	261
Tabla nº 48: Comparaciones por grupos. Prueba de Mann Whitney. Perfiles participantes TB >74 _____	262
Tabla nº 49: Porcentaje de mujeres con TB > ó = 75 _____	265
Tabla nº 50: Porcentaje de mujeres con rasgos clínicos y diagnósticos TP _____	267
Tabla nº 51: Estadísticos descriptivos EAT, BSQ Y EDI-2: AN-R _____	279
Tabla nº 52: Estadísticos descriptivos EAT, BSQ Y EDI-2: AN-P _____	279
Tabla nº 53: Estadísticos descriptivos EAT, BSQ Y EDI-2: BN-P _____	280
Tabla nº 54: Estadísticos descriptivos EAT, BSQ Y EDI-2: GC-S _____	280
Tabla nº 55: Estadísticos descriptivos EAT, BSQ Y EDI-2: GC-NS _____	281
Tabla nº 56: Prueba de normalidad EAT, BSQ Y EDI-2 (1 y 2) _____	285
Tabla nº 57: Prueba de homogeneidad de la varianza EAT, BSQ Y EDI-2_____	287
Tabla nº 58: Comparaciones globales. Prueba de Kruskal-Wallis. EAT, BSQ y EDI-2_	288
Tabla nº 59: Comparaciones por grupos. Prueba de Mann-Whitney. EAT, BSQ y EDI-2	289
Tabla nº 60: Patrón de personalidad promedio según el MCMI-II _____	291
Tabla nº 61: Verificación de hipótesis _____	321

FIGURAS

Figura nº 10: Distribución de los grupos en función de la edad _____	201
Figura nº 11: Distribución de los grupos en función del nivel _____	202
Figura nº 12: Distribución de los grupos en función del estado civil _____	202
Figura nº 13: Distribución de los grupos en función del nivel socioeconómico _____	203
Figura nº 14: Comparación del perfil de todos los grupos (medianas) _____	240
Figura nº 15: Relación esquizoide y grupos _____	249
Figura nº 16: Relación fóbica y grupos _____	250

	<i>Página</i>
Figura nº 17: Relación histriónica y grupos _____	250
Figura nº 18: Relación narcisista y grupos _____	251
Figura nº 19: Relación compulsiva y grupos _____	251
Figura nº 20: Relación pasivo-agresiva y grupos _____	252
Figura nº 21: Relación autodestructiva y grupos _____	252
Figura nº 22: Relación esquizotípica de y grupos _____	253
Figura nº 23: Relación límite y grupos _____	253
Figura nº 24: Perfil de TP (TB > ó = 75) (medianas): todos los grupos _____	259
Figura nº 25: Porcentaje de mujeres con TB > ó = 75 _____	266
Figura nº 26: Porcentaje de mujeres con TB > ó = 75 y < 85 _____	268
Figura nº 27: Porcentaje de mujeres con TB > 85 - _____	269
Figura nº 28: Porcentaje de rasgos clínicos de TP: TB > ó = 75 y < 85 _____	271
Figura nº 29: Nº de rasgos de TP (TB > ó = 75 y < 85): grupo AN-R _____	272
Figura nº 30: Nº de rasgos de TP (TB > ó = 75 y < 85): grupo AN-P _____	272
Figura nº 31: Nº de rasgos de TP (TB > ó = 75 y < 85): grupo BN-P _____	273
Figura nº 32: Nº de rasgos de TP (TB > ó = 75 y < 85): grupo GC-S _____	273
Figura nº 33: Nº de rasgos de TP (TB > ó = 75 y < 85): grupo GC-NS _____	274
Figura nº 34: Porcentaje de diagnósticos con TB > ó = 85 _____	275
Figura nº 35: Nº de diagnósticos de TP (TB > ó = 85): grupo AN-R _____	276
Figura nº 36: Nº de diagnósticos de TP (TB > ó = 85): grupo AN-P _____	276
Figura nº 37: Nº de diagnósticos de TP (TB > ó = 85): grupo BN-P _____	277
Figura nº 38: Nº de diagnósticos de TP (TB > ó = 85): grupo GC-S _____	277
Figura nº 39: Nº de diagnósticos de TP (TB > ó = 85): grupo GC-NS _____	278
Figura nº 40: Relación EAT total y grupos _____	282
Figura nº 41: Relación BSQ total y grupos _____	282
Figura nº 42: Relación EDI-2 total y grupos _____	283
Figura nº 43: Escalas del EDI-2 (medianas): todos los grupos _____	284

ANEXOS

	<i>Página</i>
Anexo I: Protocolo inicial en trastornos de la alimentación _____	351
Anexo II: Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40: Eating Attitudes Test) _____	356
Anexo III: Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ: Body Shape Questionnaire) _____	357
Anexo IV: Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2: Eating Disorders Inventory) _____	359
Anexo V: Cuestionario de personalidad: Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II: Millon Clinical Multiaxial Inventory) _____	361
Anexo VI a: Declaración de Consentimiento Informado (Participantes con TCA) _____	366
Anexo VI b: Declaración de Consentimiento Informado (Participantes de los grupos comparativos) _____	368
Anexo VII: Datos demográficos _____	370

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO I

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS

1. DESARROLLO Y CONCEPTO ACTUAL DE LOS TCA

Los *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (TCA), se caracterizan básicamente por alteraciones graves de la alimentación o de la conducta alimentaria que se manifiestan por una alteración en el consumo de alimentos con el consecuente deterioro de la salud física y del funcionamiento psicológico de la persona. Estas alteraciones no son secundarias a cualquier trastorno general médico reconocido o a cualquier otro trastorno psiquiátrico (Fairburn y Walsh, 1995). Son, en definitiva, síndromes causantes de una importante morbilidad física y psicosocial entre chicas adolescentes y mujeres adultas jóvenes, siendo menos frecuentes entre hombres¹ (Alonso, Fernández, Turón, Vallejo *et al.*, 1998; Fairburn y Harrison, 2003a), y cuyas complicaciones médicas conllevan una tasa de mortalidad importante y nada despreciable de tener en cuenta por el clínico (Löwe, Zipfel, Buchholz, Dupont *et al.* 2001; García-Camba, 2001).

Los TCA son entidades o síndromes y no enfermedades específicas, con causa, curso y patología comunes. Están mejor conceptualizados como síndromes y son, por tanto, clasificados en base al conjunto de síntomas con los que se presentan, existiendo una importante interacción entre la psicología y la fisiología (Halmi, 1996). Cada fase del desarrollo de estos trastornos, siguiendo a Toro (1999), "*...sólo pueden entenderse*

¹ Precisamente por la alta prevalencia de los TCA en población femenina y por ser ésta la más ampliamente estudiada, en este trabajo utilizamos este género para referirnos a las personas afectadas por alguno de estos trastornos. Esto no implica que lo aquí expongamos quede excluido para el género masculino.

analizando la tupida red de interacciones entre los diferentes factores psicológicos y fisiológicos que se suscitan, potencian y modifican mutuamente, dando lugar a su notable complejidad funcional y estructural" (p. 0).

TABLA N° 1: CONCEPTO DE LOS TCA

- Presencia de una alteración definida de los hábitos alimentarios o conductas relacionadas con el control del peso.
- Como resultado de esta alteración, o asociada a las características centrales de los TCA, la persona presenta un deterioro clínicamente significativo de la salud física o del funcionamiento psicofisiológico (las características centrales de los TCA comprenden la alteración en las comidas y cualquier otra sobreevaluación de la silueta o el peso).
- La alteración conductual no es secundaria a cualquier trastorno médico general o a cualquier otra condición psiquiátrica.

Adaptado de Fairburn y Harrison, 2003a

Los principales TCA, la *Anorexia Nerviosa* (en adelante AN) y la *Bulimia Nerviosa* (en adelante BN), han sido profunda y extensamente estudiados por los profesionales durante décadas como queda reflejado en la amplia literatura científica (Theander, 2002); y a su vez, conocidos por la población en general dada la atracción sensacionalista que revisten para los medios de comunicación (Fairburn y Harrison, 2003a). Sin embargo, habría un problema al tratar de igualar los TCA a estos dos síndromes, según Fairburn y Walsh (1995), ya que al menos una tercera parte de las personas que llegan a pedir tratamiento para un TCA, no presentan ninguno de los dos, sino el denominado *Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado* (en adelante TCANE) o *TCA Atípico* que incluye los TCA restantes (básicamente aquellos que no cumplen los criterios diagnósticos de la AN o BN).

En concreto la AN y BN se caracterizan por una excesiva preocupación por estar gorda o engordar, que lleva a las pacientes a intentar restringir la alimentación, de ahí que Beumont (1995) proponga, para una descripción más exacta, el término *dieting disorders* en lugar del actual *eating disorders*. Ambos síndromes están unidos por una característica psicopatológica central y distintiva: las personas con TCA sobrevaloran su silueta y peso

corporal. Es decir, siguiendo a Fairburn y Harrison (2003a), mientras que la mayoría de nosotros nos percibimos en base a nuestro rendimiento en diferentes dominios (relaciones, trabajo, familia, proezas deportivas, etc.), las personas con AN o BN juzgan su autovalía principalmente, o incluso exclusivamente, en términos de su forma y peso corporal y sus habilidades para controlarlos. Los otros rasgos, como por ejemplo la autoinanición, parecen ser secundarios para estas psicopatologías y para sus consecuencias. De este modo, en la AN hay una búsqueda de pérdida de peso determinada y mantenida hasta que tenga éxito, por lo que esta conducta no es vista por los pacientes como un problema. De hecho, tienden a ver su bajo peso como un logro más que como una desgracia, de ahí que estas pacientes presenten una limitada motivación para el cambio. Mientras que en la BN, los intentos equivalentes para controlar la silueta y el peso están indeterminados por frecuentes episodios de sobreingestas incontroladas (atracones). Por ello a menudo las mismas pacientes se describen como "anoréxicas fracasadas".

Esta psicopatología central tiene otras manifestaciones, que muchas personas con TCA interpretan mal, como es el caso de los *estados físicos y emocionales negativos* que los etiquetan equivocadamente como sentimientos o sensaciones de estar gorda seguidos de observaciones repetidas de diferentes aspectos de su silueta, lo que contribuyen a la sobreestimación de sus dimensiones o talla. Estos dos síndromes, por ser objetivo de nuestro estudio, serán tratados con mayor profundidad en próximos apartados.

Por otra parte, los *TCANE o TCA Atípicos* tienen un estrecho parecido a la AN y BN e igualmente pueden ser tan severos y duraderos (Fairburn y Harrison, 2003a). Algunos son virtualmente idénticos a los dos diagnósticos prototípicos, pero no reúnen todos los criterios diagnósticos (ver tabla nº 2).

Por ejemplo, los casos más frecuentes que nos podemos encontrar es que el peso de las personas afectadas esté justo por encima del umbral para la AN o esté menstruando todavía. En otros puede ser el cuadro mixto, es decir, estas personas podrían tener una dieta restrictiva extrema, realizar excesivo ejercicio, tener atracones ocasionales, y tener un peso por debajo de lo normal. Muchas de estas personas han tenido en el pasado una historia de AN o de BN. La sobreevaluación de la silueta y el peso corporal está presente en la mayoría de

ellas, aunque en algunos casos la preocupación central está en el mantenimiento de un estricto control sobre la comida.

TABLA N° 2: CONCEPTO DE TCA NO ESPECIFICADO

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios 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 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 (v. Apéndice B del DSM-IV-TR para los criterios que se sugieren).

(DSM-IV-TR, APA 2002)

Dentro de los TCANE, también se incluye otro trastorno denominado *Trastorno por Atracón* (en adelante TA) descrito en el *Apéndice B* del DSM-IV-TR titulado "*Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores*", cuya característica fundamental sería la presencia de atracones, como en la BN, pero sin conductas compensatorias para controlar el incremento de peso. Según se define en el DSM-IV-TR, "*se caracteriza por atracones de comida recurrentes que se asocian a pruebas subjetivas y de comportamiento de falta de control sobre la alimentación y de malestar clínicamente significativo, y que no se acompañan de las estrategias compensatorias típicas de la BN (p.ej. autoinducción del vómito, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo)*" (p.875) (ver tabla n° 3).

Al igual que la BN, este trastorno es más común entre mujeres que hombres, pero la proporción global de personas que la padecen es mayor que en la bulimia (35% hombres vs. 65% mujeres; para la bulimia sólo el 10% son hombres), es decir, está más igualada la

población afectada en cuanto al género. Igualmente existen diferencias respecto a la edad, ya que en el TA es mayor el rango, va desde los veinte años hasta los cincuenta. Y según el estudio de De Zwaan (1997), es más frecuente entre aquellas mujeres con sobrepeso que demandan tratamiento que entre las que no están bajo tratamiento ni lo buscan.

TABLA N° 3: CRITERIOS DE INVESTIGACIÓN PARA EL TRASTORNO POR ATRACÓN

- A. Episodios recurrentes de voracidad. Estos episodios se caracterizan por:
 1. Comer, en un período discreto de tiempo, una cantidad de comida que es definitivamente más grande que la que la mayoría de las personas comería en un período similar de tiempo y bajo circunstancias similares.
 2. Un sentimiento de falta de control durante los episodios.
- B. El episodio de voracidad se asocia con lo siguiente:
 1. Comer más rápidamente de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse lleno de forma incómoda.
 3. Comer grandes cantidades de comida sin tener hambre.
 4. Sentirse avergonzado por cuánto uno está comiendo.
 5. Sentirse hastiado consigo mismo, deprimido o muy culpable.
- C. Dolor marcado relacionado con la ingesta voraz.
- D. Los episodios de voracidad se producen, al menos, dos días en una semana durante seis meses.
- E. Los episodios de voracidad no se asocian con el uso de conductas compensatorias impropias y no ocurre exclusivamente durante el curso de una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

DSM-IV-TR, APA 2002

2. CLASIFICACIÓN

Actualmente, los TCA quedan recogidos en las clasificaciones diagnósticas oficiales delimitados por una serie de criterios clínicos diagnósticos admitidos y aceptados por nuestra comunidad científica aunque no exentos de polémica. Ya que parafraseando a Del Río (1995) *“hoy por hoy (incluso ya entrados en pleno s. XXI) no existe un acuerdo unánime en cuáles son los síntomas que deben considerarse a la hora de establecer un diagnóstico y ello ha quedado claro en las discusiones entre científicos que se han hecho patentes a la hora de elaborar e incluir definitivamente los criterios para los Trastornos de*

la alimentación en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la APA publicado en 1995 (DSM-IV)" (p. 25) y para el recientemente publicado Texto Revisado de la misma edición (DSM-IV-TR, 2002). Tal es así que, en general, las decisiones sobre la inclusión o exclusión de los criterios diagnósticos fueron tomadas por autores considerados *expertos* en su campo hasta la edición del DSM-III-R mediante un proceso que permitía potencialmente pasar por alto algunos datos o, si eran contrarios a la perspectiva del experto, eran ignorados intencionalmente. O bien, se basan en argumentos más científicos como en las últimas ediciones del DSM-IV y IV-TR, es decir, en un conjunto de datos fiables y válidos, basados en las investigaciones científicas realizadas, revisadas y estudiadas, entre otros, mediante métodos de meta-análisis (Wilson y Walsh, 1991; Kupfer, First y Regier, 2002).

Se han producido cambios importantes desde la aparición de los TCA, desde la primera versión en el DSM-III, pasando por el DSM-III-R, hasta la edición del DSM-IV y IV-TR. Por una parte, se han modificado algunos de los criterios diagnósticos en la conceptualización de los diferentes tipos en algunas de las versiones; y, por la otra, el que no aparezcan en la versión IV incluidos dentro del grupo de "*Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia*". Así, en la última versión del DSM y en su Texto Revisado (DSM-IV-TR; APA, 2002) nos los encontramos incluidos en un capítulo dedicado exclusivamente a los "*Trastornos de la Conducta Alimentaria*" que incluye la *Anorexia Nerviosa* (AN), la *Bulimia Nerviosa* (BN) y los *TCA no especificados (TCANE)*. Además, recoge el *Trastorno por Atracón* (TA) (también denominado *Trastorno por ingesta voraz o Sobreingesta Compulsiva*) incluido en el *Apéndice B: "Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores"*, aunque por el momento sea diagnosticado como TCANE. Sin embargo, otros trastornos relacionados con la alimentación, como la *Pica* y el *Trastorno por rumiación en la infancia* siguen estando en el mencionado capítulo de *Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia*, que en la versión más reciente del Texto Revisado aparecen bajo la denominación *Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez* junto al *Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez*.

Otro cambio es el término *Bulimia Nerviosa*, que ha sido de nueva introducción en estas clasificaciones a partir del DSM-III-R (antes se le denominaba *Bulimia* sin más). Una

novedad importante es que, a partir de la edición cuarta del DSM, aparece la inclusión de subtipos o categorías distintas tanto para la AN (*Subtipo Restrictivo*, y el *Subtipo Compulsivo/Bulímico*), como para la BN (*Subtipo Purgativo*, y el *Subtipo No Purgativo*).

Por otra parte, en la Clasificación Estadística Internacional de las enfermedades y problemas de salud, propuesta por la OMS (CIE-10; OMS, 1992), en su capítulo quinto dedicado a los "*Trastornos Mentales y del Comportamiento*" dentro del apartado "*Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos*", clasifican los TCA en diferentes categorías, además de las de AN y BN (ver tabla nº 4). En cambio, en la versión anterior de la OMS, la CIE-9, prácticamente no se utilizó y apenas se refiere en la literatura científica sobre el tema, no obstante, la AN aparecía con el código 307.1 y *Otros trastornos del comer* con el 307.5 en el apartado "*Síntomas o Síndromes especiales no clasificados en otra parte*".

Otro trastorno relacionado con la alimentación es la *Obesidad*, que fue retirado del DSM (no apareció ya en su tercera revisión) por considerarla más una enfermedad de origen médico. Aparece en la CIE-10 recogida precisamente como enfermedad médica, y sin embargo, no queda incluida en el DSM-IV-TR, por no haberse establecido una asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. No obstante, según las indicaciones del DSM-IV-TR, en el caso de que existan pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de *obesidad*, este hecho se puede indicar anotando la presencia de factores psicológicos que afectan al estado físico.

Las consideraciones diagnósticas de los TCA, y más específicamente de la AN y de la BN, han recibido una mayor atención en las dos últimas décadas, al tiempo que los clínicos se han ido documentando más en aspectos tales como la patogénesis, la evolución, la cronicidad, la frecuencia y las dificultades asociadas al tratamiento, entre otros. Como consecuencia de ello, por ejemplo, la clasificación de la AN ha pasado por varias fases en el recientemente concluido siglo, las fases han progresado de ver a la AN enteramente como una forma de *enfermedad pituitaria*, o como una forma de *histeria*, a una *variante no específica de otros trastornos psiquiátricos* hasta la visión más actual como *síndrome* específico con

unas características clínicas centrales que los distinguen de otras enfermedades (Garfinkel, 1995).

TABLA N° 4: CLASIFICACIÓN ACTUAL DE LOS TCA	
DSM-IV-TR (2002)	
Trastornos de la conducta alimentaria.	
653.	Anorexia nerviosa. <i>Especificar tipo: restrictivo; compulsivo /purgativo.</i>
660.	Bulimia nerviosa. <i>Especificar tipo: purgativo / no purgativo.</i>
665.	Trastornos de la conducta alimentaria no especificado.
Apéndice B: Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores.	
Trastorno por Atracón	
Excluir:	
Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez. (118)	
119.	Pica.
121.	Trastorno por rumiación.
123.	Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.
CIE-10 (1992)	
F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	
F50 Trastornos de la conducta alimentaria.	
F50.0	Anorexia nerviosa.
F50.1	Anorexia nerviosa atípica.
F50.2	Bulimia nerviosa.
F50.3	Bulimia nerviosa atípica.
F50.4	Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.
F50.5	Vómitos en otras alteraciones psicológicas.
F50.8	Otros trastornos de la conducta alimentaria.
F50.9	Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.
Excluye:	
Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia (F98.2).	
Dificultades y malos cuidados alimentarios (R63.3).	
Anorexia o disminución del apetito sin especificar (R63.0).	
Pica de la infancia (F98.3).	

Los TCA eran prácticamente desconocidos para la mayoría de los profesionales de la salud hace tan sólo cuatro décadas. A finales de los años sesenta el "(...) oscuro y extremadamente raro trastorno "anorexia nerviosa" aumentó su prevalencia en las sociedades occidentales. Mujeres jóvenes de familias de clase media-alta padecían hambre por ellas mismas, a veces hasta la muerte" (Polivy y Herman, 2002; p.187). Por otra parte, como señalan Polivy y Herman (2002), en la década de los setenta fue la bulimia nerviosa la que emergió como un nuevo TCA en el que "las mujeres jóvenes alternaban la auto-inanición con atracones, normalmente seguidos de vómitos autoprovocados (como intentos activos de librar al cuerpo de las calorías consumidas)" (p.187). Ya a finales de los setenta, Bruch (1978) vislumbraba el insidioso crecimiento que estaban adquiriendo estas patologías. Así hacía referencia a una "...nueva enfermedad que ataca selectivamente a personas ricas, jóvenes y hermosas (...) es una nueva enfermedad porque durante los últimos quince o veinte años el porcentaje de personas que la padecen está aumentando rápidamente" (pp. 23-24). Fue entonces cuando los profesionales de la salud, seguidos de los medios de comunicación, centraron intensamente toda su atención sobre estos "nuevos trastornos", llegando incluso a suplantarse a la *obesidad* como primer trastorno alimentario (fue retirada del DSM-III en 1980).

Este nuevo interés por los TCA queda reflejado en el llamativo incremento, paralelo al desarrollo de las enfermedades mismas, que las investigaciones científicas han tenido desde los años sesenta hasta finales de los noventa en los que, según parece por el número de publicaciones, ha habido un estancamiento. Todo ello queda muy bien ilustrado en el estudio que Theander (2002) realizó sobre la literatura de los TCA (durante 40 años), en el que investigó el número y el contenido de las referencias de artículos sobre TCA (concretamente los términos "anorexi*", "bulimi*", y "eating disorder*") durante el período de 1960 a 1999. Las cifras parten de las 670 referencias en la década de los años sesenta hasta llegar a las 6.858 que aparecen en la década de los noventa, siendo el incremento especialmente notable en dos puntos: en la década de los sesenta (que pasó de 26 a 130) y en la de los ochenta (de 222 a 695).

Este trabajo reciente, junto a otros más antiguos (Fombonne, 1995; 1996; Russell, 1995) trata de dar respuesta a la polémica suscitada a raíz de la creencia cada vez más extendida de que los TCA han llegado a ser tan frecuentes en las últimas décadas que han

sido considerados como una auténtica *epidemia* en los países occidentalizados. Así, primero habría un incremento en la incidencia de la AN y más tarde la habría en la de la BN. En este sentido, una explicación posible que propone Theander la hace introduciendo el concepto, propuesto por Cohen y Cohen (1994, cfr. Theander, 2002) de la "*ilusión del clínico*" como el sesgo que introduce el clínico al sustituir la muestra de prevalencia por la de incidencia, sesgo que es especialmente pronunciado cuando se trata de enfermedades caracterizadas por una gran variación en la duración de la enfermedad entre los pacientes, como ocurre con los TCA. Sin embargo, el pico de nuevos pacientes de BN que aparecieron en los años ochenta lo explicarían con otro tipo de *ilusión clínica* motivada por la "*explosión del interés público y la investigación clínica*" durante esos años. En este sentido Russell (1995) comentó "*Es posible, y preocupante, que la descripción de un trastorno también anime a la aparición de conductas claves en mujeres jóvenes que como consecuencia adquieren la enfermedad como si fuera por contagio*" (pp. 396-397).

A pesar de todo ello, lo que sí es cierto es que los efectos principales que tienen la descripción de los trastornos es incrementar el conocimiento, lo que a su vez promueve a mejores identificaciones de casos -no necesariamente nuevos-, y que a su vez ayuda a que un mayor número de personas afectadas busquen ayuda profesional, esto se traduce en un "aumento del número de pacientes". De hecho, según Theander (2002), sólo hay que revisar los estudios epidemiológicos para comprobar que el incremento ha sido grande, pero no lo suficiente como para hablar de epidemia, opinión que no comparten numerosos estudiosos del tema (véase, por ejemplo, el trabajo de Lucas, Crowson, O'Fallon y Melton, 1999). No obstante, la polémica sobre la *epidemia de los TCA*, continúa abierta para muchos autores (en nuestro país, entre otros: Turón, 1997a; Chinchilla, 2003).

Como consecuencia de este aumento y proliferación de publicaciones, nos encontramos en la actualidad con un entendimiento más amplio y profundo de todos los aspectos clínicos (médicos, psicológicos, neurológicos, endocrinos, *etc.*) relativos a la patología alimentaria en cuanto a factores de riesgo, tendencia a la cronicidad, su resistencia al tratamiento, los altos índices de comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, la evolución a largo plazo, los elevados índices de mortalidad de los casos crónicos, *etc.* Sin embargo, a pesar de todos los estudios realizados seguimos, hoy por hoy con unos

conocimientos ambiguos sobre la etiopatogenia, la prevención o el tratamiento (Polivy y Herman, 2002). Todas estas investigaciones asimismo han servido para desmitificar muchos de los tradicionales mitos sobre los TCA relativos, por ejemplo, y entre muchos otros, al estereotipo de que la AN aparecía entre “*chicas jóvenes adolescentes*”, ya que el grupo de edad incluye hombres, mujeres mayores, y grupos minoritarios (Beck, Casper y Andersen, 1996; cfr. Andersen, 2001).

A pesar de todo, son numerosos los autores que en los últimos años consideran que los TCA se han convertido en un grave *problema sanitario* en muchos países desarrollados. Fundamentalmente, siguiendo a García-Camba (2001) en nuestro país, debido a: (1) su prevalencia creciente (entre el 0,5 y el 3,7% en mujeres adolescentes y adultas jóvenes); (2) su evolución encronizada, con curso frecuente de comorbilidad médica que pueden adoptar formas clínicas enmascaradas, y (3) la necesidad de un tratamiento multidisciplinario que en ocasiones requieren un ingreso hospitalario de larga duración, con el consiguiente elevado consumo de recursos.

A lo anterior le acompaña la alarma social creada por la difusión, no sin ciertas dosis de frivolidad y sensacionalismo, de los medios de comunicación. Todo ello ha dado lugar a la toma de determinadas medidas, desde los estamentos sociales, como es la creación de una mesa sectorial de trabajo para la prevención de los trastornos de la alimentación en el Senado (Secretaría General del Senado, 2000), o la creación de un protocolo de atención a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario por el Ministerio de Sanidad y Consumo (dirigido a médicos de atención primaria) (Morandé, 1995) y recientemente su revisión, así como, en el año en curso, una campaña de prevención por parte del mismo ministerio. Aunque los resultados de las distintas medidas aún están por ver.

3. EVOLUCION DIAGNÓSTICA

Antes de los años setenta se diagnosticaban los TCA, representados en ese momento por la AN, de forma inespecífica como trastornos psicológicos en los que se daba una pérdida significativa de peso (Perpiñá, 1989). El primer resumen

diagnóstico de la AN lo estableció Russell ya en 1970 e incluyó, dentro de las características psicopatológicas, el criterio definitorio de la misma “*marcado miedo a convertirse en obesos*” aún vigente en la actualidad (DSM-IV-TR, 2002).

Posteriormente, en 1972, Feighner, Robins, Guze, Woodruff *et al.* elaboraron una precursora clasificación diagnóstica de diferentes cuadros psiquiátricos entre los que se encontraban los TCA (AN en ese momento). Y, por último, antes de que se incluyera en las clasificaciones oficiales de los trastornos psiquiátricos (DSM y CIE), Bruch (1973) ofreció otros criterios basados en su dilatada experiencia clínica con estas pacientes. Hasta que finalmente el diagnóstico de los TCA como entidades psicopatológicas independientes, lo incluyó Spitzer, en los años ochenta, en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM, en su tercera edición. En ese momento separó la *obesidad*, por considerarla más como enfermedad *somática*, y reservó los diagnósticos psiquiátricos a los trastornos del comportamiento. Podemos observar que, en realidad, los criterios propuestos en el DSM-III son una combinación de los criterios primariamente propuestos por Feighner y Bruch (ver tabla nº 5).

Los cambios que podemos observar fundamentalmente en los diferentes criterios diagnósticos propuestos para la AN son: la *edad de inicio* que propuso Feighner, que rápidamente quedó relegada por completo; la *pérdida de peso* necesaria para la definición de la AN ha pasado del 25% al 15% a partir del DSM-III-R; la aparición de la *negativa a mantener el peso por encima del normal para su edad y talla*, en el DSM-III; la recuperación del criterio de *presencia de amenorrea* a la vez que se aumenta el énfasis en la *alteración de la percepción de la imagen corporal, peso y silueta*, en el DSM-III-R; y por último, en las últimas versiones DSM-IV y IV-TR se añaden dos subtipos el *restrictivo* y el *bulímico o purgativo*.

Posteriormente, se vuelven a redefinir los criterios diagnósticos cuando en 1979 Russell propuso considerar a la BN como “*una ominosa variante de anorexia nerviosa*”. El autor creía aún prematuro considerarla como un síndrome, sin embargo, dada la creciente presión de la época por el diagnóstico precoz, entró en la literatura directamente como un síndrome, siendo el criterio dominante el sintomático (Stunkard, 1997). Sin embargo, ya en 1976, Stunkard había publicado los primeros criterios diagnósticos de la *bulimia* (todavía no

TABLA Nº 5: EVOLUCIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TCA

RUSSELL (1970)

1. La paciente realiza una variedad de acciones con la intención de lograr la pérdida de peso (evitación del alimento, uso de técnicas como el vómito autoinducido o la toma de purgantes y realizar ejercicios extenuantes).
2. Presencia de desórdenes endocrinos (amenorrea en mujeres e impotencia en hombres). La enfermedad afecta a la mujer durante la mayor parte de su vida reproductora.
3. Características psicopatológicas consistentes en un marcado miedo a convertirse en obesas, junto con un juicio distorsionado de su cuerpo.
4. Síntomas no específicos depresivos, fóbicos, obsesivos e histéricos.

FEIGHNER (1972)

- A. Edad de comienzo antes de los 25 años.
- B. Anorexia acompañada de una pérdida de al menos el 25% del peso corporal original.
- C. Actitudes distorsionadas e implacables hacia el comer, el alimento o el peso que contrarresta el hambre, los consejos o el peligro de su estado.
- D. Ninguna enfermedad médica que pueda dar cuenta de la anorexia y de la pérdida de peso.
- E. Ningún otro trastorno psiquiátrico, especialmente en lo referente a un trastorno afectivo primario, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo o neurosis fóbica.
- F. Al menos dos de las siguientes manifestaciones: (1) amenorrea, (2) lanugo, (3) bradicardia, (4) episodios de excesiva actividad, (5) episodios de bulimia, (6) vómitos (que pueden ser autoinducidos).

BRUCH (1973)

1. Alteraciones en la imagen corporal.
2. Perturbaciones en las percepciones internas, tanto viscerales como afectivas.
3. Pérdida del sentido de eficacia personal.

A.P.A. DSM-III (1980)

- A. Miedo intenso a engordar, y que no disminuye a medida que se pierde peso.
- B. Alteración de la imagen corporal (se queja de "sentirse gorda" pese a su estado demacrado)
- C. Pérdida de peso de al menos un 25% del peso original. Por debajo de los 18 años, a la pérdida del peso inicial hay que añadir el peso que correspondería ganar de acuerdo con el proceso de crecimiento y ver si entre los dos alcanza ese 20%.
- D. Rehusar mantener un peso corporal alrededor de los "mínimos" normales según edad y altura.
- E. Ausencia de enfermedades somáticas que justifiquen la pérdida de peso.

era considerada *nerviosa*) que trascendieron hasta el DSM-III (APA, 1980) en donde se recogen prácticamente sin cambios bajo el nombre de "*bulimia*". Pero las descripciones de Stunkard las realizó dentro del contexto de los atracones en la descripción del *síndrome por atracón*

que hizo en esa época. Es por esto por lo que se reconoce a Russell como el “descubridor” de la BN y no a Stunkard (Stunkard, 1993).

En suma, fue en 1979 Russell quien, además de dar el nombre por primera vez al trastorno como *bulimia nerviosa*, describió sus características esenciales o criterios diagnósticos (Garfinkel, 1995):

1. Poderosa y obstinada urgencia por comer de forma descontrolada.
2. Evitar el aumento de peso ligado a esa ingesta de comida mediante la provocación del vómito y/o abuso de laxantes.
3. Miedo mórbido a engordar.

En su descripción original del trastorno, la consideraba como una variante de la AN, que era difícil de tratar y su pronóstico era menos favorable que la *verdadera AN*. Siguiendo esta línea, Boskind-Lodhal en 1976 presentó un síndrome dominado por los episodios de sobreingesta al que denominaron “*bulimarexia*”.

Como señala Stunkard (1997) la descripción clínica de Russell es de una calidad tan evidente que los cambios posteriores han sido modestos. Tan sólo se han modificado añadiendo una pauta de frecuencia en las crisis (DSM-III, 1980), lo que, según Guillemort y Laxenaire (1994), complica en gran medida la interpretación de los datos epidemiológicos y hacen difícil la comparación entre los diferentes estudios. Cuestión ésta que se intentó solventar en la siguiente revisión del DSM-III (DSM-III-R, 1987).

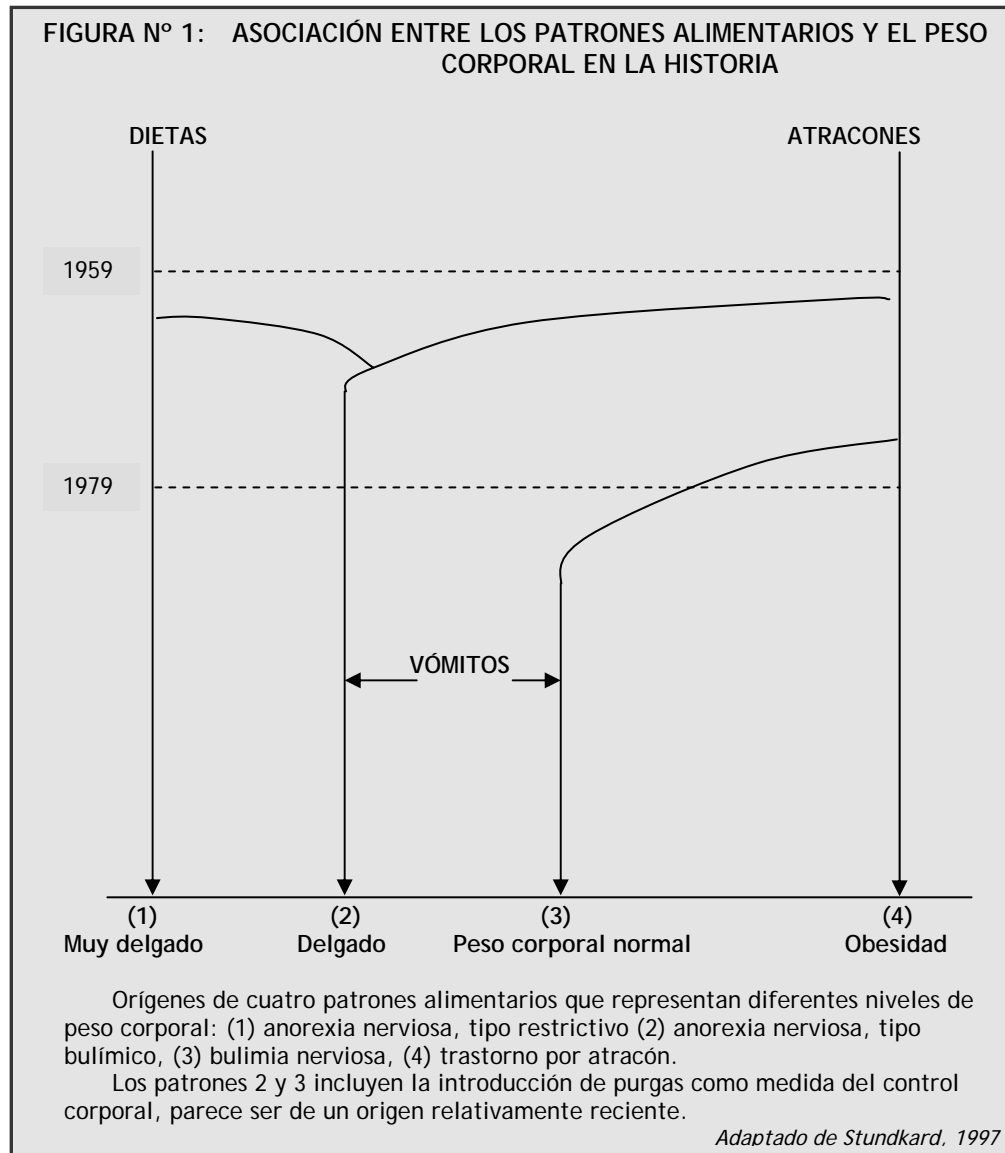
Russell le concedió tal importancia a la sobreingesta que afirmó: “*los episodios de sobreingesta constituyen la característica más constante del trastorno*”, como consecuencia, la sobreingesta (o, posteriormente, atracones) fue identificada como la característica prominente de la BN. Este énfasis en la importancia crítica de la misma ha permanecido en todas las ediciones del DSM (III, 1980; III-R, 1987; IV, 1994 y IV-TR, 2002) y se ha mantenido como el primer criterio para emitir el diagnóstico de BN. Sin embargo, en cuanto a las conductas compensatorias consiguientes, en el DSM-III no se exigía que el individuo presentara conductas purgativas, dietas estrictas o practicara ejercicio para prevenir el aumento de

peso. Cuestión que se ha considerado como factor principal para poder emitir el diagnóstico de BN a partir del DSM-III-R. Y a partir de la IV edición, para poder diferenciar los dos subtipos de BN: el *purgativo* (el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso) del *no purgativo* (el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso).

Lo que sí ha ido cambiando en las diferentes ediciones, es la definición de los episodios de sobreingesta o atracones, que se ha logrado que sea más operativa que subjetiva. En las dos primeras ediciones aparecían definidas de manera más subjetiva. Aun así, es difícil alcanzar un acuerdo en la definición de qué es lo que constituye un atracón en cuanto a la cantidad y la frecuencia para que sea considerado el síndrome. Algunos investigadores se han centrado más en la cantidad de comida ingerida durante el atracón, otros lo han hecho en su estado subjetivo (lo que el paciente considera como atracón), y otros incluso en la necesidad de diferenciar entre episodios discretos de sobreingesta o rápidas proporciones de comida (Garfinkel, 1995).

Más recientemente, como vimos con anterioridad, se ha considerado un tercer tipo de TCA, definido ya en 1992 por Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin *et al.* (1992), dentro de la categoría diagnóstica de los TCANE y como un diagnóstico provisional en investigación en el DSM-IV-TR (2002), el *Trastorno por Atracón* (TA) cuya característica fundamental sería la presencia de atracones como en la BN pero sin conductas compensatorias para controlar el incremento de peso. Este tipo de conducta alimentaria, ya fue definida por Stunkard (1959, cfr. Stunkard, 1997) en pacientes obesos. No nos vamos a detener más en el mismo por estar fuera de los objetivos de esta investigación.

Los diferentes diagnósticos de los TCA podrían ser resumidos, siguiendo a Stunkard (1997), según su influencia en el peso corporal a lo largo de la historia (ver fig. nº 1). Según este autor, las conductas alimentarias patológicas con unas profundas raíces históricas son los *atracones*, ya que se reconocieron hace 2000 años. El segundo patrón alimentario sería la restricción *alimentaria*, característica de la AN restrictiva, que se conoce desde 1873, si bien parece que ambos patrones alimentarios son los únicos que se han reconocido antes de 1959, año en que se publicó la primera descripción formal de los atracones.



Posteriormente, la combinación de *atracones y purgas* (especialmente *vómitos*) se reconocieron casi simultáneamente en 1980 tanto en pacientes emaciadas con AN como en personas con normopeso con BN. Y ya más recientemente los *atracones sin purgas*, que se ha denominado como TA. En suma, la descripción de las *conductas alimentarias patológicas* mencionadas ha dado como resultado la formulación de los cuatro tipos de TCA representados en la gráfica de la figura nº 1 como (1), (2), (3) y (4). La utilidad de esta descripción gráfica

radica en la claridad visual que proporciona en el momento de realizar el diagnóstico diferencial, especialmente entre AN de tipo *bulímico o purgativo*, y BN.

Para terminar la descripción de la evolución diagnóstica de los TCA, haremos referencia a un cuarto trastorno alimentario el *Night Eating Syndrome (NES) ó Síndrome del comer por la noche* que aunque no está incluido como un TCA en las clasificaciones diagnósticas oficiales, en todo caso, entraría dentro de la categoría diagnóstica de TCANE (de Zwaan, Burgard, Schenck y Mitchell, 2003). Es un síndrome que ya fue descrito por primera vez en 1955 por Stunkard, y ha sido poco estudiado desde entonces, aunque el interés en el mismo parece que se está incrementando en la última década (Stunkard, 2000; Napolitano, Head, Babyak y Blumenthal, 2001; Geliebter, 2002; de Zwaan *et al.*, 2003).

Este síndrome ha sido considerado por muchos autores más como una subcategoría diagnóstica de pacientes que presentan obesidad. De hecho las primeras descripciones realizadas, inicialmente por Stunkard, fueron en 16 pacientes obesos, y cuatro años antes del patrón alimentario del TA. Stunkard (1955; cfr. de Zwaan *et al.*, 2003) propuso los siguientes criterios para su diagnóstico: (1) consumición, durante el período que sigue a la cena, de al menos la cuarta parte total de las calorías correspondientes al día, (2) insomnio, al menos hasta media noche, más de la mitad del tiempo, y (3) anorexia matutina con una ingesta de comida insignificante en el desayuno. Además, la consideración de que el NES es especialmente prominente durante períodos de ganancia de peso y estrés, y hay una importante correlación entre el síndrome y un fracaso en la realización de regímenes dietéticos.

En la actualidad, se acepta que básicamente consiste en la presencia de anorexia matutina (pérdida del apetito durante la mañana), e hiperfagia al anochecer con agitación e insomnio (ver tabla nº 6). Se considera que es consecuencia de un trastorno (una demora en las fases) de los ritmos circadianos, posiblemente precipitados por el estrés (Stunkard, 1997). No obstante, es importante realizar el diagnóstico diferencial con el denominado *Nocturnal Sleep-Related Eating Disorders (NSRED) o Trastorno alimentario nocturno relacionado con el sueño*, incluido en la *International Classification of Sleep Disorders (ICDS)*

de la *American Sleep Disorders Association* (1990) (Iranzo, Santamaría, Sureda, Carrasco *et al.*, 2000).

TABLA Nº 6: CRITERIOS PROVISIONALES PARA EL SÍNDROME DEL COMER POR LA NOCHE

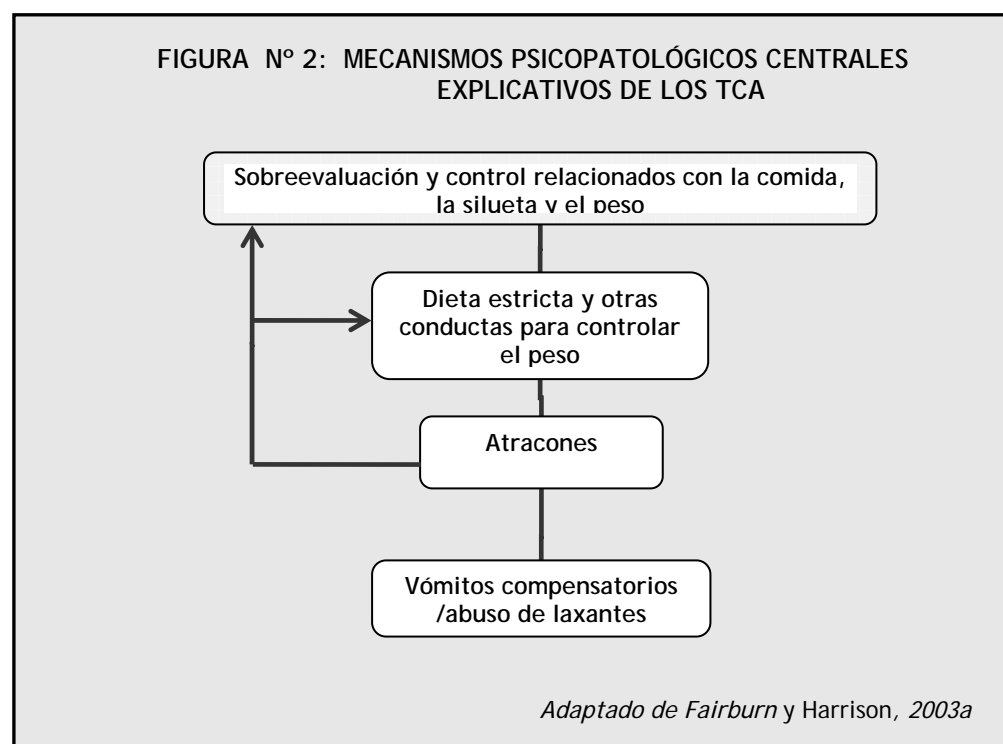
1. Anorexia en las mañanas, incluso si el sujeto toma el desayuno.
2. Hiperfagia al anochecer, en la que se consume el 50 % de la energía correspondiente a la ingesta del día, después de la última comida de la noche.
3. Despertares, al menos uno durante la noche.
4. Consumición de comida (*snacks*) durante los despertares.
5. Repetición de los criterios provisionales durante 3 meses.
6. Las personas no reúnen los criterios diagnósticos para bulimia nerviosa o para el trastorno por atracón.

Adaptado de de Zwaan et al., 2003

El debate se centra en considerar o no al NES como una variante del TA en el que los atracones se producen por la noche. Si bien el TA no está asociado a anorexia matutina o dificultades para dormir, los dos comparten otras características clínicas como son el comer como respuesta a emociones negativas, comer hasta encontrarse desagradablemente llena, comer a solas, y sentimientos de depresión o culpabilidad después de un episodio de sobreingesta (Napolitano *et al.*, 2001). Sin embargo, los expertos no han considerado el síndrome de la suficiente relevancia clínica como para incluirlo en las clasificaciones diagnósticas específicas.

Con respecto a los TCA, dada la polémica y el debate surgido en torno a lo estricto de los criterios diagnósticos, así como a los resultados de una larga evolución de estos trastornos, se ha propuesto recientemente otra forma de entender y estudiarlos: la perspectiva "*transdiagnóstica*", adoptada por Fairburn y Harrison (2003a) y Fairburn, Cooper y Shafran (2003b), entre otros autores. Desde esta perspectiva se propone considerar a las diferentes categorías diagnósticas de los TCA como un *continuum*, especialmente para explicar el mantenimiento de estos trastornos y de cara al tratamiento de tipo cognitivo-conductual.

Estos investigadores consideran, por una parte, que los tres tipos de TCA comparten numerosas características patológicas comunes (ver figura nº 2), como son *la sobreevaluación y control relacionados con la comida, la silueta y el peso*; y la expresión de esta psicopatología en similares actitudes y conductas: *la restricción de la ingesta alimentaria de manera rígida, los vómitos, el uso de laxantes y/o diuréticos, el ejercicio excesivo, la preocupación con pensamientos acerca de la comida, la silueta y peso; y los atracones con o sin conductas compensatorias*. Si bien los efectos en las personas con estos trastornos - especialmente de esta última característica- son diferentes: en la BN los efectos de las dos formas de conductas (atracones y conductas compensatorias) tienden a cancelarse entre ellas con el resultado de que el peso corporal está más o menos mantenido, mientras que en la AN predomina la infra-alimentación -en realidad no se producen "verdaderos" atracones sino "subjettivos"- con el resultado de que el peso corporal es extremadamente bajo y los síntomas de inanición son prominentes. Por otra parte, un gran número de estas personas en el curso de la evolución de su trastorno tienden a pasar de una categoría diagnóstica a otra por ejemplo: de AN a la de BN y/o a la de TCANE.

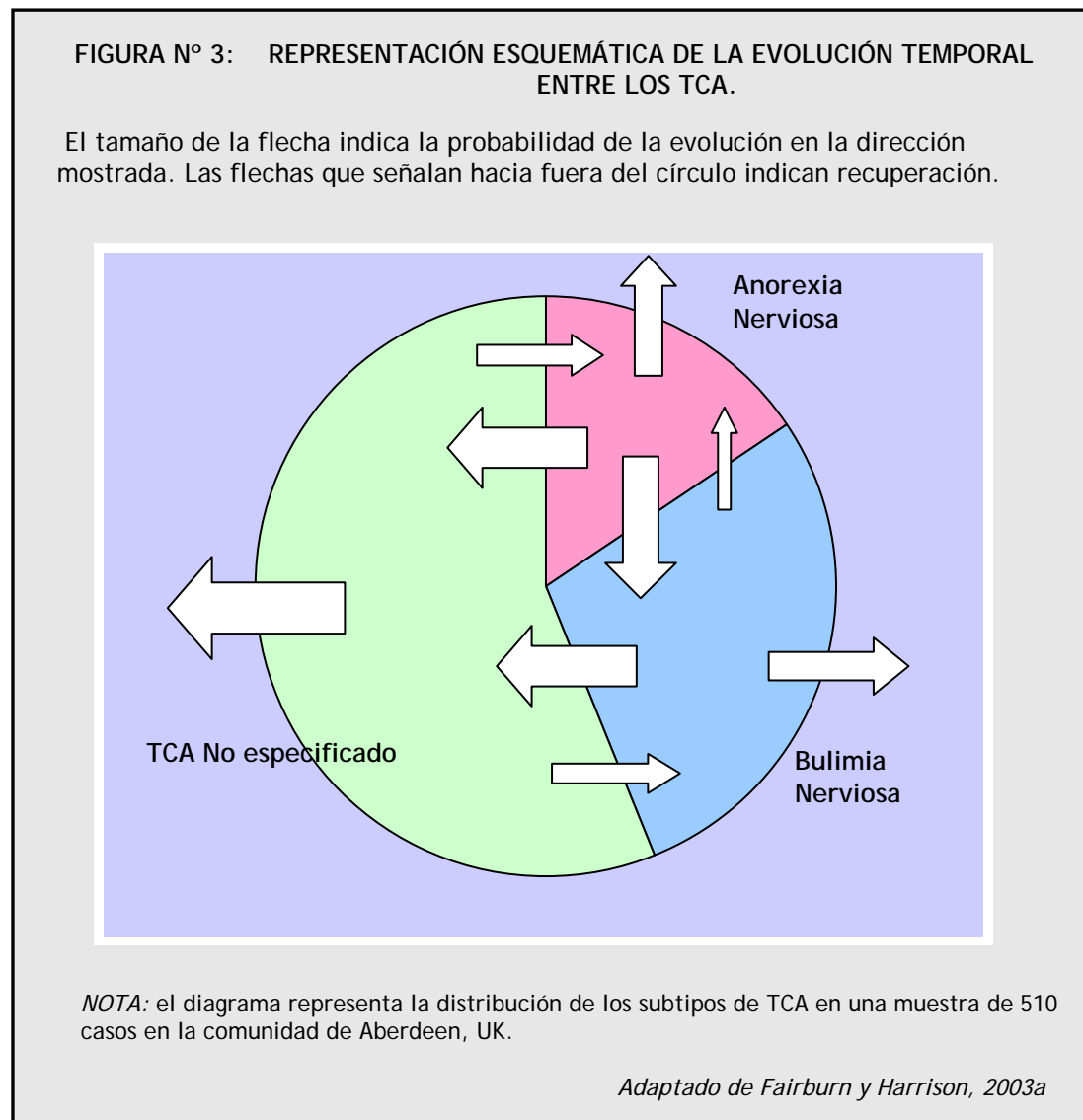


Esta evolución de los pacientes a través de las diferentes categorías diagnósticas, sorprendentemente, ha recibido poca atención hasta el momento. Sin embargo, ya en 1986, Fairburn junto a Garner proponían que el término "bulimia nerviosa" podía ser aplicado también a los pacientes con "anorexia" que presentaran atracones y purgas (cfr. Agras, 1987). Actualmente, según señalan Fairburn y Harrison (2003a) este hecho se puede observar claramente cuando son estudiadas transversalmente, pero aún llega a ser más evidente cuando se hace desde una perspectiva longitudinal, ya que las personas con AN no recuperadas, pasan a la BN con una alta frecuencia (una cuarta parte de las pacientes con BN habían tenido en su pasado AN (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson *et al.*, 2000). Este movimiento de AN a BN refleja un cambio en el balance de infra-alimentación y sobre-alimentación cesando su influencia sobre el peso, muchos de los otros síntomas psicopatológicos permanecen iguales pero los síntomas de la inanición disminuyen con el incremento de peso y el miedo a la gordura se intensifica por los episodios de atracones.

Por otra parte, y dentro de esta evolución queda incluida la tercera categoría diagnóstica de tal manera que un TCANE es un resultado frecuente de la AN (Sullivan, Bulik, Fear y Pickering, 1998); en cambio, la BN puede comenzar típicamente con AN o un TCANE, y un resultado frecuente de la BN es un TCANE crónico (Fairburn y Walsh, 1995; Fairburn y Harrison, 2003a).

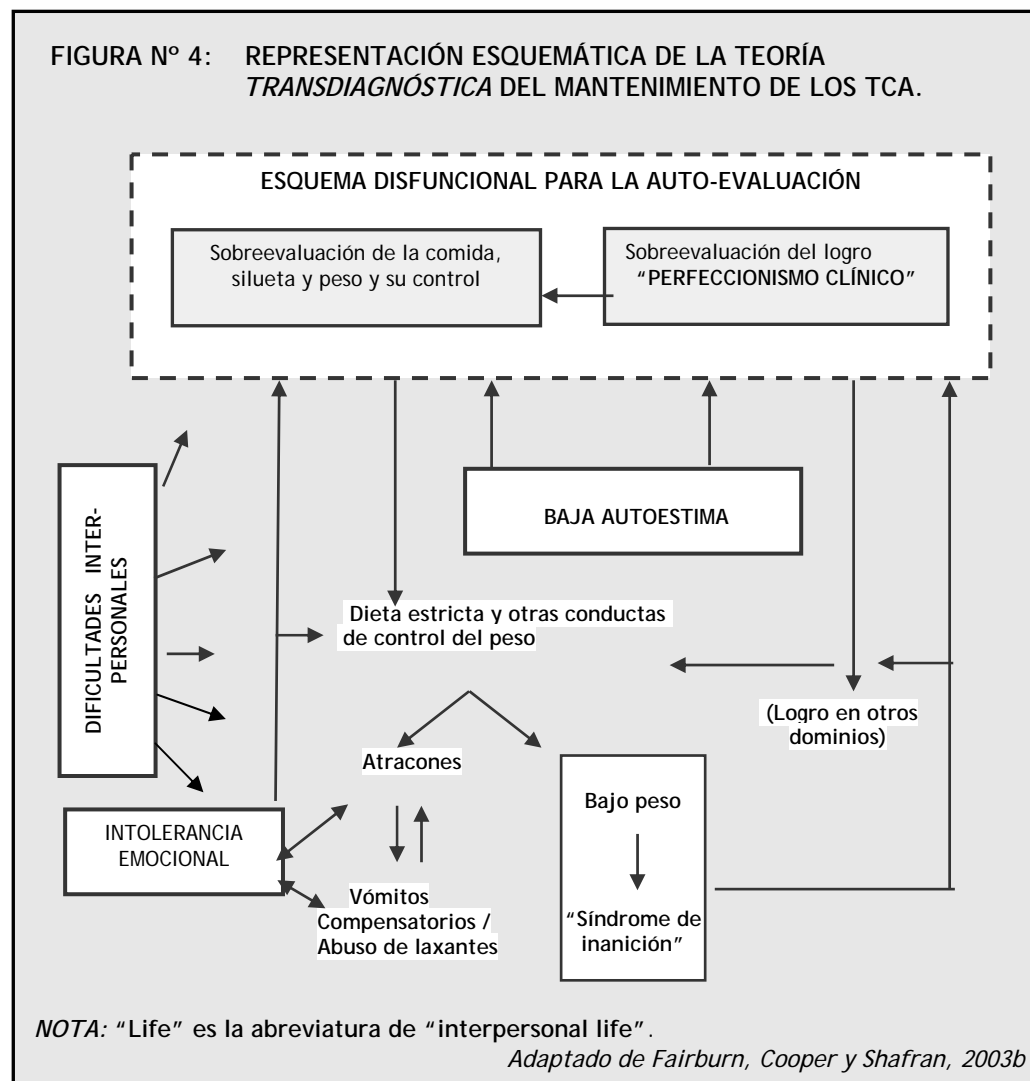
En sus estudios Fairburn, Stice, Cooper, Doll, *et al.* (2003c) y Fairburn *et al.* (2003b) proponen que los TCA de origen en la adolescencia media típicamente toman la forma de AN o de una *AN como estado*, mientras que la *BN como cuadro* es más típica de los TCA que se presentan al final de la adolescencia o inicio de la adultez. De manera que los trastornos que persisten desde la adolescencia a la adultez comúnmente cambian en forma de una AN restrictiva *como cuadro* a uno más típico de la BN. Según parece, esta transición es tan común que recientemente se ha sugerido, en un estudio longitudinal prospectivo realizado por Eddy, Keel, Dorer, Delinsky *et al.* (2002) que la forma restrictiva de la AN parece representar, más que ser un síndrome independiente, una *fase temprana* en el curso de un TCA.

Las principales trayectorias migratorias que siguen estas pacientes, según proponen Fairburn y Harrison, quedan ilustradas en la figura nº 3.



En definitiva, según estos investigadores, tanto la AN como la BN y los TCNE comparten la misma psicopatología distintiva, y las personas que los padecen se mueven entre esas condiciones diagnósticas a través del tiempo. A estas dos características les sumamos la observación clínica de que comparten características patológicas que tienden a ser mantenidas por procesos psicopatológicos similares. Todo ello sugiere que están implicados unos mismos mecanismos de acción adicionales que contribuyen a la persistencia

de estas tres patologías al interactuar con los mecanismos centrales del mantenimiento de los TCA (ver figura nº 4).



Estos mecanismos son los siguientes:

- *Perfeccionismo clínico*, influencia de un perfeccionismo severo de significación clínica, cuya característica principal -según los autores- es un sistema disfuncional de auto-evaluación en el que la propia valoración se orienta en el esfuerzo por alcanzar metas exigentes y el éxito al lograrlas, a pesar de las consecuencias negativas. Las normas

perfeccionistas de las pacientes son aplicadas para conseguir el control de la alimentación, silueta y peso, así como para otros aspectos de su vida (su rendimiento en los estudios o en el deporte). Los mismos mecanismos que operan en la BN también lo hacen en determinados casos de AN, de hecho, es más importante en la AN que en la BN, en la que ese perfeccionismo estas personas lo pueden considerar, en parte, como el éxito en la restricción de su alimentación.

- **Baja autoestima**, impacto de una incondicional y fuerte baja autoestima. La mayoría de las pacientes son autocríticas como resultado de su fracaso para alcanzar sus metas; algunas pacientes más que un simple pensamiento negativo sobre ellas mismas como resultado de su inhabilidad para controlar su alimentación, silueta y peso, tienden a tener una incondicional visión negativa de sí mismas que forma parte de su identidad. Estos juicios son autónomos y en gran parte independientes de su actuación. No sólo se observa en la BN sino que también ocurre en la AN especialmente en los casos más crónicos en los que parece ser un factor importante de mantenimiento.
- **Intolerancia emocional**, dificultades en las estrategias de afrontamiento ante estados emocionales intensos. Se refiere a una inhabilidad para hacer frente apropiadamente a determinados estados emocionales, normalmente negativos, tales como la ira, la ansiedad o la depresión, pero en algunos casos hay intolerancia a todos los estados emocionales incluidos los positivos (v.g. excitación). Estas pacientes presentan como consecuencia "*conductas disfuncionales en la modulación del humor*" que reducen su conciencia de la activación del estado de ánimo (y las cogniciones asociadas), y también las neutralizan pero con un coste personal. Estas conductas pueden manifestarse en forma de autolesiones (v.g. cortes, puñetazos o quemaduras) que tienen el efecto de disipar rápidamente el estado inicial de ánimo, o que pueden incluir la toma de sustancias psicoactivas (v.g. alcohol, tranquilizantes) para modificar directamente cómo se sienten. En las pacientes con BN, los atracones, los vómitos autoinducidos y el ejercicio intenso son las formas que adoptan estas conductas moduladoras del estado de ánimo. Normalmente los procesos cognitivos contribuyen a este fenómeno, por ejemplo, responden a los cambios incipientes de humor pensando que no serán capaces de afrontarlos con los resultantes sentimientos y pensamientos, una reacción que puede

amplificar el estado de ánimo. Esta característica es menos típica en pacientes con AN del tipo restrictivo.

- *Dificultades interpersonales*, por ejemplo, las tensiones familiares a menudo intensifican la resistencia a comer, así como ciertos ambientes interpersonales (las familias con otros miembros afectados de un TCA, o los trabajos en los que existe presión para estar delgado) magnifican la preocupación sobre el control de la comida, la silueta y el peso. Igualmente, acontecimientos interpersonales negativos, precipitan episodios de atracones. Y las dificultades interpersonales a largo plazo socavan la autoestima que, como consecuencia, las personas afectadas con un TCA van a ser más propensas a esforzarse, incluso más firmemente, para alcanzar metas valoradas como éxito en el control de la comida, figura y peso.

Sin embargo, según Fairburn *et al.* (2003b), el hecho de que los TCA no evolucionen a otras condiciones psiquiátricas prestaría apoyo en conjunto a la distinción de las categorías diagnósticas.

Desde otra perspectiva, Beumont y Touyz (2003) discrepan en cuanto a los planteamientos de Fairburn *et al.*, ya que consideran que son las actitudes, las conductas anormales y las cogniciones asociadas las que son similares, pero no lo son sus psicopatologías en el sentido Jasperiano del término. Consideran que se centran en el contenido más que en la forma del estado mental de manera que, para estos investigadores, mientras que ambas pacientes conceden una importancia excesivamente alta al peso y a la figura, están muy preocupadas por comer y no comer, relacionan su baja autoestima a la visión de sus propios cuerpos, y ambas tienden también a negar su delgadez o a sobreestimar su talla. Ninguna de estas características son únicas de estos trastornos, ya que caracterizan también a los TA y a muchas de las mujeres jóvenes sanas, que aún sin tener problemas de peso, tienen esencialmente las mismas cogniciones. Por lo tanto, lo que las distinguiría de la BN y la AN sería su intensidad, no su cualidad.

Con respecto al esquema clasificatorio existente en la actualidad, Fairburn y Harrison opinan que es insatisfactorio y anómalo, ya que más de la mitad de los casos vistos en la

práctica clínica son relegados a la categoría de TCANE, de ahí que propongan unificar estas tres categorías más que separarlas. Así, actualmente proponen expresamente la necesidad prioritaria de "*un esquema clasificatorio que refleje la realidad clínica*" para facilitar a su vez la práctica clínica e investigadora (Fairburn y Harrison, 2003a; p. 414). En este punto coinciden Beumont *et al.* (2003), al proponer, respecto a las clasificaciones diagnósticas, que "*es tiempo de pensar en la AN y los TCA de una forma diferente al actual estereotipo*".

La crítica principal que Beumont y Touyz (2003) hacen al sistema de clasificación de estos trastornos en nuestros días es justamente el que a partir de éste no se puedan hacer *diagnósticos tempranos*, porque estos criterios incluyen aspectos de duración intrínsecos, aunque no específicamente formulados. Por ejemplo, el criterio de emaciación o el de los trastornos conductuales, para que éstos se consideren presentes deben haberlo estado durante un tiempo determinado. Y, a su vez son necesarios, precisamente debido a la existencia de casos de TCA incipientes y en los que es importante su pronta identificación de cara al tratamiento. Sin embargo, en la actualidad y en la práctica, son indistinguibles entre las jóvenes, aquellas que hacen dietas restrictivas, ejercicio físico excesivo, o incluso utilizan conductas no saludables como vómitos y purgas para controlar su peso. También refieren que los criterios diagnósticos específicos del DSM-IV o CIE-10 son inadecuados para describir la condición clínica de estos pacientes. Consideran que la AN es un trastorno que requiere ser organizado en fases o etapas. Beumont y Touyz definen las etapas o fases de un trastorno como periodos definidos en su desarrollo que están marcados por grupos específicos de síntomas. En el caso de los TCA deberían definirse en términos de *severidad* (de la alteración nutricional, manifestaciones médicas, psicopatología, anormalidades conductuales y función psicosocial). Y además, debido a que es un trastorno crónico, en términos de *duración* (episodios agudos, remisión parcial o completa) y de *resultados finales* (recuperación, muerte, cronicidad o residual).

La *perspectiva transdiagnóstica* de los TCA que estamos comentando, no es nueva, podemos vislumbrar claros antecedentes en los tradicionales *modelos o hipótesis de la continuidad vs. discontinuidad*, que se plantearon en principio como modelos explicativos de la BN. Los primeros planteamientos sobre la *hipótesis de la continuidad* se esbozaron en los trabajos de Nylander (1971), Striegel-Moore, Siberstein y Rodin (1986), Polivy y Herman

(1987); y sobre la *hipótesis de la discontinuidad* en los trabajos de Bruch (1973) y Crisp (1965) (cfr. Ruderman y Besbeas, 1992).

Desde el *modelo de la continuidad* se considera que los TCA se encontrarían sobre un *continuum* en el que en un extremo quedarían los TCA y en el otro extremo la conducta alimentaria normal, encontrándose las dietas en un punto intermedio. Se asume que la BN difiere en grado, más que en tipo, desde formas menos patológicas de alteraciones alimentarias, habiendo una relación proporcional entre el grado de los factores de riesgo de los TCA mostrado por una persona (*v.g.* insatisfacción corporal, realización crónica de dietas) y el grado en que presenta síntomas bulímicos (*v.g.* atracones y conductas purgativas). Así la bulimia se desarrollaría cuando una persona muestra las manifestaciones más extremas de las mismas: preocupaciones sobre el peso y la dieta que atormentan a muchas mujeres en la sociedad occidental (*v.g.*, períodos de inanición/atracones, vómitos autoinducidos) (Löwe, Gleaves, DiSimone-Weiss, Kolsky *et al.*, 1996). Así, según los investigadores que defienden esta perspectiva, las dietas desempeñarían un rol causal en el desarrollo de una BN (Gleaves, Löwe, Show, Green *et al.*, 2000; Ruderman y Besbeas, 1992).

Esta teoría se apoya en datos obtenidos de estudios clínicos que muestran cómo las dietas preceden a los atracones en la gran mayoría de las pacientes con bulimia, a la vez que existe un paralelismo con el incremento, desde los años setenta, entre el énfasis imperante en la sociedad sobre la delgadez y el aumento de la prevalencia de la BN. Por ejemplo, Garfinkel, Moldofsky y Garner (1980, cfr. Polivy, Zeitlin, Herman y Beal, 1994) ya en los años ochenta observaron que el 50% de las pacientes con AN que comenzaban a hacer dieta vigorosamente y perdían el 15% o más de su peso corporal, desarrollaban después una BN o presentaban atracones y purgas. En este sentido, se han aportado otros datos de estudios de laboratorio realizados sobre los patrones alimentarios de comedores restrictivos, en los que se observó que altos niveles de restricción alimentaria están asociados con patrones atípicos alimentarios. Es decir, los comedores restrictivos aumentan su consumo por encima de los niveles basales cuando creen que han comido algo de muchas calorías, experimentan un estado de ánimo disfórico, o consumen alcohol a sabiendas (Ruderman y Besbeas, 1992).

Asimismo, se ha estudiado la relación de esta hipótesis con *factores de riesgo*, diferenciando los que están directamente relacionados con la preocupación sobre el peso y la comida de otros factores más generales representativos como son los rasgos de personalidad y la presencia de otras psicopatologías encontrando evidencias para ambos tipos de factores a favor de la continuidad, en el sentido de, por ejemplo, un mayor incremento de la preocupación sobre el peso y la comida entre comedores no restrictivos, comedores restrictivos e individuos bulímicos, respecto a los controles y en el mismo sentido sobre varias medidas de psicopatología y de personalidad (Gleaves *et al.*, 2000).

Por otra parte, desde el *modelo de la discontinuidad* se sugiere que las personas con patología alimentaria son categóricamente diferentes de aquellas con alteraciones alimentarias atípicas o sin problemas alimentarios (Bruch, 1973; Selvini-Palazzoli, 1978; Crisp, 1980; cfr. Stice, Killen, Hayward y Taylor, 1998). Desde esta perspectiva, por ejemplo las personas con BN difieren cualitativamente de las personas con bulimia atípica y controles. El mejor representante de esta perspectiva es el trabajo de Bruch (1973) en el que reconoció que la dieta normalmente jugaba un papel importante en el desarrollo de la bulimia, pero también sugirió que las personas que desarrollaban bulimia y habían hecho dieta tenían otras características predisponentes (depresión, problemas del control de los impulsos, *etc.*). Además Bruch sugirió que la bulimia se desarrollaba en mujeres jóvenes que fueron expuestas a influencias particulares durante la infancia.

A favor de esta teoría, Ruderman y Bisbeas (1992) para estudiar los modelos de continuidad *vs.* discontinuidad compararon personas con BN, dietantes y controles en un amplio abanico de medidas de funcionamiento psicológico. Encontraron que, mientras que las personas con bulimia y las dietantes diferían en dieciocho medidas de sintomatología psicológica, los dietantes y controles sólo diferían en una.

Por último, en un trabajo pionero, Gleaves *et al.* (2000) aplicaron los procedimientos de análisis taxonómico, para estudiar el planteamiento de los modelos *continuidad vs. discontinuidad* en los TCA. La mayoría de los resultados sugirieron una discontinuidad latente (taxón) más consistente con el modelo de la discontinuidad. No obstante, reconocieron que

este hallazgo no implicaba que no hubiera una o más dimensiones también relacionadas con la bulimia.

Como conclusión, podemos observar que a menudo los datos son contradictorios, hay ciertas variables que efectivamente apoyan el modelo de la continuidad, mientras que otras apoyan el de la discontinuidad. Como señalan Fitzgibbon, Sánchez-Johnsen y Martinovich (2003), las inconsistencias están potencialmente relacionadas con el hecho de que dependiendo del aspecto del trastorno que se está estudiando los resultados difieren. Así las variables relacionadas con la patología central de los TCA (el peso, el impulso a la delgadez) versus variables relacionadas con la comorbilidad de síntomas psiquiátricos (la depresión, el malestar, la ansiedad), generalmente apoyan las diferentes perspectivas. Si bien todos los datos empíricos obtenidos de los diferentes estudios no han sido capaces de resolver claramente la cuestión de si la BN difiere cuantitativamente o cualitativamente de las formas más comunes de preocupaciones sobre la alimentación y el peso (Gleaves *et al.*, 2000).

Recapitulando lo expuesto en este apartado, quisiéramos terminar de acuerdo con Beumont y Touyz. (2003), quienes muy recientemente en una reflexión sobre la AN, propusieron respecto a las categorizaciones sobre los TCA al uso (DSM-IV-TR y CIE-10), que éstas "(...) *no sólo distorsionan nuestra visión de la enfermedad, sino que además trivializa su gravedad. (...) De hecho, en los países desarrollados de Europa, Norteamérica, Japón, Singapur, Australia y Nueva Zelanda, la AN es ahora una de las enfermedades crónicas más serias de chicas adolescentes y mujeres jóvenes.*" (p. 20).

Además, estos autores propusieron que para evaluar la "*gravedad de una enfermedad*" se deben considerar todas y cada una de las siguientes cuestiones: la prevalencia, la mortalidad, la cronicidad, los efectos sobre la vida del individuo que la padece, sobre la familia y sobre la sociedad en general. Pues bien, cada una de estas medidas, en la anorexia nerviosa en concreto, son muy graves. No por ello, dejan de ser *raras* cuando las comparaciones se establecen con grandes problemas de salud pública como puedan ser la obesidad, la hipertensión o el abuso de sustancias. Tal es así que, por ejemplo en el informe anual de la OMS "*The World Health Report 2001: Mental Health: New understanding, new hope*" no están incluidas dentro de las enfermedades mentales más comunes (entre las que se

incluyen a los *trastornos depresivos*, los *trastornos por abuso de sustancias*, la *esquizofrenia*, la *epilepsia*, la *enfermedad de Alzheimer*, el *retraso mental*, y los *trastornos de niños y adolescentes* como el grupo de las *dislexias*, y el de los *trastornos comportamentales y emocionales*). No obstante, la *anorexia nerviosa* es común dentro de las enfermedades crónicas graves.

3.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES

La evolución más reciente de los criterios diagnósticos de la AN queda recogida en el DSM-IV-TR (APA, 2001) en el que no se han introducido modificaciones en cuanto su versión anterior DSM-IV (APA, 1994); y en la CIE-10 (OMS, 1992 y 1993) (ver tabla nº 7). Observamos que, a pesar de ser un síndrome perfectamente delimitado desde hace mucho tiempo, los métodos que se han utilizado para su diagnóstico (algunos focalizados sólo en la psicopatología central) han adolecido de fiabilidad al aplicarlos, hasta llegar a las descripciones actuales, en las que este problema se ha mejorado, pero aún no se ha solventado totalmente.

TABLA Nº 7: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES PARA LA AN (1)

DSM-IV y IV-TR (APA, 1994 y 2002): 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 del peso que da lugar aun peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación, o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

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

Continúa

Tabla N° 7: CRITERIOS DIAGNOSTICOS ACTUALES PARA LA AN (2)

CIE-10 (OMS, 1992): F50.0, PARA USO CLÍNICO

- A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quelet de menos del 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- B. La pérdida de peso esta originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados; 3) purgas intestinales autoprovocadas; 4) ejercicio físico excesivo y 5) consumo de fármacos anoréxicos o diuréticos.
- C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia del sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele complicarse, pero la menarquía es tardía.

ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA: F 50.1

Este término debería usarse para referirse a aquellos individuos en los que falta una o más características básicas de la anorexia nerviosa (F50.0), como la amenorrea o pérdida de peso importante, pero que, no obstante, presentan un cuadro clínico bastante típico. También pueden incluirse bajo este epígrafe los pacientes que tienen todos los síntomas básicos pero sólo en grado bajo.

CIE-10 (OMS, 1993): F50.0, PARA USO DE INVESTIGACIÓN

- A. Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos del 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.
- B. La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos que engordan.
- C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un dintel de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras anticonceptivas).
- E. No cumple los criterios A y B de bulimia nerviosa.

Continúa

Tabla N° 7: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES PARA LA AN (y 3)

Comentarios

Los siguientes síntomas apoyan el diagnóstico pero no son elementos necesarios: vómitos autoinducidos, ingesta de laxantes, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

Si el comienzo del trastorno es prepuberal, se retrasa e incluso detiene la secuencia de acontecimientos que constituyen la pubertad (se detiene el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y existe amenorrea primaria; en los varones los genitales permanecen infantiles). Con la remisión del trastorno, suele completarse la pubertad de forma normal, aunque la menarquía sea tardía.

En suma, la AN es un trastorno que se caracteriza por la preocupación por el peso corporal y la comida, una conducta dirigida hacia la pérdida de peso, unos patrones de manipulación de la comida peculiares, la pérdida de peso, un miedo intenso a la ganancia de peso, la distorsión de la imagen corporal y presencia de amenorrea.

La búsqueda de pérdida de peso tiene éxito cuando se consigue uno muy bajo. Esta pérdida de peso es, en primer lugar, el resultado de una restricción de ingesta de comida severa y selectiva, excluyendo las comidas que considera que engordan. En la mayoría de los casos no hay una verdadera *anorexia* como tal. En algunas pacientes, la restricción sobre la ingesta de comida también está motivada por otros procesos psicológicos, que pueden incluir el ascetismo, la competitividad y un deseo de castigarse ellas mismas. Muchas pacientes se obligan en un tipo impulsivo de ejercicio excesivo, que contribuye a su bajo peso. Los vómitos autoinducidos y otras formas extremas de conductas para controlar el peso, tales como el abuso de laxantes o diuréticos, las practican algunas personas. Algunas pacientes tienen momentos en los que pierden el control sobre el comer, aunque las cantidades que toman no son excesivas.

Está frecuentemente acompañada de síntomas de los trastornos de depresión y ansiedad, irritabilidad, labilidad del estado de ánimo, disminución en la concentración, pérdida del apetito sexual, y sintomatología obsesiva. Típicamente todos estos síntomas empeoran cuando se pierde más peso y mejoran con la recuperación del peso. El interés por el mundo exterior también declina cuando los pacientes están bajo peso, con el resultado de

que la mayoría llegan a estar retraídas socialmente y aisladas, si bien este síntoma también parece ser reversible (Halmi, 1996).

En el caso de la BN, la evolución más reciente de los criterios diagnósticos queda finalmente recogida en el DSM-IV-TR (APA, 2001) en el que no se han introducido modificaciones en cuanto su versión anterior DSM-IV (APA, 1994); asimismo en la CIE-10 (OMS, 1992 y 1993) (ver tabla nº 8). En cuanto a las novedades que se presentan en las mismas son, por una parte la inclusión de dos criterios nuevos: el D (*autoevaluación indebidamente influenciada por la silueta corporal*) y el E (*la alteración no ocurre exclusivamente durante episodios de AN*). Este último criterio se introduce con la lógica de realizar el diagnóstico diferencial, en base a la segunda novedad: la distinción entre los dos subtipos diagnósticos (tanto de la AN como de la BN) que fueron introducidos por primera vez en estas versiones. De tal manera que en aquellos casos en los que durante los episodios de AN aparecen conductas de tipo bulímicas, se emita el diagnóstico de AN *subtipo purgativo o compulsivo* mejor que el diagnóstico de BN. Por otra parte, hay que tener en cuenta que, como señala Halmi (1996), no todas las personas que presentan atracones con la comida serán diagnosticadas psiquiátricamente, ya que ésta es una conducta que se ha convertido en una práctica común entre jóvenes universitarias, y más recientemente en los centros de secundaria (Del Río, Borda, Torres y Lozano, 2002).

TABLA Nº 8: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES PARA LA BN (1)	
<u>DSM-IV y IV-TR (APA, 1994 y 2001): 307.51</u>	
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 periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (p.e. 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.
	<i>Continúa</i>

TABLA N° 8: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES PARA LA BN (y 2)

Especificar el 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.

CIE-10 (OMS, 1992): F50.2, PARA USO CLÍNICO

- A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos provocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de su enfermedad, o al de su peso óptimo sano. Con frecuencia, aunque no siempre existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

BULIMIA NERVIOSA ATÍPICA: F 50.1

- A. Falta una o más de las características principales de la BN, pero por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico.
- B. Pacientes de peso normal o incluso superior al normal, pero que presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas.
- C. Síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico).

CIE-10 (OMS, 1993): F50.2, PARA USO DE INVESTIGACIÓN

- A. Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos a la semana durante un período de 3 meses) en los que la persona consume grandes cantidades de alimentos en períodos pequeños de tiempo.
- B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o sentimiento de compulsión al comer.
- C. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:
 - 1. vómito autoprovocado
 - 2. abuso de laxantes
 - 3. períodos de ayuno
 - 4. consumo de fármacos
- D. Autopercepción de estar demasiado obeso junto con ideas intrusivas de obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso).

Una cuestión que no queda resuelta con las clasificaciones diagnósticas, y que es muy frecuente encontrar en la práctica clínica, es la diferencia entre dos subgrupos de pacientes con BN. Es decir, entre aquellas pacientes que presentan un peso normal, llevan a cabo atracones y usan métodos purgantes y que a su vez sólo se distinguen por el hecho de haber padecido o no una historia previa de AN (o un episodio anterior). Turón (1997b) también hace referencia, en esta misma línea, a aquellas conductas alimentarias caracterizadas por alternar períodos de dieta muy restrictiva con sintomatología claramente anoréxica (que cumplen los criterios diagnósticos), con otros períodos donde la clínica es claramente bulímica. Es decir, aquellas pacientes que tras realizar una dieta muy restrictiva y arduos para perder peso, se sucede otro de pérdida de control, con atracones y vómitos. Su nexo común es el rechazo a ganar peso, la preocupación por la figura, la alimentación peculiar y la distorsión de la imagen corporal. Cuando el trastorno evoluciona y se hace crónico, los rasgos de personalidad y la conducta de estos pacientes se asemejan cada vez más a las pacientes con BN. De nuevo aquí volveríamos a retomar la polémica sobre considerar a los TCA como un *continuum*, que ya comentamos extensamente en el apartado anterior. Cuestión no contemplada ni clarificada en las clasificaciones diagnósticas.

4. COMORBILIDAD DE LA AN Y BN CON ALGUNOS TRASTORNOS

En los TCA, ya sea de tipo anoréxico o bulímico, se presenta una alteración psicopatológica específica central: la alteración de la conducta que tiene relación con la ingesta y la alteración de la percepción de la imagen corporal. Pero detrás de estas actitudes típicas y propias de los TCA, se identifican otros síntomas psicopatológicos que están presentes igualmente en otros trastornos psiquiátricos, y que aunque se presentan en las pacientes con TCA, pueden ser susceptibles de ser agrupados psicopatológicamente en síndromes psiquiátricos definidos. Por tanto, puede haber casos en los que además se presenta el cuadro psicopatológico completamente definido y potencialmente diagnosticable según criterios consensuados y operativos. Cuando aparecen estos cuadros, que constituyen

una entidad propia y claramente diferenciada del TCA, aún apareciendo de forma concomitante, hablamos ya de *comorbilidad* con los TCA.

Antes de profundizar en este tema, una cuestión importante a considerar por su posible influencia en el estudio de la comorbilidad de los TCA, es que en el inicio del trastorno, especialmente en la AN, las pacientes suelen presentar un reconocimiento limitado de la enfermedad (o abiertamente una negación de la enfermedad) y experimentan todos sus síntomas como *egosintónicos*, lo que en ocasiones se acompaña del correspondiente desconocimiento por parte de la familia (APA, 2001). Todo esto puede interferir especialmente en el estudio de la cronología en cuanto a su aparición, así como en la sintomatología asociada que presentan, con las consecuencias que se derivan para una investigación apropiada de la comorbilidad. Asimismo, este hecho interfiere, dificultando enormemente el tratamiento de estas pacientes, como señalan Beato y Rodríguez (2002), debido a la nula conciencia de enfermedad a la que se le puede añadir la falta de implicación proporcionada a la gravedad de su situación; aunque las pacientes con BN, especialmente en el ciclo atracón/vómito, suelen vivirlo de una manera más *egodistónica*.

Además, ya en 1963 King (cfr. Cervera y Quintanilla, 1995) identificó una serie de características psicopatológicas que se presentaban con mayor frecuencia en las pacientes con AN, como son: rasgos de personalidad obsesiva en la infancia y robos menores, repugnancia postpuberal ante el pensamiento y el desarrollo sexual, con ausencia incluso de actividades sexuales menores, dependencia postpuberal de la madre, irritabilidad, falta del sentido del humor, marcada obsesividad e introversión, bulimia, hostilidad frente a las personas con las que debe mantener una relación de dependencia y actitudes autistas.

No podemos olvidar que, en el sentido opuesto, al hacer una somera revisión de los trastornos mentales en cualquier manual al uso, observamos que en la mayoría de ellos están presentes las alteraciones de la conducta alimentaria, si bien de manera sintomática, unida al propio trastorno mental y que cursa de manera episódica. No obstante, lo que observamos en los TCA puede ser desde sintomatología hasta la presencia de síndromes completos. Por ello, consideraremos la sintomatología comórbida que, por una parte, interfiere más en la vida de las personas con TCA, y por otra, ha sido más frecuentemente estudiada en los TCA.

4.1. TRASTORNOS PSICÓTICOS

4.1.1. AN Y TRASTORNOS PSICÓTICOS

En la actualidad sabemos poco sobre la presencia de psicopatología de tipo psicótico en los TCA debido a que se le ha prestado insuficiente atención en la literatura científica especializada. Son escasos los investigadores que se han centrado en los *trastornos psicóticos* completos así como en los *síntomas psicóticos* comórbidos. Entre ellos se encuentran, siguiendo a Deckelman, Dixon y Conley (1997): Selvini-Palazzoli (1965), Bruch (1973), Rally (1979), Hsu, Meltzer y Crisp (1981), Jeammet (1984), Grounds (1982) y Hudson, Pope y Jones (1984) quienes señalaron que los síntomas psicóticos de tipo afectivo podían ser los más comunes.

Por otra parte, los pocos estudios que encontramos al respecto son estudios de caso (entre otros: Bruch, 1973; Rally, 1979; Hsu, Meltzer y Crisp, 1981; Salmon, 1996; Hugo y Lacey, 1997; cfr. Deckelman *et al.*, 1997; y Dymek y Le Grange, 2002) y la mayoría de ellos han sido criticados. Por una parte, porque se consideraba que faltaba rigor en la aplicación de los criterios diagnósticos. Y, por otra parte, porque las alteraciones psicóticas estaban presentes antes que las anoréxicas (Hudson, Pope y Jones, 1984; cfr. Deckelman *et al.*, 1997).

Las primeras referencias las encontramos en el manual de Hsu (1990) en el que se cita a Brill (1939) quien descubrió el retraimiento y las características *esquizoides* en estas pacientes, por lo que consideró a la AN como una forma frustrada de esquizofrenia. Asimismo señaló que Nicolle (1938) compartió este punto de vista, e incluso Bruch (1964) en un momento dado sintió que había una unión entre la AN y la esquizofrenia a causa de las alteraciones perceptuales que presentaban las pacientes. En esta misma línea, Selvini-Palazzoli (1965; cfr. Cervera y Quintanilla, 1995) consideró a la AN como una forma de "*psicosis monosintomática*" que calificó de "*paranoia interpersonal*" y la situó a medio camino entre las posiciones esquizo-paranoides y depresivas. Sin embargo, el mismo Hsu (1990) refería que hasta ese momento nadie había sugerido que la AN fuera una forma de esquizofrenia. En realidad, salvo escasas excepciones, ésta ha sido la opinión más generalizada sobre el tema.

Más recientemente, nos encontramos con que Hugo y Lacey (1998) observaron y concluyeron que la patología alimentaria servía como *defensa ante los síntomas psicóticos severos*. Según estos autores la presencia transitoria de síntomas psicóticos en los TCA podían observarse en respuesta al estrés psicológico de “estar mejorando”.

Otros autores consideraron que los síntomas psicóticos eran resultado de la inanición más que el de un proceso psicótico subyacente (Brozowska, Wolanczyc y Komender, 1998; Robinson y Winnik, 1973; cfr. Dymek y Le Grange, 2002), como ya lo hiciera Dally (1979; cfr. Cervera y Quintanilla, 1995), que consideraba que ocurrían como resultado de la deshidratación, de los trastornos electrolíticos o del abuso de drogas. Además, existe controversia sobre el tema a nivel metodológico. Según Hudson et al. (1984; cfr. Deckelman et al., 1997), la mayoría de los casos informados como psicóticos son criticables, ya que en la generalidad de ellos, los autores no utilizaron métodos de evaluación estandarizados. Y en otros faltaban aplicar rigurosamente los criterios diagnósticos, de manera que si los casos fueran en la actualidad rediagnosticados, lo serían como *trastornos o alteraciones del estado de ánimo con síntomas psicóticos*.

No obstante, los estudios de evolución de pacientes con AN muestran variaciones en la estimación de la presencia de psicopatología psicótica en un rango que va de 0 al 12% (Herzog, Keller y Lavori, 1988; Steinhausen, Rauss-Mason y Seidel, 1991; cfr. Steinhausen, 2002). En este sentido, Steinhausen en su estudio sobre la evolución de la AN a lo largo del s. XX, encontró un intervalo de 1 a 28 % de presencia de síntomas de esquizofrenia, si bien señaló que rara vez se constató una esquizofrenia.

En definitiva, cabría plantearse seriamente si la mayoría de estos síntomas de tipo psicótico en particular, y en general la sintomatología comórbida, no estarían provocados por las secuelas propias de la malnutrición y la inanición (ver tabla nº 9).

TABLA N° 9: EFECTOS DE LA DESNUTRICIÓN Y/O INANICIÓN

- **Actitudes y conductas hacia la comida**
 - Preocupación por la comida
 - Colección de recetas, libros de cocina y menús
 - Acumulación y ocultamiento de alimentos
 - Hábitos de alimentación inusuales, con preferencias de comidas raras
 - Incremento en el consumo de café, té o especias
 - Rumiaciones
 - Tendencia a los atracones

- **Alteraciones emocionales y sociales**
 - Depresión / ansiedad
 - Apatía
 - Labilidad emocional
 - Irritabilidad y tendencia a enojarse
 - Episodios "psicóticos"
 - Cambios de personalidad (medidos por tests psicológicos)
 - Aislamiento social

- **Alteraciones cognitivas**
 - Disminución de la concentración
 - Evaluaciones empobrecidas

- **Alteraciones físicas**
 - Alteraciones del sueño
 - Debilidad gastrointestinal
 - Aumento de la sensibilidad al ruido y a la luz
 - Disminución del interés sexual
 - Edema
 - Hipotermia
 - Parestesias

- **Alteraciones metabólicas y neuroendocrinas**
 - Alteración de la función tiroidea
 - Alteración de la hormona liberadora de corticotropina
 - Alteraciones del metabolismo de la glucosa

Ampliada y modificada de los estudios de Minnesota (Keys, 1950, cfr. Chinchilla, 2003)

4.1.2. BN Y TRASTORNOS PSICÓTICOS

En el caso concreto de la BN, aunque estas pacientes pueden estar situadas a nivel físico dentro de las pautas saludables de peso, también es posible que presenten correlaciones psicológicas y biológicas consecuencias de la semiinanición, como pueden ser depresión, irritabilidad y obsesividad. Asimismo pueden estar por debajo de su nivel de regulación biológicamente determinado, a pesar de tener un peso considerado normal según

la población general (APA; 2001).

Concretamente, a la comorbilidad de BN y la esquizofrenia se ha prestado, si cabe, menos atención aún que en la AN. No hemos encontrado descrita sintomatología de tipo psicótico específicamente en la BN; sin embargo, sí se han realizado descripciones de caso único. Deckelman et al. (1997) describieron cuatro casos de BN con el diagnóstico comórbido de esquizofrenia. Estos autores también refirieron tan sólo la descripción de un caso único previa a su estudio, realizada por David, Farmer y Murria en 1986.

En su investigación afirmaron que era posible que la BN coocurriera junto a la esquizofrenia como un síndrome independiente pero ambos interactivos. Así, la presencia de alucinaciones y delirios sobre la conducta alimentaria podrían reflejar la expresión de un trastorno del pensamiento sobre el miedo a ganar peso y el impulso a la delgadez. Según estos autores, la sintomatología propia de la esquizofrenia interactuaba directamente con la alimentaria en el sentido de que la progresión hacia los síntomas negativos de la esquizofrenia asociados con los déficits de una conducta dirigida a metas, podía disminuir el impulso a darse atracones y purgas o a restringir la comida y, por tanto, disminuir la frecuencia y duración de las conductas alimentarias patológicas necesarias para reunir los criterios DSM-IV. Además, la presencia de delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento podían hacer los síntomas del TCA difíciles de discernir. A estas conclusiones llegaron a pesar de seguir las recomendaciones que Fairburn y Garner (1988) formularon, y que ellos mismos referían en su estudio, sobre la presencia de delirios bizarros, paranoides o del control del pensamiento, como sintomatología opuesta al miedo a ganar peso o el impulso a la delgadez y que diferenciaría a la AN o BN de la esquizofrenia (Deckelman et al., 1997).

4.2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

4.2.1. AN Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

En cuanto a la comorbilidad con síntomas psicopatológicos *emocionales y afectivos*, es evidente que prácticamente todas las personas con AN experimentan algún tipo de sintomatología depresiva y que aproximadamente un tercio de estos pacientes padecen o han

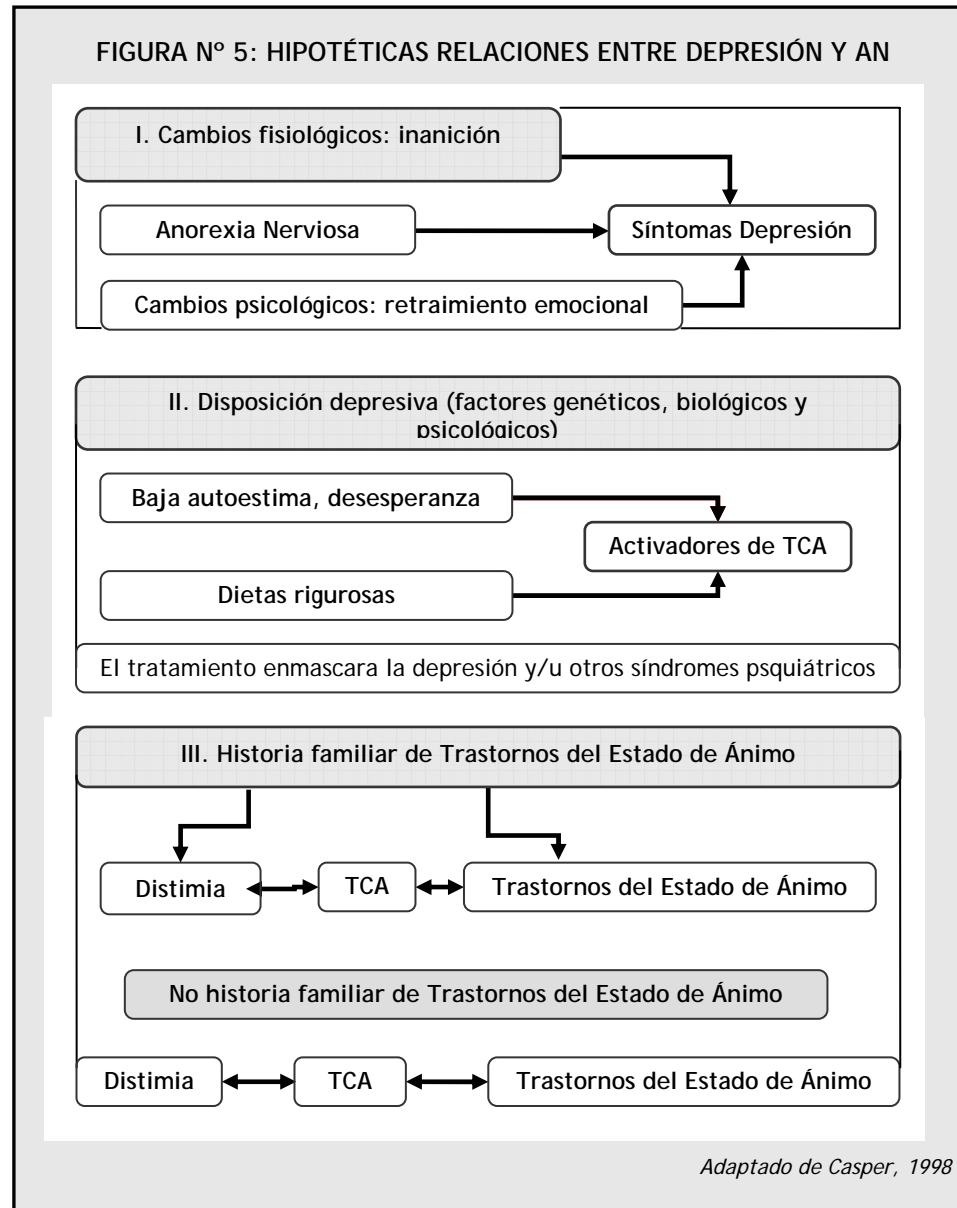
padecido un *trastorno depresivo mayor*. Dentro de este último grupo, la mitad de las personas con AN experimentan la depresión poco antes de iniciarse la AN (Toro y Vilardell, 1987; Cervera y Quintanilla, 1995). Ciertamente sobre la presencia de una sintomatología depresiva florida, como describe Dowson (2004), hay un mayor consenso entre los autores, ya que se exhiben con mayor frecuencia en la AN, tanto en su presentación inicial como en diversos periodos de seguimiento (Morgan y Russell, 1975; Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro *et al.*, 1991; Cooper, 1995a; Harris y Barraclough, 1998; Ivarson *et al.*, 2000).

Como señaló Turón (1997b) es difícil concebir a una paciente con AN y con un estado de ánimo eutímico. Son numerosas las investigaciones que han revelado la presencia de altas proporciones de síntomas depresivos como estado de ánimo muy bajo, tristeza, llanto, sentimientos de desesperanza y de culpa, anhedonia, astenia, apatía, sentimientos de minusvalía, insomnio, aislamiento e irritabilidad, así como deterioro y alteraciones en el sueño (Cooper, 1995a).

Se han postulado diferentes teorías acerca de la relación entre los TCA y la sintomatología depresiva. Según Casper (1998), por una parte, habría una propensión inherente a la depresión que podría marcar el camino para los TCA. Por otra parte, ambos trastornos podrían surgir de una forma común de constitución. Y, por último, recíprocamente el proceso de los TCA podrían desplegar y sacar una previa vulnerabilidad genética o biológica para la depresión (ver figura nº 5). Se han dedicado numerosos estudios para analizar estas teorías desde un punto de vista descriptivo-diagnóstico, a través de estudios genéticos con familias, estudios biológicos, *etc.*

Como refirió Casper (1998) en su estudio, varios artículos ya clásicos (Strober y Katz, 1987; Szmuckler, 1987; Pope y Hudson, 1988) han discutido la relación entre los TCA y los trastornos depresivos. Según parece, son pocos los que han considerado a ambos trastornos como trastornos multidimensionales y heterogéneos. Por ejemplo, en cuanto a la fenomenología y a la respuesta al tratamiento, los trastornos depresivos que están asociados con síntomas físicos atípicos (como hipersomnia e hiperfagia) pueden ser fácilmente distinguidos de las clásicas depresiones endógenas asociadas a insomnio y pérdida del apetito. Igualmente, en los TCA, las evidencias de estudios descriptivos clásicos (Casper *et al.*, 1980;

Garfinkel *et al.*, 1980; Strober *et al.*, 1982; Casper, 1990) y de seguimiento (Strober *et al.*, 1996), apoyan una distinción entre los *subtipos restrictivos y purgativos* de la AN (O'Kearney, Gertler, Conti y Duff, 1998). Por otra parte, se ha dedicado poca atención a investigar el espectro completo de los *trastornos afectivos* en relación al espectro completo de los TCA; así como hasta qué punto tasas de depresión miden signos de inanición.



No obstante, como refirió Casper (1998), el uso de síntomas físicos como criterio diagnóstico de depresión (que se solapan con las señales fisiológicas de la inanición o del exceso de ingesta, como pérdida -o ganancia- de peso, insomnio o hipersomnia) plantean cuestiones sobre la validez de las escalas de clasificación diagnóstica de depresión en TCA -o incluso de la ansiedad-. Aún más problemático, según este investigador, es el supuesto tácito de que síntomas físicos denominados de igual modo tengan el mismo significado, como es el mal uso de la palabra *anorexia* en AN. *Anorexia*, denota pérdida de apetito, pero en la AN el hambre se siente realmente, a menos que la emaciación se convierta en amenaza para la vida del paciente. Otro ejemplo podría ser el *despertar precoz*, síntoma probablemente indicativo de melancolía, observado comúnmente en las pacientes con AN con infrapeso, en las cuales se refleja un estado mental y del estado de ánimo diferente al de los pacientes depresivos. En lugar de los sentimientos paralizantes de rumiaciones de desesperanza como padecen los depresivos, las pacientes con AN se despiertan pronto, llenos de energía, vigorosos y activos. Para resolver estas cuestiones plantea Casper una solución metodológica: considera que podría ser más apropiado reevaluar al paciente en balance metabólico positivo tras una ganancia de peso de un 10%. Pero desafortunadamente, son pocos los estudios que han tenido en cuenta el control de la desnutrición.

A pesar de tantos estudios llevados a cabo, no está clara la significación clínica y diagnóstica de los mismos, a la hora de determinar si los síntomas emocionales y afectivos son previos, son consecuencia o son independientes al TCA. Ya que, como señala Cooper (1995a) en la AN, los síntomas depresivos pueden ser en gran medida secundarios a la intensa pérdida de peso. Este dato está apoyado por los efectos somáticos conocidos que tienen la desnutrición y el bajo peso (que recogemos en la tabla nº 9, p. 38). Además de los hallazgos de que el estado de ánimo tiende a mejorarse con la recuperación de peso. En esta línea, Levy y Dixon's (1985; cfr. O'Brien y Vincent, 2003) han señalado que es difícil determinar si la depresión persistente en la AN es un resultado de los desequilibrios endocrinos sufridos, consecuencia de los efectos a largo plazo de la inanición, o de otros factores. No obstante, en su trabajo de revisión llegaron a la conclusión de que, en general, los datos sugerían que la asociación entre depresión y AN era mucho más compleja que si fuera sólo resultado de la inanición, y que podría haber una estrecha, pero desconocida, relación con los TCA. Fundamentalmente no se pueden llegar a conclusiones más precisas, porque los estudios son

inconsistentes en cuanto a metodología, los datos son heterogéneos y difíciles de interpretar, por lo que sugieren que en futuras investigaciones se controle la historia familiar, la depresión premórbida/ postmórbida y las anomalías neuroendocrinas para aclarar estas cuestiones.

Dowson (2004) considera otras posibles causas de depresión secundaria a la AN. Señala, por una parte, el malestar reactivo relacionado con la conducta alimentaria alterada, las preocupaciones por la imagen corporal, la pobre autoestima, sentimientos de vergüenza y de culpabilidad (como ya lo hizo Cooper, 1995a). Por otra parte, añade los efectos de los *trastornos de personalidad* que se presentan en una alta prevalencia en la AN (como veremos más adelante en el capítulo tercero) y, en particular, de los trastornos *evitativo, límite* y *obsesivo-compulsivo*. Además, sugiere que las asociaciones de las características de los trastornos *evitativo, dependiente* y *límite* con distimia y depresión mayor indican un rol causal para esos trastornos de personalidad en relación a muchos pacientes con trastornos del estado de ánimo. En definitiva, este autor propone la necesidad de considerar el rango de características de personalidad en el manejo de los pacientes con AN deprimidos.

En otra línea diametralmente opuesta están los trabajos del equipo de Hudson (1982, 1983, 1984; cfr. Casper, 1998) quienes llegaron a proponer a la AN como una variante del trastorno afectivo. Por otro lado Vandereycken (1987) propuso que tanto la AN como la BN podían ser una variante del trastorno afectivo, ya que había comprobado que cuanto mayor sintomatología alimentaria presentaran los pacientes con AN o con BN, mayor era la sintomatología depresiva. Para comprobar estas hipótesis se estudiaron los antecedentes familiares de patología afectiva que recogió Casper (1998) en su trabajo (Gershon, Schreiber, Hamovit, Dibble *et al.*, 1984; Biederman, Rivinus, Kemper, Hamilton *et al.*, 1985; Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens, 1985; Strober, Lampert, Morrell, Burroughs *et al.*, 1990). A pesar de que los resultados no fueron concluyentes, sí se encontró la presencia de unas tasas elevadas de trastornos depresivos en los familiares de los pacientes con TCA, comparables a las encontradas en los propios pacientes con trastornos afectivos (Cooper, 1995a; Lilienfeld, Kaye, Greeno, Merikangas *et al.*, 1997). Sin embargo, la mala respuesta a los antidepresivos y la presunción de que la positividad de los marcadores biológicos de la depresión se debía a la

malnutrición, alejó la posibilidad de considerarla como una modalidad del trastorno depresivo (Turón, 1997b).

Posteriormente, para aclarar esta cuestión, Cooper (1995a) revisó los estudios realizados en cuanto a la *prevalencia de vida* de trastornos psiquiátricos entre los parientes de primer grado de pacientes con TCA. Encontró que se presentaba un porcentaje más alto de prevalencia de *trastorno depresivo mayor* que en grupos comparativos normales, especialmente entre las madres de las pacientes. Mientras que en otros estudios esta asociación se encontraba sólo cuando la paciente con el TCA presentaba una depresión concomitante, pero estos hallazgos no fueron consistentes. A pesar de las elevadas tasas de trastorno depresivo entre los parientes de las pacientes con TCA, en un estudio en el que se estableció la prevalencia cruzada, no se encontró el correspondiente incremento en la proporción de TCA entre los parientes de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo. Estos hallazgos sugirieron que los dos trastornos no compartían una patogénesis común y que la transmisión de los dos trastornos no estaba fundamentalmente relacionada. Además, señaló que los síntomas depresivos que suelen presentar estos pacientes y que con frecuencia cumplen en conjunto los criterios diagnósticos necesarios para recibir el diagnóstico de trastorno depresivo, parecen surgir en su mayoría como consecuencia del TCA.

Cooper encontró apoyo a esta conclusión en varias evidencias empíricas: (1) el trastorno depresivo en raras ocasiones antecede a la aparición de un TCA; (2) el trastorno depresivo no tiene las mismas probabilidades de ocurrir en todos los tipos de TCA, sino que destaca particularmente en las variantes bulímicas, es decir, en las que los pacientes están siempre angustiados por su falta de control sobre su alimentación y sobre los efectos secundarios del TCA -O'Kearney *et al.* (1998) propusieron también esta evidencia-; (3) los síntomas depresivos y los trastornos depresivos se encuentran mucho más en la fase aguda del TCA que en los períodos de remisión; (4) el patrón de los síntomas depresivos de pacientes con TCA es bastante diferente al de pacientes con trastornos depresivos importantes. Y por último, (5) si bien el mayor índice de trastornos depresivos en los familiares de pacientes con TCA sugiere que la vulnerabilidad ante los trastornos del ánimo pueda transmitirse por vía familiar, la ausencia de un mayor índice de TCA en los familiares de los pacientes con trastornos depresivos contradice a quienes afirman una patogénesis común.

Palmer (1995) señaló algunas de las causas, en muchas pacientes con un TCA, de la presencia e incremento de la sintomatología emocional que presentaban. Así consideró que muchos de los problemas emocionales de las pacientes aumentaban por *ansiedad de separación* (al igual que Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini *et al.*, 2000; Ward, Ramsay, Turnbull, Steele *et al.*, 2001) y *dificultades con la identidad*. Hay a veces un “secreto patológico” concerniente a *abuso sexual o físico*, que da como resultado una baja autoestima e intensos sentimientos de vergüenza. Según este autor, la inanición es un medio de mitigar el dolor y también de ganar el control sobre el curso de su desarrollo sexual. La paciente llevaba a cabo la emaciación como una forma de autorealización que identificaban con su cuerpo desgastado.

Por último, y para resumir, lo que sí está claro es que existe una relación entre los TCA y la depresión, si bien no está clara la naturaleza de la misma. Así, podemos señalar algunas conclusiones fundamentales (Troop, Serpell y Treasure, 2001):

- En general, el bajo peso puede dar como resultado un estado de ánimo depresivo, mientras que la pérdida de peso es también un síntoma del trastorno depresivo.
- El humor negativo igualmente puede llevar a la sobreingesta en las personas que hacen dietas.
- Hay una mayor prevalencia de trastornos depresivos en pacientes con AN y BN que lo esperado en la población en general, aunque los rangos pueden ser mayores en pacientes con trastornos bulímicos (normopeso o bajo peso) que en pacientes con AN restrictiva.
- Hay evidencias de que la mayoría de las mujeres con TCA, en la comunidad y en población clínica, desarrollan su TCA previo a la depresión, el punto de vista consensuado es que la depresión asociada a los TCA es secundaria más que primaria.
- Sin embargo, los estudios sobre depresión y TCA presentan análisis basados en esos trastornos como categoriales, como unifactoriales, mientras que los síntomas en ambos trastornos son multifactoriales.
- Los estudios sobre la asociación de ambos trastornos han fracasado al intentar demostrar las relaciones entre esos factores.

- Lo que no queda claro en todas estas investigaciones es el grado con el que los síntomas específicos de los TCA pueden estar más o menos estrechamente relacionados con los síntomas específicos de la depresión.
- Y otra cuestión es si los síntomas de la depresión persisten o remiten en aquellos pacientes que están en remisión de los TCA. Ciertamente se espera que la sintomatología de la depresión remita si es secundaria al desarrollo de los TCA.

Otro aspecto particularmente importante en los TCA para Beumont (1995) es la *disforia*. Quien consideraba que es tan común en estos trastornos que estaría mejor considerada como una característica integral de los TCA, lo que no autorizaba un diagnóstico separado. Esta asociación íntima no estaría bien comprendida por muchos de los clínicos, quienes confundidos por el estado de ánimo deprimido, alteraciones en el sueño y el aumento de los niveles de cortisol (que dan positivo en el test de supresión de dexametasona) darían un segundo diagnóstico de *trastorno del estado de ánimo* (Cooper, 1995a; Beumont, 1995). Este diagnóstico llevaría a la prescripción de antidepressivos tricíclicos que podrían plantear peligros físicos a las pacientes con AN cuya función cardíaca ya puede estar comprometida por el propio trastorno alimentario. La depresión normalmente aminora durante la rehabilitación nutricional y el recurrir a la medicación sólo debería contemplarse en aquellas pacientes en las que no se produce esa mejoría (Walsh, 1995).

Tal vez por las características propias de la BN la *disforia* concretamente sea más importante aún entre las pacientes con BN que en las que presentan AN. Incluso entre las muestras no clínicas, se ha encontrado una relación positiva entre la insatisfacción corporal y la *disforia* (Denniston, Roth y Gilroy, 1992; cfr. Beumont, 1995; Wilcox y Setter, 1996).

4.2.2. BN Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

En el caso concreto de la BN, específicamente la *sintomatología depresiva* probablemente sea el tipo de síntomas presentes en estas pacientes más documentada (Turón, 1997a; Pearlstein, 2002). Los estudios realizados con pacientes con BN muestran síntomas depresivos similares y comunes a los que se presentan en la AN (Cooper, 1995a). Así, se ha constatado que en la BN se asocian con frecuencia los siguientes síntomas depresivos, que pueden llegar a ser severos en algunos casos: tristeza, abatimiento o desesperanza,

sentimientos de culpa, baja autoestima, autorreproches, vacío emocional, alteraciones del sueño e ideación autolítica (Serrano y Vallejo, 1997; Vandereycken, 1987), gran irritabilidad, conductas autodestructivas e ideas suicidas (Blasco y García, 1995). Además se ha encontrado correlación entre las oscilaciones del estado de ánimo y las conductas bulímicas. Es decir, se presenta una sintomatología depresiva más intensa en aquellas pacientes que muestran unas conductas bulímicas más graves (mayor frecuencia de atracones y vómitos); y a la inversa, se produce una mejoría en el malestar afectivo al remitir los atracones (Vandereycken, 1987; Cooper y Fairburn, 1986).

Los síntomas de depresión y ansiedad informados por los clínicos en pacientes con BN están presentes en el 56% de mujeres (con una puntuación de 20 en el Inventario de Depresión de Beck -BDI-; o con puntuaciones dentro del rango alto normales en la *Escala de Depresión de Hamilton*). Aunque en los pacientes con BN que vomitan, y que se someten a un déficit calórico intermitente, presentan menos distorsión en las puntuaciones de las escalas de depresión, debido a que, según lo esperable, los efectos de la inanición serían menos severos (Casper, 1998).

Algunas investigaciones, como señalaron en su estudio O'Brien y Vincent (2003), sugieren un rol causal de la inanición en la asociación BN-depresión, en el sentido de que la inanición y/o la malnutrición proteínica -que es la más frecuente en el caso específico de la BN- podría llevar a elevaciones en la liberación de la hormona corticotropina (CRH), lo que podría contribuir a la depresión de tipo melancólica. Y, por otra parte, la dieta calóricamente restrictiva produce cambios disminuyendo el funcionamiento de la 5-HT, lo que puede ser un factor que contribuiría a la aparición de sintomatología depresiva.

Otra aportación que recogen estos autores es la consideración de la manera en que se realizan las dietas. Es decir, la dieta realizada de forma intermitente por mujeres sanas (dietas por debajo de los niveles actuales de calorías recomendadas), podrían producir los síntomas afectivos observados habitualmente en los pacientes con TCA. Especialmente en aquellos casos en los que esta manera de realizar dietas es más parecida a la conducta que exhiben las pacientes con BN o AN subtipo bulímico, es decir, que alternan periodos restrictivos y periodos de sobrealimentación.

En definitiva, todas estas evidencias, según O'Brien y Vincent (2003), parecen sugerir el rol de la deprivación calórica como un factor que contribuye a la aparición de sintomatología depresiva en mujeres con AN y BN. No obstante, todavía permanece sin aclarar si la inanición y los cambios cognitivos y biológicos relacionados con la misma exacerban una predisposición preexistente a la depresión inherente en algunos individuos con TCA, o si es la única causa de depresión.

Por otra parte, como refirió Cooper (1995a) los síntomas depresivos de la BN podían ser secundarios al trastorno alimentario propiamente. En este caso aumentarían como consecuencia de la angustia causada por la pérdida de control sobre la ingesta alimentaria, por el fuerte impacto adverso de esos hábitos alimentarios alterados, así como de la extrema preocupación por la figura y el peso, y por la vergüenza y culpabilidad que sienten estas pacientes por su secreto y engaño. Este punto de vista quedaría apoyado por dos líneas de evidencia clínica, según Cooper: por una parte, las marcadas oscilaciones de ánimo que experimentan estas pacientes se mantienen estrechamente asociadas en función del grado de control que tengan sobre su alimentación. Y, por otra parte, una mejoría en los hábitos alimentarios (reflejadas en las medidas terapéuticas que registran solamente las alteraciones alimentarias) lleva a una mejoría significativa en el estado de ánimo.

A pesar de todo ello, este autor planteó que si todos estos informes sobre los orígenes de las alteraciones del estado de ánimo en las personas con TCA fuera correcta y completa, los síntomas depresivos presentes en estas personas no tendrían una importancia etiológica y sería improbable que tuviera implicaciones significativas en el pronóstico.

En esta línea, son interesantes los estudios realizados con pacientes que presentan BN en remisión para comprobar si la mejoría de los síntomas bulímicos coincide con la reducción de la sintomatología depresiva (en el caso que nos ocupa, o de la psicopatología que presentan en general: labilidad emocional, ansiedad, potencial suicida, *etc.*).

Lehoux, Steiger y Jabalpurilawa (2000) realizaron una investigación precisamente con este propósito, con pacientes con BN *activas* (N= 53), BN *en remisión* (N= 17) y *personas sin patologías* (N= 31). Para ello los autores consideraron la necesidad de diferenciar entre

características psicopatológicas constituidas como alteraciones "*rasgo*" de las constituidas como alteraciones "*estado*", en función de que existieran independientemente del TCA (*rasgo*) o fueran secuelas del TCA (*estado*). Para responder a la cuestión: qué tipo de características psicopatológicas, que constituyen *alteraciones rasgo* o *alteraciones estado*, están presentes cuando las pacientes con BN están en una fase activa o en una fase no activa. Para ello exploraron características psicopatológicas como *depresión* (medidas con el BDI) y dimensiones de personalidad (medidas con el *DAPP: Dimensional Assessment for Personality Pathology*) como *narcisismo* (exagerada autoimportancia, necesidad de atención y admiración); *búsqueda de estímulos* (búsqueda de sensaciones imprudente); *ansiedad* (rasgo de ansiedad duradero, rumiaciones, indecisión, y propensión a la culpabilidad); *compulsividad* (preocupación por el orden, la limpieza, y la exactitud); *expresión restringida* (de sentimientos); y *autolesiones* (recurrentes pensamientos de autolesionarse y suicidio).

Los resultados sugirieron que las características psicopatológicas de las pacientes con BN *activa* diferían de los casos que estaban *en remisión* y del grupo *sin patología*. Es decir, características como *depresión*, *ansiedad*, *autolesiones*, *expresión restringida*, *búsqueda de estímulos* y *compulsividad* constituirían características *estado*, pronunciadas durante la fase activa de la BN, pero no *rasgos* que persistieran una vez que los síntomas bulímicos no se presentaban. Recíprocamente, el *narcisismo* diferenció significativamente al grupo patológico (tanto activo como en remisión) del grupo control. Esta dimensión estaba elevada tanto si la paciente estaba en la fase activa de la BN, en el momento de la evaluación, como si estaba en remisión, lo que podría representar un *rasgo* resistente que podría estar asociado con la propensión a desarrollar síntomas bulímicos. Este hallazgo estaría en la línea de los autores que consideran que el *narcisismo* en los síndromes bulímicos (con atracones y purgas) podría ser sintomático del desarrollo de una patología subyacente, que incide con la capacidad del paciente de mantener estabilidad en el sentido de autovalía, y autorregulación sin excesiva confianza en el ambiente social externo. Tales sensibilidades se presume que estarían debajo de las propensiones de las personas con BN hacia la preocupación con la perfección física y necesidad de dominio (*mastery*) (Lehoux *et al.*, 2000). Considerando las características metodológicas del estudio, los autores consideraron que ese *narcisismo* reflejaría simplemente un problema *rasgo* que sería relativamente renuente al cambio y persistiría en

las personas que se daban atracones incluso después de la remisión de los síntomas bulímicos en la muestra estudiada.

En definitiva, estos autores concluyeron que si la *depresión* y la *ansiedad*, a menudo eran alteraciones *estado* en los síndromes bulímicos, podría ser el caso que tales síntomas mejoraran con la mejoría de los TCA, por lo que sería recomendable tratar primero los síntomas bulímicos, ya que los otros síntomas mejorarían con la remisión de los síntomas alimentarios. Y por otra parte, si el *narcisismo* es un *rasgo* duradero en muchos episodios bulímicos ya que sobrevivía a la remisión de los TCA, la paciente necesitaría continuar la psicoterapia con otros objetivos más centrados en la personalidad (cuando impidan seriamente la adaptación del paciente).

Otro estudio realizado en la misma línea por Troop *et al.* (2001) con 151 personas que presentaban en el momento del estudio algún TCA (36 ANr, 31 ANp, 40 BN, 44 TCANE), y con 57 en actual remisión o que ya lo habían tenido (12 ANr, 31 ANp, 10 BN, 4 TCANE). Trataban de estudiar la asociación entre la sintomatología alimentaria y la depresiva, por una parte; y por otra, determinar el grado en el que la depresión se reduciría en las personas que estaban en remisión del TCA. Encontraron que tres cuartas partes de las mujeres en remisión de algún TCA estaban o *no deprimidas* (puntuaciones en el BDI menores de 10) o sólo *medianamente deprimidas* (puntuación BDI: 10-19), mientras que tres cuartas partes de las mujeres con un TCA actual estaban o *moderadamente deprimidas* (puntuación BDI: 20-25) o *severamente deprimidas* (puntuación BDI: más de 26). Las mujeres en remisión puntuaron más bajo tanto en el componente cognitivo como en el somático/afectivo de la depresión, no encontrando diferencias significativas entre los subtipos del TCA. En cuanto a la relación entre TCA actual y depresión encontraron que los síntomas cognitivos y conductuales (pero no los físicos) de los TCA estaban asociados de manera singular a los aspectos cognitivos de la depresión (tales como *pesimismo* y *autoaversión*) pero ninguno de esos síntomas estaban únicamente asociados con el componente somático/afectivo de la depresión (tal como *irritabilidad* y *pérdida de interés*). Y, por otra parte, hallaron que el hecho de que los síntomas depresivos cambiaran linealmente con la remisión del TCA, aumentaba la posibilidad de que algunas características de la depresión no fueran simplemente comórbidas con los TCA, sino que eran

parte del síndrome, justo como algunos aspectos de la psicopatología alimentaria (como por ejemplo la pérdida/ganancia de peso) forman parte del síndrome depresivo.

Como señaló López (2001), deberían distinguirse las *cogniciones depresivas* que se dan con frecuencia en las pacientes con BN (cuestión que ha quedado señalada en la investigación anterior), de los diferentes síndromes afectivos del Eje I asociados a la misma. Considerando que la depresión, como síndrome propiamente, acarrearía características cognitivas de importancia clínica (relacionadas a la sintomatología depresiva), como son los patrones de pensamiento que incluye pensamientos negativos automáticos, actitudes disfuncionales y atribuciones causales (Schlesier-Carter, Hamilton, O'Neil, Lydiard *et al.*, 1989). El vínculo entre las cogniciones depresivas y las cogniciones bulímicas no se ha investigado específicamente y extensamente hasta el momento, para determinar hasta qué punto el conjunto de cogniciones que pueden aparecer en las pacientes con BN deprimidas dependen de la depresión o constituirían una expresión de los trastornos afectivos.

Estas cuestiones fueron estudiadas por Schlesier-Carter *et al.* (1989) en una muestra de 29 mujeres con BN y 16 sin patología. Los resultados sugirieron que la alta incidencia y el nivel de depresión presentes en la BN estaban reflejados en y relacionados con patrones cognitivos depresivos. Sin embargo, la depresión era independiente de las cogniciones extremas relativas a la comida y el peso que caracterizaron a las pacientes con BN. A pesar de que la depresión era diagnosticada con mayor frecuencia en el grupo con BN, ciertas cogniciones y conductas desadaptativas reflejaban un trastorno distinto (BN) y no eran simplemente la expresión de un trastorno afectivo.

En definitiva, la sintomatología depresiva está presente, como hemos visto, en las pacientes con BN, y en la mayoría de los casos mejora con la psicopatología propiamente bulímica. No obstante, antes de concluir este subapartado vamos a hacer referencia a una investigación muy completa llevada a cabo por Stice y Agras (1999), que de alguna manera responde a la vez, y corrobora, varios de los planteamientos ya comentados. Estos autores colocan su investigación en el punto de partida de las teorías etiológicas de la BN centradas en la *restricción de la dieta* y en el *afecto negativo*. Se plantearon cuatro objetivos: (1) comprobar si los individuos con BN mostrarían diferentes perfiles que se ajustasen a los dos

modelos de partida (dietantes y afecto negativo), (2) evaluar si los dos grupos de individuos "grupo bulímico- dietante" y "grupo bulímico-dietante-depresivo" evidenciarían diferencias en cuanto a la severidad de sus conductas y actitudes bulímicas, (3) comprobar si los dos subgrupos de BN mostrarían diferencias en cuanto a los correlatos de la BN, desajuste social, y rangos de psicopatología comórbida. Y por último, (4) también conocer si los diferentes subtipos daban respuestas diferentes al tratamiento cognitivo conductual. Los participantes fueron 256 mujeres.

Encontraron un *subtipo* de BN *dietante* puro (con un 62% de pacientes de la muestra), y un *subtipo* mezclado *dietante-depresivo* (con un 38% de pacientes), es decir, los datos sugirieron que la dieta era una característica central de la BN pero que el afecto depresivo también caracterizaba a un subconjunto de casos, lo que implicaba que el afecto depresivo ocurría dentro del contexto de la dieta, y no en su ausencia. Los autores interpretaron estos resultados (los grupos dietantes y afecto depresivo) como *dimensiones* que distinguían a las mujeres con BN en subtipos, pero no como las únicas que lo hacían, ya que había otras variables que también los distinguirían. En cuanto a las conductas compensatorias, ambos subgrupos mostraron frecuencias similares respecto a atracones subjetivos, atracones objetivos, vómitos y abuso de diuréticos. La única excepción fue que el subgrupo *dietante-depresivo* presentó una mayor frecuencia de abuso de laxantes que el de dietantes. Asimismo, los individuos del subgrupo dietante-depresivo mostraron una mayor preocupación por la alimentación, el peso y la figura que el subgrupo dietante, sin haber diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al índice de masa corporal. Datos que los autores interpretaron como que el incremento de la tendencia de las mujeres del subgrupo dietante-depresivo para llegar a estar con malestar afectivo podía aplicarse a las preocupaciones sobre el peso y la figura que tipifican a la BN.

Respecto a si ambos subgrupos mostrarían diferencias en cuanto a los correlatos de la BN, desajuste social y rangos de psicopatología comórbida no hallaron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a desinhibición, hambre e impulsividad, aunque las personas del subgrupo dietante-depresivo sí alcanzaron puntuaciones elevadas en obsesiones y rituales sobre el peso. También se caracterizaron por elevados estados de ánimo depresivos, un funcionamiento social más pobre en una variedad de situaciones. Las

perturbaciones afectivas que caracterizaron a las personas del grupo dietante-depresivo podían impedir el desempeño del rol con éxito y reducir la habilidad de estas mujeres para afrontar con efectividad los estresores que surgen en esas circunstancias. Igualmente este grupo mostraron rangos más altos de varios trastornos del Eje I, como *depresión mayor* (que reflejarían las perturbaciones afectivas que distinguen a este subgrupo), *fobia social* (que implicaría una mayor sensibilidad a la evaluación negativa en estas personas), *trastorno obsesivo-compulsivo* (que sugiere que estas pacientes experimentan más rumiaciones cognitivas y rituales conductuales, lo que converge con el hallazgo de que este subtipo presenta mayores preocupaciones sobre la comida y el peso y rituales), *trastorno por atracón* (lo que indicaría que tienen una historia mayor de atracones que no estaban acompañados por conductas compensatorias), *cleptomanía* (que indicaría mayores problemas de esos pacientes con el control de los impulsos, dato que no se confirmó en el estudio con la subescala de impulsividad) y más *trastornos de personalidad* del Eje II. Específicamente, mostraron proporciones más altas de los trastornos *evitativo* (congruente con el mayor número de trastornos de ansiedad y preocupaciones por la figura), *dependiente*, *obsesivo-compulsivo*, *autodestructivo*, *paranoide* y *limite* (mostraban un patrón de inestabilidad en el humor, en las relaciones interpersonales, y en la autoimagen, que convergía con los hallazgos de que este grupo mostraba más problemas del estado de ánimo y de ansiedad, paranoia interpersonal y preocupaciones sobre la figura, respectivamente). Es importante señalar que las elevaciones eran consistentes con los TP del Cluster C, lo que sugería un patrón ansioso y temeroso.

En definitiva, con este estudio se ha comprobado que habría dos subtipos de BN con diferentes características y proporciones de patología comórbida asociadas. La dieta sería una característica central de la BN y que el estado de ánimo depresivo estaría presente sólo en un subconjunto de los casos. Sin embargo, la combinación de la dieta y los problemas afectivos aparecerían para señalar una variante más severa del trastorno, caracterizada por elevados problemas del estado de ánimo y de ansiedad, preocupaciones sobre el peso y la silueta, perturbaciones interpersonales y un funcionamiento social más pobre.

4.2.3. TCA Y SUICIDIO

En los TCA se presentan frecuentemente *ideas de suicidio*. De hecho el suicidio consumado es una de las causas más comunes de muerte entre las pacientes que fallecen con AN. Es en el subtipo *purgativo* de la AN donde se presentan en mayor medida conductas suicidas y de tipo autolesivo (Cooper, 1995a; Emborg, 1999; APA, 2000; Herzog, Greenwood, Dorer, Flores *et al.*, 2000). Se han encontrado elevadas tasas de suicidio (aproximadamente 5,6 % por década) y de intentos de suicidio en pacientes con AN (Sullivan, 1995; Bulik, Sullivan y Joice, 1999a). A las complicaciones propias de la enfermedad como primera causa de muerte, le sigue el suicidio como la segunda. Hay autores que comparan el riesgo de suicidio (Bulik *et al.*, 1999a) en los TCA con el que se presenta en la depresión mayor o en los trastornos de conducta. Según otros investigadores es incluso mayor (Stein, Orbach, Shani-Sela, Har-Even *et al.*, 2003).

Por otra parte, la *conducta suicida* en las pacientes con AN está asociada inicialmente con atracones y purgas, mayor infrapeso, otras manifestaciones relacionadas con la impulsividad (*vg.* automutilación), comorbilidad con abuso de sustancias y trastorno afectivo, y mayor duración de la enfermedad. Igualmente está asociada a una mayor alteración en varias de las características centrales de la AN: elevado perfeccionismo y obsesividad, y autoaceptación muy baja (Stein *et al.*, 2003). Ya en 1973 Bruch sostenía, como recogen Stein *et al.* (2003) en su estudio, que la incorrecta interpretación de los estímulos interoceptivos, una insensibilidad a las funciones corporales y la falta de control corporal en la AN pueden concluir en una percepción distorsionada y una disociación del cuerpo. Lo que puede llevar a un abandono de sí mismo y facilitar una conducta autodestructiva. A este respecto, aunque sabemos que las pacientes con AN pueden intentar suicidarse cuando ganan peso, sin embargo, la relación entre las alteraciones de la imagen corporal y las tendencias suicidas, que sepamos, no se ha estudiado sistemáticamente, desde la propuesta de Bruch.

Bulik *et al.* (1999a) han encontrado en su revisión que determinadas características de personalidad también se asocian con los intentos de suicidio, entre estas características incluyen: neuroticismo, disregulación del estado de ánimo y de la ansiedad, impulsividad, así como labilidad autonómica y agresión.

Sin llegar a la conducta suicida, máxima expresión de las conductas autoagresivas, puede considerarse que "*tanto las anoréxicas, que se dejan morir de hambre, las bulímicas, que se purgan, son personas que se dañan deliberadamente el cuerpo*" (Vanderlinden y Vandereycken, 1999, p. 81). En las pacientes con TCA, también se ha informado, como recogen estos mismos autores, sobre diferentes lesiones contra el propio cuerpo, sobre todo el hecho de cortarse con un instrumento afilado.

Según Turón (1997a), en las pacientes con AN son menos frecuentes las *conductas autolíticas directas* que en las pacientes con BN. Asimismo, Vanderlinden y Vandereycken (1999) consideran que las autolesiones constituyen un problema muy soslayado en los pacientes psiquiátricos en general, y en las pacientes con TCA en particular, especialmente en aquellas con BN. Las *conductas autolesivas*, que pueden ir desde las aparentemente menos dañinas como arrancarse el cabello, podrían relacionarse con pautas impulsivas. En estas pacientes podrían estar vinculadas a una actitud negativa hacia su propio cuerpo y a una mayor probabilidad de sufrir experiencias disociativas anormales. Siguiendo a estos autores, las explicaciones de este tipo de conductas podrían encontrarse desde un punto de vista diagnóstico fenomenológico, en el sentido de que se podrían considerar como manifestación de un "síndrome de lesiones deliberadas" o como sintomáticas de un comportamiento "multiimpulsivo". Otras interpretaciones que se aportan y recogen Vanderlinden y Vandereycken (1999) son: conductas efectuadas como resultado de un proceso de aprendizaje, reflejo de un sistema familiar disfuncional; como una manera de reemplazar o evitar el suicidio; como un intento de hacer frente a conflictos sexuales y a la maduración; como un modo de expresar emociones o de controlar las necesidades afectivas; como un medio de poner fin a la despersonalización; o como una tentativa de establecer límites psicológicos entre uno mismo y los demás.

4.3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

4.3.1. AN Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

También es frecuente que las pacientes con AN presenten *síntomas de ansiedad* -psíquica y física- cuando se les presenta comida. En realidad, la ansiedad constituye un

fenómeno central en los TCA. Las personas con un TCA suelen tener altos niveles de ansiedad antes incluso de desarrollar el trastorno, hasta el punto de que se considera que estos niveles pueden ser un factor precipitante más, entre otros, de estos trastornos, ya que a su vez se los provoca la relación que la paciente establece con su enfermedad (Turón, 1997b).

Estos niveles de ansiedad se incrementarían en un principio como consecuencia de las preocupaciones principales centradas en la anticipación de las consecuencias negativas provocadas por la situación de sobrepeso, ya sea real o distorsionada, así como la valoración que ellas mismas hacen acerca de su imagen corporal. Como consecuencia de ello, la persona decidiría hacer una dieta que según su forma de pensar, sería la encargada de poner fin a todos sus problemas personales. No obstante, no son conscientes del largo camino escabroso que se presagia hacia la posible patología alimentaria. Justo en ese momento bajar de peso será el único objetivo en torno al que girarán todos los pensamientos y comportamientos. La consecuencia de dicho objetivo es la fuente principal que da origen a los sentimientos de ansiedad y depresión que caracterizan al trastorno.

Son numerosos y variados los síntomas de ansiedad que están presentes en estas pacientes. Las principales fuentes que generan ansiedad son: el miedo a engordar, la valoración crítica que hace de su propio cuerpo y la pérdida de autoestima. Esta ansiedad aumenta aún más una vez que la enfermedad está establecida, por la presión familiar, el aislamiento, los temores referidos a las complicaciones físicas y a las intervenciones médicas y psicológicas. Se puede manifestar de forma generalizada: la paciente está tensa, atemorizada, insegura, inquieta, presenta vivencias de extrañeza, con una expectación aprensiva y actitud vigilante (Turón, 1997b). La ansiedad puede ser focalizada en determinadas cuestiones, principalmente, en el miedo a engordar casi irracional -al principio- o completamente irracional -más adelante y en la mayoría de las ocasiones-, que llega a manifestarse como una indudable *fobia*. Es una fobia al sobrepeso real o supuesto, con las consecuencias de su generalización. Es el propio cuerpo -evaluado negativamente, como ya hemos visto- lo que se convierte en el *estímulo fóbico*. Los criterios estéticos externos adquiridos "conforman en determinadas circunstancias un contenido de pensamiento negativo respecto al propio cuerpo; este contenido despierta ansiedad y la asociación pensamiento-

realidad conduce a que el propio cuerpo suscite la respuesta ansiosa" (Toro y Vilardel, 1987; p. 46).

Como ya señalaron Toro y Vilardel (1987), los antecedentes de este fenómeno fóbico son exclusivamente de tipo cognitivo y si, además, se producen situaciones traumáticas (como puedan serlo burlas, críticas, comparaciones humillantes u odiosas), éstas incidirán en la persona reforzando el carácter negativo de sus autoevaluaciones corporales. La exposición permanente al estímulo fóbico (el propio cuerpo) debería acabar con la respuesta de ansiedad, al facilitar la extinción natural de la misma. Sin embargo, debido al constante reforzamiento sociocultural del enjuiciamiento que la persona con AN hace de sí misma, la extinción no es posible. Añadido a que continuamente se enfrenta al estímulo negativo que le resulta aversivo, incurre en las consiguientes conductas de evitación. De esta manera, el cuerpo se ha convertido en lo que técnicamente es un *estímulo simbólico aversivo condicionado por generalización cognitiva*. La respuesta fóbica se generaliza y extiende ante estímulos como el peso, los alimentos -desde los más estrechamente relacionados con el aumento de peso (carbohidratos, grasas, etc.), hasta el alimento en general-. Incluso la situación física de comer y las personas con las que suelen compartir la comida, van a suscitar esa respuesta de ansiedad, cada vez más desmedida. Lo que inicialmente era una *fobia simple* se convierte en un proceso de generalización complejo (ver figura nº 6), siendo los estímulos aversivos ansiógenos de todo orden: *objetos y/o hechos reales* (pasteles, los propios muslos, mirarse al espejo, etc.), *simbólicos verbales* (cifras referidas a los kilos "50 kilos", frases como "has de comer más", "grasas", "engordar", etc.), y *simbólicos cognitivos* (anticipación de la propia situación de comer, la representación mental del propio cuerpo, etc.). Además, añadidos a toda esta sintomatología psíquica a la ansiedad le acompañan otros síntomas de tipo físico (ver tabla nº 10).

Algunas cuestiones sobre ansiedad las han estudiado muy recientemente Gilbert y Meyer (2003). Estos investigadores se han centrado en el estudio de los posibles vínculos entre psicopatología restrictiva y bulímica con respecto a la *ansiedad social* y a la *comparación social*. Partiendo de la hipótesis de que las actitudes hacia la comida (en concreto, *impulso a la delgadez* e *insatisfacción corporal*, medidas por el EDI-2) estarían asociadas a unos niveles elevados de ansiedad social. Así como una tendencia general hacia la *comparación social*

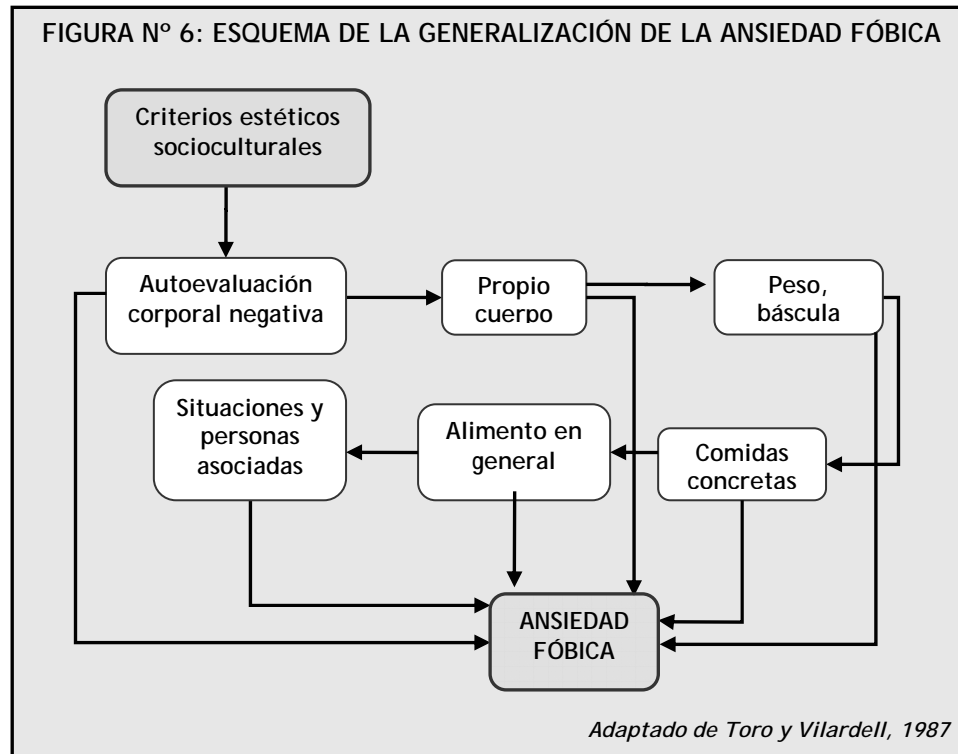


TABLA Nº 10: SÍNTOMAS FÍSICOS DE LA ANSIEDAD EN LA AN

<p>SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia Palpitaciones Opresión precordial Palidez</p>	<p>SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión torácica Disnea Ahogo</p>
<p>SÍNTOMAS DIGESTIVOS: Bolo esofágico Dispepsia Náuseas Vómitos Espasmos</p>	<p>SÍNTOMAS URINARIOS: Enuresis Poliuria</p>
<p>SÍNTOMAS VEGETATIVOS: Sequedad de boca Sudoración Lipotimias</p>	<p>SÍNTOMAS NEUROMUSCULARES: Temblor Hormigueos Cefalea</p>

Adaptado de Turón, 1997b

estaría asociada con actitudes hacia la comida no saludables. Consideraron la *depresión* como una variable a controlar. Escogieron una muestra no clínica de estudiantes universitarios (N = 80) con un amplio rango de características alimentarias (sin excluir a los que presentaban problemas alimentarios o una historia previa de los mismos). Los resultados indicaron un vínculo diferencial entre los dos procesos sociales (ansiedad social y comparación social) y la naturaleza de la psicopatología alimentaria. En particular, cuando se tuvieron en cuenta los efectos de la depresión, elevados niveles de *ansiedad social* predecían *actitudes alimentarias restrictivas*, mientras que los elevados niveles de *comparación social* predijeron *actitudes alimentarias bulímicas*.

Con la evolución del trastorno es también muy frecuente la aparición de *fobia social*: miedo a hablar, sonrojarse, comer o beber en público, miedo a sentirse observada o ante la posibilidad de hacer el ridículo. Estas son situaciones que a las pacientes les provocan gran ansiedad y tienden a evitarlas (Turón, 1997b). Como vemos, el curso de los TCA y en concreto de la AN, en diferentes momentos, viene determinado por el fenómeno fóbico.

En cuanto al origen de la sintomatología de tipo ansioso, siguiendo a Cooper (1995a), puede provenir del trastorno alimenticio inicial, ya que tales síntomas desaparecen o llegan a reducirse sin ser patológicos, cuando las pacientes con TCA mejoran. No obstante, si este planteamiento fuera una explicación completa, los síntomas de ansiedad en las personas con TCA no tendrían consecuencias etiológicas y tendrían una importancia muy limitada de cara al pronóstico. Según este autor habría que plantearse tres cuestiones importantes en cuanto a que los síntomas de ansiedad sean característicos o no de un trastorno psiquiátrico separado que coexiste con el TCA (para poder hablar en tal caso de comorbilidad entre ambos trastornos): (1) si el nivel de ansiedad en personas con TCA podría superar el esperado por una asociación fortuita de tales trastornos independientes; (2) si el índice de comorbilidad de TCA y ansiedad es superior al esperado, cómo se podría explicar este fenómeno; (3) cuál es la importancia que tiene la comorbilidad de TCA y ansiedad en la etiología, el tratamiento y el pronóstico del TCA.

No obstante, este autor señala que los hallazgos de las investigaciones publicadas necesitarán ser interpretados con gran precaución y rigor científico para hablar de

comorbilidad entre TCA y trastorno de ansiedad. Fundamentalmente debido a que la información disponible sobre el índice de trastornos de ansiedad de las personas que presentan TCA proviene en su totalidad de estudios de pacientes que han buscado tratamiento (con los consecuentes problemas epidemiológicos que este hecho aporta). Además de que no hay estudios sobre comorbilidad de TCA y ansiedad en la población general, y la interpretación de los datos de las muestras clínicas no se consideran como única fuente de información (Cooper, 1995a).

Tal vez el estudio de Pollice, Kaye, Greeno y Weltzin (1997) aporta algo más de luz sobre estas cuestiones y, específicamente, en la AN. Estos autores intentaron determinar si los síntomas comórbidos de depresión, ansiedad y obsesividad cambiaban con el estado de la AN. Para ello, estudiaron a las pacientes en varias etapas: cuando presentaban bajo peso, y en diferentes momentos durante el reestablecimiento del peso y, por último, en su recuperación. Con el objetivo de examinar qué síntomas están relacionados con la inanición, y cuáles persisten después del restablecimiento del peso. Encontraron que tanto los síntomas de depresión, ansiedad como obsesividad eran más severos en el estado de bajo peso. Éstos fueron reducidos tras un reestablecimiento del peso a corto plazo, y más reducidos aún tras un reestablecimiento del peso a largo plazo y en la recuperación. Sin embargo, observaron que al compararlos con el grupo control saludable, los síntomas tendían a permanecer elevados en las pacientes con AN recuperados a largo plazo. Mientras que no encontraron diferencias significativas entre las pacientes con AN de tipo restrictivo y bulímico. En definitiva, concluyeron que la mala nutrición intensificaría la severidad de la depresión y ansiedad, sin embargo, el hecho de que la ansiedad y depresión persistieran largo tiempo después de la restauración del peso normal haría pensar que ambas patologías comórbidas se hallarían en la patogénesis de la enfermedad.

Una cuestión interesante para aclarar esta polémica es la estudiada por Godart, Flament, Curt, Perdereau *et al.* (2003), quienes dentro de su estudio sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad que presentaban las pacientes con TCA que buscaban tratamiento, investigaron la *cronología de la aparición de los trastornos de ansiedad en relación a los TCA*. Los investigadores ya partían de la dificultad de conocer si la relativa cronología de aparición entre ambos (por ejemplo la fobia social precede en la mayoría de los casos al inicio de los

TCA) derivaba del curso natural de los dos trastornos o si podía contribuir a explicar el vínculo entre ellos. De hecho propusieron que una edad de inicio inusualmente precoz de los trastornos de ansiedad, podría estar vinculada al desarrollo de un TCA secundario (teniendo en cuenta que la edad media de inicio de cada tipo de trastorno de ansiedad varía; por ejemplo, la *fobia social* generalmente comienza al final de la infancia, mientras que el *trastorno de ansiedad generalizada* aparece más tarde, en la adolescencia o en el inicio de la adultez -en un promedio de 20 años de edad- (APA, 2001). Sin embargo, también propusieron como explicación el hecho de que los niveles de trastornos de ansiedad en personas con un TCA parecían variar de acuerdo con el estado nutricional, como se ha comprobado en los estudios de seguimiento (donde la mayoría de los sujetos habían regresado a su alimentación y peso normal), en los que la prevalencia actual de los niveles de trastornos de ansiedad son mucho más bajos que en el estado agudo de la enfermedad. Definitivamente, no excluyeron que, al menos en algunos de los casos, un trastorno de ansiedad simultáneo al TCA podría ser potencialmente un artefacto de la malnutrición, especialmente los trastornos de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social. Esto subrayaría la importancia de estudiar no sólo retrospectivamente sino también prospectivamente, la relativa cronología de inicio de la ansiedad y los TCA.

Por otra parte, también se ha encontrado una historia previa infantil de *trastornos de ansiedad por separación* (Godart *et al.*, 2003). A pesar de que este tema ha sido poco investigado tal vez por la dificultad de realizar el diagnóstico de forma retrospectiva. Aún así, en el estudio del equipo de Godart se ha encontrado en el 50% de sus pacientes con AN (más que en las pacientes con BN) el trastorno de ansiedad por separación (*casos definidos*) o algunas de sus características (*casos posibles*). Hallazgos interesantes a tener en cuenta, considerando que este trastorno se estima que afecta a un 4% aproximadamente de niños y adolescentes en la población en general (DSM-IV-TR).

4.3.2. BN Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En cuanto a la presencia de *síntomas de ansiedad* en las pacientes con BN, sabemos que los episodios de atracones y vómitos siempre están acompañados de estado emocional de tipo ansioso. Se puede considerar, como señala Turón (1997a), que antes de la crisis de pérdida de autocontrol y en el preludio del atracón, las pacientes con BN notan un creciente

sentimiento de excitación, tensión, angustia y finalmente un deseo irrefrenable por comer. O bien, como refieren en la investigación ya clásica realizada por Abraham y Beumont (1982, cfr. Perpiñá, 1989) suelen sentirse ansiosas y tensas con correlatos fisiológicos como palpitaciones y sudoración. La mayoría de estas pacientes consideran a la *ansiedad* como la emoción que acompaña a la conducta de descontrol, mientras que en otras ocasiones dicen que la ansiedad es la que les lleva de forma inminente al atracón. No obstante, la ansiedad suele ir cediendo durante el atracón, dejando paso a la aparición simultánea de sentimientos de culpa y minusvaloración que van incrementándose, para volver a aparecer de nuevo la ansiedad aumentando y alcanzando la máxima intensidad, en la mayoría de los casos, cuando acaba el atracón. Las pacientes se sienten llenas, con temor a engordar y sólo con la autoprovocación del vómito van a disipar esa ansiedad. Hay casos en los que la ansiedad sólo se alivia de forma temporal durante el atracón aumentando tan pronto paran de comer. De hecho, numerosos investigadores han comprobado que ciertamente la capacidad de inducirse el vómito influyó en la cualidad del sentimiento del postatración, en el sentido de que aquellas pacientes que no vomitaron eran las que informaron tener más sentimientos negativos y ansiedad (Fairburn, 1998).

Es frecuente que las pacientes con BN informen que experimentan profunda ansiedad en situaciones sociales en las que se hallan expuestas a comida o sienten que su cuerpo está expuesto a la observación y escrutinio de otras personas (Cooper, 1995a). Pueden llegar a sentir fobia puntual en estas situaciones o ante objetos relacionados con el TCA, como pueda ser la báscula, el conocer su peso, algunos alimentos o ciertas situaciones. Todo ello es lo que les despierta una intensa ansiedad que puede aparecer y cursar paroxísticamente (Turón, 1997a).

Sin embargo, cuando estas pacientes se encuentran abrumadas por sentimientos de minusvalía, con rechazo de su figura y menosprecio de sí mismas, hasta el punto de no atreverse a aparecer o hablar en público, en estas ocasiones pueden llegar a cumplir los criterios de la *fobia social*. Según Turón (1997a) esta sintomatología, que está presente en muchas pacientes con BN, entra en contradicción con su perfil clásico: impulsivas, con escaso control y rasgos de personalidad límite. Tal vez encontremos la explicación de esta aparente contradicción en lo que expresa Calvo (2002), por una parte, expone que a diferencia de las

pacientes con AN, las bulímicas suelen solventar sus miedos reaccionando ante ellos de manera opuesta, es decir, resolviendo lo que temen, de una manera impulsiva y temeraria. Corren riesgos ante los que se muestran indiferentes, siendo negligentes con las señales de los peligros que puedan acecharla. Y, por otra parte, las pacientes con BN, tienden a ser muy dependientes del medio, de forma que para poder sentir su valía necesitan del apoyo de los demás. Estas pacientes se dejan influir mucho por los mensajes de los medios de comunicación de masas, dada su vulnerabilidad ante la opinión de los demás. Por lo que se produce en ellas un fenómeno denominado *independencia contrafóbica*, es decir, en el fondo tienen un nivel de dependencia tan absoluto que les va a producir fobia, pero se comportan de forma reactiva, aparentando una excesiva independencia.

Con todo, como vimos en el apartado correspondiente de la AN, la ansiedad está presente en estas pacientes en las exploraciones psicológicas y en situación basal (fuera del círculo atracón/vómito), ya que puntúan alto en las escalas de ansiedad (Turón, 1997a). Con todos estos síntomas ocurre igual que con los síntomas depresivos, son secundarios al TCA, ya que tienden a mejorar o incluso desaparecer como consecuencia de la mejoría de los TCA (Cooper, 1995a). Por lo tanto, los síntomas de ansiedad, que normalmente son la expresión de todos los temores propios de la enfermedad, podrían no ser indicativos de un trastorno de ansiedad independiente (López, 2001).

4.4. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

4.4.1. AN Y TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

En los TCA se observan graves síntomas obsesivos, normalmente relacionados con el acto de comer y la comida. Estas pacientes presentan preocupaciones obsesivas con respecto a la delgadez y conductas rituales a la hora de comer y de hacer ejercicio para prevenir la ganancia de peso. Ya Toro y Villardel (1987) aseveraron que resultaba difícil no pensar forzosamente en un cuadro obsesivo compulsivo (o al menos en algunas de las características principales), al ver las características tanto cognitivas como conductuales que presentaban las pacientes con TCA y específicamente con AN.

A *nivel cognitivo*, los pensamientos obsesivos, propios del trastorno, que las pacientes con AN tienen acerca de su cuerpo, de su imagen corporal, su peso, su necesidad de control, de las comidas, *etc.* son reiterativos, circulares y persistentes, ocupan la mayor parte de su tiempo. Suelen tener un auténtico carácter *intrusivo* (“*No me los puedo quitar de la cabeza*”, “*Aunque no quiera siempre estoy pensando en esas cosas*”). Son pensamientos que provocan ansiedad, incluso pueden llegar a aceptar o a sospechar (bien avanzada la enfermedad) de que son absurdos, extraños o irracionales, aunque no los ven como ajenos a sí misma. Pueden presentar dudas y ser indecisas. El grado de extrañeza y de intrusividad subjetiva es relativo, debido a que son *coherentes* con sus valores e intenciones conscientes (Raich, 1994; Turón, 1997b; Borda, del Río y Torres, 2003).

Estos pensamientos, que las pacientes no controlan, de características obsesivas, pueden condicionar -y ya a un *nivel conductual*- la aparición de *rituales* con la finalidad, principalmente, de reducir la ansiedad. Son rituales observados y descritos generalmente por la familia, que consisten en la realización de actos iterativos y conductas estereotipadas relacionadas con la pulcritud, el orden y las ardidies frente a los alimentos, la báscula, el espejo y la ropa para vestir cada día. Asimismo, conductas realizadas, más o menos extravagantes, relacionadas con la comida y el peso, son realizadas cada día, ocasión tras ocasión y siempre de la misma manera, de forma reiterada. De manera que las personas con AN se sienten mejor si todo lo hacen en un orden predeterminado. El proceso de la alimentación puede ser precedido o seguido de maniobras ritualizadas que las tranquilizan, y sus objetos estar colocados de una manera concreta. Algunas conductas son mucho más complejas y limitan el grado de libertad de estas pacientes para resistirse, asemejan verdaderas *compulsiones*: continuo cálculo de calorías, verificación repetida del peso, comprobaciones continuas ante el espejo, rituales en la preparación, ingestión e incluso rechazo de ciertos alimentos, realizar de forma compulsiva ejercicio inmediatamente después de comer, *etc.* (Toro y Vilardel, 1987; Turón, 1997b).

Si bien es cierto, como consideran algunos investigadores (Halmi, Sunday, Klump, Strober *et al.*, 2003; Pearlstein, 2002), existen algunas diferencias básicas en la presentación de las obsesiones y compulsiones dependiendo de que se exhiban en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) o en los TCA. Es decir, las obsesiones y compulsiones de los pacientes con

TOC son *egodistónicas* y se presentan con mayor frecuencia en hombres, mientras que las preocupaciones y rituales de los pacientes con TCA son principalmente *egosintónicos*, y se presentan con mayor frecuencia en mujeres. Por otra parte, los pensamientos fóbicos sobre comida y el peso repetidamente entran en la mente de estas pacientes, pero no necesariamente en contra de su voluntad. Aunque estos pensamientos o preocupaciones pueden ser estresantes, no son considerados como insensatos o absurdos. Las personas con TCA se sienten obligados a llevar a cabo esos rituales, aunque son conductas que le pueden generar ansiedad, sin embargo, no las consideran como no deseados.

Podemos observar que estas características entran en discrepancia con las típicas obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, las cuales también pueden estar presentes en las pacientes con AN y, que también son comunes, aunque sean de una naturaleza más general, como señalaba Cooper (1995a). La severidad de los síntomas obsesivos y compulsivos en la AN puede ser similar a la que se presenta en los TOC, aunque los pacientes con TOC tienen una amplia variedad de síntomas (Pearlstein, 2002). Entre los síntomas que no están relacionados con las preocupaciones sobre la comida, se encuentran rituales de lavado, contar, obsesiones fóbicas, *etc.* (Godart, Flament, Lecrubier y Jeammet, 2000). Por ejemplo, se han encontrado entre las obsesiones más frecuentes en la AN las *obsesiones de simetría* en el 68.8% y el 72% de los casos; *compulsiones de clasificar y ordenar* en el 68.8% y en el 67%; obsesiones sobre *contaminación* en el 44% y en el 56%; compulsiones de *releer y reescribir* en el 50% (respectivamente Matsunaga *et al.*, 1999; Halmi, Sunday, Klump, Strober *et al.*, 2003). Por otra parte, la obsesividad que presentan las pacientes con AN se ha asociado con el excesivo ejercicio (Davis *et al.*, 1998; *cfr.* Pearlstein, 2002).

En un estudio muy reciente realizado por Halmi *et al.* (2003) analizaron las estructuras dimensionales de las categorías sintomáticas obsesivas-compulsivas. Para ello examinaron y compararon el tipo y la frecuencia de las obsesiones y compulsiones en pacientes con AN (ANr = 147, ANp = 177) y con TOC (N = 116) utilizando la *Escala de Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones* (YBOCS). Los resultados indicaron que había un efecto significativo del diagnóstico en la frecuencia de los síntomas (según fuera AN o TOC), así el grupo de ANr tenían puntuaciones significativamente más bajas que el grupo TOC en todas las categorías de las obsesiones, excepto en las *de simetría* y *somáticas*, y en todas las categorías

de las compulsiones, excepto en las de *comprobación, orden y acumulación*. El grupo de ANp tenía puntuaciones significativamente más bajas que el grupo TOC en las obsesiones de *agresividad, contaminación, sexuales y religiosas*, y en las compulsiones, *de repetición y contar*. Si bien, no encontraron diferencias significativas entre las mujeres con ANr y ANp.

Según parece, la presencia y severidad de las obsesiones y compulsiones es mayor en el estado de malnutrición, sin embargo, algunas características obsesivas persisten después del restablecimiento del peso. Las pacientes recuperadas de AN siguen presentando persistencia en *perfeccionismo* y preocupaciones con la *simetría y exactitud*, pero no está claro el efecto de la persistencia de esos síntomas en el seguimiento a largo plazo de la AN o BN (Pearlstein, 2002). Si bien la aportación de Halmi, Sunday, Strober, Kaplan *et al.* (2000) podría aclararnos algo al respecto, ya que han sugerido que el perfeccionismo puede ser un constructo de personalidad subyacente y un marcador genético de la vulnerabilidad para todos los tipos de AN. Y, además, los resultados de diferentes estudios, por otra parte, mostraron que tener un bajo peso severo parece producir una disregulación de la actividad de serotonina en el cerebro e incrementaría la propensión para desarrollar síntomas del tipo de los TOC (Kaye, 1999; Milos, Spindeler, Ruggiero, Klaghofer *et al.*, 2002).

Queda claro, a pesar de todo, que si analizamos las características del pensamiento y de la conducta de estas pacientes, como ya propuso King (1963; cfr. Turón, 1997b), podemos observar que son muchas las características comunes que comparten con los TOC incluyendo las anomalías a nivel serotoninérgico (Hsu *et al.*, 1993; Jarry y Vaccarino, 1996; en Pearlstein, 2002). Tal es así que en la actualidad hay autores que consideran la posibilidad de que los TCA puedan ser una forma de TOC (Turón, 1997b).

Más aún, se está estudiando la posible pertenencia de los TCA a un concepto que se ha hecho recientemente notorio, como aseveran Bienvenu, Samuels, Riddle, Hoehn-Saric *et al.* (2000) en su investigación, el de *"trastornos de espectro obsesivo-compulsivo"* que presentan diferentes grados de rasgos obsesivo-compulsivos e impulsivos (Claes, Vandereycken y Vertommen, 2002). Las condiciones psiquiátricas que lo conforman se caracterizan por ser similares a los TOC en términos de fenomenología, características asociadas (edad de inicio, curso clínico y comorbilidad), presumible etiología, transmisión

familiar, y/o respuesta a tratamientos selectivos farmacológicos o conductuales. Bajo este término se incluyen muchas condiciones psiquiátricas, como son los trastornos somatoformes (hipocondriasis y trastorno dismorfóbico corporal), los TCA (AN y BN), hábitos patológicos de "acicalamiento" (v.g., onicofagia, rasguños patológicos en la piel, tricotilomanía), y otros trastornos del control de los impulsos (v.g. cleptomanía, juego patológico, piromanía) (Bienvenu *et al.*, 2000).

De acuerdo con Hollander (1998; cfr. Claes *et al.*, 2002) todos estos trastornos compulsivos e impulsivos, se encuentran en los dos extremos de la dimensión *evitación del riesgo* pero tienen dos características básicas en común: la implicación de conductas repetitivas y un defecto o fracaso en el mecanismo para inhibir o demorar los actos de esas conductas. Aunque el mecanismo subyacente al impulso que lleva a la conducta parece ser muy diferente: los *individuos compulsivos* pueden estar hipervigilantes e intentar evitar el daño y reducir la ansiedad o la molestia asociada con los rituales. En contraste, los *individuos impulsivos* pueden buscar el riesgo, busca el máximo placer, excitación o gratificación y pueden ostentar conductas antisociales. De igual modo, y ya biológicamente, puede haber dos mecanismos específicos implicados en los trastornos del espectrum obsesivo-compulsivo: la actividad serotoninérgica y la del lóbulo frontal están incrementadas en aquellos individuos que presentan conductas compulsivas, mientras que las conductas impulsivas pueden estar asociadas con un decremento en la misma. Por lo que la hipótesis de que subyace una disregulación del sistema serotoninérgico es más consistente con los datos que existen respecto a que las personas pueden tener ambas características impulsivas y compulsivas simultáneamente, o en diferentes momentos en el transcurso del mismo trastorno. Y, además existen datos que confirman los efectos beneficiosos, en ambas condiciones, de los inhibidores de recaptación de serotonina (Cassidy, Allsopp y Williams, 1999). Los TCA se han propuesto como parte de ese *espectrum* de trastornos en el sentido siguiente: la AN estaría situada en el *lado compulsivo*, semejante al TOC, y la BN (en concreto los atracones y purgas) estarían más hacia el *lado impulsivo* (McElroy, Phillips y Keck, 1994).

Aunque muchos de estos trastornos psicopatológicos aparecen con una comorbilidad muy alta entre los TOC, hay muy pocos datos sobre relaciones familiares (en cuanto a transmisión de la enfermedad) entre la mayoría de ellos y el TOC, y los que hay son

contradictorios. Por ello, Bienvenu *et al.* (2000) realizaron un estudio para investigar la comorbilidad y la transmisión familiar entre el TOC y los trastornos del *spectrum* obsesivo-compulsivo, basándose en hallazgos previos de que el TOC por sí mismo es una condición familiar. Partieron de que los trastornos del *spectrum* familiar deberían ocurrir más a menudo en los casos de participantes con TOC y sus parientes de primer grado, comparados con los del grupo control y sus parientes de primer grado. Los participantes eran pacientes en tratamiento con algún diagnóstico de TOC (38 hombres y 42 mujeres) con sus parientes de primer grado (178 hombres y 165 mujeres) y un grupo control (29 hombres y 44 mujeres) también con sus parientes de primer grado (135 hombres y 165 mujeres). Encontraron que ciertos trastornos somatomorfos (especialmente el dismórfico corporal) y algunas condiciones de acicalamiento patológicas eran transmitidos en familias de pacientes con TOC y que podían ser considerados parte de un *spectrum* de TOC familiar. Sin embargo, no encontraron diferencias significativas entre grupos en cuanto a la presencia de TCA o a los trastornos del control de los impulsos, lo que sugirió que esas condiciones no eran parte prominente del *spectrum* TOC familiar, a pesar de las similitudes fenomenológicas y otras. Aunque, como señalaron los autores, estos hallazgos no excluyeron la posibilidad de la cotransmisión familiar de esos trastornos. De hecho, muchas otras condiciones psiquiátricas, como el trastorno de ansiedad generalizada, aparecieron relacionadas (con una fuerte asociación y sobre todo en cuanto al número de miembros de familiares afectados) con el *spectrum* TOC familiar, que otras condiciones del *spectrum* obsesivo-compulsivo.

Siguiendo esta línea de investigación, Claes *et al.* (2002) estudiaron las características impulsivas y compulsivas (considerándolas a ambas como polos opuestos de las dimensiones del *spectrum* TOC) en tres subtipos de pacientes con TCA (17 con ANr, 18 con ANp y 21 con BN) comparados con un grupo de control "normal" (112 estudiantes de enfermería) tratando de dar respuesta fundamentalmente a tres cuestiones: cuáles eran las diferencias entre los subtipos de TCA en cuanto a este tipo de rasgos; si estos rasgos eran mutuamente excluyentes; y, además, estudiar la personalidad. Encontraron que la impulsividad estaba asociada con BN y ANp, más que con ANr. En conjunto, las pacientes con ANp parecían tener más en común con las pacientes con BN que con las ANr. También hallaron que las pacientes con BN tenían puntuaciones más altas en el cluster B de trastornos de personalidad que las pacientes ANr, ANp y el grupo control; incluso controlando el cluster B las diferencias en las

puntuaciones de impulsividad permanecían significativas, en esta cuestión no encontraron diferencias significativas entre el grupo ANr y el control. Este hallazgo entraría en contradicción con la literatura que había sugerido que las puntuaciones elevadas en impulsividad de las pacientes con BN eran debidas a un subyacente TP límite o a cualquier otro del cluster B. Por otra parte, comprobaron que las pacientes con BN eran más impulsivas que las que tenían ANr. Igualmente encontraron que las pacientes con BN y los controles mostraron grandes diferencias en las medidas de impulsividad *estado* y *rasgo*. Respecto al cluster B de personalidad, que se caracteriza por impulsividad, encontraron que las personas sin patología obtuvieron puntuaciones más bajas que las pacientes con ANr, ANp y las BN, habiendo diferencias significativas entre los pacientes BN y ANp (siendo las puntuaciones de ANp más bajas).

En cuanto a la sintomatología TOC los resultados fueron equívocos. Utilizaron el *Inventario de Padua* para evaluar tanto los pensamientos obsesivos como las conductas compulsivas. En concreto, respecto a las obsesiones, encontraron diferencias entre las pacientes de los diferentes subtipos de TCA y los controles. Las pacientes con BN informaron de más quejas sobre su deteriorado control sobre las actividades mentales y parecían más preocupadas por la pérdida de control sobre las conductas motoras que las pacientes con ANr y los controles. Según los investigadores, las preocupaciones acerca de la pérdida de control sobre actividades motoras (por ejemplo, conductas agresivas y sexuales) probablemente podrían ser debidas al hecho de que las pacientes BN comparadas con las pacientes ANr habrían experimentado ser muy impulsivas (como quedaba reflejado por las altas puntuaciones de impulsividad estado). Sin embargo, respecto a la conducta de lavado, las pacientes con ANr eran más compulsivas que las pacientes con ANp y aquellas con BN. En cuanto al TP *obsesivo-compulsivo* sólo el grupo control difería significativamente de los otros grupos.

Las pacientes con BN puntuaron más alto en las subescalas de obsesión del *Inventario de Padua* comparadas con aquellas con ANr y controles. Los investigadores explicaron que esto podría ser debido a la existencia de una mayor obsesividad o un mayor grado de preocupación en la BN que en la AN. A pesar de que lo esperable era encontrar una mayor prevalencia de TP *obsesivo-compulsivo* en la AN que en la BN, esto no fue así. No obstante,

consideraron que sus hallazgos en cuanto a que las pacientes con BN y ANp fueran más impulsivas y mostraran más obsesiones relacionadas con la agresión, no significaba que esas características estuviesen totalmente ausentes en las pacientes con ANr.

En definitiva, la relación entre AN y sintomatología TOC es compleja. Por una parte, una sintomatología obsesiva previa puede predisponer a un TCA, y por otra la malnutrición puede precipitar o agravar la sintomatología obsesiva, de forma paralela a la pérdida ponderal (Cooper, 1995a). Como hemos visto, hay estudios, como en su revisión recogen Speranza, Corcos, Godart, Loas *et al.*, (2001), que parecen apoyar la idea de que exista una relación entre la sintomatología obsesiva-compulsiva con unos rasgos psicobiológicos subyacentes independientemente del estado nutricional. Otros consideran que la recuperación del peso puede mejorar los síntomas obsesivo-compulsivos, sin embargo, éstos persisten con niveles significativamente más altos que las tasas estándares, incluso después de un largo período de estabilización del peso. Por lo tanto, la desnutrición a pesar de ser un elemento de agravación de la sintomatología obsesiva, no puede explicar completamente su presencia.

De hecho, como señalaron Thornton y Russell (1997) los datos empíricos que apoyan la noción de una obsesividad premórbida no niegan la importancia del estudio de Keys *et al.* (1953), ya comentado en otros apartados, al poner de relieve el impacto de la inanición en la obsesividad. Es muy probable que, de hecho, este impacto exagere unos rasgos de personalidad obsesiva premórbida en las personas con un TCA, cuestión que ya propuso Garfinkel y Garner (1982) (ver tabla nº 11). De tal manera que cuando las personas con una personalidad obsesiva premórbida y con síntomas centrados en cuestiones como la comida, el peso y la figura, puedan llegar a manifestar una serie de obsesiones y compulsiones. Cuando se pierde peso hasta el punto de la desnutrición, esos rituales y creencias llegan a estar firmemente consolidadas, lo que les llevaría a una mayor pérdida de peso.

TABLA N° 11: RASGOS DE PERSONALIDAD OBSESIVA EN LA AN	
TEMPERAMENTO: Introversión Rigidez Timidez Irritabilidad	EMOTIVIDAD Y AFECTIVIDAD: Ansiedad Distimias
CONDUCTA: Repetición Comprobación	PENSAMIENTO: Orden y limpieza Meticulosidad y dubitación Normatividad

Adaptado de Turón, 1997b (original de Garfinkel y Garner, 1982)

4.4.2. BN Y TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

También la sintomatología TOC está presente en las pacientes con BN, al igual que en la AN. Si bien, como señalan en su trabajo Speranza *et al.* (2001) este tipo de sintomatología es más destacada en la AN cuando se compara con la BN.

Dadas las características centrales de los TCA en general, y en concreto de la BN (como son las rumiaciones acerca de la imagen corporal y la dieta que les llevan, en ocasiones, a la evitación de comida y/o romper la dieta y a conductas ritualizadas como el ciclo atracón-vómito), pueden ser vistas como manifestaciones de síntomas obsesivos-compulsivos. De hecho, son numerosos los investigadores que consideran que síntomas propios de los TCA como son el miedo a ganar peso, la realización continua de dietas y de ejercicio, la comprobación del peso, las conductas de atracones y purgas, todos ellos tienen carácter obsesivo. Así, la conducta relacionada con la comida, como ocurre en las conductas del TOC, muy a menudo está ritualizada en las pacientes con TCA (Milos *et al.*, 2002).

Las similitudes entre la BN y el TOC incluyen las preocupaciones obsesivas con la comida, el peso y la imagen corporal. Los atracones se parecen a las compulsiones del TOC por ser difíciles de resistir o controlar y son experimentados como egodistónicos y dolorosos aunque inicialmente aliviadores. La BN fundamentalmente difiere del TOC por su predominio en mujeres, la asociación con las conductas impulsivas y el abuso de sustancias, la respuesta

a todos los antidepresivos (no solo los serotoninérgicos) y la superioridad de la terapia cognitiva conductual o de la psicoterapia interpersonal frente a la terapia conductual (McElroy *et al.*, 1994).

En cuanto al tipo de obsesiones y compulsiones ya las describimos en el apartado anterior sobre AN. No obstante, mencionaremos brevemente los resultados del estudio de Von Ranson *et al.* (1999) realizado con mujeres recuperadas de BN que durante al menos un año informaron de la persistencia de obsesiones de *simetría* y *exactitud*, sugiriendo que éstas podrían ser una conducta "rasgo".

Vanderlinden *et al.* (1999), tras una revisión de los estudios sobre comorbilidad, consideraron que podría existir un nexo especial entre la conducta bulímica y la *impulsividad*. En los estudios realizados con personas que abusaban de sustancias tóxicas, aquellas que se automutilaban y las que presentaban cleptomanía señalaban una frecuencia de atracones notoriamente mayor a la prevista. Asimismo los realizados con pacientes que padecían TCA indicaban una mayor frecuencia de conductas impulsivas entre las personas que se daban atracones y vomitaban o se purgaban. En un número considerable de estas pacientes, el descontrol de los impulsos parecería estar vinculado a experiencias disociativas y/o antecedentes traumáticos (abuso físico o sexual). Algunos investigadores han sugerido que mientras que en la AN se presenta una fuerte asociación con la sintomatología del TOC, en la BN están presentes rasgos impulsivos. Otros han planteado que la elevada impulsividad en la BN puede ser debida a un trastorno de personalidad límite u otro del cluster B. Aunque también se ha informado de rasgos impulsivos en pacientes con AN del tipo bulímico y síntomas TOC en la BN (Claes *et al.*, 2002).

Ya comentábamos, en el apartado correspondiente de la AN, algo sobre la inclusión de la BN dentro de los "*trastornos de espectrum obsesivo-compulsivo*". En concreto la BN (en los atracones y purgas) se encontraría más hacia el *lado impulsivo* (McElroy *et al.*, 1994). Se ha debatido mucho el rol de la impulsividad o el descontrol de conductas que sugieren impulsividad en la BN. Tal es así, y como ya hemos comentado en este trabajo, que en las muestras clínicas estudiadas con TCA, la BN se ha asociado a suicidio y automutilación, problemas con el alcohol, abuso de sustancias, cleptomanía y tricotilomanía y otros rasgos no

necesariamente patológicos de carácter impulsivo. Por ello, Lacey y Evans en 1986 (cfr. Vaz, Peñas y Guisado, 2001; Kaltiala-Heino, Rissanen, Rimpelä y Rantanen, 2003) propusieron un nuevo término *Bulimia Multiimpulsiva* para hacer referencia a una forma específica de BN, que se caracterizaba por la existencia de una alta prevalencia de comportamientos impulsivos no relacionados con la alimentación, como eran el abuso de drogas y/o alcohol, tentativas de suicidio, autolesiones, desinhibición sexual y cleptomanía. Esta propuesta de Lacey *et al.* se basó en la alta prevalencia de comportamientos impulsivos en la población de pacientes con BN. Según estos autores, incluyen el uso de alcohol en uno de cada cuatro pacientes, el uso de drogas en aproximadamente un tercio de los pacientes, los robos en un 20% y la autoprovocación de lesiones en uno de cada 10 individuos. Además presentaban una serie de características específicas asociadas: tardaban más tiempo en buscar ayuda, presentaban un peor nivel de ajuste social y a menudo carecían de empleo, tenían mayores probabilidades de estar solteros o de carecer de una relación estable, mayores probabilidades de estar unidos emocionalmente a alguien que abusaba del alcohol, procedían a menudo de familias con padre alcohólico y referían con frecuencia antecedentes de abusos sexuales.

Por todo ello, propusieron un conjunto de *criterios diagnósticos* para este trastorno, de modo que para poder aplicar el mismo deberían estar presentes al menos tres de las siguientes conductas: a) beber al menos 36 unidades de alcohol a la semana; b) tomar heroína, LSD o anfetaminas, o bien obtener psicofármacos de manera ilegal al menos en tres ocasiones durante el último año; c) robar al menos en 10 ocasiones durante el último año; d) al menos una sobredosis durante el último año; y/o e) autoprovocarse cortes o quemaduras de forma regular.

Igualmente propusieron la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial entre aquellas personas que presentaban "*trastornos monoimpulsivos*" (bulimia, abuso de alcohol, adicción a drogas, *etc.*) y los que presentaban un "*trastorno de personalidad multiimpulsiva*", en los que sería observable la coexistencia de varios de estos comportamientos.

La propuesta de Lacey y Evans ha sido corroborada con la de otros autores que también han propuesto criterios diagnósticos más o menos coincidentes, y que recogemos de forma resumida en la tabla nº 12 (Vaz *et al.*, 2001).

Criterios diagnósticos	Lacey y Evans (1986)	Sohlberg <i>et al.</i> (1989)	Fahy y Eisler (1993)	Fichter <i>et al.</i> (1994)	Wiederman y Pryor (1996)
Abuso de tóxicos	x	x	x	x	x
Intentos de suicidio	x	x	x	x	x
Autolesiones	x	x		x	x
Promiscuidad sexual	x			x	
Robos	x	x	x	x	x
Atracciones			x		

Adaptado de Vaz, Peñas y Guisado, 2001

La relevancia de incluir en este apartado, la referencia a estas nuevas consideraciones conceptuales sobre la BN, como recogen Vaz *et al.*, (2001), radica en (1) su importancia de cara a la presencia de una mayor psicopatología y a un peor funcionamiento social. (2) A su interferencia en el tratamiento, ya que parece ser que los síntomas bulímicos son más frecuentes en el grupo multiimpulsivo al comienzo del tratamiento y disminuyen al año de iniciarlo. Y, (3) a sus consideraciones en cuanto al pronóstico, ya que la presencia de rasgos multiimpulsivos parece ser un claro predictor de mal pronóstico.

Estos autores, en su investigación, se plantearon si realmente existía una dimensión específica que se podía identificar como "multiimpulsividad" y si tal dimensión sería suficiente para justificar la existencia de este grupo clínico específico: *bulimia multiimpulsiva*, como han propuesto los diferentes autores ya comentados. Por ello, compararon dos poblaciones de personas con BN (N= 70: 12 multiimpulsivos y 58 no multiimpulsivos) para explorar las diferencias entre ambos grupos. En vista a los resultados obtenidos, concluyeron que la existencia de la *bulimia multiimpulsiva* en tanto que entidad

clínica específica, quedaría en todo momento puesta en entredicho por la falta de un perfil clínico específico que la definiera y por la aparición recurrente de las manifestaciones propias del trastorno límite la personalidad, o asociadas habitualmente a él. Por lo que se vería reforzada la identidad clínica entre *bulimia multiimpulsiva* y bulimia asociada a patología de personalidad tipo límite. No obstante, sí consideraron que la relación con una mala evolución clínica a corto plazo podría ser un elemento suficiente para justificar, al menos parcialmente y con fines de pronósticos, la identidad de esta forma de bulimia.

Considerando conjuntamente los resultados del trabajo referido de Vaz *et al.* (2001) y los aportados por otros estudios similares sobre la variante multiimpulsiva de la bulimia nerviosa, los investigadores consideraron que el término "*bulimia multiimpulsiva*" parece tener utilidad con fines descriptivos, al hacer referencia a un grupo de conductas específicas (o sintomatología) que aparecen con especial prevalencia en un subgrupo de pacientes con BN, así como por su supuesta asociación con un peor pronóstico a corto plazo. Sin embargo, no está clara la cuestión de la independencia del cuadro en relación con otros trastornos de la personalidad, y en especial con el trastorno límite.

CAPÍTULO II

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. CONCEPTO ACTUAL

Las teorías e intentos de conceptualización de la personalidad, como sucede con todo constructo psicológico, se han ido modificando en relación con los distintos momentos históricos en que se han formulado (Casullo, 2000). No obstante, y según reseña Millon (2001), cabe hacerse varias preguntas, que van surgiendo al hacer un repaso de la historia de los trastornos de personalidad (en adelante TP). Así, nos podemos plantear, en definitiva, ¿qué es la *personalidad*?, ¿de qué forma la definición de *personalidad* concuerda con la definición de *trastorno de personalidad*?, ¿permiten los conceptos que subyacen al concepto de *personalidad* utilizar el término *trastorno*?

No es fácil responder a estas preguntas, especialmente a la primera, ya que a pesar de que el estudio científico de la *personalidad* humana es una de las áreas de investigación y teorización psicológicas más importantes y con mayor tradición, es difícil hallar una definición que satisfaga a todos los psicólogos (Belloch y Fernández-Alvarez, 2002). Incluso hay autores que dudan de su existencia, no todos comparten la convicción de que el comportamiento responda a predisposiciones estables en cada sujeto (Belloch, Martínez-Narváez y Pascual, 1996; Valdés, 2002).

Sumándonos a la propuesta de Millon (2001), consideramos que una buena manera de aproximarnos, investigar y descubrir la definición de un término es examinar cómo su significado y su utilización han evolucionado a lo largo del tiempo. En este sentido, el término

"*personalidad*" procede del vocablo latino "*persona*", que se refería originariamente a la máscara que utilizaban los actores en el teatro clásico, así sugería una pretensión de apariencia, de poseer rasgos distintos de los que caracterizan realmente a la persona que hay detrás de la máscara. Al cabo del tiempo, el término *persona* perdió su connotación de pretensión e ilusión y empezó a representar no ya a la máscara sino a sus características explícitas. Y, por último, el significado del término *personalidad* "profundiza" bajo la impresión superficial, para iluminar el mundo interno, casi nunca manifiesto, y las características psicológicas ocultas de la persona. Por lo tanto, a lo largo de la historia el significado del término ha pasado de ser una ilusión de lo externo a referirse a una realidad externa, y finalmente a ciertos rasgos internos oscuros u ocultos. Siendo éste último el más cercano a su utilización contemporánea.

Según Valdés (2002), la *personalidad* es una construcción hipotética, un artefacto conceptual que pretende proporcionar explicaciones de la psicología del sujeto desde un marco teórico establecido. Y desde el punto de vista clínico, la tipificación de la *personalidad* es el producto de una inferencia, es decir, el establecimiento mental de una categoría a partir de las características y de las conductas de cada sujeto, por lo que no es posible la observación directa e inmediata de la *personalidad*.

En cuanto a los *trastornos de personalidad*, siguiendo a Weidiger (1993; cfr. Pelechano, 2000) el estado actual del conocimiento "consensuado" de los mismos se ha llegado a calificar como "*una especie de estofado teórico de teoría psicoanalítica representada por el (trastorno) narcisista, de aprendizaje social representados por el (trastorno) evitativo y de biogenética, representado por el (trastorno) esquizotípico*" (p. 714).

Desde el punto de vista de la *Psicología de la Personalidad*, según Pelechano, De Miguel y Hernández (1995), en la psicología contemporánea, existen dos alternativas para entender la personalidad:

1. Personalidad como aquella parcela de funcionamiento personal que es resistente al cambio, se encuentra consolidada y posee una generalidad y coherencia de respuestas en distintos tiempos y contextos, dejando fuera de esa consideración lo que sea situacional,

reactivo-diferencial ante situaciones distintas. También cuando se habla de personalidad se refiere a formaciones psicológicas integradas, con niveles de organización e integración.

2. Personalidad como todo aquello que identifica al ser humano individual a lo largo del ciclo vital, por lo que debe integrarse en un modelo de personalidad desde la reactividad situacional hasta el estilo de vida, las motivaciones, creencias y concepciones del mundo.

En estas dos perspectivas se pueden resumir las dos grandes direcciones generales para entender la *personalidad*, así por ejemplo el sistema conceptual y clasificatorio de la psicopatología, en cuanto a los trastornos de la personalidad, está situado en la primera opción, en un modelo categorial (no dimensional).

Por otra parte, Belloch *et al.* (1996), en términos generales, definen a la *personalidad* como el conjunto de características (psicológicas, biológicas y socioculturales) que hacen que un individuo sea él mismo y no otro, sean cuales sean las circunstancias de la vida en las que se encuentre. Por lo tanto, uno de los elementos clave de la *personalidad* es el hecho de que permanece relativamente estable a lo largo de toda la vida. Y este elemento clave es lo que va a caracterizar tanto a las personalidades *sanas* o *normales*, como a las *anormales* o *perturbadas*. Va a ser el punto de partida que delimita la *personalidad* de la *personalidad trastornada*. Es decir, según estos autores, cuando hablamos de una *personalidad anormal, patológica o trastornada*, se hace referencia a *todo el modo de ser* de un individuo, y no a aspectos concretos o parciales. En este sentido hablamos de alteración porque *normalmente la persona no es así*. Sin embargo, cuando hablamos de *trastornos de personalidad* nos referimos a que el modo de ser *habitual* de ese individuo es enfermizo, patológico, anormal (en el sentido de que no es el modo de ser más frecuente de las personas).

Antes de continuar, es interesante considerar, siguiendo la propuesta de Millon (2001), dos términos relacionados con la personalidad y que pueden ser confundidos con ella: *temperamento* y *carácter*. El *carácter* se refiere a las características adquiridas durante nuestro crecimiento y posee la connotación de un cierto grado de conformidad con las normas sociales. El *temperamento*, por lo contrario no es el resultado de la socialización, sino que depende de una disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos. Puede decirse

que una persona tiene un “buen carácter” y de otra que tiene un “temperamento irritable”. Por tanto, el carácter refleja la influencia de la educación, mientras que el temperamento representa la influencia de la naturaleza, físicamente codificada.

En definitiva, y para el objetivo de este trabajo, vamos a quedarnos con dos conceptualizaciones, una de la personalidad y la otra de los trastornos de personalidad:

- (1) Millon (1999): define, hoy en día, a la *personalidad* como “*un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes y, en última instancia, comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo*” (p. 4).
- (2) DSM-IV-TR (2001): un *trastorno de la personalidad* es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento, que se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en algunas de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos. Tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es relativamente estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Por otra parte, también nos quedamos con la explicación ofrecida desde la perspectiva de Millon (2001) en cuanto a la “relación” entre *personalidad* y *trastornos de la personalidad*. Como ya hemos comentado, Millon (2001) considera a la personalidad como el patrón de características que incluye la constelación completa de la persona. No se limita a un solo rasgo, sino que incluye la totalidad de características de la persona: interpersonales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas. Cada rasgo refuerza a los otros para perpetuar la estabilidad y consistencia conductual de la estructura completa de la personalidad. Por tanto,

en el caso de los *trastornos de la personalidad*, para este autor la etiología se sitúa literalmente en todas las áreas. Cada dominio interactúa e influye en los otros, y todos ellos de forma conjunta mantienen la integridad de la estructura completa. No es posible diferenciar entre enfermedad y síntoma, ya que la causalidad procede de cualquiera de los dominios de la actividad. Cada elemento de la estructura global sostiene al resto. Esto explicaría, según Millon (2001), por qué los TP son tan resistentes a la terapia psicológica.

En definitiva, desde esta perspectiva, los TP no son enfermedades. Como señala Millon (2001), es difícil imaginar que un *trastorno* de cualquier tipo pueda ser cualquier cosa excepto una enfermedad médica. Por ello propone un modelo analógico con el sistema inmunitario para explicar la personalidad. Así, cada patrón global de la personalidad (defensas inmunitarias, es decir, las habilidades de afrontamiento y la flexibilidad adaptativa), es el que determina si respondemos de forma constructiva o bien sucumbimos al entorno psicológico y social, cuando las entidades externas invaden y desorganizan un estado (la personalidad), que sería totalmente normal y saludable de no mediar ese factor externo. Por tanto, la estructura y las características de la personalidad se convierten en la base de la capacidad individual para la actividad sana o enferma. De esta manera, también explica Millon la *psicopatología*, es decir va a ser cada *estilo de personalidad*, que actúa como un estilo de afrontamiento, y la *personalidad* los que se convierten en un principio organizador fundamental desde el que entender la psicopatología.

Por tanto, las características patológicas específicas de los *trastornos de la personalidad* parecen distinguirse por tres (Millon, 1969; cfr. Millon, 2001):

- 1º. Proceden directamente de la concepción de la personalidad como la analogía psicológica del sistema inmunitario: los TP tienden a presentar una estabilidad frágil, o una carencia de capacidad de adaptación, en condiciones de estrés. La mayoría de las personas disponen de variadas y flexibles estrategias de afrontamiento. Cuando una determinada conducta o estrategia no funciona, las personas normales cambian y pasan a utilizar otra. Sin embargo, las personas con un TP tienden a utilizar las mismas estrategias una y otra vez, con variaciones mínimas. El resultado es que siempre acaban empeorando las cosas. En consecuencia, el nivel de estrés se incrementa, amplifica su vulnerabilidad, provoca

situaciones críticas y produce percepciones de la realidad social cada vez más distorsionadas.

2º. Se solapa con la anterior: las personas con un TP son inflexibles desde el punto de vista adaptativo. El funcionamiento de la personalidad normal incluye la capacidad de saber cuándo tomar la iniciativa y modificar el entorno y cuándo adaptarse a lo que el entorno dispone (ser flexible). En las personas normales sus iniciativas o reacciones son proporcionales y adecuadas a las circunstancias que las suscitan (son flexibles en sus interacciones). Cuando la situación limita la conducta, el comportamiento de las personas normales tiende a coincidir, independientemente de la personalidad, en cambio las personas con un TP poseen pocas estrategias y conductas alternativas, y las imponen rígidamente sobre unas circunstancias sobre las que no encajan. Además impulsan o controlan implícitamente las situaciones interpersonales mediante la intensidad y la rigidez de sus rasgos, que constriñen el curso de la interacción. Dado que no pueden ser flexibles, es el entorno el que debe flexibilizarse al máximo. Y cuando el entorno no puede adaptarse a la persona, se produce una crisis. En consecuencia se reducen aún más las oportunidades de aprender estrategias nuevas y más adaptativas, y la vida se vuelve mucho menos placentera.

3º. Es consecuencia de la segunda: dado que estas personas no son capaces de cambiar, los repertorios patológicos que dominan su vida se repiten una y otra vez como círculos viciosos. Las personalidades patológicas son a su vez, patogénicas. La vida se convierte en una especie de primer acto teatral fallido que se repite constantemente. Pierden oportunidades de mejorar, provocan nuevos problemas y crean constantemente situaciones que replican sus fallos y que suelen ser variaciones mínimas sobre unos pocos asuntos relacionados con la autodevaluación.

Para terminar este apartado, incluimos un resumen (ver tabla nº 13) sobre la información más relevante a tener presente del concepto de los TP.

TABLA Nº 13: CONCEPTO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

Un *Trastorno de Personalidad* es un modo de ser y comportarse que:

- Es omnipresente: se pone de manifiesto en la mayor parte de situaciones y contextos, y abarca un amplio rango de comportamientos, sentimientos y experiencias.
- No es producto de una situación o acontecimiento vital concreto, sino que abarca la mayor parte del ciclo vital del individuo.
- Es inflexible, rígido.
- Dificulta la adquisición de nuevas habilidades y comportamientos, especialmente en el ámbito de las relaciones sociales: perjudica el desarrollo del individuo.
- Hace al individuo frágil y vulnerable ante situaciones nuevas que requieren cambios.
- No se ajusta a lo que cabría esperar para ese individuo, teniendo en cuenta su contexto sociocultural.
- Produce malestar y sufrimiento al individuo, o a quienes le rodean: provoca interferencias en diversos ámbitos (social, familiar, laboral, *etc.*)
- Sin embargo, a diferencia de otros trastornos mentales, el malestar es más bien una consecuencia de la no aceptación por parte de los demás del modo de ser del individuo que una característica intrínseca del trastorno: en general suelen ser egosintónicos, a diferencia de la egodistonia que caracteriza a la mayoría de los trastornos mentales.
- Por lo antedicho, la conciencia de enfermedad o anomalía es escasa o inexistente.

Adaptado de Belloch y Fernández-Alvarez, 2002

2. EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA Y CLASIFICATORIA

Belloch *et al.* (2002) señalan que el diagnóstico de los TP, como trastornos mentales diferentes al resto de trastornos, se lo debemos fundamentalmente a Prichard por sus contribuciones en el primer tercio del s. XIX, en cuanto a la caracterización de los desórdenes de personalidad. Quien utilizó el término *locura moral* para describir una condición en la que “*las facultades intelectuales parecen tener una leve o inexistente lesión prolongada, si bien el trastorno se manifiesta única o principalmente en el estado de los sentimientos, disposición o hábitos*” (p.14). Asimismo, podemos encontrar claros intentos de clasificar los TP en autores como Kraepelin, Kretschmer o Schneider (cfr. Pelechano *et al.*,

1995). No obstante, han sido autores como Shapiro (1965) o Millon (1969, 1981) quienes han proporcionado algunos de los principales argumentos sobre los que se asientan las actuales clasificaciones y criterios diagnósticos de los diversos TP, tal y como nos los encontramos sistematizados actualmente en los dos sistemas diagnósticos más aceptados entre los clínicos (Belloch *et al.*, 2002). Aunque, en la práctica clínica se siguen tres grandes sistemas de clasificación, que presentan algunas relaciones entre sí:

- (1) la *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*, (OMS, 1992), principalmente utilizada por los psiquiatras y psicólogos europeos.
- (2) la clasificación americana *Manual de Estadística y de Diagnóstico de los Trastornos Mentales*, actualmente en el texto revisado de la cuarta edición (DSM-IV-TR), (APA, 2002),
- (3) la propuesta por Millon que incluye un sistema multiaxial para los trastornos de la personalidad, y que fue utilizada para la preparación del DSM-III-R.

La inclusión de los *trastornos de personalidad* como una gran categoría diagnóstica (en el Eje II, independiente dentro del sistema multiaxial del DSM) ha sido una de las novedades más consensuadas que estos sistemas de clasificación han presentado, en cuanto a la importancia que se le atribuye a ésta entidad nosológica (Millon, 1997). Si bien los *trastornos de personalidad* se incluyeron en el DSM desde su primera edición en 1952, reflejando el pronunciado interés en el tratamiento de los TP por los psiquiatras psicoanalistas. Aunque el número y tipo de trastornos han cambiado en las diferentes ediciones del DSM, los principios conceptuales básicos (*v.g.* que están presentes en toda la vida, patrones de conducta desadaptativos profundamente arraigados) se han mantenido en todos ellos (First, Bell, Cuthbert, Krystal *et al.*, 2002) (ver tabla nº 14).

TABLA N° 14: EVOLUCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS TP SEGÚN LA APA: LOS DSM (1)		
	SISTEMA MULTIAXIAL	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
DSM (APA, 1952)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos de Patrón 2. Trastornos de Rasgos 3. Trastornos del Impulso, el Control y las Relaciones 4. Trastornos Sociopáticos
DSM-II (APA, 1968)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno de Personalidad Paranoide 2. Trastorno de Personalidad Esquizoide 3. Trastorno de Personalidad Antisocial 4. Trastorno de Personalidad Histérica 5. Trastorno de Personalidad Obsesiva-Comp. 6. Trastorno de Personalidad Pasivo-Agresiva 7. Trastorno de Personalidad Ciclotímica 8. Trastorno de Personalidad Explosiva 9. Trastorno de Personalidad Asténica 10. Trastorno de Personalidad Inadecuada
DSM-III (APA, 1980)	<p>EJE I: Síndromes clínicos y Códigos V (estados no atribuibles a trastorno mental, que merecen atención o tratamiento y códigos adicionales)</p> <p>EJE II: Desarrollo específico y Trastornos de la personalidad</p> <p>EJE III: Estados y trastornos somáticos</p> <p>EJE IV: Intensidad del estrés psicosocial</p> <p>EJE V: Máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año</p>	<p>GRUPO A. <i>Extraños o excéntricos</i>: paranoide, esquizoide y esquizotípico</p> <p>GRUPO B. <i>Teatrales, emotivos o erráticos</i>: antisocial, límite, histriónico y narcisista</p> <p>GRUPO C. <i>Ansiosos o temerosos</i>: por evitación, por dependencia, compulsivo y pasivo-agresivo.</p> <p>Trastornos de la personalidad atípicos, mixtos u otros</p>
DSM-III-R (APA, 1987)	<p>EJE I: Síndromes clínicos y Códigos V (estados no atribuibles a trastorno mental, que merecen atención o tratamiento y códigos adicionales)</p> <p>EJE II: Trastornos del desarrollo y la personalidad</p> <p>EJE III: Estados y trastornos somáticos</p> <p>EJE IV: Intensidad del estrés psicosocial</p> <p>EJE V: Máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año</p>	<p>GRUPO A. <i>Extraños o excéntricos</i>: paranoide, esquizoide y esquizotípico</p> <p>GRUPO B. <i>Teatrales, emotivos o volubles</i>: antisocial, límite, histriónico y narcisista</p> <p>GRUPO C. <i>Ansiosos o temerosos</i>: por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo.</p> <p>Trastornos de personalidad no especificado</p> <p>APÉNDICE A: (categorías propuestas) Personalidad sádica Personalidad Autodestructiva</p>

Continúa

TABLA N° 14: EVOLUCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS TP SEGÚN LA APA: LOS DSM (y 2)		
	SISTEMA MULTIAIXIAL	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
DSM-IV (APA, 1994)	<p>EJE I: Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica</p> <p>EJE II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental</p> <p>EJE III: Enfermedades Médicas</p> <p>EJE IV: Problemas psicosociales y del ambiente</p> <p>EJE V: Evaluación de la actividad global</p>	<p>GRUPO A. <i>Raros o excéntricos</i>: paranoide, esquizoide y esquizotípico</p> <p>GRUPO B. <i>Dramáticos, emotivos o inestables</i>: antisocial, límite, histriónico y narcisista</p> <p>GRUPO C. <i>Ansiosos o temerosos</i>: por evitación, por dependencia, y obsesivo-compulsivo.</p> <p>Trastornos de personalidad no especificado</p> <p>APÉNDICE B: (categorías propuestas) Trastorno depresivo de la personalidad Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (trastornos negativista de la personalidad)</p>
DSM-IV-TR (APA, 2002)	<p>EJE I: Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica</p> <p>EJE II: Trastornos de la personalidad Retraso mental</p> <p>EJE III: Enfermedades Médicas</p> <p>EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales</p> <p>EJE V: Evaluación de la actividad global</p>	<p>GRUPO A. <i>Raros o excéntricos</i>: paranoide, esquizoide y esquizotípico</p> <p>GRUPO B. <i>Dramáticos, emotivos o inestables</i>: antisocial, límite, histriónico y narcisista</p> <p>GRUPO C. <i>Ansiosos o temerosos</i>: por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo</p> <p>Trastornos de personalidad no especificado</p> <p>APÉNDICE B: (categorías propuestas) Trastorno depresivo de la personalidad Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (trastorno negativista de la personalidad)</p>
<i>Adaptado de Belloch et al. (1996); y APA (1987, 1994, 2002)</i>		

En realidad, los TP han ocupado históricamente una posición diagnóstica secundaria, sin que hayan logrado nunca, como señala Millon (1999), el reconocimiento que se merecen en la literatura que versa sobre trastornos psicológicos o sobre psiquiatría clínica. Antes de que aparecieran en el DSM-III (APA, 1980) por primera vez como entidad nosológica independiente, estos trastornos estaban categorizados dentro de la nomenclatura oficial en un conjunto heterogéneo que incluía otros síndromes muy variados y básicamente

secundarios. Tal es así, que el diagnóstico se hacía casi por exclusión, ya que si una persona no tenía una neurosis ni tampoco una psicosis, pero presentaba alteraciones profundas y duraderas en su modo de ser, recibía el diagnóstico de TP (Belloch *et al.*, 1996).

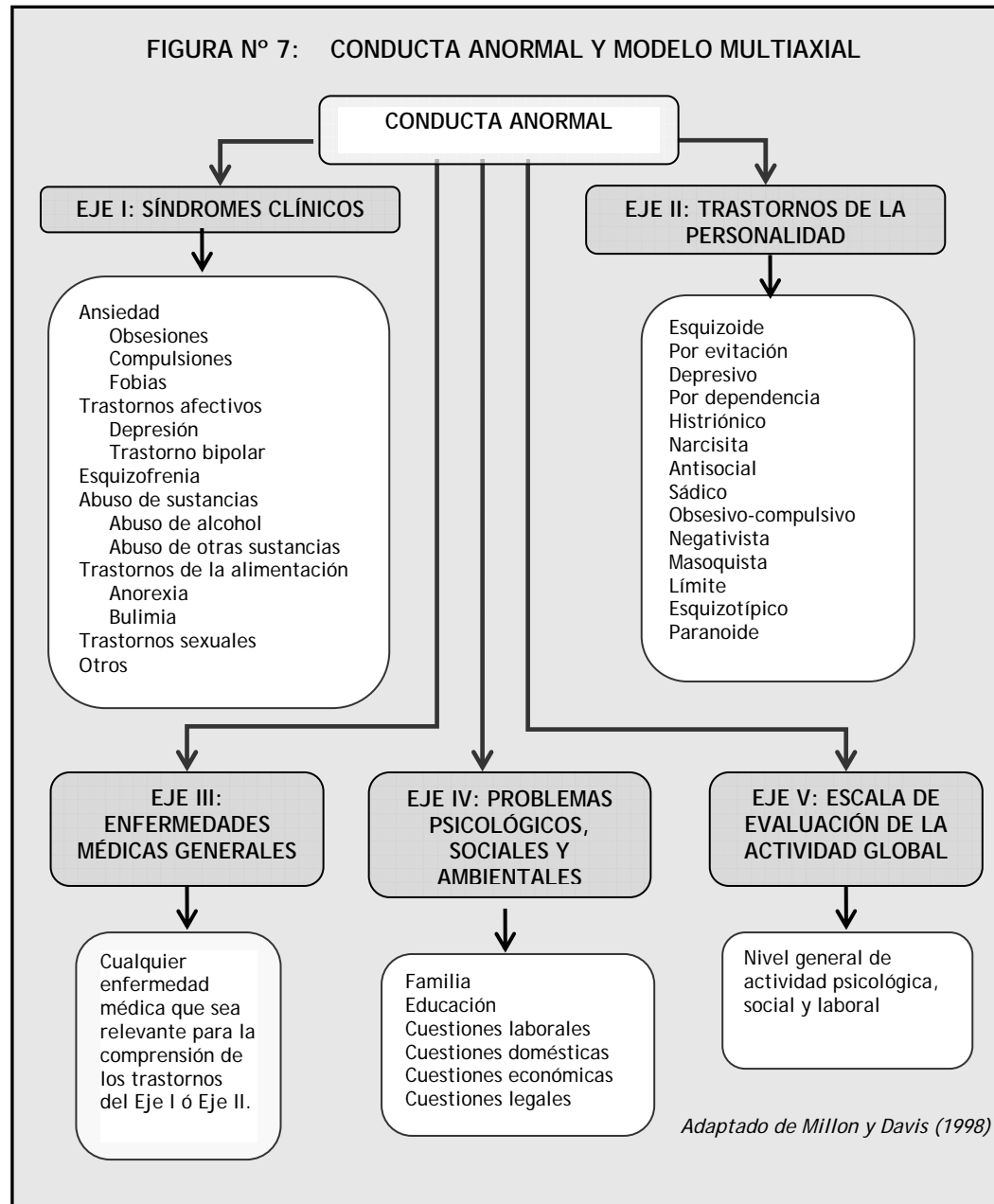
En ese momento, el grupo de trabajo que estaba elaborando el DSM-III, puso de manifiesto que los TP eran síndromes que presentaban "límites muy borrosos" (Task Force, 1976; cfr. Millon, 1997). Sin embargo, reconocieron que los TP poseían características no compartidas por otros síndromes, cualidades definidas más por la omnipresencia y duración que por su capacidad sintomatológica de distinción. También entonces se indicó la necesidad de diferenciar entre "*rasgos*" y "*trastornos*" de la personalidad, cuestión que se mantiene en la versión más reciente. En aquel momento trataban de distinguir los comportamientos que concretaban los *rasgos* de los que constituían los *trastornos* en base a dos niveles: los *trastornos* se asociaban a sentimientos subjetivos de malestar y/o a un deterioro significativo del funcionamiento social (Millon, 1998). Como señalaban Belloch *et al.* (1996), en el DSM se asumió el concepto de *rasgo* (tal y como se maneja habitualmente en la psicología de la personalidad) como elemento definitorio central o criterio rector de la categoría del trastorno de la personalidad. Es decir, a partir del DSM-III-R se admite la existencia de un TP cuando "*los rasgos de personalidad sean inflexibles y desadaptativos, causen una incapacitación funcional significativa o una perturbación subjetiva*", considerando además que "*las conductas o rasgos (...) son característicos de la vida inmediata del sujeto (en el transcurso del último año) y (...) se hacen patentes al inicio de la vida adulta*" (p. 259).

En la primera inclusión de los TP en el DSM-III, el objetivo fue incluir el mayor número justificable de síndromes de la personalidad clínicamente útiles, incluso categorías que no habían sido completamente validadas por la investigación sistemática, pero que sí eran útiles a nivel clínico, gracias a lo cual se animó a su investigación empírica determinando cuáles se sostenían o no bajo un escrutinio clínico y de investigación. Por esta razón, la clasificación de los TP ha sufrido cambios de una edición a otra del DSM que quedan recogidos en la tabla nº 14 (pp. 87-88). Por otra parte, la inclusión de los *criterios diagnósticos* formales (de los TP en general y de cada tipo de TP, respectivamente) permitió delimitar a los clínicos los componentes exclusivos e inclusivos de la decisión diagnóstica, así como la generación de una mayor fiabilidad y comparabilidad entre las investigaciones (Millon y Davis, 1998).

Además, esta tercera versión del DSM supuso una reformulación del psicodiagnóstico, un cambio del modelo de enfermedad médica tradicional al introducir el *modelo de evaluación multiaxial*. Este modelo no sólo reconoce las características del curso, la etiología, el funcionamiento social y los rasgos de personalidad como aspectos dignos de atención, sino que además los recoge en su propio eje representativo como parte de un complejo integrador de elementos que, sólo en su forma completa, constituyen el estado patológico. De manera que, actualmente, los TP tienen una gran relevancia diagnóstica y desempeñan un papel contextual en el sistema multiaxial (ver tabla nº 14 y figura nº 7) ya que las patologías de personalidad componen uno de los dos ejes necesarios del “trastorno mental”.

A partir de ahora los clínicos deben evaluar no sólo los síntomas actuales que presenta el paciente en el Eje I, sino también, todas aquellas características recogidas en el Eje II que definen su patrón de personalidad. Es decir, el formato multiaxial revisado requiere que el conjunto de los síntomas no se evalúe como una entidad clínica separada del contexto más amplio del paciente, que incluye el estilo de relacionarse, comportarse, pensar, sentir y afrontar las dificultades: es decir, su personalidad.

En definitiva, el hecho más importante en los TP a partir del DSM-III, fue precisamente su separación del cuerpo principal de síndromes clínicos y su ubicación en un eje independiente. Como refiere Millon (1999), en el pasado, los clínicos se encontraban ante la disyuntiva de decidir si en un paciente era más diagnosticable un síndrome de la personalidad o un síndrome de síntomas. Después del DSM-III los clínicos pueden registrar no sólo el cuadro actual, sino también las características que configuran el comportamiento de la persona tanto previo como concurrente con los síntomas actuales. Así, como acabamos de ver, el nuevo sistema multiaxial permite que los clínicos sitúen los síndromes clínicos del Eje I en el contexto del prolongado y omnipresente estilo individual de funcionamiento recogido en el Eje II.



Una fuerte crítica que Millon realiza al DSM-III, respecto a los TP, fue la agrupación definitiva que elaboraron de los mismos y que incluyeron finalmente en el manual. Ya que, según Millon (1999), en lugar de definir discriminaciones de gravedad entre los TP, como él propuso, los síndromes de personalidad los agruparon en tres grupos determinados por las características sintomatológicas:

- (1) Grupo A: por el hecho de que su comportamiento parece *raro o excéntrico*, incluye los trastornos *paranoide, esquizoide y esquizotípico* de la personalidad.
- (2) Grupo B: por su tendencia a mostrarse *teatrales, emotivos o inestables* contiene los trastornos *histriónico, narcisista, antisocial y límite*.
- (3) Grupo C: en función de que suelen parecer *ansiosos o temerosos*, incluye las personalidades *evitadoras, dependientes, compulsivas y pasivo-agresivas*.

Fundamentalmente, Millon (1999) consideraba más útil, lógica y de importancia clínica, una clasificación en función de la probable *gravedad de la patología*, a la que definió como "(...) *la distinta probabilidad que tienen estos síndromes de dar lugar a trastornos moderados o graves. (...) Si revisáramos la lista del DSM-III podríamos ver que es más probable que trastornos como el paranoide, el esquizotípico o el límite y, probablemente el esquizoide y el trastorno por evitación, sean más propensos a la patología grave que los demás. Por el contrario, trastornos como el histriónico, el narcisista, el antisocial, el dependiente y el compulsivo, y quizá también el pasivo-agresivo, tienden a estabilizarse en niveles leves-moderados de gravedad*" (p. 81).

Pero, como señalan First *et al.* (2002), la modificación más importante que se hizo al pasar del DSM-III a su versión revisada fue el cambio del formato del conjunto de criterios diagnósticos. Ya que de un formato *monotético* (desde el que se caracteriza un trastorno determinado por un conjunto de signos y síntomas, y para que exista el trastorno tienen que darse el conjunto completo de los mismos) se pasó a un formato *politético* (en éste un conjunto de criterios diagnósticos opcionales o distintos tipos de marcadores identifican el trastorno, y para que pueda hacerse el diagnóstico se requiere la presencia, tan sólo, de parte de los criterios de identificación o un subconjunto de los criterios). Según Pelechano (2000) este último procedimiento de diagnóstico lleva consigo que bajo un mismo diagnóstico se encuentren dos personas muy distintas y con una sintomatología asimismo dispar, lo que dificulta la homogeneidad de los grupos diagnósticos. Sin embargo, First *et al.* (2002) consideraron que el formato politético es más consistente con la realidad clínica, aunque

también reconocieron la heterogeneidad diagnóstica que resulta, y que contribuye a descripciones clínicas y hallazgos de investigación inconsistentes. Ya que, por ejemplo, en algunos casos los pacientes pueden tener el mismo diagnóstico de TP pero no tener todos los criterios diagnósticos iguales.

Y, concretamente, en el DSM-III-R se introdujeron una serie de cambios en los criterios de los *trastornos histriónico, esquizoide y por evitación*, así como la inclusión en el apéndice de dos síndromes de personalidad muy controvertidos, el *autodestructivo (masoquista)* y el *sádico*. Posteriormente estos dos trastornos fueron eliminados en el DSM-IV. Otros cambios dignos de mención, ya en la versión cuarta, comportaron la reformulación de todos los criterios en un formato politético único, lo que produjo un mayor solapamiento y comorbilidad entre los distintos trastornos, así como una mayor preocupación por la disrupción que podría producir en los estudios que se estaban llevando a cabo. Además se introdujeron modificaciones específicas de los criterios del DSM-III-R sobre la base de la revisión realizada por el comité del Eje II de numerosos estudios sobre la sensibilidad, especificidad y el poder predictivo positivo y negativo de los grupos de criterios. Se consideró también la comorbilidad o el solapamiento entre los propios TP y como consecuencia se eliminaron varios criterios. Así, los cambios específicos fueron:

- Respecto al *trastorno antisocial de la personalidad* se eliminaron varios indicadores comportamentales específicos y se introdujeron caracterizaciones de rasgos.
- Se tomó conciencia de la importancia de la regulación de los impulsos como componente principal del *trastorno límite de la personalidad*, y se introdujo un criterio adicional a fin de reflejar la frecuencia con que estos pacientes evidencian síntomas disociativos o ideación paranoide transitorios y asociados a períodos de estrés.
- Otra modificación muy notable fue la de situar el *trastorno pasivo-agresivo de la personalidad* en el apéndice del DSM-IV, motivado por la limitada caracterización de los manuales anteriores, por su formulación en términos situacionales específicos y debido a que no reflejaba más que un único síntoma. Así lo redefinieron denominándolo "*trastorno negativista de la personalidad*".

- Añadieron en el apéndice un nuevo trastorno: el *trastorno depresivo de la personalidad*. lo que provocó un intenso debate en cuanto a las diferencias de éste con las formulaciones similares del Eje I (distimia).
- Finalmente, eliminaron las *personalidades autodestructivas y sádicas*, según Millon (1999) más por cuestiones políticas que clínicas.

En cuanto a la última edición del DSM, en el texto revisado de la cuarta edición, no se han realizado cambios tan sustanciales como en la versión anterior, sino que se han actualizado, por una parte, algunos apartados de algunos trastornos: el texto introductorio, en cuanto a las dimensiones de algunos de los modelos dimensionales más importantes; los síntomas y trastornos asociados del *trastorno antisocial de la personalidad*, y del *trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad*. Por otra parte, se ha añadido información en el apartado sobre el curso del *trastorno límite de la personalidad*; y se ha modificado el texto de la sección "*síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*" en el *trastorno de la personalidad por dependencia* (APA, 2001).

A pesar de todo, como señalan First *et al.* (2002), actualmente existe una notable insatisfacción con la actual conceptualización y definición de los TP en la reciente DSM-IV-TR, a pesar del obligado impacto de los rasgos de personalidad desadaptativos. Los problemas identificados en el DSM-IV-TR, en cuanto a los TP, tanto por los investigadores como por los clínicos, incluyen:

- confusión respecto a la relación entre los TP del DSM-IV-TR y ciertos trastornos del Eje I (especialmente aquellos que son crónicos y tienen su inicio en la infancia o en la adolescencia),
- la excesiva comorbilidad entre los propios TP,
- la arbitraria distinción entre personalidad normal, rasgos de personalidad y trastornos de personalidad,

- la falta de utilidad clínica empíricamente documentada para las decisiones en el tratamiento para la mayoría de los TP, y
- el alcance limitado (la mayoría de los TP comúnmente diagnosticados son del diagnóstico residual TP no especificado).

Estos problemas son el centro de interés de los estudios que se están llevando a cabo para la futura DSM-V.

Para terminar este apartado, no podemos dejar de hacer referencia, aunque breve, a la clasificación de los trastornos de la personalidad según la Organización Mundial de la Salud: los CIE. No nos vamos a detener mucho en ella, fundamentalmente porque se escapa a los objetivos de este trabajo, entre los que está la evaluación de la personalidad desde el enfoque y clasificación de Millon, según su inventario MCMI-II y el DSM-III-R.

En la evolución de esta clasificación (ver la tabla nº 15) podemos advertir que la preocupación, en primer lugar, por los trastornos mentales, no se incluyó hasta su sexta edición publicada en 1948, en un capítulo específico dedicado a las *Enfermedades mentales* (capítulo V). Y en segundo lugar, particularmente en cuanto a los TP, se incluyeron en ese momento pero con referencia explícita a los *Trastornos del carácter*. La estructuración de este capítulo se ha mantenido en las diferentes ediciones de la CIE, desde la edición sexta hasta la novena revisión (Belloch *et al.*, 1996).

Sin embargo los cambios producidos del paso de la novena edición a la vigente CIE-10, han sido grandes, siendo ésta última mucho más amplia. Por ejemplo, se ha abandonado la tradicional diferenciación entre *psicosis* y *neurosis*, y se han pasado de treinta categorías a cien categorías en la clasificación de los trastornos mentales (OMS, 1978).

A partir de la edición novena de la CIE, se consideraban a los TP como patrones arraigados de comportamiento inadecuado que se pueden reconocer ya en la infancia o la adolescencia y que perduran durante la mayor parte de la edad adulta, siendo sus

TABLA Nº 15: EVOLUCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS TP SEGÚN LA OMS: CIE	
SECCIONES	CATEGORÍAS DE LOS T. PERSONALIDAD
CIE- 6 CIE- 7 y CIE- 8	I. Psicosis II. Desórdenes somáticos, y III. Trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia.
CIE- 9 (OMS, 1978)	I. Psicosis orgánica II. Otras psicosis III. Trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos, y IV. Retraso mental
CIE- 10 (OMS, 1992)	I. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos II. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas III. Esquizofrenia, Trastono esquizotípico y trastornos de ideas delirantes IV. Trastornos del humor (afectivos) V. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos VI. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos VII. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto VIII. Retraso mental IX. Trastornos del desarrollo psicologico X. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia XI. Trastorno mental sin especificación

Adaptado de Belloch et al. (1996) y CIE-10 (1992)

manifestaciones menos evidentes en la edad media y en la vejez. La personalidad se cataloga como *anormal* ya sea porque afecta al equilibrio de sus componentes, a la calidad de su expresión, o bien al conjunto de todos estos aspectos. Además también se considera que estos patrones de conducta provocan sufrimiento en el propio sujeto o en otras personas. En la CIE-10 los TP se subdividen de acuerdo con los rasgos correspondientes a sus manifestaciones comportamentales más frecuentes o destacadas. Los subtipos así descritos han recibido un reconocimiento general como formas importantes de desviación de la personalidad. Para hacer un diagnóstico de TP, el clínico ha de considerar todos los aspectos funcionales de la misma, aunque el diagnóstico, para ser simple y eficaz, se referirá sólo a aquellas dimensiones o rasgos en los que se alcancen los grados de gravedad propuestos (OMS, 1992).

Las diferentes categorías en que se agrupan los TP tanto en la CIE-9 como en la 10 quedan recogidas en la tabla nº 15. Algunos cambios más relevantes a destacar son, por ejemplo, que el trastorno esquizotípico y la ciclotimia se clasificaban antes entre los trastornos de la personalidad, pero aparecen ahora en otro lugar (la ciclotimia en F30, F39 y el trastorno esquizotípico en F20, F29), ya que parecen tener afinidades significativas en cuanto a sus manifestaciones clínicas, antecedentes familiares y curso con los trastornos de dichas secciones.

Por último, es interesante tener en cuenta la diferenciación que aparece en la CIE-10 en cuanto a los *trastornos de la personalidad* y las *transformaciones de la personalidad*, cuyas características distintivas fundamentalmente son: el momento y el modo de aparición. Así, los TP los definen como alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos. Por el contrario, la *transformación de la personalidad* es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales (ver F07, en CIE-10; OMS, 1992).

3. CLASIFICACIÓN ACTUAL

En este apartado nos vamos a centrar más extensamente en la clasificación ofrecida por T. Millon, ya que en el apartado anterior hemos abordado la clasificación de la APA ampliamente. La elección de esta clasificación, y no cualquier otra, obedece directamente a los objetivos de este trabajo, es decir el estudio de los rasgos y trastornos de personalidad en mujeres con AN o BN, desde la perspectiva de Millon y evaluada con su inventario de personalidad, el MCMI-II (que se basa en la clasificación de los TP recogida en el DSM-III-R).

3.1. CLASIFICACIÓN DE LA APA: DSM-IV-TR

Ha quedado claro en el apartado anterior que la clasificación diagnóstica al uso, hoy por hoy, es la que aparece en el DSM-IV-TR (2002). Como ya hemos mencionado, en esta versión del DSM los TP están clasificados en el Eje II junto al retraso mental. Como señalan Belloch *et al.* (2002) probablemente esta inclusión de ambos trastornos en un eje común se deba a *"querer acentuar una característica común de ambos: la invariabilidad y/o estabilidad a lo largo del ciclo vital de los TP y del retraso mental, acentuando su condición de no "aprendida" sino que la persona nace con ella"* (p. 15). Por lo tanto, para el DSM-IV-TR, los TP estarían más bien causados por factores personales, intrapsíquicos, que por características de la situación (incluyendo tanto factores sociales como biológicos, según los casos o una combinación de ambos).

Esta clasificación comienza con una definición genérica de lo que es un TP y que además es aplicable a cada uno de los diez tipos específicos en los que los clasifica (a tener en cuenta además de las características diagnósticas específicas del TP en cuestión). Las características que definen al trastorno son de tipo diagnóstico, es decir, constituyen cada una de ellas un criterio diagnóstico (ver tabla nº 16). Además proporciona criterios específicos para cada uno de los tipos de TP, que son enumerados en orden de su importancia decreciente, dentro de cada grupo de criterios, según los datos relevantes sobre eficacia diagnóstica (cuando existen) (APA, 2002).

TABLA N° 16: CRITERIOS DIAGNOSTICOS GENERALES PARA UN TP

DSM-IV-TR (APA, 2001):

- A. Un patrón permanente e inflexible 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 (*v.g.* formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
 2. afectividad (*v.g.* la gama, la 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 (*v.g.* una droga o medicamento) ni a una enfermedad médica (*v.g.* traumatismo craneal).

APA (2001)

Podemos observar en los criterios diagnósticos, como señala explícitamente el DSM-IV-TR, que para establecer el diagnóstico de los TP se requiere una evaluación de los patrones de la actividad de la persona a largo plazo y, además, considerar que las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta. Es importante, además, diferenciar los rasgos de personalidad que definen a estos trastornos de las características que surgen como respuesta a *estresantes situacionales específicos* o a estados mentales más transitorios (*v.g.* trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias). Para ello es necesario valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes. Sin embargo, esto es una cuestión complicada, ya que en los TP ocurre que las características que los definen en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto, o lo que es lo mismo, los rasgos a menudo son considerados como egosintónicos.

El DSM-IV-TR contempla diez tipos específicos de TP, además de una categoría residual (TP No especificado), y otros dos posibles trastornos (*depresivo y pasivo-agresivo*) que se plantean como propuestas para estudios posteriores, por lo que aparecen en el apéndice B (dedicado a trastornos en estudio), y no en el capítulo dedicado a los TP. Estos diez trastornos aparecen agrupados en tres hipotéticos grupos en función de las similitudes de sus características clínicas (se pueden ver en la tabla nº 14 del apartado anterior, pp. 87-88). Este sistema de agrupamiento, como señala el manual DSM, es útil a efectos de investigación o docencia, pero no está validado de forma consistente y tiene importantes limitaciones; y además, es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo varios TP pertenecientes a grupos diferentes. No vamos a entrar en una descripción extensa de los mismos, ni tan siquiera de los criterios diagnósticos de cada uno de ellos, por motivos obvios. Sin embargo, expondremos una breve referencia a las características principales en la tabla nº 17, en la que se recogen la descripción realizada por Millon (2001) de los catorce trastornos de personalidad que han sido descritos tanto en el DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV.

3.2. CLASIFICACIÓN DE LA OMS: CIE-10

En el caso de la CIE-10, los trastornos de personalidad quedan clasificados dentro de la categoría *Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto (F60-90)*, en el que incluye, además, los trastornos referidos a los hábitos y control de los impulsos, y los relacionados con el comportamiento y actividad sexuales. Esta clasificación está realizada basándose en dos criterios: que se tratan de entidades que perduran en el tiempo y determinan el modo de ser o comportarse de un individuo; y que sólo son diagnosticables en adultos.

En general los criterios diagnósticos que definen los TP son básicamente los mismos que los definen en el DSM-IV-TR, básicamente las diferencias significativas entre ambos sistemas de clasificación están en lo que se refiere a los grupos que se establecen y a los trastornos que se consideran como posibles TP, en el primero. Es decir, en la CIE-10 se incluyen los siguientes grupos:

TABLA N° 17: DESCRIPCIÓN BREVE DE LOS 14 TP DEL DSM-III, DSM-III-R, Y DSM-IV (1)	
TIPO DE TP	CARACTERÍSTICAS
ESQUIZOIDE	Apático, indiferente, distante, solitario. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos propios o ajenos. Pocos o ningún impulso o ambición.
POR EVITACIÓN	Dubitativo, excesivamente consciente de sí mismo, avergonzado, ansioso. Se siente tenso en situaciones sociales por temor al rechazo. Invasión por una constante ansiedad de ejecución. Se ve a sí mismo como inepto, inferior o poco atractivo. Sentimientos de soledad y vacío.
DEPRESIVO ^a	Sombrío, desanimado, pesimista, melancólico, fatalista. Dice ser vulnerable y sentirse abandonado. Se siente poco valioso, culpable e impotente. Se considera merecedor de críticas y desprecio.
POR DEPENDENCIA	Indefenso, incompetente, sumiso e inmaduro. Rechaza las responsabilidades adultas. Se ve a sí mismo débil y frágil. Busca constantemente apoyo y consejo en figuras más fuertes.
HISTRIÓNICO	Dramático, seductor, frívolo, buscador de estimulación, superficial. Reacciona excesivamente ante acontecimientos nimios. Utiliza el exhibicionismo para conseguir atención y favores. Se considera muy atractivo y encantador.
NARCISISTA	Egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza, insociable. Preocupado por fantasías de éxito, belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.
ANTISOCIAL	Impulsivo, irresponsable, perverso, ingobernable. Actúa sin tener en cuenta a los demás. Solamente cumple con las obligaciones sociales cuando sirven a sus fines. No respeta las costumbres, reglas y normas sociales. Se considera libre e independiente.
SÁDICO ^b	Hostil de forma explosiva, sarcástico, cruel, dogmático. Propenso a repentinos estallidos de ira. Obtiene satisfacción a partir de la dominación, la intimidación y la humillación de los demás. Es terco y rígido.
OBSESIVO-COMPULSIVO	Comedido, concienzudo, respetuoso, rígido. Mantiene un estilo de vida regido por normas. Suscribe completamente las convenciones sociales. Ve el mundo en función de normas y jerarquías. Se considera leal, fiable, eficiente y productivo.
NEGATIVISTA ^a	Resentido, opositor, escéptico, descontento. Se resiste a cumplir las expectativas de los demás. Es ineficiente de forma deliberada. Descarga su ira de forma indirecta, saboteando los objetivos ajenos. Alterna la euforia y la irritabilidad con el abatimiento y el repliegue.
^a propuestos para estudios posteriores en el DSM-IV. ^b del apéndice del DSM-III-R ^c denominado personalidad autodestructiva en el apéndice del DSM-III-R	
Continúa	

TABLA N° 17: DESCRIPCIÓN BREVE DE LOS 14 TP DEL DSM-III, DSM-III-R, Y DSM-IV (y 2)	
TIPO DE TP	CARACTERÍSTICAS
MASOQUISTA ^a	Respetuoso, fóbico al placer, servil, tendencia a la autoinculpación, humilde. Anima a los demás a aprovecharse de él. Frustra deliberadamente sus logros potenciales. Busca la compañía de personas que los culpabilicen o lo maltraten.
PARANOIDE	Expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de desvalorización o agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente justo y recto, a la vez que perseguido.
ESQUIZOTÍPICO	Excéntrico, raro, ausente. Muestra manierismos y conductas peculiares. Lee el pensamiento de los demás. Preocupado por ensoñaciones o creencias extrañas. La línea que le diferencia la realidad de la fantasía está poco definida.
LÍMITE	Imprevisible, manipulador, inestable. Terror al abandono y a la soledad. Experimenta rápidas fluctuaciones del estado de ánimo. Oscila rápidamente del amor al odio. Se considera a sí mismo y a los demás completamente buenos y completamente malos de forma alternativa.
^a propuestos para estudios posteriores en el DSM-IV. ^b del apéndice del DSM-III-R ^c denominado personalidad autodestructiva en el apéndice del DSM-III-R.	
Millon (2001)	

- *Grupo 1: Trastornos específicos de la personalidad:* Se incluyen los trastornos mentales más propiamente como de la personalidad. Se consideran como desórdenes graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del sujeto, que suelen afectar a diversas facetas de la personalidad y que generalmente se acompañan de perturbaciones importantes a nivel personal y social. Los criterios diagnósticos de estos trastornos los incluimos en la tabla n° 18. Comprende los siguientes TP: *paranoide, esquizoide, disocial, de inestabilidad emocional, histriónico, anancástico, ansioso y dependiente*. También se incluyen dos categorías adicionales: *otros trastornos específicos de la personalidad* y *trastorno de la personalidad no especificado*. Para el diagnóstico formal de la mayoría de estos trastornos, se precisa el cumplimiento de al menos tres de las características que se especifican en cada una de las descripciones correspondientes.

TABLA N° 18: CRITERIOS DIAGNOSTICOS CIE-10 PARA LOS TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD

1. Un modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y comportarse, se desvían de su conjunto o se salen de los límites de las normas aceptadas y esperadas en la propia cultura. Esta desviación debe manifestarse en más de una de las siguientes áreas :
 - 1.1. Cognición: esto es, la forma de percibir e interpretar las cosas, las personas y los acontecimientos del mundo y en la manera de desarrollar las actitudes o crear la imagen propia y de los demás.
 - 1.2. Estado de ánimo: rango, intensidad y adecuación de la afectividad y de la respuesta emocional.
 - 1.3. Control de los impulsos y de la necesidad de gratificación.
 - 1.4. Relaciones con los demás y estilo de relación interpersonal.
2. La desviación debe ser persistente, en el sentido de manifestarse como un comportamiento rígido y desadaptativo o interferir con las actividades en una amplia gama de situaciones sociales y personales (es decir, la disfunción no se limita a un estímulo o situación específica desencadenante).
3. Presencia de malestar personal o una repercusión negativa en el ambiente social, claramente atribuibles al comportamiento referido en 2.
4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, habiéndose iniciado en la infancia tardía o en la adolescencia.
5. La desviación no puede ser explicada como una manifestación o una consecuencia de otros trastornos mentales del adulto, aunque pueden coexistir o superponerse otros trastornos episódicos o crónicos de las secciones F00 a F59 o F70 a F79 de esta clasificación.

NOTA: Se debe excluir como posible causa de la desviación las enfermedades orgánicas cerebrales, traumatismos o disfunciones cerebrales importantes.

OMS (1994)

- *Grupo 2: Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad:* en este grupo se identifican las anomalías de la personalidad que no presentan la sintomatología concreta que caracteriza a los trastornos específicos de la personalidad del grupo 1.
- *Grupo 3: Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral importante:* aquellas anomalías de la personalidad secundarias a catástrofes o exposiciones prolongadas a factores estresantes intensos, o haber padecido enfermedades psiquiátricas importantes, y que se manifiestan en sujetos previamente no padecían ningún TP. Se incluyen las transformaciones persistentes de la personalidad tras (1) una experiencia catastrófica, (2) una enfermedad psiquiátrica, (3) otras

transformaciones persistentes de la personalidad y (4) transformación persistente de la personalidad sin especificación.

- *Grupo 4: Otros TP y del comportamiento del adulto:* se incluyen dos trastornos que se refieren a la exageración, fingimiento o prolongación inadecuada en el tiempo de quejas somáticas que, en su inicio, o bien tuvieron una base real (*elaboración psicológica de síntomas somáticos*), o bien pueden haber sido intencionadamente provocadas por el individuo mediante autolesiones (*producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalidades somáticas o psicológicas*). La finalidad de los síntomas es la obtención de alguna ganancia secundaria de naturaleza consciente o intencionada.
- *Grupo 5: TP y del comportamiento del adulto, no especificado:* debe utilizarse como último recurso, cuando el clínico asume la existencia de un TP y/o del comportamiento del adulto, pero se carece de la información necesaria para clasificar la patología en alguno de los grupos anteriores.

3.3. CLASIFICACIÓN DE MILLON

Millon, durante los últimos 40-45 años ha proporcionado tanto al campo de la psicología como al de la psiquiatría una serie de trabajos que ilustran un esfuerzo sin precedentes para construir una ciencia unificada y madura de la personología y de la psicopatología. Ciencia que, según el investigador, debe incorporar cuatro elementos explícitos: (1) *teorías* o esquemas conceptuales heurísticos y explicativos, que encontró en la biología evolutiva; (2) que a su vez sean capaces de desarrollar una *nosología* formal o clasificación de los "trastornos mentales" que se deriven lógicamente de la teoría, como por ejemplo todos los que recoge el DSM y los trastornos de personalidad; (3) además, que esta nosología permita el desarrollo de *instrumentos* coordinados, o herramientas de evaluación, como por ejemplo los Inventarios Clínicos Multiaxiales de Millon, que están empíricamente fundamentados y que son lo suficientemente sensibles para validar la hipótesis de que la teoría sea adecuadamente investigada; y (4) que de esos instrumentos se puedan especificar determinadas áreas objeto de *intervenciones*, o estrategias de tratamiento y tácticas que comprendan lo que Millon denominó *terapia sinérgica* (Davis, 1999).

Millon publicó el primer trabajo de su vasta obra, poco tiempo después de que saliera a la luz el DSM-II, donde dejaría sentadas las bases del estudio de la personalidad y su patología para las décadas futuras. Fue en su obra *"Psicopatología Moderna"* (Millon, 1969; cfr. Sánchez, 2003) donde propuso una nueva clasificación para los trastornos psiquiátricos, a la vez que presentaba una rica y fecunda teoría de los trastornos de la personalidad. Su modelo influyó de forma decisiva para lo que luego sería el Eje II del DSM a partir de su tercera versión de 1980. Es interesante señalar la opinión que ofreció en la introducción de esta primera obra. Millon exponía:

"Lo más representativo del cuerpo central de la psicopatología son los problemas no dramáticos y mundanos de la vida, las ansiedades calladas pero persistentes, las frustraciones repetidas y los conflictos inmovilizantes que obstaculizan a millones de americanos día a día. Estos trastornos leves suelen ser considerados como algo que nos "viene dado" como parte del "destino" del hombre o de su "naturaleza" (Millon, 1969, p. 1; cfr. Sánchez, 2003, p. 1).

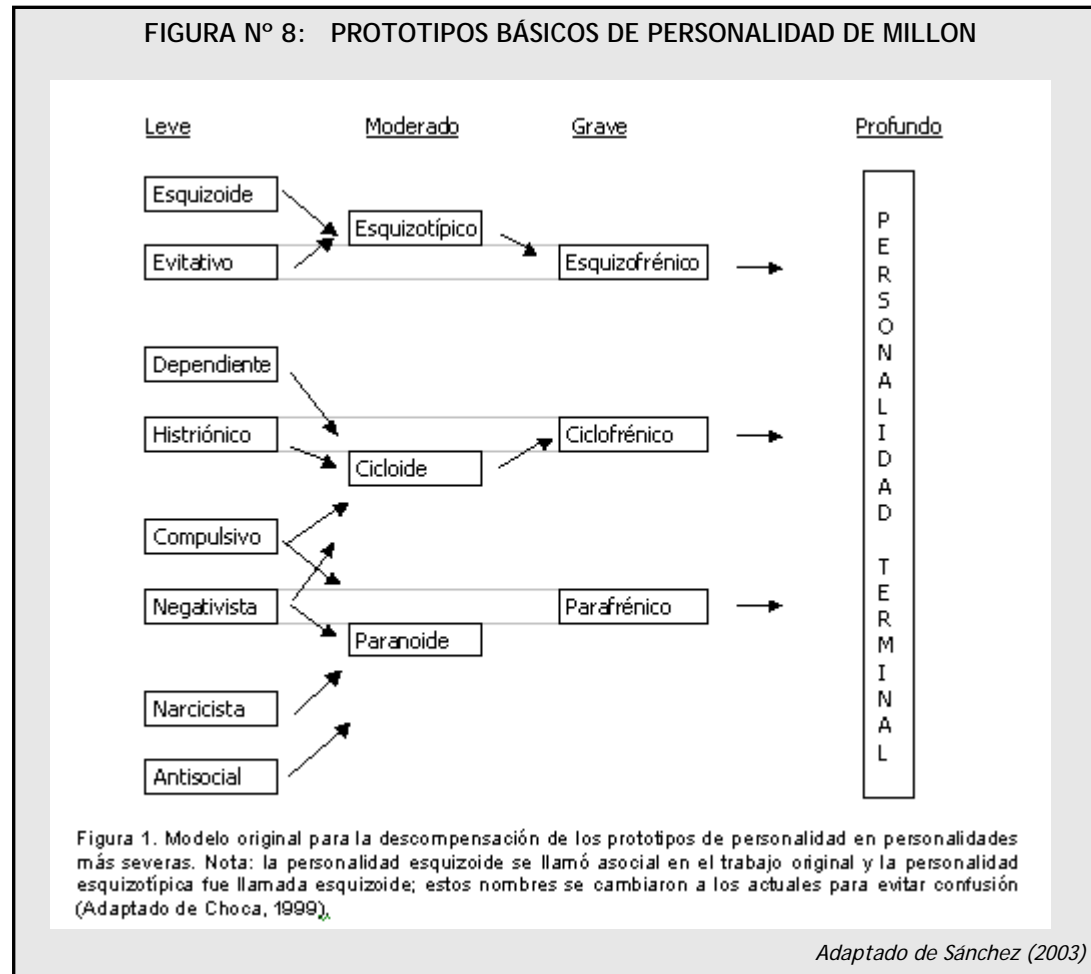
Como señala Sánchez (2003), a partir de estas palabras, Millon dejó sentado un principio que marcaría indeleblemente el estudio de la psicopatología de ahí en adelante. Y es que, ya se consideró que no sólo los trastornos sintomáticos, más floridos y evidentes, deben formar parte de la nosología sino también los *patrones de personalidad patológica*, a menudo más larvados y ocultos, de los cuales emergen los trastornos sintomáticos.

Ya hemos explicado, más arriba, cómo definía Millon la *personalidad*, sin embargo no hemos examinado su concepto de *personalidad patológica*, que definió como *"características profundamente arraigadas que impregnan todas las facetas de la actividad del individuo (...) Estos patrones derivan de la compleja y secuencial interacción de los factores constitucionales y de la experiencia. Una vez establecidos en los primeros estadios de la vida, los patrones patológicos tienden a invadir nuevas esferas y a perpetuarse dentro de círculos viciosos; imponen un modo de vida tan arraigado y automático que el paciente a menudo no advierte su presencia ni sus devastadoras consecuencias"* (Millon, 1969, p. 246;

cfr. Sánchez, 2003 pp. 1-2). Es precisamente la idea de considerar especialmente a la personalidad en el estudio de la psicopatología, la que fue adoptada, como vimos en el apartado correspondiente, por la nosología oficial DSM en 1980.

Concretamente para la clasificación de los TP, Millon (1981; Millon *et al.*, 1998) insiste en la organización de las anomalías de la personalidad según diferentes niveles de gravedad, además de utilizar otros criterios-variables de organización (Pelechano, 1996). Fue esta idea sobre la intensidad que puede adquirir la gravedad en una personalidad patológica, una de las numerosas aportaciones más relevantes de la obra de Millon. Así, consideró que a medida que la severidad de la patología de personalidad aumentaba, las características distintivas de los diferentes estilos de personalidad se atenúan. El resultado de este proceso es que el cuadro clínico de las personas con personalidades diferentes se vuelve menos diverso. Este proceso queda recogido en la figura nº 8 de una manera gráfica, además de mostrar los ocho prototipos básicos de personalidad de la clasificación original de Millon (Sánchez, 2003).

En suma, para Millon (1981) desde el punto de vista teórico del aprendizaje biosocial, la personalidad se compone de categorías o pautas de afrontamiento al medio aprendidas, que son formas complejas y estables de manejarse en el entorno y que conllevan conductas instrumentales mediante las cuales los individuos logran refuerzos y evitan castigos. La noción de *refuerzo* es el tema unificador del modelo de Millon. De manera que sintetizaba su propuesta a partir de tres preguntas: ¿qué refuerzos busca la persona?, ¿dónde puede encontrarlos? y ¿cómo actúa para poder optar por ellos? El modelo resultante se podría visualizar como el resultado de tres dimensiones polares que responden a estas preguntas. Así, el refuerzo buscado, según Millon, podía ser de la *persecución del placer* a la *evitación del dolor*, ese refuerzo podía ser buscado en *sí mismo* o en los *otros*, y, finalmente la persona podía actuar de manera *activa* o de manera *pasiva* para alcanzarlo. Es en base a esta conceptualización que organiza los diferentes TP, según la *naturaleza del refuerzo* (positivo y negativo), por la *fuentes del refuerzo* (uno mismo y los demás) y por las *conductas*



instrumentales para conseguir los refuerzos (estrategias de afrontamiento activas, y estrategias pasivas), además de por la gravedad que suponen. Así las tres polaridades del modelo original fueron: (1) conducta instrumental (cómo): activo - pasivo; (2) fuente del refuerzo (dónde): sí mismo (independiente) - otros (dependiente); (3) naturaleza del refuerzo (qué): placer - dolor.

Por tanto, a partir del conocimiento de los defectos de estas tres dimensiones polares, y de su combinación, es posible derivar de forma deductiva los ocho trastornos de personalidad básicos. A todo ello le suma las tres variantes de trastornos de personalidad más

severos (ver figura nº 8). Los ocho patrones que derivó son un desequilibrio o una mezcla desigual de las tres polaridades. Se derivan cuatro *patrones* de la naturaleza y fuente de refuerzos: *retraído* (no busca refuerzos), *dependiente* (busca refuerzo en los demás), *independiente* (busca refuerzos en sí mismo) y *ambivalente* (inseguro respecto a dónde buscar refuerzo). Estos cuatro patrones se cruzan con las dos variantes de conducta instrumental (activo, pasivo) para producir los ocho modelos de personalidad.

De esta forma Millon obtiene ocho tipos fundamentales de *personalidades anómalas* (de gravedad leve-ligera e intermedia, que se caracterizan por presentar conflictos intrapsíquicos desadaptativos que dificultan la satisfacción personal para encontrar los refuerzos en sí mismo o en los demás); y tres variantes de éstas (de gravedad alta, caracterizadas por déficits en habilidades sociales y brotes psicóticos periódicos y reversibles). Concretamente los distintos tipos de TP básicos quedan así:

1. *Gravedad leve-ligera*: histriónico, dependiente, antisocial y narcisista.
2. *Gravedad intermedia*: pasivo-agresivo, obsesivo-compulsivo, evitador y esquizoide.
3. *Gravedad alta*: esquizotípico (variante de evitador y esquizoide), límite (variante de histriónico, dependiente, pasivo-agresivo y obsesivo-compulsivo) y paranoide (variante de antisocial y narcisista, y en algunos casos de pasivo-agresivo y obsesivo-compulsivo).

Si bien, según Pelechano (1996) estas once alteraciones básicas de personalidad comparten tres características:

1. Una gran inflexibilidad que limita las oportunidades de aprender nuevas conductas.
2. La frecuente existencia de acciones que fomentan círculos viciosos.
3. Una gran fragilidad emocional ante situaciones de estrés.

Esta clasificación inicial ha sufrido cambios, al tiempo que se revisaba la tercera versión del DSM y se incluían dos nuevos TP, Millon también incorporó estas nuevas categorías, que ha mantenido hasta la actualidad (con la aparición del DSM-IV, ha ocurrido lo mismo, también introdujo algunas modificaciones para adaptarla). Por lo que, para acomodar, y poder explicar los nuevos trastornos, Millon agregó a su clasificación un elemento nuevo a la naturaleza y fuente para el refuerzo: *discordante* (que puede concebirse

como una disposición orientada al dolor). Así, consideró que las *personalidades discordantes* utilizan las circunstancias para conseguir refuerzo positivo o evitar refuerzo negativo, o para sustituir el dolor por el placer. Además, como los otros factores, el elemento *discordante* tiene una variante pasiva (la *personalidad masoquista o autoagresiva*) y una variante activa (la *personalidad sádica o agresiva*). Al mismo tiempo Millon revisó algunas de sus descripciones para aumentar la compatibilidad con el nuevo DSM-III-R por lo que cambió el nombre de la *personalidad cicloide* a *personalidad límite*. Esta compatibilidad queda recogida en la tabla nº 17 (p. 101), en la que se presenta una visión global de la estructura teórica de los 13 patrones de personalidad.

TABLA Nº 19: TEORÍA BASADA EN LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD PATOLÓGICA

		ÁMBITO DE LA PSICOPATOLOGÍA				
		DOLOR (D) - PLACER (P)		SÍ MISMO (SM) - OTROS (O)		
FUENTE DE REFORZAMIENTO		D ←→ P	D + / - P -	SM- O+	SM+ O-	SM ←→ O
Estilo de afrontamiento instrumental	Patrón Interpersonal	Discordante	Retraída	Dependiente	Independiente	Ambivalente
	Variante pasiva	<i>Fracasada (Masoquista)</i>	<i>Esquizoide</i>	<i>Dependiente</i>	<i>Narcisista</i>	<i>Compulsiva</i>
	Variante activa	<i>Agresiva (Sádica)</i>	<i>Evitativa</i>	<i>Histriónica</i>	<i>Antisocial</i>	<i>Pasivo-Agresiva</i>
	Variante disfuncional	<i>Límite o Paranoide</i>	<i>Esquizotípica</i>	<i>Límite</i>	<i>Paranoide</i>	<i>Límite o Paranoide</i>

Adaptado de Millon (1999)

Por tanto, Millon (1999) explica los diez estilos básicos de funcionamiento de la personalidad, que podemos ver en la tabla nº 19, en función de las dos dimensiones básicas:

1ª Dimensión. Constituye la fuente primaria de la que los individuos obtienen comodidad y satisfacción (refuerzos positivos) o intentan evitar angustia emocional y dolor (refuerzos negativos). Así, clasifica a los individuos como:

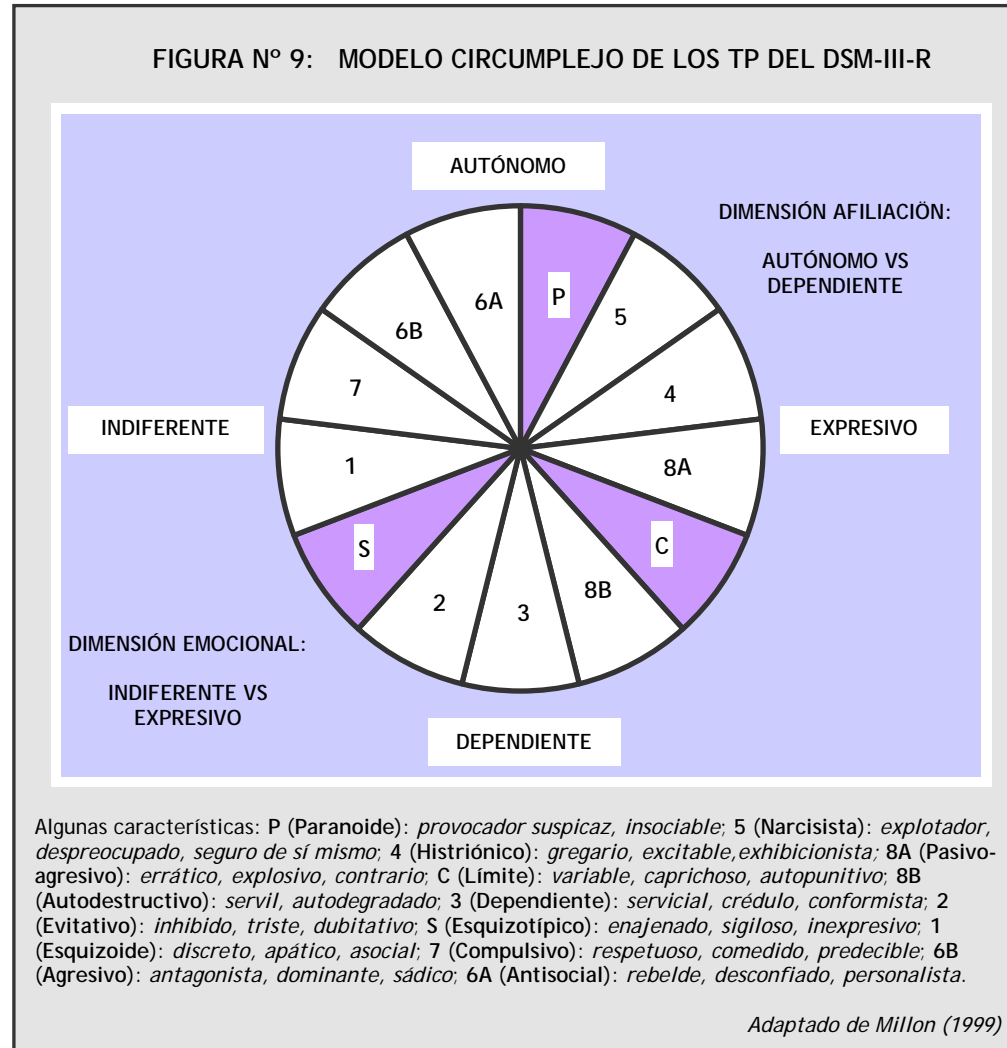
- *personalidades discordantes:* utilizan las circunstancias para conseguir refuerzo positivo o evitar refuerzo negativo, o para sustituir dolor por placer;
- *sujetos retraídos:* expresan pocas satisfacciones o gratificaciones en la vida, sobre sí mismos u otros;
- *personalidades dependientes:* aquellos que miden sus satisfacciones o malestares por cómo otros reaccionan o sienten sobre ellos;
- el estilo de *personalidad independiente* se da cuando la gratificación se mide primariamente desde el punto de vista de los deseos y valores propios, que el individuo muestra;
- *personalidades ambivalentes:* aquellos que experimentan considerables conflictos sobre sí, que se dejan guiar por lo que otros dicen o desean, o por sus propias necesidades y deseos opositoras.

2ª Dimensión. Refleja el modelo básico de conducta instrumental o de afrontamiento que el individuo emplea de forma característica para aumentar al máximo las gratificaciones y para minimizar el dolor. Así distingue entre las personalidades con:

- *patrón activo:* el tipo de individuos que parecen despiertos y atentos, participativos y que manipulan los sucesos de la vida para lograr gratificación y evitar muestras de malestar;
- *patrón pasivo:* los que parecen apáticos, reservados, rendidos, resignados o aparentemente satisfechos, que permiten que los sucesos tomen su propio curso sin control o sin intervenir en ellos.

En definitiva, en la figura nº 9 podemos ver la clasificación que finalmente propuso Millon (1999) en relación a la clasificación de los TP en el DSM-III-R, utilizando las mismas

etiquetas diagnósticas. Millon lo denomina *modelo circumplejo de los trastornos de personalidad*. Representa el nivel de semejanza psicológica entre estos trastornos (dado que los segmentos adyacentes o próximos del círculo significan mayor similitud).



Widiger (1999), con cierto tono crítico, refiere que un circumplejo puede ser definido claramente por dos dimensiones, como en este caso, sin embargo, las dimensiones que utiliza Millon son las de *afiliación* (autonomía y dependencia) y *emocional* (indiferente vs. expresivo) y no las dimensiones que hasta ahora hemos visto de la fuente de reforzamiento (sí mismo-

otros y dolor-placer) y el patrón de conducta instrumental (activo-pasivo). No obstante, parece ser que hay una cierta correspondencia entre los constructos, de forma que la dimensión emocional, con los dos polos de indiferente y expresivo, correlacionaría con la dimensión pasividad-actividad; y la dimensión circunpleja de afiliación, con los dos polos de autonomía y dependencia, parece corresponder con la polaridad de sí mismo-otros. Sin embargo, como afirma Widiger (1999), no está claro cómo la polaridad del dolor-placer está representada en el modelo circunplejo. Por otra parte, y más importante aún es que, el lugar que los TP individuales tienen dentro de la figura es inconsistente con la presentación de la tabla nº 19 (p. 109), debido en parte a la dificultad de representar las dos polaridades *sí mismo-otros* y *placer-dolor* dentro de una dimensión y los cambios sustantivos del constructo. Por ejemplo, este autor considera que el TP dependiente (pasivo-dependiente) es descrito como pasivo dentro de la tabla nº 19, pero neutral con respecto a la dimensión indiferente vs. expresivo dentro de la figura nº 9; los TP narcisista (pasivo-independiente) y autodestructivo (pasivo-discordante) son descritos como pasivos dentro de la tabla nº 19 pero son descritos como activos en la figura nº 9. Los TP colocados cerca uno de otro dentro de la figura deberían ser similares con respecto a las dimensiones del modelo, como indicaba Millon (1999). Pero, por ejemplo, según Widiger, los TP histriónicos y narcisistas están colocados próximos uno del otro en la figura, aunque son opuestos con respecto a la polaridad fundamental *activo-pasivo*.

Finalmente, Millon (1997 y 1998) describe estas trece alteraciones siguiendo un mismo esquema. Los describen en función de los ocho mayores atributos clínicos (funcionales y estructurales) o aspectos distintivos, clasificados en:

1. *Procesos o atributos del ámbito funcional* (representan formas de expresión de acciones reguladoras: modelos dinámicos que se sitúan en el mundo intrapsíquico y entre el sí mismo individual y el entorno psicosocial, que guían, ajustan, transforman, coordinan, equilibran, descargan y controlan el intercambio entre la vida interna y la externa):
 - (1) *Presentación conductual* o comportamiento observable del individuo (cómo aparece el individuo ante los demás); las observaciones del comportamiento manifiesto nos

permiten, a través de la inferencia, deducir qué revela inconscientemente el paciente de sí mismo o, por el contrario, qué desea que los otros piensen de él.

- (2) *Conducta interpersonal*, es decir, cómo se relaciona esa persona con los demás; por ejemplo, de qué manera las acciones del paciente deliberadas o no, inciden en los demás con el fin de satisfacer sus necesidades, o la forma de afrontar las tensiones y los conflictos sociales.
- (3) *Estilo cognitivo*, referido al proceso de pensamiento que realiza el sujeto; la manera que el paciente tiene de centrar y distribuir su atención, de codificar y procesar la información, de organizar sus pensamientos, de hacer atribuciones y de comunicar reacciones e ideas a los demás. A partir de la síntesis de estos signos y síntomas, es posible identificar lo que se ha denominado el estilo empobrecido, pensamiento distraído, inconstancia cognitiva o pensamiento constreñido.
- (4) *Mecanismo inconsciente*, es decir, cuáles son los *mecanismos de defensa primarios* que se están utilizando. Estos mecanismos de regulación dinámica participan y transforman las realidades externa e interna antes de poder entrar en la conciencia. Suelen perpetuar una secuencia de acontecimientos que intensifica los mismos problemas que intenta resolver, cuando son representados de forma crónica.

2. *Procesos o atributos del ámbito estructural*, representan un entramado profundo y relativamente estable de recuerdos, actitudes, necesidades, temores y conflictos que dirigen la experiencia y transforman la naturaleza de los acontecimientos vitales. Son, en definitiva, sustratos y disposiciones a la acción de naturaleza casi permanente:

- (1) *Expresión afectiva, estado de ánimo o temperamento*, es decir, cómo muestra las emociones, el afecto de la persona, y la intensidad y frecuencia con la que se expresa.
- (2) *Autopercepción*, cuál es la *percepción de sí mismo o autoimagen*, la mayoría de las personas tienen un sentido implícito de quienes son, aunque difieren en cuanto a la claridad, la precisión y la complejidad de las introspecciones sobre sí mismos. En realidad pocas personas pueden definir los elementos psíquicos que caracteriza esa imagen, estableciendo si se ven a sí mismos, por ejemplo, básicamente inadaptados, ineptos, complacientes o meticulosos.

- (3) *Configuración internalizada o representaciones objetales*, incluye tanto el carácter como la sustancia de las representaciones internalizadas de figuras y relaciones significativas del pasado. Las variaciones de naturaleza y contenido de este mundo interno podemos utilizar términos descriptivos para representarlas como superficial, fastidioso, indiferenciado, preocupado e irreconciliable.
- (4) *Organización intrapsíquica*, organización de la mente, es un concepto derivado de las inferencias realizadas en el "nivel intrapsíquico" de análisis. Los descriptores que representan los atributos de organización distintivos son: incompleto, inconexo o compartimentado.

Millon y Davis (1998) refieren que estos atributos han sido concebidos para ser tanto integradores (de los principales ámbitos de la personalidad) como comparables (con niveles aproximadamente iguales de abstracción) para cada uno de los ámbitos. Además todos los ámbitos son necesarios para el mantenimiento de la integridad funcional-estructural del organismo; no obstante, las personas se diferenciarían con respecto a los ámbitos que promueven con mayor frecuencia. Recientemente, estos autores incorporan todos los TP, tanto del DSM-III-R como del DSM-IV (y TR), y así producen una matriz de ocho ámbitos por catorce trastornos (ver Millon y Davis, 1998, p.148). Con ello pretenden crear una matriz en la que cada celda contiene un atributo o el criterio diagnóstico que, según los autores, capta mejor la expresión del estilo de personalidad en cuestión (con lo que tienen en cuenta la validez discriminativa). Así, la matriz verticalmente facilita una rápida comparación y contraste de los trastornos para cada ámbito contenido, con el fin de conseguir un retrato integral de cada tipo ideal (así tienen en cuenta la validez concurrente).

Por otra parte, Millon (1999) ofrece una descripción pormenorizada, de cada uno de estos aspectos en cada tipo de personalidad, y sugiere que ésta junto a los criterios diagnósticos del DSM-III-R pueden servir como materiales diagnósticos de referencia para los clínicos. Hemos considerado interesante incluir estas descripciones en sendas tablas (ver tabla nº 20), especialmente de cara a facilitar la comprensión tanto de los objetivos como de las conclusiones de este trabajo. Recordaremos que hemos utilizado precisamente como

herramienta diagnóstica de la personalidad el inventario de Millon MCMI-II, que se basa en la clasificación de los TP propuesta en el DSM-III-R.

Siguiendo a Pelechano (1996) utilizar el sistema de clasificación de Millon, es más rico y completo que los sistemas DSM y CIE, por lo que se refiere a la recogida y organización de la información, aunque no en cuanto a la taxonomía que es similar. Sin embargo, consideran que el sistema de Millon posee una orientación teórica posiblemente discutible y, pese al esquema, con graves ausencias y confusiones (*v.g.* ausencia de referencias a las operaciones concretas de aprendizaje pese a su declaración inicial y la “asimilación” de afrontamiento a mecanismo de defensa).

Estas ausencias y confusiones, según Sánchez (2003), tal vez hayan quedado completadas y explicadas cuando Millon reformula su teoría de la personalidad y sus trastornos para tener en cuenta los conceptos de la evolución mediante una teoría más evolutiva, filogenética, del desarrollo humano. Con este *modelo evolutivo* reevalúa las características más profundas en las que se basa el funcionamiento humano. La atención pasa de la psicología a otras expresiones de la naturaleza, examinando principios universales de la evolución derivados de manifestaciones no psicológicas. Fundamentalmente se basa en que cada especie muestra aspectos comunes en su estilo adaptativo, pero existen diferencias de estilo y de éxito adaptativo entre los miembros frente a los diversos y cambiantes entornos que enfrentan. La personalidad sería el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o especie frente a sus entornos habituales mientras que los trastornos de personalidad serían estilos de funcionamiento desadaptativos.

La ampliación del modelo para incluir las fases de evolución, como recoge Sánchez (2003), no requirió una revisión significativa de las tres polaridades originales. El *modelo evolutivo* postula cuatro polaridades fundamentales de desarrollo, si bien los prototipos de personalidad se siguen explicando a partir de las tres primeras:

TABLA N° 20: EXPRESIONES DE LOS TP EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE LA CIENCIA CLÍNICA (1)		
TIPOS	PROCESOS FUNCIONALES	ATRIBUTOS ESTRUCTURALES
1- PERSONALIDAD ESQUIZOIDE	<p>P.C.¹ LETÁRGICO: parece encontrarse en un estado de fatiga, baja energía y falta de vitalidad; es flemático, perezoso, muestra déficit en la activación, la expresividad motórica y la espontaneidad.</p> <p>C.I.² RESERVADO: parece indiferente y distante, rara vez responde a las acciones y sentimientos de los demás, posee mínimos intereses "humanos", desaparece en un segundo plano, es discreto, tiene pocas relaciones íntimas y prefiere un rol periférico en los medios social, laboral y familiar.</p> <p>E.C.³ EMPOBRECIDO: se muestra deficiente a través de amplias esferas del conocimiento y evidencia unos procesos de pensamiento vagos y oscuros que están por debajo del nivel intelectual; la comunicación descarrila con facilidad, pierde su secuencia de pensamiento o es desplazada mediante un circuito lógico.</p> <p>M.I.⁴ INTELLECTUALIZACIÓN: describe las experiencias interpersonales y afectivas como una cuestión de hechos, o de una manera abstracta, impersonal o mecánica; presta atención principalmente a los aspectos objetivos y formales de los acontecimientos sociales y emotivos.</p>	<p>E.A.⁵ MONÓTONO: es emocionalmente impasible, exhibe una cualidad intrínseca carente de sentimientos, fría y rígida; manifiesta pocas necesidades afectivas o eróticas, demostrando en raras ocasiones sentimientos cálidos o intensos y es incapaz, en apariencia, de experimentar placer, tristeza o enfado.</p> <p>A.⁶ COMPLACIENTE: muestra una introspección y una conciencia de sí mismo mínimas; parece impenetrable a las implicaciones emocionales y personales de la vida social cotidiana.</p> <p>C.I.⁷ SECO: las representaciones internas son escasas en número y mínimamente articuladas, desprovistas, en gran medida, de preceptos y recuerdos diversos, así como de la interacción dinámica entre pulsiones y conflictos que caracterizan incluso a las personas bien ajustadas.</p> <p>O.I.⁸ INDIFERENCIADO: debido a la aridez interior, la débil tendencia a satisfacer las necesidades y la falta de apremio en la defensa o resolución de los conflictos internos para enfrentarse a las demandas externas, las estructuras internas se caracterizan principalmente por su coordinación escasa y su orden estéril.</p>
2- PERSONALIDAD FÓBICA (EVITATIVA)	<p>P.C.¹ CAUTELOSO: explora con cautela el entorno en busca de amenazas; reacciona en exceso ante acontecimientos inocuos y supone de forma ansiosa que implica amenaza o ridículo personal.</p> <p>C.I.² AVERSIVO: relata una extensa historia de desconfianza, ansiedad y malestar social; busca la aceptación, pero mantiene la intimidad y la distancia para evitar el menosprecio y la humillación previstos.</p> <p>E.C.³ FRENÉTICO: está preocupado y molesto por pensamientos internos que le trastornan y, a menudo, le dejan perplejo; el acceso de ideas irrelevantes y disgresiones altera la continuidad del pensamiento.</p> <p>M.I.⁴ FANTASÍA: depende en exceso de la imaginación para lograr la satisfacción de las necesidades y la resolución de los conflictos; se retrae a sus ensoñaciones para descargar sin peligros sus impulsos afectivos o agresivos.</p>	<p>E.A.⁵ ANGUSTIADO: manifiesta un confuso y constante estado de tensión, tristeza y enfado; vacila entre el deseo de afecto, el miedo al rechazo, y la paralización de los sentimientos.</p> <p>A.⁶ ALINEADO: se ve a sí mismo como una persona que está aislada socialmente y rechazada por los otros; devalúa sus propios logros e informa de sentimientos de soledad y vacío, cuando no de despersonalización.</p> <p>C.I.⁷ MOLESTO: las representaciones internas se componen a partir de recuerdos motivados por conflictos, intensos y de fácil reactivación, fuentes limitadas de gratificación y escasos mecanismos para canalizar las necesidades, dominar los impulsos, resolver los conflictos o desviar los estresores externos.</p> <p>O.I.⁸ FRÁGIL: un precario complejo de emociones tortuosas que depende casi en exclusiva de una única modalidad para su resolución y descarga, la evitación, el escape y la fantasía y, en consecuencia, cuando se encuentra ante un estrés no previsto, existen pocos recursos disponibles que desplegar y pocas posiciones donde retirarse, signo de una descompensación regresiva.</p>
<p>¹ Presentación conductual. ² Conducta interpersonal. ³ Estilo cognitivo. ⁴ Mecanismo inconsciente. ⁵ Expresión afectiva. ⁶ Auto percepción. ⁷ Configuración internalizada. ⁸ Organización intrapsíquica.</p>		

TABLA N° 20: EXPRESIONES DE LOS TP EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE LA CIENCIA CLÍNICA (2)		
TP	PROCESOS FUNCIONALES	ATRIBUTOS ESTRUCTURALES
3- PERSONALIDAD DEPENDIENTE (SUMISA)	<p>P.C.¹ INCOMPETENTE: mal provisto para asumir roles maduros e independiente; es dócil y pasivo, careciendo de competencias funcionales, evitando la autoafirmación e inhibiéndose de responsabilidades adultas.</p> <p>C.I.² SUMISO: subordina sus necesidades ante la figura nutricia, sin la que se siente ansiosamente desamparado; es acomodaticio, conciliador, apaciguador y autosacrificado.</p> <p>E.C.³ INGENUO: se le convence fácilmente, crédulo y falto de suspicacia; muestra una actitud de ingenuidad ("todo el mundo es bueno") respecto a las dificultades interpersonales, suavizando los problemas objetivos y limando los acontecimientos molestos.</p> <p>M.I.⁴ INTROYECCIÓN: se consagra firmemente al otro para reforzar la creencia de que existe un vínculo inseparable entre ellos; anula cualquier punto de vista independiente a favor de los que tiene el otro para prevenir los conflictos y las amenazas a la relación.</p>	<p>E.A.⁵ PACÍFICO: es cálido, tierno y no competitivo; evita con timidez la tensión social y los conflictos interpersonales.</p> <p>A.⁶ INEPTO: se considera débil, frágil e inadecuado; exhibe una carencia de autoconfianza menospreciando las propias aptitudes y también su competencia.</p> <p>C.I.⁷ INMADURO: las representaciones internas están compuestas de ideas simples y recuerdos incompletos, pulsiones rudimentarias e impulsos de apariencia infantil, así como una capacidad mínima para manipular y resolver los estresores.</p> <p>O.I.⁸ RUDIMENTARIO: debido a que carga a los demás con la responsabilidad de satisfacer las necesidades y de enfrentarse con las tareas adultas, se produce tanto un déficit como una falta de diversidad en los mecanismos internos y los controles regulatorios, dejando una miscelánea de aptitudes adaptativas relativamente subdesarrolladas e indiferenciadas, junto con un sistema elemental para el funcionamiento independiente.</p>
4- PERSONALIDAD HISTRIÓNICA	<p>P.C.¹ AFECTADO: es hiper-reactivo, buscador de estímulos e intolerante a la inactividad, llegando a la responsividad impulsiva, irreflexiva y teatral; tiene inclinación por las emociones momentáneas, las aventuras fugaces y el hedonismo miope.</p> <p>C.I.² COQUETO: solicita de forma activa la alabanza y manipula a los otros para obtener la confirmación y aprobación necesarias; es solicitador, dramatizador, vano y exhibicionista seductor.</p> <p>E.C.³ FRÍVOLO: evita el pensamiento introspectivo y está excesivamente atento a acontecimientos externos superficiales y efímeros; integra las experiencias de forma pobre, dando lugar a un aprendizaje discontinuo y a juicios no meditados.</p> <p>M.I.⁴ DISOCIACIÓN: altera con asiduidad las presentaciones de sí mismo para crear una sucesión de fachadas socialmente atractivas pero cambiantes; emprende actividades auto-distractoras para evitar reflexionar e integrar pensamientos y emociones desagradables.</p>	<p>E.A.⁵ INCONSTANTE: exhibe emociones dramáticas, superficiales y efímeras; es hiperactivo, impetuoso y muestra tendencia a entusiasmarse con facilidad y también fácilmente se enfada o aburre.</p> <p>A.⁶ SOCIABLE: se considera gregario, incitante y encantador; disfruta de la imagen de atraer muchas amistades y de perseguir una vida social activa y orientada hacia el placer.</p> <p>C.I.⁷ SUPERFICIAL: las representaciones internas se componen en gran parte de afectos superficiales y aislados, recuerdos y conflictos, junto a pulsiones fáciles y mecanismos insubstanciales.</p> <p>O.I.⁸ INCONEXA: existe un conglomerado, tejido de forma suelta y descuidada, en el que los procesos de regulación y control interno son fragmentarios y faltos de integración, con escasos métodos para contener los impulsos, coordinar las defensas y resolver los conflictos, lo que conduce a mecanismos que deben ser, por necesidad amplios y radicales para mantener la cohesión psíquica y la estabilidad y, cuando tienen éxito, sólo aislar y desconectar los pensamientos, sentimientos y acciones.</p>
<p>¹ Presentación conductual. ² Conducta interpersonal. ³ Estilo cognitivo. ⁴ Mecanismo inconsciente. ⁵ Expresión afectiva. ⁶ Autopercepción. ⁷ Configuración internalizada. ⁸ Organización intrapsíquica.</p>		

TABLA N° 20: EXPRESIONES DE LOS TP EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE LA CIENCIA CLÍNICA (3)		
TP	PROCESOS FUNCIONALES	ATRIBUTOS ESTRUCTURALES
5- PERSONALIDAD NARCISISTA	<p>P.C.¹ ARROGANTE: se burla de las reglas convencionales compartidas en la vida social, considerándolas ingenuas o inaplicables a sí mismo; muestran un desprecio negligente por la integridad personal e indiferencia por los derechos de los demás.</p> <p>C.I.² EXPLOTADOR: siente que tiene todos los derechos, carece de empatía y espera favores especiales sin asumir responsabilidades recíprocas; utiliza a los demás sin ningún rubor para realizar su yo y complacer sus deseos.</p> <p>E.C.³ EXPANSIVO: tiene una imaginación indisciplinada y se preocupa por fantasías inmaduras de éxito, belleza y amor; la realidad objetiva ejerce un control mínimo sobre él, toma los hechos como quiere y a menudo miento para cumplir sus ilusiones.</p> <p>M.I.⁴ RACIONALIZACIÓN: se autoengaño y construye con facilidad razones plausibles con que justificar sus conductas auto-centradas y socialmente desconsideradas; presenta coartadas para colocarse a sí mismo en el mejor lugar posible, a pesar de las deficiencias o fracasos evidentes.</p>	<p>E.A.⁵ DESPREOCUPADO: presenta un aire general de indolencia e imperturbabilidad; se muestra fríamente inimpresionable o difusamente optimista, excepto cuando se hace mella en su confianza narcisista, en cuyo caso puede exhibir brevemente rabia, vergüenza o vacío.</p> <p>A.⁶ ADMIRABLE: se exhibe de forma confiada, actúa seguro de sí mismo ostentando sus logros; tiene un sentido elevado de su propio valor, a pesar de que los demás le vean egoísta, desconsiderado y arrogante.</p> <p>C.I.⁷ ARTIFICIAL: las representaciones internas se componen, más de lo habitual, de ideas ilusorias, pulsiones y conflictos sintéticos y de percepciones y aptitudes pretenciosas, cuando no simuladas, todo lo cual puede ser readaptado rápidamente de acuerdo con las necesidades del momento.</p> <p>O.I.⁸ FALSO: las estrategias para la defensa y el enfrentamiento de las situaciones tienden a ser indelebiles y transparentes, aparecen sustanciales y orquestadas de forma más dinámica de lo que son en realidad, regulando los impulsos sólo de manera marginal, canalizando las necesidades con un mínimo control y creando un mundo interno en el que se descartan los conflictos, rápidamente se disculpan los fracasos y se reafirma sin esfuerzo el amor propio.</p>
6ª - PERSONALIDAD ANTISOCIAL	<p>P.C.¹ IMPULSIVO: es impetuoso e irrefrenable, actuando apresurada y espontáneamente de una manera inquieta y sin reflexión; es corto de miras, incauto e imprudente, fracasado para planificar o para considerar alternativas, sin prestar atención a las consecuencias.</p> <p>C.I.² IRRESPONSABLE: es desleal y deshonesto; no es capaz de cumplir o se niega de forma voluntaria a cumplir sus obligaciones de tipo marital, parental, laboral o financiero; viola de forma activa los códigos socialmente establecidos mediante conductas ilegales o hipócritas.</p> <p>E.C.³ PERSONALISTA: interpreta sucesos y relaciones de acuerdo con creencias y morales socialmente poco ortodoxas; es despectivo con ideales tradicionales y desdeñoso con los valores convencionales.</p> <p>M.I.⁴ SUPERFICIAL: raramente contiene las tensiones internas, que pueden aumentar en virtud de la demora en la expresión de pensamientos socialmente ofensivos y acciones malevolentes; en lugar de transformar los impulsos indeseables de una forma sublimada, los descargan directamente de manera abrupta, normalmente sin sentimientos de culpa subsecuentes.</p>	<p>E.A.⁵ CRUEL: es insensible, antipático y desalmado, como expresión de un déficit a gran escala en caridad social, compasión humana, o remordimiento personal; se muestra descortésmente grosero ofensivo, cuando no despiadado, con desapego del bienestar de los otros.</p> <p>A.⁶ AUTÓNOMO: se considera a sí mismo liberado de las costumbres sociales y de restricciones por lealtades personales; valora la imagen y disfruta de la sensación de ser libre, no estorbado, ni limitado por personas, lugares, obligaciones o rutinas.</p> <p>C.I.⁷ REBELDE: las representaciones internas comprenden una mezcla ingobernable de actitudes vengativas e impulsos inquietos conducidos a subvenir costumbres e ideales culturalmente establecidos, a degradar sentimientos personales y a la consecución de logros materiales de la sociedad que le fueron negados.</p> <p>O.I.⁸ INCONTROLADO: las operaciones defensivas internas son notables por su escasez, como los esfuerzos por reprimir los impulsos refractarios, llevando un sistema de controles moduladores que fácilmente se sobrecarga, bajos umbrales para la descarga hostil y sexual, pocos canales sublimatorios, una auto-expresión desbocada y una marcada intolerancia a la demora o a la frustración.</p>

¹ Presentación conductual. ² Conducta interpersonal. ³ Estilo cognitivo. ⁴ Mecanismo inconsciente. ⁵ Expresión afectiva. ⁶ Autopercepción. ⁷ Configuración internalizada. ⁸ Organización intrapsíquica.

TABLA N° 20: EXPRESIONES DE LOS TP EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE LA CIENCIA CLÍNICA (4)		
TP	PROCESOS FUNCIONALES	ATRIBUTOS ESTRUCTURALES
6B- PERSONALIDAD AGRESIVA/SÁDICA	<p>P.C.¹ TEMERARIO: atrevido, o impulsivo hasta la imprudencia, blindado y, en apariencia, invulnerable al sufrimiento; le atraen los desafíos, riesgos y daños y asimismo se mantiene impávido ante el peligro y el castigo.</p> <p>C.I.² INTIMIDADOR: muestra satisfacción al competir con los otros, conminarlos y humillarlos; habitualmente expresa comentarios sociales abusivos, burlones y exhibe una conducta depravada, cuando no físicamente brutal.</p> <p>E.C.³ DOGMÁTICO: es altamente terco y de mentalidad cerrada, así como también inflexible y obstinado en mantener sus ideas preconcebidas; manifiestan un marcado autoritarismo, intolerancia social y prejuicios.</p> <p>M.I.⁴ AISLAMIENTO: puede ser desalmado y notablemente ajeno a una conciencia sobre el impacto de sus propios actos destructivos; considera los objetos susceptibles de ser violados, como símbolos de grupos devaluados o desprovistos de sentimientos humanos.</p>	<p>E.A.⁵ HOSTIL: tiene un temperamento exaltado y nervioso que estalla fácilmente en disputas y beligerancia física; deslamado y malhumorado, aún perseguido por otros, está dispuesto a hacer daño para conseguir cualquier cosa.</p> <p>A.⁶ COMPETITIVO: se siente orgulloso de caracterizarse a sí mismo como asertivamente independiente, vigorosamente enérgico y práctico ante la realidad; valora los aspectos del yo que muestran una imagen tenaz, dominadora y poderosa.</p> <p>C.I.⁷ PERNICIOSO: las representaciones internas se definen mejor por la presencia de energías fuertemente dirigidas a la agresión y las actitudes de venganza, así como por la escasez, en cambio, de sus recuerdos sentimentales, afectos cálidos, conflictos internos o sentimientos de vergüenza o culpa.</p> <p>O.I.⁸ EXPLOSIVO: a pesar de una estructura coherente compuesta en general por controles moduladores rutinariamente adecuados, las defensas y los canales de expresión se desatan con fuerza y explotan energías de naturaleza agresiva sexual que producen arranques súbitos que generalmente arrollan, si no rebasan, la capacidad de restricción.</p>
7 - PERSONALIDAD COMPULSIVA (RÍGIDA)	<p>P.C.¹ DISCIPLINADO: mantiene una norma de vida regulada, repetitivamente estructurada y altamente organizada; es perfeccionista, insistiendo en que los subordinados se adhieran a sus métodos y reglas personales.</p> <p>C.I.² RESPETUOSO: muestra una adhesión inusual a las conveniencias sociales; prefiere las relaciones personales corteses, formales y correctas.</p> <p>E.C.³ CONSTREÑIDO: construye el mundo mediante reglas, reglamentos, programas y jerarquías; carece de imaginación, es indeciso y se desconcierta notablemente ante ideas y costumbres nuevas o no familiares.</p> <p>M.I.⁴ FORMACIÓN REACTIVA: manifiesta repetidamente pensamientos positivos y conductas socialmente encomiables que son diametralmente opuestas a sus más profundos sentimientos, antagónicos y prohibidos; se muestra razonable y maduro cuando se enfrenta a circunstancias que provocarían enojo o consternación en los demás.</p>	<p>E.A.⁵ SOLEMNE: no se relaja, está tenso, severo y falto de alegría; restringe los sentimientos cálidos y mantiene la mayoría de las emociones bajo un estrecho control.</p> <p>A.⁶ ESCRUPULOSO: se ve a sí mismo industrioso, fiable, meticulado y eficiente; teme los errores y equivocaciones y, por tanto, sobrevalora aquellos aspectos propios que muestran disciplina, perfección, prudencia y lealtad.</p> <p>C.I.⁷ ENCUBIERTA: sólo aquellos afectos internos, actitudes y acciones que reciben aprobación social se les permite la aceptación consciente o la expresión en la conducta, dando lugar a que las gratificaciones estén altamente reguladas, los impulsos prohibidos sean aislados y confinados en estrechos límites, se nieguen defensivamente los conflictos sociales y personales, eliminados de la conciencia y manteniéndolo todo bajo un control severo.</p> <p>O.I.⁸ COMPARTIMENTADO: las estructuras psíquicas están organizadas de forma rígida en un sistema herméticamente consolidado que se divide claramente en numerosas constelaciones, distintas y aisladas, de pulsiones, recuerdos y cogniciones, con pocos canales abiertos que permitan la interrelación entre estos componentes.</p>

¹ Presentación conductual. ² Conducta interpersonal. ³ Estilo cognitivo. ⁴ Mecanismo inconsciente. ⁵ Expresión afectiva. ⁶ Autopercepción. ⁷ Configuración internalizada. ⁸ Organización intrapsíquica.

TABLA N° 20: EXPRESIONES DE LOS TP EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE LA CIENCIA CLÍNICA (5)		
TP	PROCESOS FUNCIONALES	ATRIBUTOS ESTRUCTURALES
8A- PERSONALIDAD PASIVO/AGRESIVA	<p>P.C.¹ TERCO: se resiste a cumplir las expectativas de los demás, mostrando frecuentemente conductas dilatorias, ineficaces y erráticas cuando no otras contrarias y molestas; revela placer en desmoralizar y minar las satisfacciones y aspiraciones de los demás.</p> <p>C.I.² CONTRARIO: asume roles conflictivos y cambiantes en las relaciones sociales, particularmente dependiente de la aquiescencia y de la independencia asertiva; de manera simultánea o sucesiva es obstructor e intolerante frente a los demás, expresando actitudes negativas e incompatibles.</p> <p>E.C.³ NEGATIVISTA: es cínico, escéptico y desconfiado, abordando sucesos positivos con escepticismo y las posibilidades del futuro con turbación; tiene una visión misantrópica de la vida, expresando desdén y comentarios cáusticos hacia aquellos que tienen buena suerte.</p> <p>M.I.⁴ DESPLAZAMIENTO: descarga su enfado y otras emociones molestas ya sea indirectamente o desplazándolas de su causante hacia entornos o personas de menor importancia; expresa el resentimiento por medios pasivos o sustitutorios, tales como actuar de forma inepta o embrolladora o comportarse de una manera indolente y olvidadiza.</p>	<p>E.A.⁵ IRRITABLE: con frecuencia es quisquilloso, petulante y obstinado, con expresiones subsecuentes de vergüenza o culpa; a menudo está molesto e impaciente, comentando que los demás fácilmente le molestan o le frustran.</p> <p>A.⁶ DESCONTENTO: se considera incomprendido, despreciado y rebajado por los demás; reconoce ser característicamente pesimista malhumorado y desilusionado ante la vida.</p> <p>C.I.⁷ DISCONFORME: las representaciones internas constituyen una mezcla entrecruzada y compleja de impulsos opuestos y divergentes, que están conducidos persistentemente por fuertes impulsos discrepantes ideados para anular las aspiraciones y satisfacciones de los demás.</p> <p>O.I.⁸ DISCORDANTE: se da una clara división en la pauta de elementos internos, de tal forma que las maniobras defensivas y de enfrentamiento a menudo se dirigen hacia objetivos contradictorios o incompatibles, dejando los conflictos principales sin resolver y haciendo imposible la cohesión psíquica en virtud del hecho de que la satisfacción de una pulsión o necesidad inevitablemente anula o invierte otra.</p>
8B- PERSONALIDAD AUTODESTRUCTIVA (MASOQUISTA)	<p>P.C.¹ SOBRIO: se presenta a sí mismo como transigente, comedido y cándido, reprimiendo las señales de placer o atracción; actúa de una manera poco resuelta e indolente, prefiriendo situarse en la sombra o en una posición despreciable.</p> <p>C.I.² DEFERENTE: se relaciona con los demás de una manera sacrificada, servil y obsequiosa, permitiendo, cuando no animando al otro, a explotarlo o sacar ventajas; es autodevaluador y solicita la condena, aceptando e incitando críticas inmerecidas e injustas.</p> <p>E.C.³ INCONSISTENTE: piensa y expresa de forma reiterada actitudes contrarias a los sentimientos internos; experimenta emociones y pensamientos conflictivos respecto a sí mismo y a los otros, principalmente amor, rabia y culpa.</p> <p style="text-align: right;"><i>Continúa</i></p>	<p>E.A.⁵ TRISTE: frecuentemente parece abandonado y desconsolado; mostrará intencionalmente un aspecto afligido y lúgubre, ocasionalmente para inducir culpabilidad y malestar en los demás.</p> <p>A.⁶ INDIGNO: atiende a las peores características de sí mismo afirmando con ello que merece ser avergonzado, humillado y rebajado; siente que ha fracasado ante las expectativas de los demás y que, por tanto, merece sufrir consecuencias dolorosas.</p> <p>C.I.⁷ DEGRADADO: sus representaciones internas se componen de recuerdos pasados despreciados y aspiraciones fallidas, de sentimientos positivos e impulsos eróticos trasladados a las personas del sexo opuesto menos atractivas para él, de conflictos internos empeorados intencionalmente, de mecanismos de reducción de la ansiedad subvertidos por procesos que intensifican el malestar.</p> <p style="text-align: right;"><i>Continúa</i></p>
<p>¹ Presentación conductual. ² Conducta interpersonal. ³ Estilo cognitivo. ⁴ Mecanismo inconsciente. ⁵ Expresión afectiva. ⁶ Autopercepción. ⁷ Configuración internalizada. ⁸ Organización intrapsíquica.</p>		

TABLA N° 20: EXPRESIONES DE LOS TP EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE LA CIENCIA CLÍNICA (6)		
TP	PROCESOS FUNCIONALES	ATRIBUTOS ESTRUCTURALES
8B- PERSONALIDAD AUTODESTRUCTIVA	<i>Continuación</i> M.I. ⁴ DEPRECIACIÓN : repetidamente recuerda injusticias pasadas y prevé futuras desilusiones como medio de llevar la angustia hasta niveles homeostáticos; malinterpreta, si no sabotea, la buena suerte prefiriendo mantener o aumentar el dolor y el sufrimiento.	<i>Continuación</i> O.I. ⁸ DESVIADO : debido a una inversión importante de la polaridad dolor-placer, las estructuras tienen una cualidad dual -más o menos convencional, o todo lo contrario- dando como resultado una repetida pérdida de afecto e intención, de una transposición de la necesidad de canales de gratificación con aquellos que conducen a la frustración y de comprometerse en acciones que producen consecuencias antitéticas, si no son saboteadas.
S- PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA	P.C. ¹ ABERRANTE : exhibe hábitos sociales torpes y manierismos peculiares; los otros lo perciben como excéntrico, dispuesto a comportarse de una manera discretamente rara, reservada, curiosa o estrafalaria. C.I. ² SIGILOSO : prefiere la intimidad y el aislamiento, con pocas y muy tentativas vinculaciones y obligaciones personales; han derivado con el paso del tiempo hacia roles vocacionales periféricos y actividades sociales clandestinas. E.C. ³ AUTISTA : mezcla la comunicación social con observaciones personales fuera de lugar, habla circunstancial, ideas de referencia y digresiones metafóricas; es meditabundo, aparece absorto y perdido en sus ensueños con pensamiento mágico en ocasiones, sospechas oscuras y fusión de la fantasía y la realidad. M.I. ⁴ ANULACIÓN : los manierismos extraños y pospensamientos idiosincrásicos parecen reflejar una retracción o inversión de los actos o ideas anteriores que provocaron sentimientos de ansiedad, conflicto o culpa; las conductas ritualistas o "mágicas" sirven para arrepentirse o anular actos supuestamente malos o pensamientos "perversos".	E.A. ⁵ DEFICIENCIA O CARENCIA DE SENTIMIENTOS : es aprensivo y se encuentra a disgusto, sobre todo en los encuentros sociales; está agitado y ansiosamente vigilante, desconfía de los demás y toma sus motivaciones con prevención; muestra una apariencia monótona, apática, indolente y desanimada y falta de alegría; presenta deficiencias marcadas en la relación cara a cara y en la expresión emocional. A. ⁶ ENAJENADO : posee unos límites del yo permeables, muestra repetidamente perplejidad e ilusiones en situaciones sociales a la vez que experimenta despersonalización, pérdida de la realidad y disociación; se ve a sí mismo abandonado, con pensamientos repetitivos sobre el vacío y la falta de significado de la vida. C.I. ⁷ CAÓTICA : sus representaciones internas se componen de un revoltijo de recuerdos y percepciones fragmentarias, pulsiones e impulsos azarosos y canales de regulación descoordinados que sólo son eficientes a rachas en el dominio de las tensiones, la resolución de las necesidades y la mediación de los conflictos. O.I. ⁸ FRAGMENTADA : las operaciones de defensa y enfrentamiento son ordenadas de manera aleatoria en una colección difusa, llevando a acciones espasmódicas e inconexas donde descargan directamente los pensamientos y afectos primitivos, con pocas sublimaciones basadas en la realidad y con significativas desintegraciones posteriores de la estructura, probables incluso bajo estresores modestos.
<p>¹ Presentación conductual. ² Conducta interpersonal. ³ Estilo cognitivo. ⁴ Mecanismo inconsciente. ⁵ Expresión afectiva. ⁶ Autopercepción. ⁷ Configuración internalizada. ⁸ Organización intrapsíquica.</p>		

TABLA N° 20: EXPRESIONES DE LOS TP EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE LA CIENCIA CLÍNICA (7)		
TP	PROCESOS FUNCIONALES	ATRIBUTOS ESTRUCTURALES
C- PERSONALIDAD LIMITE (BORDERLINE)	<p>P.C.¹ PRECIPITADO: desencadena un nivel de energía desordenada en explosiones repentinas, imprevistas e impulsivas; los cambios endógenos en el estado pulsional y en el control inhibitorio ponen en peligro constante el equilibrio de la activación.</p> <p>C.I.² PARADÓJICO: aunque necesita atención y afecto de otras personas es imprevisiblemente opositorista, manipulativo y voluble, provocando con frecuencia el rechazo más que el apoyo; reacciona ante los temores a la separación y el aislamiento de forma furiosa, viva y a menudo, autolesiva.</p> <p>E.C.³ CAPRICHO: experimenta percepciones o pensamientos rápidamente cambiantes, fluctuantes y antitéticos con respecto a los acontecimientos pasajeros; sus propias conductas provocan reacciones vacilantes y contradictorias en los demás, lo cual crea, a su vez, una reinformación social conflictiva y confusa.</p> <p>M.I.⁴ REGRESIÓN: en situaciones de estrés se retrae a niveles evolutivamente primitivos de tolerancia a la ansiedad, control de impulsos y adaptación social; adolescente, es incapaz de enfrentarse a las exigencias y a los conflictos adultos, como se muestra por conductas inmaduras, cuando no cada vez más infantiles.</p>	<p>E.A.⁵ LÁBIL: no consigue conciliar su estado de ánimo inestable con la realidad externa; tiene cambios marcados de la normalidad a la depresión y a la excitación, o padece largos períodos de abatimiento y apatía, con momentos intercalados de enfado, ansiedad o euforia.</p> <p>A.⁶ PERPLEJO: experimenta la confusión de un sentido de la identidad inmaduro, nebuloso o vacilante; intenta redimirse de sus acciones abruptas y de sus apariencias cambiantes mediante expresiones de contrición y conductas auto-punitivas.</p> <p>C.I.⁷ INCOMPATIBLE: los aprendizajes construidos de forma rudimentaria y oportuna, pero sistemáticamente abortados, han conducido a recuerdos confusos, actitudes enigmáticas, necesidades contradictorias, emociones antitéticas, impulsos erráticos y estrategias opuestas en la resolución de los conflictos.</p> <p>O.I.⁸ DIFUSA: las estructuras internas poseen una configuración desdibujada en cuyos elementos se observa una notable carencia de distinción y claridad; ocasionalmente los niveles de conciencia se difuminan y se produce con facilidad una corriente a través de las fronteras que normalmente separan las percepciones, los recuerdos y los afectos que no tienen relación; todo esto propicia disoluciones periódicas donde normalmente está presente una limitación de la cohesión y del orden psíquico.</p>
P- PERSONALIDAD PARANOIDE	<p>P.C.¹ DEFENSIVO: permanece vigilante para anticipar y rechazar los desprecios y decepciones previstos; es tenaz y resiste firmemente a las fuentes externas de influencia y control.</p> <p>C.I.² PROVOCATIVO: manifiesta una actitud quejumbrosa, malhumorada e irritante; desencadena la exasperación y el enojo merced al examen de las lealtades y la preocupación por buscar los motivos ocultos e interfiere en la comunicación social.</p> <p>E.C.³ SUSPICAZ: es escéptico, cínico y desconfía de las motivaciones de los demás, interpreta acontecimientos inocuos como indicadores de intentos ocultos o conspiratorios; muestra una tendencia a magnificar las dificultades sociales más nimias o tangenciales como pruebas de doblez, maldad y traición.</p> <p style="text-align: right;"><i>Continúa</i></p>	<p>E.A.⁵ IRASCIBLE: exhibe una conducta fría, hosca, ruda y carente de humor; intenta parecer objetivo y no emotivo, pero es retorcido, envidioso, celoso y dispuesto a reaccionar con enfado o a percibir ofensas personales.</p> <p>A.⁶ INVOLABLE: tiene persistentes ideas de auto referencia y auto-importancia, considerando como destructivos o maledicientes, cuando no infamatorios, acontecimientos y acciones totalmente inocuos para su persona; orgullosamente independiente y muy aislado, experimenta, sin embargo, miedo intenso a perder su identidad, estatus y poder de autodeterminación.</p> <p style="text-align: right;"><i>Continúa</i></p>
<p>¹ Presentación conductual. ² Conducta interpersonal. ³ Estilo cognitivo. ⁴ Mecanismo inconsciente. ⁵ Expresión afectiva. ⁶ Auto percepción. ⁷ Configuración internalizada. ⁸ Organización intrapsíquica.</p>		

TABLA N° 20: EXPRESIONES DE LOS TP EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE LA CIENCIA CLÍNICA (y 8)		
TP	PROCESOS FUNCIONALES	ATRIBUTOS ESTRUCTURALES
P- PERSONALIDAD PARANOIDE	<p style="text-align: center;"><i>Continuación</i></p> <p>M.I.⁴ PROYECCIÓN: repudia de forma activa los rasgos y motivos personales indeseables y los atribuye a los demás; permanece ciego a las propias conductas y características que no son atractivas, pero hiperalerta e hipercrítico ante las mismas características en los demás.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Continuación</i></p> <p>C.I.⁷ INALTERABLE: las representaciones internas están colocadas de forma precisa constituyendo una configuración infrecuente de actitudes profundamente arraigadas, percepciones inquebrantables y pulsiones implacables que, a su vez, están alineadas según una jerarquía fija e idiosincrásica de recuerdos tenaces, cogniciones inmutables y creencias irrevocables.</p> <p>O.I.⁸ RÍGIDA: la constricción sistémica y la inflexibilidad de los métodos defensivos y enfrentamiento, así como los canales rígidamente fijados para la mediación de los conflictos y la gratificación de las necesidades, crean una estructura tensa y sensible, tan poco comprometida en su acomodación a las circunstancias cambiantes que es probable que estresores imprevistos precipiten ataques explosivos o destrozos internos.</p>
<p>¹ Presentación conductual. ² Conducta interpersonal. ³ Estilo cognitivo. ⁴ Mecanismo inconsciente. ⁵ Expresión afectiva. ⁶ Autopercepción. ⁷ Configuración internalizada. ⁸ Organización intrapsíquica.</p> <p style="text-align: right;"><i>Adaptado de Millon y Davis (1998)</i></p>		

1. *Objetivos de existencia* (polaridad placer-dolor). Cómo se llega a ser: *apertura* (búsqueda de experiencias de recompensa) y *preservación* (evitación del peligro y la amenaza) de la vida;
2. *Modos de adaptación* (polaridad activo-pasivo). Cómo se sigue siendo: *acomodación ecológica* (atenerse a la realidad favorable) y *modificación ecológica* (dominio del propio entorno).
3. Las *estrategias de replicación* (polaridad yo-otros). Cómo se transmite la existencia: *Individuación reproductora* (consecución del sí mismo - individualismo) y *crianza reproductora* (amor constructivo hacia los demás - protección).
4. *Procesos de abstracción* (polaridad pensamiento - sentimiento). Capacidad de simbolizar el mundo interno / externo.

En la tabla nº 21 se muestra la clasificación de Millon de los TP del DSM-II-R desde la perspectiva del modelo evolutivo.

TABLA Nº 21: REPRESENTACIÓN DE LOS TP DEL DSM-III-R CON RESPECTO AL MODELO EVOLUTIVO DE MILLON

	Objetivos de existencia		Estrategias de replicación		
	Mejoramiento de la vida	Preservación de la vida	Propagación reproductiva	Protección reproductiva	
Polaridad	Placer – Dolor		Yo – Otros		
Deficiencia patológica, desbalance o conflicto	Placer – Dolor – +	Placer – Dolor ↻	Yo – Otros +	Yo + Otros –	Yo – Otros ↻
Modo de adaptación	Trastorno de personalidad DSM-III-R				
Pasivo: acomodación	Esquizoide	Auto-agresivo	Dependiente	Narcicista	Compulsivo
Activo: modificación	Evitativo	Sádico	Histriónico	Antisocial	Pasivo-agresivo
Distfuncional	Esquizotípico	Límite - Paranoide	Límite	Paranoide	Límite - Paranoide

Adaptado de Sánchez (2003), original de Millon (1990)

Para concluir, a lo largo de este apartado, hemos podido advertir que la teoría de Millon, ha ido ganando en complejidad. Sin embargo, el modelo ha mantenido las líneas esbozadas hace más de tres décadas. Otro tanto puede decirse de la clasificación, que se ha ido enriqueciendo a partir de las categorías básicas de 1969. Estos dos aspectos, teoría y clasificación, continúan siendo pilares básicos de la propuesta de Millon para el estudio de la personalidad. Pilares en los que hemos basado una parte de este trabajo.

CAPÍTULO III

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

1. INTRODUCCIÓN

La coocurrencia o *comorbilidad* de diagnósticos es común en la práctica clínica e investigación actual. En parte, refleja el refinamiento en la nosología psiquiátrica desde la publicación del DSM-III que ha incrementado el número de categorías diagnósticas sustancialmente, por la separación de muchos constructos amplios y ambiguos en múltiples categorías definidas operacionalmente. También refleja la introducción de criterios explícitos que se pueden evaluar con entrevistas diagnósticas estructuradas, con lo cual, tanto los criterios diagnósticos como las entrevistas diagnósticas estructuradas *"trajeron la respetabilidad científica a la nosología psiquiátrica, y además contribuyeron a la multiplicidad de diagnósticos debido a que se han tenido en cuenta más formalmente"*. Asimismo, la revisión de la tercera edición del DSM, en 1987, que redujo las reglas de exclusión jerárquicas, permitió más coocurrencias diagnósticas (McGlashan, Grilo, Skodol, Gunderson *et al.*, 2000, p. 256).

En el capítulo anterior, vimos cómo se produjo la separación de los TP en un eje diferente dentro del sistema multiaxial. Esta disociación se realizó con el propósito de alentar a los clínicos a evaluar la posible presencia de otros trastornos que son frecuentemente pasados por alto, ya que, habitualmente, la atención se dirige a los trastornos del Eje I, normalmente más floridos. Como consecuencia, esta separación también reflejó, en parte, la impresión clínica generalizada de que esos trastornos eran persistentes, inflexibles,

resistentes y estables en contraposición a los trastornos mentales del Eje I, que eran más discretos y episódicos (McGlashan *et al.*, 2000).

El concepto de "*comorbilidad*" apareció en la literatura psicológica y psiquiátrica por primera vez en 1984 y, ya en 1993 aparecía en 243 títulos o resúmenes de investigaciones científicas. Fueron las investigaciones empíricas, las que contribuyeron a que el concepto *comorbilidad* emergiera con una velocidad meteórica, como el concepto más importante en la investigación y práctica psiquiátrica. Las implicaciones que éste tendría en las teorías y tratamientos sólo empezaban a vislumbrarse entonces (McGlashan *et al.*, 2000).

A partir de ese momento, se empezaron a considerar los posibles significados de *comorbilidad*, que incluyen:

- una coocurrencia aleatoria de trastornos independientes,
- la coocurrencia de diferentes trastornos que comparten una etiología común o patofisiología, o
- diferentes trastornos que, a pesar de eso, tienen algún tipo de relación causal entre ellos (Grilo, Sanislow, Skodol, Gunderson *et al.*, 2003).

Al mismo tiempo, una *comorbilidad aparente* puede simplemente reflejar artefactos de los esquemas de clasificación diagnóstica, o puede resultar de la metodología de muestreo y selección (por ejemplo, la frecuencia de los trastornos y el número de asociaciones entre ellos generalmente son mayores para los grupos que buscan tratamiento). Por otra parte, es importante aclarar que se debe tener cuidado al definir la comorbilidad como diagnósticos coocurrentes que estadísticamente se apartan de las tasas base o de otras expectativas de frecuencia, ya que es importante seleccionar grupos de comparación "relevantes" para proporcionar un contexto y poder interpretar la comorbilidad estadísticamente significativa.

En definitiva, el estudio de la comorbilidad tiene una notable relevancia tanto para el manejo clínico y la formulación del tratamiento, como para informar de los modelos de desarrollo de la patofisiología subyacente o la etiología de los trastornos mentales en general,

y en particular, de los TCA (Grilo *et al.*, 2003). A pesar de que, el estudio de las relaciones entre los TP y los TCA es un proceso complejo (Díaz, Carrasco, Prieto y Sáiz, 1999; Díaz, Carrasco, 2001), más aún, cuando hoy por hoy, no se han solucionado de forma satisfactoria los numerosos problemas teóricos y metodológicos que existen (Vaz, 2003).

2. MODELOS DE COMORBILIDAD ENTRE LOS TP Y LOS TCA

Existen diferentes posibilidades para abordar las relaciones entre los TP y los TCA. En principio, para poder entenderlas, Vaz (2003) propone revisar los *modelos de comorbilidad* que, como veremos a continuación, se basan en las concepciones genéricas sobre comorbilidad anteriormente expuestas²:

1. *Los TCA son entidades clínicas totalmente independientes de los TP y de otros trastornos psicopatológicos que podemos detectar en las pacientes.*

Esta hipótesis asume la no existencia de una relación causal entre ambos tipos de patologías, que aparecerían en la misma persona y al mismo tiempo por puro azar, sin compartir etiología, curso o síntomas. Esta perspectiva se le conoce como el *“modelo de la hipótesis nula para la covariación o modelo de concurrencia”*

2. *La personalidad y los trastornos de personalidad son factores de riesgo para la aparición de los TCA, es decir, actúan como factores predisponentes, al afectar a la vulnerabilidad del sujeto en relación con el trastorno.*

Esta hipótesis se basa en teorías como la de Bruch, a la que ya nos hemos referido en diferentes ocasiones a lo largo de este trabajo. Recordemos que básicamente esta autora consideraba que la personalidad de la paciente sería un factor que la empujaría hacia la

² Según este autor al estudiar la comorbilidad entre la AN y los trastornos del Eje II se nos ofrecen, al menos, seis posibilidades que vamos a considerar. No obstante, nosotros consideramos que estas posibilidades igualmente se podrían hacer extensibles a la BN, dadas las características que comparten estos trastornos, como venimos defendiendo a lo largo de este trabajo. De ahí que, a pesar de que el autor originalmente se refiera a la AN, nosotros hablemos de los TCA (abarcando a la AN y BN).

AN, la cual actuaría a su vez, mediante sus síntomas compensando el déficit inicial y cerrando el ciclo. En definitiva, desde esta perspectiva se supone que determinadas personas estarían predispuestas, por su temperamento o carácter, a tener dificultades de adaptación frente a los cambios en la adolescencia, de tal manera que utilizaría mecanismos disfuncionales y repetitivos. Este supuesto sumado al entorno cultural que favorece la delgadez valorándola positivamente, abre la puerta de entrada a la AN (o a la BN), por el camino de la búsqueda de recompensa. Una vez instaurada la enfermedad dotaría a las pacientes de un fuerte sentimiento de control sobre el propio cuerpo y sobre el propio curso vital, que actuaría ofuscando (y negando) el conflicto.

3. *La personalidad y sus trastornos son un factor patoplástico específico para el TCA.*

Según esta perspectiva, el TCA y el TP surgirían de forma independiente, pero se influirían mutuamente. Esta influencia abarcaría tanto a la clínica como el curso, y la respuesta de las pacientes al tratamiento. Esta hipótesis la han contemplado investigadores como Casper, Hedecker y McClough, (1992) para explicar las relaciones entre los TCA y el TP límite.

Datos que apoyarían esta hipótesis los encontramos en algunos estudios (Cnattingius, Hultman, Dahl y Sparén, 1999; cfr. Vaz, 2003) que han encontrado que las pacientes con AN de las formas compulsivo/purgativa tienen mayor prevalencia de TP y más diagnósticos de trastornos del Eje I que las pacientes puramente restrictivas, además de un curso clínico mucho más complicado.

Otros estudios que apuntan en la dirección contraria (Crisp y Bhat, 1982; cfr. Vaz, 2003), han encontrado que los pacientes con TP tienden a presentar más conductas de descontrol alimentario, y también más síntomas depresivos, obsesivo-compulsivos y de ansiedad, que los pacientes sin diagnóstico en el Eje II. No obstante, señala Vaz (2003), otros estudios que han demostrado que los TP parecen condicionar más la psicopatología general observable en los pacientes y el funcionamiento psicosocial que el curso del trastorno en sí mismo.

4. *El trastorno alimentario modifica la personalidad del sujeto, de tal manera que los TP detectables en los pacientes son la consecuencia y no la causa del trastorno de la alimentación.*

El hecho de que muchas de las manifestaciones que parecen formar parte del cuadro clínico de la AN desaparezca tras la recuperación de la paciente, es algo que se ha puesto de manifiesto en algunos trabajos, con lo cual confirman esta hipótesis.

Pero, por otra parte hay estudios que muestran la existencia de un patrón de la personalidad más o menos estable e independiente de la severidad de la patología alimentaria, que tiende a persistir una vez superada la fase aguda y a mantenerse a largo plazo. Por ejemplo, Casper (1990) estudió pacientes con AN restrictiva ya recuperadas y observó la presencia de pautas de comportamiento similares a las que exhibían en el período premórbido, con tendencia a evitar situaciones de riesgo, a presentar una expresividad emocional constreñida y a ser más conformistas, que los grupos de comparación sin patologías y sus propias hermanas.

Otro estudio, en la misma línea, de Dancyger, Sunday, Eckert y Halmi, (1997), en el que aplicaron el MMPI en tres momentos diferentes: ingreso hospitalario, alta y diez años después del alta, encontraron diferencias cuantitativas entre las puntuaciones del MMPI al ingreso y al alta, pero no detectaron variaciones significativas a partir del alta.

Matsunaga, Kaye, McConaha, Plotnicov *et al.* (2000) al estudiar los TP en pacientes ya recuperados de un TCA, encontraron que un elevado porcentaje de éstas continuaban presentando TP similares a los que presentaban durante la fase activa de la enfermedad.

Por último, otro estudio es el de Muller *et al.* (2000) quienes encontraron que una cuarta parte del grupo de pacientes, estudiados después de diez años de haber sido dadas de alta de AN, continuaban presentado un TP, básicamente del cluster C, que ya estaba presente en los inicios del problema.

5. *Los TCA pueden compartir los mismos mecanismos etiopatogénicos con determinados TP.*

Según esta perspectiva, el agente causal común puede ser de naturaleza genética, biológica, ambiental, psicológica, temperamental, psicosocial (estructura familiar) o una combinación de ellas.

Algunas pinceladas que apoyan esta hipótesis en cuanto a la etiología de los TP, por ejemplo, desde la perspectiva neurobiológica, encontramos los hallazgos de una *dimensión ansioso-inhibitoria* que podría estar más en relación con la AN restrictiva, mientras que la *dimensión activadora-impulsiva* más con la BN (Collier y Sham, 1999).

6. *Los TP pueden corresponder a formas subclínicas de determinados trastornos del Eje I.*

Como vemos, este planteamiento sigue la línea de la hipótesis anterior, concuerda con la tendencia a considerar la existencia de mecanismos comunes para los trastornos comórbidos, que defiende la existencia de un espectro de trastornos entre el eje I y el II. Por ejemplo, el trastorno esquizotípico podría entenderse como una forma menor de esquizofrenia; y el trastorno evitativo como una variante subclínica de la fobia social.

Según Vaz (2003), esta teoría de la existencia de un espectro de trastornos, no parece aplicable a la AN en relación con ninguno de los TP identificados en la actualidad, aunque hace la salvedad del TP obsesivo-compulsivo. No obstante, algunos investigadores sí se sitúan en este espectro de trastornos a los TCA, de manera que sitúan el TP límite dentro del "espectro" de la BN, y el TP evitativo de la AN (APA, 2001).

Todas estas hipótesis propuestas por Vaz (2003), al realizar nuestra revisión de la literatura científica, las hemos podido distinguir claramente en los hallazgos empíricos, tanto en cuanto a los planteamientos, como a sus posibles respuestas, como iremos viendo en el desarrollo de este capítulo. Aunque, parece ser que la excepción la encontramos en la primera hipótesis, ya que es la que menos sustento empírico tiene.

Recapitulando, como refieren Westen y Harnden-Fisher (2001), la comorbilidad observada entre los TCA y los TP podría reflejar tres posibilidades (que abarcan las hipótesis anteriores): (1) que muchos pacientes tengan el infortunio de tener dos ó más trastornos, al menos uno de los cuales es del eje I y el otro del eje II; (2) que las conductas anoréxicas y bulímicas sean expresiones sintomáticas de la patología de personalidad y de aquí que la distinción respecto a síndromes, estados y rasgos, que incluye la distinción entre el eje I y II, pueda ser problemática con respecto a los TCA en concreto; o (3) que alguna diatesis común, genética o medioambiental, subyace tanto en los TCA como en los TP.

Las respuestas a estas posibilidades las ofrecen los mismos autores. Así, en cuanto a la primera posibilidad de coocurrencia al azar, señalan que parece bastante improbable debido a la baja probabilidad de tasas altas de coocurrencia entre los trastornos del eje I y el eje II, que tienen relativamente tasas bajas en la población. Con respecto a la segunda y tercera hipótesis, estos autores consideran que son más que nada expresiones, ya que son difíciles de distinguir y ambas tienen un apoyo empírico muy limitado.

No obstante, estos investigadores proponen considerar una teoría, conforme a la cual se pueda vincular la patología de la personalidad en los TCA a formas específicas de disregulación de los neurotransmisores, de forma que la AN y la BN quedan en los extremos de un *continuum* de personalidad definido por la compulsividad, en el extremo anoréxico; y la impulsividad en el extremo bulímico. Esta teoría se basa en los hallazgos empíricos que ponen de manifiesto que pacientes con AN son diagnosticadas con mayor frecuencia de TP del *cluster* C (ansioso/ temeroso), mientras que las pacientes con BN es más probable que reciban diagnósticos de TP del *cluster* B (dramático/ emocional). Pero el mayor problema de esta teoría es cómo se explicaría, entonces, la extensa comorbilidad entre los síntomas anoréxicos y bulímicos en la misma persona.

En el caso concreto de aquellas pacientes que presentan una historia de ambos trastornos (AN y BN), Westen y Harnden-Fischer (2001) proponen una posible explicación, que por otra parte aclararía las inconsistencias halladas entre los diferentes estudios. Según estos investigadores estas dos categorías del eje I, pueden estar unidas por características de personalidad que pueden ser heterogéneas. Por tanto, según esta explicación, que ya

propusieron Sohlberg y Strober (1994) en su estudio, las variables de personalidad pueden ser muy relevantes para comprender los TCA, sin embargo, más que buscar un tipo de estructura de personalidad que genere o contribuya a los síntomas de cada trastorno alimentario, habría que considerar una variedad de tipos de pacientes. A esta explicación nos adscribimos nosotros también, ya que desde esta perspectiva se explicaría la diversidad de características de personalidad presentes en pacientes con un mismo TCA. Es decir, un tipo de paciente puede llegar a tener AN debido a que es competitiva y perfeccionista. Otro, puede llegar a desarrollarla por que teme sus impulsos y es un intento de probarse a sí misma que puede regular incluso el más insistente de los impulsos. Otra puede utilizar la AN como una forma de autocastigo o una manera de regular sus sentimientos de estar fuera de control (quizás después de darse atracones de comida impulsivos, los cuales, a su vez, pueden ser esfuerzos para regular el malestar). Y todavía, otro tipo de paciente puede desarrollar la AN como una expresión fenotípica de un trastorno afectivo.

3. PANORÁMICA ACTUAL SOBRE LA COMORBILIDAD DE LOS TP Y LOS TCA

La importancia del estudio de la personalidad y sus trastornos en los TCA se ha puesto de manifiesto en diferentes estudios que se han publicado, en especial debido al reconocimiento de su implicación tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los mismos. Debido al incremento de las investigaciones que se realizan al respecto, se ha convertido hoy por hoy en un área de investigación prolífica y en continuo desarrollo; pues como refiere Godt (2002), se han publicado más de treinta estudios sobre la asociación entre TCA y TP en las dos últimas décadas.

Por tanto, el estudio no sólo de la comorbilidad en particular, sino en general de los rasgos de personalidad y sus trastornos en los pacientes con TCA persigue tres objetivos principales: (1) conocer sus implicaciones en la génesis de la AN y de la BN; (2) averiguar cuál es su repercusión sobre la respuesta al tratamiento y sobre el pronóstico; y (3) permitir la

detección de adolescentes con riesgo de desarrollar estas enfermedades (Díaz y Carrasco, 2001). Objetivos a los que se les ha tratado de dar respuesta en las últimas décadas desde la investigación científica especializada, partiendo inicialmente de la observación clínica.

En suma, actualmente son numerosas las investigaciones sobre los TCA dedicadas al estudio de diferentes áreas y aspectos de la relación TCA y TP, como son el estudio de:

- (1) las *características temperamentales y caracterológicas* (Bulik, Sullivan, Joyce, y Carter, 1995; Pryor y Wiederman, 1998; Díaz, Carrasco, López-Ibor, y Sáiz, 1998; Bulik *et al.*, 1999a, Klump, Bulik, Pollice, Halmi *et al.*, 2000; *etc.*),
- (2) los *rasgos de personalidad y los trastornos de la personalidad* (Yager, Landsverk, Edelstein y Hyler, 1989; Gartner, Marcus, Halmi y Loranger, 1989; Schmidt y Telch, 1990; Casper, 1990; Vitousek y Manke, 1994; Kennedy, Katz, Rockert, Menlowitz *et al.*, 1995; Wiederman y Pryor, 1997; Díaz y Carrasco, 2001; Westen y Handen-Fisher, 2001; *etc.*),
- (3) la *comorbilidad* entre ambas categorías diagnósticas (Yager *et al.*, 1989; Gartner *et al.*, 1989; Zanarini, Frankenburg, Pope, Hudson *et al.*, 1990; Herzog, Keller, Sacks, Yeh *et al.*, 1992; Skodol *et al.*, 1993; Oldham, Skodol, Kellman, Hyler *et al.*, 1995; *etc.*),
- (4) o la *comorbilidad* con otras categorías psicopatológicas (Kennedy *et al.*, 1990 a,b; Kendler *et al.*, 1991; Halmi, Ecker, Marchi, Sampugnaro *et al.*, 1991; Braun, Sunday y Halmi, 1994; Brewerton, Lydiard, Herzog, Brotman *et al.*, 1995).
- (5) la *influencia* que determinados rasgos y/o alteraciones de la personalidad podrían tener tanto en el *inicio* (Fairburn, Welch, Doll, Davies *et al.*, 1997; Fairburn, Cooper, Doll y Welch, 1999; Treasure, 1997; *etc.*) como en el *curso*, el *tratamiento* (Jonson, Tobin y Dennis *et al.*, 1990; Fahy, Eisler y Russell, 1993a; Westen y Handen-Fisher, 2001; *etc.*) y el *pronóstico* (Casper, 1990; Rosenvinge y Moulund, 1990; Agras *et al.* 2000; *etc.*) de la psicopatología alimentaria en sus dos principales manifestaciones: Anorexia y Bulimia Nerviosas, y más recientemente también en el Trastorno por Atracón (Telch y Stice, 1998; Goldfein, Devlin y Spitzer, 2000; Wilfley, Friedman, Dounichis, Stein *et al.*, 2000; *etc.*), y
- (6) la posibilidad de que el síndrome no está uniformemente distribuido entre todos los subtipos de personalidad, hecho que continúa atrayendo la atención a los investigadores con vista a las posibilidades de *prevención y de selección del tratamiento* adecuado (Westen y Handen-Fisher, 2001).

En definitiva, desde todos estos estudios, en general, se sugiere una conexión entre los TCA y los TP, hasta el punto de que todos los modelos explicativos de los TCA implican a las variables de personalidad como factores predisponentes o mantenedores de los mismos; y más concretamente, como señala Vitousek (1994), en la aparición de la preocupación y desarrollo de síntomas específicos (como atracones y purgas), y en el comportamiento desadaptativo de la inanición que "*adquiere un valor funcional sólo en el contexto de rasgos disposicionales de personalidad específicos*" (p.137).

Por otra parte, en la mayoría de los estudios realizados en esta línea se resaltan las numerosas deficiencias metodológicas encontradas, aunque en los estudios más recientes ya están siendo consideradas. Sin embargo, ponen de manifiesto, una vez más, la complejidad del estudio de las relaciones entre los TCA y los TP, como se refleja en la variabilidad y falta de congruencia que encontramos entre los resultados de las diferentes investigaciones.

A continuación, vamos a realizar una revisión de los estudios de la personalidad en los TCA, tanto en la AN como en la BN, desde las primeras descripciones realizadas derivadas directamente de la observación clínica. Posteriormente pasaremos a comentar algunos de los hallazgos cada vez más sistemáticos, basados en criterios unificadores y descripciones más precisas de los TCA, utilizando diferentes pruebas objetivas para evaluar los TP, hasta llegar a las investigaciones más recientes. Diferenciaremos las realizadas sobre las *características* y los *rasgos*, de las realizadas sobre los *trastornos* de personalidad. Sin embargo, dada la importancia que tienen los problemas metodológicos en la investigación, especialmente de cara a realizar conclusiones objetivas y válidas, vamos a dedicar previamente un apartado a su comentario.

3.1. PROBLEMAS METODOLÓGICOS

Vitousek y Manke (1994) y Wonderlich (1995) ya hacían referencia a algunos de los problemas metodológicos detectados en las investigaciones realizadas hasta ese momento sobre la relación TCA y TP. En sus estudios señalaron problemas tales como los efectos de la inanición o estados relacionados con el humor en la evaluación de la personalidad; medidas de personalidad realizadas a edades inapropiadas en adolescentes; una excesiva confianza en pequeñas muestras clínicas; y la continua controversia sobre cuál es el mejor medio de

evaluación de la personalidad (autoinformes vs. entrevistas estructuradas vs. terceros informadores). En definitiva, estos investigadores encontraron que todas estas cuestiones complican la realización de este tipo de estudios y limitan la firmeza de las conclusiones a las que se llegan en los mismos.

En el capítulo anterior, ya comentábamos la dificultad que implica el estudio de la personalidad y sus trastornos. Básicamente debido a la imprecisión del propio concepto, así como de la variabilidad en la definición de los mismos, según la perspectiva teórica que se adopte.

Por una parte, resulta evidente, por tanto, como resalta Vaz (2003), que captar la complejidad de los procesos de personalidad es difícil, ya que querer aislar empíricamente fenómenos objetivables y observables, especialmente siguiendo la clasificación DSM, "*(...) conduce a una restricción en la visión de los procesos, en tanto que la utilización de esquemas explicativos causales y basados en inferencias (en la línea psicoanalítica) trae consigo la falta de precisión y abre la puerta a la subjetividad, dos líneas éstas difíciles de conciliar en la teoría y en la práctica*" (p.96). Y, por otra parte, si además, queremos realizar el estudio de la personalidad en pacientes con TCA, la cuestión se complica aún más, de ahí que nos encontremos numerosos problemas metodológicos. Para una mayoría de los cuales, aún ya en el siglo veintiuno, no existen soluciones satisfactorias.

En casi todas las investigaciones encontramos referencias explícitas a estos problemas. En el citado estudio de Vaz (2003), se acopian y analizan todos ellos de una manera sistemática. Basándonos en este análisis vamos a entrar en la descripción de los mismos.

En primer lugar, uno de los principales problemas metodológicos se deriva de la población objeto de estudio, en concreto por la *edad de inicio*. Ya hemos visto que los TCA tienen su inicio en edades tempranas, especialmente la AN. De este hecho devienen dificultades para el estudio de la personalidad, al menos para valorar la existencia de la estabilidad de los rasgos, fundamentalmente porque las personas que desarrollan un TCA aún se hallan en una etapa de desarrollo evolutivo relevante también para el desarrollo de la personalidad como es la adolescencia.

Otra cuestión es el *momento de realizar la evaluación*, ante la cual Vaz (2003) se plantea que "(...) *habría que discutir en qué momento (o momentos) del proceso evolutivo es más apropiado realizar la evaluación*". Especialmente porque a lo largo del tiempo, parecen existir cambios importantes según la severidad de la patología alimentaria. Otros investigadores que ya advirtieron este hecho fueron Vitousek y Manke (1994), quienes ya subrayaban que los estudios realizados sobre la inanición natural y experimental, demuestran los profundos efectos que tienen sobre el estado psicológico normal de las personas. Así, síntomas como depresión, ansiedad, rigidez, obsesividad, irritabilidad, pensamiento concreto y aislamiento social aparecen en personas previamente bien ajustados tras varias semanas de tener una ingesta restrictiva. Pero lo más importante que subrayaron estos investigadores es que esos cambios se pueden medir como desviaciones patológicas en los inventarios de personalidad estandarizados.

En el caso específico de la BN, según Vitousek y Manke (1994) es más común que se ignoren los efectos de la psicopatología relacionada con la inanición, debido a que se mantienen dentro de un peso normal. Sin embargo, estas pacientes al estar genéticamente programadas para tener un peso mayor al preferido por ellas, permanecen en un estado de privación crónico, incluso en un peso normal.

Por su parte, Sohlber y Strober (1994) refieren que las diferencias encontradas en las características de personalidad cuando se estudian personas con AN o con BN a veces desaparecen con un breve tratamiento o con la recuperación de peso, lo que sugiere que las medidas son insuficientemente estables para calificarla como medidas de personalidad.

Ante estas cuestiones, Vaz (2003) propone conceptualizar la AN no como un trastorno limitado a la adolescencia, sino como un trastorno capaz de asociarse en el tiempo a otros trastornos psicopatológicos. Y por tanto, es fundamental considerar el momento de la evaluación y del control de la comorbilidad (tanto del Eje I como del Eje II) como determinantes de los resultados de la evaluación.

Por su parte, Vitousek y Manke (1994), habían propuesto obtener datos premórbidos en poblaciones de alto riesgo (*v.g.* mujeres atletas y bailarinas) en las investigaciones, dadas las

dificultades de desenmarañar, en la fase activa, los efectos de la inanición de las primeras características de la enfermedad.

Otra cuestión problemática que recoge Vaz (2003), es el hecho de que *los rasgos de personalidad no aparecen en la práctica como elementos de tipo categorial*. Éstos se exhiben más bien como fenómenos que obedecen a una gradación en la que aparecen como manifestaciones leves, observables en las personas sanas, o como síntomas rígidos y disfuncionales, objetivables en las personas afectadas de un TP severo. Por lo tanto, el sistema categorial ha recibido poco apoyo empírico cuando se ha evaluado en la práctica mediante métodos estadísticos.

En este sentido, Sohlberg y Strober (1994) recomiendan realizar investigaciones que combinen la evaluación tanto de los rasgos distintivos como de la heterogeneidad de la personalidad. Es importante considerar que, como hay algunos rasgos o tendencias temperamentales que pueden estar presentes en todas las personas con AN, es primordial al mismo tiempo tener en cuenta la heterogeneidad de la personalidad ya que se puede ver influida por éstos, como ha resultado evidente en algunos estudios. Estos investigadores se basan en la consideración de Lerner (1986) quien manifestó *"...que los síntomas relativamente uniformes que retratan a la AN pueden ser manifestados en diferentes niveles de desarrollo de personalidad (neurótico, límite, psicótico) y a través de diferentes tipos del carácter (histérico, fóbico, obsesivo-compulsivo, narcisista, depresivo-masoquista)..."* (p.9).

Sumada a la anterior, Vaz (2003) considera la *escasa concordancia, en términos de validez concurrente, de los métodos de evaluación* que se suelen utilizar en la práctica, motivo por el que existen entre los investigadores de este tema, profusas dudas a la hora de decidir qué instrumento de evaluación utilizar, y sobre todo, en qué lugar situar el punto de corte para considerar la diferencia entre las conductas no patológicas de la patología manifiesta. Como resultado, en la revisión de la literatura especializada, encontramos que precisamente los diferentes instrumentos de evaluación utilizados parecen condicionar los resultados en cuanto al número de diagnósticos de TP.

A todo ello se le puede agregar lo que Vitousek y Manke (1994) han denominado *negación y falseamiento (o distorsión)* en los autoinformes. Las personas con TCA, llegan a ser informadoras notoriamente inaceptables sobre sus experiencias internas. Es característico que las personas con AN se esfuercen por proteger sus síntomas egosintónicos de la intromisión exterior, por lo que pueden concurrir de una forma deliberada al falseamiento instrumental en los autoinformes, cuando tengan el propósito de hacerlo. También las deficientes habilidades introspectivas que poseen pueden interferir en la exactitud del autoinforme, así como el proceso de inanición puede contribuir tanto en la disminución de la capacidad para la abstracción, como en el general empobrecimiento del contenido del pensamiento. En definitiva, todo ello contribuye a una notoria reducción en la validez de los cuestionarios autoaplicados.

Por otra parte, siguiendo a Vaz (2003), la *validez discriminante* entre las categorías que se utilizan en la práctica es bastante baja, debido al alto solapamiento que existe entre las mismas, con lo cual se pueden realizar el diagnóstico de hasta cuatro, cinco y seis TP en la misma paciente. Pero hay que tener en cuenta que las categorías clínicas en estas pacientes no se mantienen estables a lo largo del tiempo produciéndose variaciones en función del estado del paciente.

Finalmente, este investigador señala un último problema metodológico relacionado con el *modelo* utilizado para conceptuar y/o definir los TP, ya que resulta complicado abordar el problema desde una única perspectiva, pues se puede dejar sin consideración la verdadera complicación de los mismos. Nosotros, en el presente trabajo partimos del modelo del enfoque biopsicosocial de Millon, justamente caracterizado por esa visión amplia e integradora de la personalidad.

En suma, como refieren Sohlberg y Strober (1994), para el estudio de la personalidad en los TCA, y especialmente de cara al estudio de la etiología y características premórbidas, se deberían realizar estudios prospectivos de personas que han desarrollado un TCA. Recomiendan que el investigador incluya en sus estudios casos subclínicos junto a casos con BN y/o AN para conseguir una suficiente potencia estadística. Así como emplear diferentes diseños, participantes y medidas e identificar qué datos aparecen como constante. Según

estos investigadores, algunas aproximaciones útiles serían las que incluyen estudios realizados con pacientes jóvenes y no crónicas, que buscan la ausencia de características en las pacientes en función de las etapas en el proceso de recuperación y que estudien asimismo a pacientes completamente recuperadas. De esta manera se podría mostrar que las medidas de personalidad pueden ser estadísticamente independientes de una diversidad de medidas relacionadas con la duración del trastorno y la severidad.

3.2. PRIMERAS DESCRIPCIONES

La preocupación por la personalidad en los TCA viene de antiguo y tal vez sea paralela al estudio y descubrimiento de las características patognomónicas de los TCA, ya que son muchos los autores que al describir a este tipo de pacientes siempre hacen referencia, además de la patología alimentaria, a algunas de sus peculiares características de personalidad.

Así por ejemplo, nos encontramos la transcripción que Vitousek y Manke (1994) realizaron de la observación que hizo el autor DuBois en 1949, en la que se menciona las *"cualidades distintivas de personalidad"* que poseían las jóvenes afectadas por AN, como: personas tensas, hiperactivas, alertas, que piensan, caminan y hablan rápidamente, son muy ambiciosas, rígidas consigo mismas, marcadamente sensibles e inseguras. Inmaduras, hiperconcienzudas en sus acciones. Meticulosas, pulcras, obstinadas y perfeccionistas.

En el trabajo de Sohlberg y Strober (1994), se recogen algunas de las descripciones que se han aportado sobre la personalidad en las pacientes con AN, desde las primeras observaciones clínicas hace trescientos años, hasta el momento de su publicación. En las mismas se observa cómo, según los autores de la época, las chicas con AN presentan unas características diferenciales de la personalidad. Es interesante observar la importancia que ya se le proporcionaba al estudio de la personalidad de estas pacientes. Estos investigadores comentaron que *"esos primeros autores perseguían un importante aspecto de la personalidad anoréxica en sus estudios: la exclusión de las actividades sociales apropiadas para la edad (para volcarse sólo al estudio), considerándola como una conducta predecible de una adolescente que está a la vez demasiado sensible a las demandas sociales y*

significativamente obsesionada" (pp. 1 y 2). Los términos con los que definían a estas pacientes son "*introvertidas, serias, voluntariosas y poco cordiales o espontáneas*".

De las primeras descripciones derivadas de la observación clínica destacamos las realizadas por: (a) Bruch (1988), quien refería que "*antes de su enfermedad, las niñas anoréxicas cumplían con los sueños de sus padres de tener una hija perfecta...*" (p.2). (b) Crisp (1988) informó que la anoréxica es "*bastante reservada, a veces chicas modélicas que tienen la tendencia de evitar problemas*" (p. 2). (c) Casper (1989) recogió las descripciones realizadas en los estudios de caso de finales del siglo XIX como "*delicadas, sensibles, obstinadas, voluntariosas (y) difíciles*" (p. 2).

Por otra parte, de las descripciones más científicas, al menos en cuanto a la terminología utilizada, destacamos las referidas por Dally (1969), quien informó de que sólo el 25% tenían una personalidad "normal" en la infancia (comparable con el 30% encontrado por Theander y el 32% por Russell y Morgan); en el resto encontró personalidades histérica, obsesivo-compulsiva o ansiosa. Los rasgos obsesivo-compulsivos y la introversión fueron particularmente comunes entre las que tenían un inicio temprano (59% entre edades de 11 y 14 años).

Por su parte, Warren (1994) encontró que la mayoría eran retraídas y reservadas, la mitad eran escrupulosas, meticulosas y una tercera parte mostraban rasgos obsesivos definidos. Lesser *et al.* (1960) encontraron patrones histéricos, obsesivo-compulsivo, y esquizoide. Gotees *et al.* (1977) informaron de una personalidad en el 47% histérica, 40% obsesivo-compulsivo y 13% esquizoide.

En suma, según Sohlberg y Strober, colectivamente todos esos estudios, implican que la AN puede estar presente en personas con varios tipos de personalidad, incluyendo aquellas que habían sido normales antes de desarrollar el trastorno. Los rasgos obsesivo-compulsivos se observaron en un número importante de pacientes en cada estudio, pero también se describieron otros patrones.

Sin embargo, a partir de esos primeros datos es necesario tener precaución para llegar a conclusiones que pueden ser erróneas, ya que como hemos visto no se rigen por unos criterios unificadores de los TCA, en muchas de estas muestras pueden estar mezclados otros trastornos. Por ejemplo, podemos plantearnos si se han tenido en cuenta características patognomónicas de la AN como es la fobia al peso. Al respecto sabemos que a menudo las actitudes fóbicas al peso de las pacientes pueden ocultarlas a los terapeutas; o bien, cuando están presentes, no siempre son mencionadas por los investigadores en sus estudios. Con lo cual esto supone un problema mayor para llegar a conclusiones sobre la personalidad a partir de los trabajos más antiguos.

Sohlberg y Strober (1994) recogen a varios autores franceses del s. XIX -entre ellos Charcot- que sí hicieron mención a la fobia al peso en la AN, indicando que eran conscientes de su presencia. Su importancia puede haber sido menos obvia en ellos que lo es hoy. Ni Lasegue o Gull -considerados como los autores de los primeros trabajos modernos- hicieron mención de ello. Esto pone en evidencia la necesidad de controlar los patrones sintomáticos de los TCA para poder comparar los estudios que se hagan sobre su personalidad.

En el caso específico de las personas con BN, no existen tantas descripciones iniciales en la literatura científica como ocurre en la AN, ya que en la BN los estudios científicos se centraron más en las características patognomónicas, que como entidad patológica la diferenciaba de la anorexia, que en las características de personalidad.

La personalidad de las pacientes con BN se comenzó a describir a raíz de su inclusión como categoría diagnóstica independiente en el DSM-III (APA, 1980), con características diametralmente opuestas a las anoréxicas. Éstas se describían como *rígidas y reprimidas*, mientras que en las bulímicas se combinan características como *compulsión, impulsividad e inestabilidad afectiva* (Vitousek y Manke, 1994). Asimismo, la BN se ha asociado a tendencias neuróticas, que incluyen características tales como, *preocupación, culpabilidad patológica, tensión nerviosa e irritabilidad* (Fairburn y Cooper, 1984).

Son numerosos los problemas metodológicos que se pueden observar en estas primeras descripciones, por ello, los primeros estudios deberían ser utilizados, tal como plantean

Solhberg *et al.*, para sugerir hipótesis más que para llegar a formular conclusiones. Sin embargo, esas hipótesis se pueden comprobar empíricamente con el paso del tiempo, y en estudios más exhaustivos como comprobamos que ha ocurrido, entre muchos otros, con el caso de Lasegue (cfr. Halmi *et al.*, 2000), quien describió en las pacientes anoréxicas una persecución tenaz de normas inusualmente rígidas de corrección: "*siempre en vista a los juicios sobre ellas mismas, especialmente como los de aprobación por la familia*" (p. 1799). Estas referencias a una demanda aparentemente incesante para las normas más altas de conducta posibles, y para la aprobación externa, han encontrado apoyo en estudios psicométricos posteriores mostrando significativamente una mayor inflexibilidad, represión, y perfeccionismo en las personalidades de las mujeres con AN, comparada con personas sin patología.

Actualmente, y a la luz de diferentes hallazgos psicométricos podemos llegar a diferentes conclusiones en base a esas primeras descripciones, y vemos que no estaban tan alejadas de la realidad más empírica.

Para adentrarnos en la personalidad de estas pacientes, vamos a comenzar a describir algunos hallazgos sobre rasgos y características para posteriormente centrarnos en los trastornos de personalidad propiamente.

3.3. ESTUDIOS SOBRE RASGOS O CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN AN Y BN

Como señala Casper (1990), la idea de que el *temperamento* y la *constitución* se interrelacionan con otros factores en el desarrollo de la psicopatología no es nueva, se remonta a la antigüedad. Así, por ejemplo, se han trazado paralelismos entre la disposición *sanguínea* o *melancólica* de una persona con los *trastornos maníaco* y *melancólico* de Galeno; Kretschmer vinculó una constitución *asténica* y *leptosómica* a rasgos de *introversión* y *esquizoides*. Sin embargo, la hipótesis de la asociación entre características de personalidad y condición clínica ha sido poco comprobada empíricamente hasta el momento.

En este sentido, las investigaciones que se han centrado en características de personalidad en los TCA incluyen el estudio de características tales como la *impulsividad*, la *extraversión*, el *neuroticismo*, la *asertividad*, el *locus de control*, el *perfeccionismo*, y algunas otras más; con el objetivo de intentar identificar un único constructo, o bien, un conjunto de constructos que definan la personalidad de las mujeres con TCA: ya sean con BN (Schmidt y Telch, 1990; Casper *et al.*, 1992; *etc.*) o con AN (Fahy y Eisler, 1993b; Halmi *et al.*, 2000; *etc.*). De hecho, desde finales del siglo XX, básicamente, el interés por la personalidad, y específicamente en el caso de la BN, se ha centrado en el eje de la *impulsividad-compulsividad*, ya que se considera que la *impulsividad* de la BN sería compartida con algunos TP, lo que podría reflejar una fisiopatología común en los sistemas de neurotransmisión (Díaz *et al.*, 2001). Y por su parte, específicamente en el caso de la AN, se está estudiando el *perfeccionismo* no sólo como característica patognomónica de estas pacientes sino que además se cuestiona su rol como un rasgo fenotípico en la AN (Halmi *et al.*, 2000). En este sentido, como recoge Halmi *et al.* en su estudio, se ha considerado la hipótesis de que sería uno de los diferentes fenotipos relacionados con el *temperamento*, o con rasgos marcadores de personalidad, que expresan una vulnerabilidad genotípica a esta enfermedad.

Una vez conocidos los rasgos de personalidad característicos de los TCA, se trataría de ver, como ya hemos advertido, qué TP subyacen a los mismos -si los hubiera-. Al respecto, muchos investigadores han destacado, por ejemplo, que las personas que tienen BN muestran muchos rasgos de un TP específico, como refiere Root *et al.* (1986, cfr. Schmidt y Telch, 1990), características como *irritabilidad*, *impulsividad* y la *falta de relaciones íntimas* las comparten con las personas que tienen un TP *límite*. No obstante, puede que un sólo estilo fundamental de personalidad no sea identificable, sino que es más probable que sea un grupo heterogéneo.

En relación al momento de la evaluación de las diferentes fases de los TCA, cuando a las pacientes se les evalúan durante la fase aguda del trastorno, las características que con más frecuencia se han descrito, especialmente a las personas con BN son los patrones de *impulsividad* y *conductas impulsivas* (Schmidt y Telch, 1990; Casper *et al.*, 1992; Newton,

Freeman y Munro, 1993; Fahy y Eisler, 1993b; Bulik *et al.*, 1995; Nagata, Kawarada, Kiirike y Iketani, 2000; Fessler, 2002; *etc.*).

3.3.1. ESTUDIOS PSICOMÉTRICOS DIMENSIONALES

En este tipo de estudios nos encontramos diferentes resultados, según los objetivos que se plantean los investigadores, las pruebas que utilicen, el tipo de muestra estudiada, *etc.*

Algunos investigadores, por ejemplo, intentaron examinar el valor clínico del *MMPI* (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), utilizando un análisis de *cluster*. Entre ellos, Strassberg, Ross y Todt (1995) realizaron su estudio con mujeres con BN (N=42), con el que intentan replicar los hallazgos previos de Rybicki *et al.* (1989), y encontraron -al igual que en el original- dos grupos diferentes de mujeres con BN en función de las características de personalidad. La relevancia de este hallazgo se orienta a realizar diferentes aproximaciones en el tratamiento de la BN, como a su vez sugirieron Rybicki *et al.* en su estudio original (1989, cfr. Strassberg *et al.*, 1995). Si bien es relevante la aportación de este estudio al conocimiento de la personalidad de las pacientes con BN, encontramos que tal vez hubiera sido también interesante correlacionar, a su vez los dos grupos hallados con, por ejemplo, las características de la sintomatología bulímica o su gravedad, y ver qué datos nos aportaba.

Otras investigaciones, centraron su interés en descubrir las características de personalidad que distinguían a los tipos de TCA, a las pacientes con BN de las que padecen AN e incluso a sus subtipos. Por ejemplo, Pryor y Wiederman (1996a) estudiaron con el MMPI-2 a pacientes no hospitalizadas (N=100), con AN o BN, para comprobar la utilidad de este instrumento en la distinción entre AN y BN y sus subtipos (AN restrictiva, AN purgativa y BN purgativa, BN no purgativa). Encontraron elevaciones en *depresión* y *estrés emocional general* -vivido como ansiedad y disforia- (escalas 2 y 7), pero no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los subtipos de AN o BN ni entre los grupos de AN y BN considerados en conjunto. Incluso los perfiles obtenidos en ambos grupos eran bastantes similares.

Por otra parte, realizaron un análisis informal de los perfiles obtenidos por la mayoría para ver las diferencias entre los subtipos de AN y BN. Encontraron discrepancias en las pacientes con BN purgativa, caracterizadas por su falta de visión de la naturaleza psicológica de sus problemas somáticos, su tendencia a ser bastante sociables y pasivo-dependientes en sus relaciones, su necesidad de gustar y ser aceptadas por los demás, y una conducta típicamente conformista y convencional. Asimismo, encontraron dentro de este grupo de pacientes, *índices* de impulsividad, a diferencia de las pacientes con AN restrictivas que presentaban *problemas* relacionados con la impulsividad. En las pacientes con BN no purgativas obtuvieron un perfil caracterizado por timidez, introversión y depresión crónica. En general, señalaron que sus hallazgos se corresponden con los descritos en la literatura.

Como sabemos, en el desarrollo de los TCA la vulnerabilidad biológica, las influencias familiares, la predisposición psicológica y los factores sociales juegan un papel importante. En este sentido, Podar, Hannus y Allik (1999) en su estudio, plantearon que ciertas características psicológicas también pueden jugar un rol causal en el mismo, o al menos modificar el curso de su expresión sin que necesariamente tengan un rol etiológico. Propusieron, como punto de partida, que los TCA tienden regularmente a coincidir con quejas de ansiedad, depresión, hostilidad autodirigida y otros síntomas neuróticos. Consideraron que, aunque el neuroticismo se caracteriza por una tendencia general para experimentar afectos negativos, el malestar causado por los mismos TCA puede ser una fuente adicional de sentimientos como miedo, ira, culpabilidad y aversión.

Estos investigadores basándose en el *modelo de personalidad de los cinco factores*, que consideraron como la mejor representación de una estructura de rasgos de personalidad, realizaron su estudio con el objetivo de evaluar la contribución de la personalidad y la experiencia emocional, medidas con el NEO-PI y el PANAS-X respectivamente, a las actitudes alimentarias de un grupo clínico de pacientes con TCA (N=29), un grupo de personas en dieta (N=41) y un grupo normal sin problemas alimentarios ni de peso (N=44). Encontraron que ciertos atributos de personalidad, en concreto el *neuroticismo*, están predisponiendo a los TCA (según los resultados obtenidos en el EDI-2), además de la "*apertura a la experiencia*" y "*escrupulosidad*". Estas personas tendían a tener embotamiento afectivo, mostraban desprecio ante la importancia de la vida emocional, preferían la estabilidad a los cambios y

tendían a aceptar la autoridad y a ser conservadoras. Además, se caracterizaron porque no aprendían a manejar sus deseos, no podían resistir sus impulsos y tentaciones, por falta de autocontrol, no eran capaces de planear y organizar sus tareas. El único factor del NEO-PI que diferenciaron a las personas con anorexia de las que tenían bulimia fue la impulsividad.

Concretamente, respecto a la *vulnerabilidad biológica*, no sólo de los TCA sino más bien de los TP -y más específicamente de las variables temperamentales- nos encontramos con estudios que comparten la propuesta de Cloninger (1986) y su equipo de reconciliar las aproximaciones de la personalidad categoriales y dimensionales. Los investigadores de este equipo, además, postularon la importancia que tienen el *temperamento* (genéticamente determinado) y el *carácter* (resultado de la experiencia) en la ontogénesis y clasificación de rasgos y trastornos de personalidad, por lo que desarrollaron un instrumento, el *Temperament and Character Inventory* (TCI), que pretendía medir los dominios del temperamento y el carácter entrelazados. Por otra parte, el equipo de Cloninger demostró que una puntuación baja en *autosuficiencia* correlacionaba significativamente con la presencia de un TP.

Con estas premisas Bulik *et al.* (1995) realizaron un estudio con el TCI, junto a la entrevista clínica SCID-II en una muestra de pacientes no hospitalizados con BN (N=76) para estudiar su personalidad. En función de la presencia/ausencia de un TP (evaluado con la SCID-II) analizaron las puntuaciones obtenidas en el TCI y encontraron que una baja *autosuficiencia* estaba asociada a la presencia de un TP. Los investigadores hacían referencia a la importancia teórica que tiene este hallazgo que, como refieren, lo obtuvieron también Svrakic *et al.* (1993), y es que la noción de *autosuficiencia* se puede englobar sucintamente junto al concepto de *trastorno de personalidad* en un constructo fundamental, de forma que la definición de *autosuficiencia* podría aclarar la esencia que distingue a los individuos con y sin TP; lo que se explicaría considerando los elementos mismos de la *autosuficiencia* (aceptación de la responsabilidad de sus propias decisiones, identificación de metas y propósitos individualmente valoradas, recursos -desarrollo de habilidades y confianza en la solución de problemas-, aceptación de sí mismo y confianza o conformidad personal) como centrales para el ajuste del adulto. Por tanto, la carencia de esos elementos podría estar asociada con muchos TP, aunque podría no estar asociada con todos los trastornos. Por ejemplo, baja

autosuficiencia sería característica de los TP *dependiente* y *límite* en los que la sobreconfianza en los demás y la falta de un firme concepto de sí mismo son las características centrales. Por otra parte, la psicopatología asociada con el TP *antisocial* podría estar asociada con mayor grado de *autosuficiencia*. Desde un punto de vista teórico, el constructo de *autosuficiencia* probablemente representa un progreso importante, y desde un punto de vista práctico, puede ser de utilidad clínica como un eficiente predictor de un TP (para la muestra de este estudio, una puntuación mayor o igual a 15 en la subescala *autosuficiencia* aumentaba la probabilidad de un TP).

En nuestro país, Díaz *et al.* (1998) realizaron un estudio dimensional y categorial de la personalidad más completo que el anterior. Utilizaron también el TCI, además del *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ) y la entrevista SCID-II, entre otros instrumentos específicos de TCA (EDI, y BITE). Estudiaron una muestra de pacientes con TCA (n=72, dividida en ANr=25, ANp=27 y BN=30), que compararon con un grupo control sano. Con respecto al estudio dimensional (el categorial lo comentaremos en el siguiente apartado) encontraron diferencias significativas en las pacientes con TCA respecto a los controles, que puntuaban más alto en la dimensión *neuroticismo*, mientras que no hallaron diferencias en las dimensiones de *extroversión* y de *psicoticismo*. También encontraron diferencias en la dimensión temperamental *evitación del peligro*, y en la dimensión caracterial *autosuficiencia*, aunque las puntuaciones eran más bajas que en el grupo control. Además encontraron diferencias significativas en la escala de *impulsividad* (las pacientes con TCA puntuaban más alto).

Al comparar los grupos de TCA, encontraron diferencias significativas en la dimensión *sinceridad* (las puntuaciones de las del grupo ANr eran más bajas que las del BN). En la variable *neuroticismo* mostraban una tendencia más elevada en las ANp y BN que las ANr. En la dimensión *evitación del peligro* obtuvieron un gradiente creciente desde la ANr, pasando por la ANp hasta llegar a la BN. En la dimensión *persistencia* también encontraron diferencias significativas en el sentido de que las bulímicas eran menos persistentes que las ANr. Por último, encontraron que en la dimensión caracterial *autosuficiencia* las mujeres del grupo BN puntuaban menos que las ANr y que las ANp, aunque con éstas las diferencias no fueron significativas. En la escala de *impulsividad* las diferencias obtenidas eran debidas a las pacientes con BN, no hallaron diferencias entre las del grupo AN y los controles, mientras que

encontraron un mayor *autocontrol* en las del grupo AN restrictivas y en las controles que en las del grupo purgativo, en las que decrecía, siendo ya mínimo en las bulímicas. Para terminar, los autores señalan las implicaciones que estos hallazgos pueden tener de cara al diseño de estrategias terapéuticas y para la subtipificación diagnóstica.

En la actualidad, el interés en el *temperamento* y el *carácter* desde la perspectiva de la teoría psicobiológica de Cloninger (1986) se ha incrementado, especialmente en lo que concierne a las investigaciones realizadas con mujeres con TCA. Desde esta perspectiva, se trata de estudiar la base hereditaria y constitucional que el *temperamento* y el *carácter* tienen como factores fenotípicos en el desarrollo de los TCA y especialmente en la AN.

Dada la importancia que ha alcanzado la teoría de Cloninger en los últimos tiempos, nos detendremos brevemente en ella. Básicamente, desde esta teoría se entiende por *temperamento* las reacciones emocionales automáticas y patrones de respuesta (se refiere a la manera en que nacemos). El *carácter* sería el autoconcepto y las diferencias individuales en cuanto a metas y valores que se desarrolla a través de la experiencia. Las dimensiones incluyen tanto las perspectivas intelectual como emocional de la personalidad (Klump, cGue y lacono, 2002; Revuori, 2002). Al mismo tiempo, el grupo de Cloninger ha mostrado cómo las escalas temperamentales y del carácter están relacionadas con la presencia de un número de TP. En particular, parece que puntuaciones bajas en *cooperatividad* y *autosuficiencia* son particularmente indicativas de un trastorno del Eje II del DSM (Klump *et al.*, 2002).

Las investigaciones realizadas con personas con TCA desde esta perspectiva, aportan datos muy interesantes como por ejemplo, la conexión que realizan entre los rasgos de personalidad con un fondo neurobiológico, y sobre todo, con la base genética de los rasgos de personalidad (por ejemplo la conexión entre ciertos rasgos temperamentales -*búsqueda de novedades*- y ciertos genes -*gen receptor de la dopamina D4*-). Así, las cuatro dimensiones del temperamento propuestas por Cloninger, estarían relacionados con sistemas específicos de neurotransmisores:

- La *búsqueda de novedades* (*novelty seeking -NS-*, que refleja una activación conductal para conseguir refuerzos), está positivamente correlacionado con un incremento de la actividad dopaminérgica.
- La *evitación del peligro* (*harm avoidance -HA-*, refleja la tendencia a inhibir la conducta para evitar el castigo), está relacionada con incremento de la actividad serotoninérgica.
- La *dependencia del refuerzo* (*reward dependence -RD-*) (refleja el mantenimiento de la conducta reforzada), se hipotetiza que está mediada por la actividad noradrenérgica.
- Y la *persistencia* (*persistente -P-*) (refleja una perseverancia sin reforzamiento intermitente), está relacionada con un decremento de la actividad noradrenérgica (Klump *et al.*, 2002).

En definitiva, los hallazgos más consistentes que encontramos entre los diferentes estudios realizados con pacientes con TCA son: puntuaciones elevadas en *evitación del peligro*, lo que implicaba que estaban más preocupadas, eran más tímidas, pesimistas, dubitativas y fatigables que la mayoría de la gente. Las personas con AN bulímica tenían las puntuaciones más altas, mientras que las afectas de AN restrictivas tenían sólo puntuaciones ligeramente elevadas comparadas con los controles (Bulik, Sullivan, McKee, Weltzin *et al.*, 1994; cfr. Raevuori, 2002).

Para ilustrar las aportaciones desde esta teoría, encontramos que Klump *et al.* (2000) han realizado un estudio al respecto. Parten de la hipótesis de que el *temperamento* puede ser un predictor potencial de las características que distinguen a la AN y, dentro de ella, entre aquellas que permanecen restrictivas de las que desarrollan purgas y/o atracones. Para ello compararon los subgrupos con TCA (AN restrictiva, n=147; AN purgativa n=117, AN atracones y purgas, n=60) y un grupo control normal (n=827). Concluyeron que ciertas facetas del *temperamento* diferenciaban marcadamente a las mujeres con AN, sin tener en cuenta el subtipo diagnóstico, de los controles. Las primeras presentaban puntuaciones más elevadas en la subescala *evitación del daño* que el grupo control, lo que sugería, según estos autores, que una disposición temerosa y ansiosa puede ser un factor de riesgo para el desarrollo, en algún grado, de patología alimentaria. Y además, hipotetizaron que la *evitación del daño* estaba relacionado con el sistema neurotransmisor serotoninérgico -se apoya en investigaciones en

las que se relaciona una disfunción significativa serotoninérgica en anoréxicas enfermas y recuperadas (Kaye, Strober, Stein y Gendall, 1999).

Dentro de la muestra de AN, surgieron diferencias más sutiles del *temperamento* y el *carácter* entre los subtipos: las personas con AN restrictiva tenían un *temperamento* ansioso, convencional y altamente perfeccionista y perseverante; y un *carácter* marcadamente intolerante, sentimientos de ineficacia y de no cumplir, una capacidad de crítica, y un deseo de mantener el control sobre uno mismo, la vida y el mundo. Mientras que las personas con AN con atracones y purgas (o bulímicas) tenían un *temperamento* y *carácter* más similar a los descritos en BN, puntuaban más alto en búsqueda de novedades, dependencia de recompensa y persistencia; y más bajo en autosuficiencia. Finalmente las personas con AN purgativa mostraban similitudes con los otros dos subtipos: al igual que las restrictivas, tendían a evitar situaciones novedosas y cambiantes, y a ser extremadamente perseverantes y perfeccionistas; diferenciándose en que podían experimentar más tendencias destructivas y sentimientos de ineficacia que las restrictivas. Con respecto a las bulímicas, compartían las tendencias autodestructivas y sentimientos de ineficacia, si bien las purgativas eran las que presentaban las puntuaciones más elevadas en evitación del daño. Volvemos a comprobar que estos hallazgos son semejantes a los obtenidos por Bulik *et al.* (1995) y Díaz *et al.* (1998), comentados anteriormente.

Por otra parte, según refiere Raevuori (2002) en su estudio, parece haber una pequeña disensión sobre las puntuaciones altas obtenidas en la *búsqueda de novedades*, por las personas con BN. En general se considera que estas personas son impulsivas, tienen labilidad emocional, y buscan emoción y placer de una forma agresiva. Muchos estudios han mostrado que estos rasgos son una característica común del trastorno del control de los impulsos en general, y es mayor en las personas con BN que presentan comorbilidad con dependencia al alcohol o a las drogas, que en las personas con BN y preocupación sólo por la comida. Por lo que este autor finalmente llega a la conclusión de que parece ser que siempre que exista un componente bulímico, habría implicado un patrón determinado de psicopatología: impulsividad (alta búsqueda de novedades), ansiedad (alta evitación del peligro); y disminuidas, sería o levemente, las dimensiones autosuficiencia y/o cooperatividad. Además, estos rasgos de personalidad podrían estar asociados con alta persistencia; y cuando este caso

se diera, se incrementaría el riesgo de desarrollar una AN de tipo bulímica. Por otra parte, las personas con AN restrictiva, difirieron de todos los demás grupos de TCA. Obtuvieron puntuaciones muy altas en *persistencia* (ambición, altos logros, y perfeccionismo), y mostraron disminuida la escala *búsqueda de novedades*. Es decir, no actuarían impulsivamente y serían muy sistematizadas.

Otros investigadores, como Gendell, Joyce, Sullivan y Bulik (1998) llegaron a la conclusión de que en las pacientes con TCA que obtuvieron altas puntuaciones en *autosuficiencia* y también en *cooperatividad* serían indicadores de factores positivos: aumento de la salud y disminución de la morbilidad. Y en otro estudio Bulik *et al.* (1999a) concluyeron que las pacientes con TCA que habían tratado de suicidarse, lograron altas puntuaciones en *persistencia* y *autotrascendencia* combinada con bajas puntuaciones en *autosuficiencia*.

Además, en algunos estudios se ha encontrado que los rasgos *temperamentales* y del *carácter* también tendrían algunos valores como indicadores pronósticos. Así, bajas puntuaciones en las dimensiones del carácter correlacionaban con la severidad de la BN. Por otra parte, altas puntuaciones en *búsqueda de novedades* y *evitación del peligro* también correlacionaban con una mayor severidad de los síntomas. Las personas con BN y alta *autosuficiencia* mostraron tener una rápida y mantenida respuesta a la terapia cognitivo conductual, mientras que las que obtuvieron bajas puntuaciones en *autosuficiencia*, no respondieron a la terapia. Un fenómeno parecido se ha encontrado en las mujeres con AN, en el sentido de una recuperación completa en aquellas que lograron puntuaciones más altas en *autosuficiencia* que las que permanecían crónicamente enfermas (Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh *et al.*, 1999b; Raevuori, 2002).

En este sentido, recientemente Fassino, Abbate-Daga, Amianto, Leombruni *et al.* (2002) han realizado una investigación considerando tanto las dimensiones como las subdimensiones o facetas del TCI de Cloninger. La muestra que estudiaron estaba compuesta por 243 mujeres con TCA (71 ANr, 70 ANp, 102 BN) y 100 mujeres en el grupo control. Los resultados que obtuvieron, con respecto a las dimensiones, eran consistentes con los obtenidos en investigaciones anteriores (Bulik *et al.*, 1999a; Díaz *et al.*, 1998; Díaz, Carrasco

y Sáiz, 2000; Klump *et al.*, 2000), pero además añadieron un análisis de las *facetas* del TCI, que consideramos muy interesante, por lo que nos vamos a detener en sus aportaciones.

Estos autores confirmaron la hipótesis de que sería posible identificar, a través del TCI, rasgos específicos o dimensiones de la personalidad que permitirían la caracterización de los grupos ANr, ANp, y BN (según criterios DSM-IV). Hallaron rasgos comunes de la personalidad que consideraron como la "*personalidad básica del espectro de los TCA*" (p. 420) y que permitirían distinguirlas de las mujeres del grupo control. Esta predisposición temperamental parece correlacionar con un tono bajo serotoninérgico, hallazgos que ya propusieron Díaz *et al.* (2000).

Por otra parte, plantearon que la presencia de baja *autoeficacia* (*self-directedness - SD-*) podría considerarse como un elemento del carácter que podría promover la expresión de los trastornos psiquiátricos. A este respecto, reseñaron que algunos autores coinciden en considerar que un bajo desarrollo del carácter es un factor psicopatológico fundamental de todos los TCA (Bulik *et al.*, 1999a; Díaz *et al.*, 1998, 2000). Fassino *et al.* (2002) consideraron que todas las características de personalidad que hallaron en su investigación tendrían un rol en la manifestación de los TCA y podrían tener un valor pronóstico negativo.

En cuanto a los *rasgos de personalidad*, que hallaron como importantes factores distintivos de los tipos de los TCA, encontraron diferentes perfiles entre los grupos de TCA, situándose en un extremo el grupo de AN restrictiva. Las mujeres con BN se colocaron en el extremo opuesto. En un punto intermedio estarían las puntuaciones obtenidas por el grupo de AN bulímicas. Por último, en cuanto al *carácter*, encontraron elementos distintivos en las pacientes con TCA.

Vemos que hasta aquí las investigaciones revisadas se centran siempre en el estudio de las características de personalidad desde el punto de vista clínico, mientras que al estudio de los *rasgos o características de personalidad no patológicas* de pacientes con TCA se han dedicado menos investigaciones.

Por otra parte Pryor, Wiederman y McGilley (1996b) realizaron un estudio similar al realizado anteriormente por Casper *et al.* (1992), con el mismo instrumento (el *Multidimensional Personality Questionnaire* -MPQ-), que mide rasgos de personalidad que han mostrado ser consistentes con un fuerte componente genético. Observaron que los dos grupos de TCA (AN=35 y BN=45) obtuvieron bajas puntuaciones en las escalas de *bienestar* y *afectividad positiva*, lo que las describiría como personas que experimentan poca alegría o emoción y que raramente son felices; altas puntuaciones en *reacción al estrés* y *afectividad negativa*, es decir, están excesivamente preocupadas, irritables y emocionalmente lábiles. Altas puntuaciones en *alineación* y bajas en *proximidad social*, lo que las describiría como desconfiadas, socialmente aisladas, con sentimiento de que los demás no confían en ellas, y preferencias para trabajar problemas externos. Los resultados caracterizaron a las anoréxicas como prudentes, tímidas, reprimidas, convencionales, que evitaban conductas de riesgo, y no responsables para perderse en fantasías o absorberse en experiencias sensoriales. Estos resultados demostraron altos niveles de represión de las pacientes anoréxicas respecto, no sólo a las bulímicas, sino también a la población normativa.

Estos hallazgos, no nos sorprenden porque son coherentes con la línea descriptiva general de la literatura especializada. Señalan la importancia de considerar las características de personalidad no clínicas para diferenciar a las personas con TCA y para conocer las características estables de personalidad, imprescindibles de cara a la prevención y al tratamiento.

Hasta ahora, los hallazgos que hemos revisado son semejantes a los más clásicos, especialmente cuando se separan las pacientes con AN restrictiva de las bulímicas. Así, como refiere Casper (1990) características clásicas como son la *inhibición*, *conformidad social* y *convicciones rígidas* están presentes en la AN aguda (entre los autores que coinciden con estos hallazgos cita entre otros a: Beumont, 1977; Crisp *et al.*, 1979; Ben-Tovim *et al.*, 1979; Strober, 1981; Casper *et al.*, 1980; Garfinkel *et al.*, 1980).

Todos los estudios ya comentados se realizaron en pacientes con el TCA actual (ya desarrollado), incluso habían sido evaluadas antes del inicio del tratamiento. Sin embargo,

nos planteamos ¿qué ocurre con esas características de personalidad una vez que las pacientes se recuperan de los TCA?

En esta línea nos encontramos con el trabajo de Casper (1990), quien realizó un estudio de seguimiento prolongado (de 8 a 10 años) tras el comienzo de la enfermedad (sólo AN) con veintico mujeres (que habían alcanzado un peso normal con menstruaciones regulares), comparadas con un grupo control y con quince hermanas (no anoréxicas) de pacientes recuperadas. Sus hallazgos fueron consistentes con la literatura y apoyaban las hipótesis de que las cualidades personales de restricción de conducta y reserva en combinación con normas severas y un sentido de ineficacia, podrían ser factores de riesgo para desarrollar AN del tipo restrictiva.

Por otra parte, una de las críticas más comúnmente realizada a los estudios sobre personalidad es que han sido realizados con muestras clínicas que presentan los cuadros completos de algún tipo de TCA, ya que se considera que la presencia de sintomatología alimentaria puede contaminar los hallazgos, confundiendo si tales características de personalidad se encuentran en el desarrollo, inicio o si son consecuencia del trastorno.

En este sentido Janzen, Saklofske y Kelly (1993) realizaron un estudio en una muestra normal universitarias (N=166) comparándolas según la presentación de sintomatología bulímica. Así estudiaron a las mujeres que no presentaban el cuadro completo, y a aquéllas que presentaban la sintomatología completa medida con el BULIT-R. Diferenciaron tres grupos según las puntuaciones obtenidas: altas, intermedias o bajas. Trataron de ver su relación con las características de personalidad aportadas por el *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ) revisado. Encontraron que el *neuroticismo* estaba relacionado positivamente con la sintomatología bulímica, es decir, las universitarias con mayor sintomatología bulímica tenían mayores niveles de reactividad emocional, fluctuaciones del humor y preocupación, que las que presentaban menos síntomas. No encontraron asociación con *extraversión-introversión* ni con *psicoticismo*. Lo que sugeriría que el *neuroticismo* podría ser un factor predisponente para desarrollar BN. Se podría decir que esa hipótesis tiene evidencia empírica ya que comprobamos que estos hallazgos son consistentes con los encontrados en la literatura, en población clínica, por Díaz *et al.* (1998), y Podar *et al.* (1999) anteriormente comentados.

En esta misma línea, recientemente Rogers y Petrie (2001) realizaron un estudio con noventa y siete mujeres universitarias sanas con el objetivo de estudiar las posibles relaciones entre variables como obsesividad, dependencia, hostilidad autodirigida, falta de asertividad, locus de control externo y baja autoestima, y la sintomatología bulímica y anoréxica en población no clínica. Para ello utilizaron diferentes instrumentos: EAT y BULIT-R para la sintomatología alimentaria; y otros específicos para los correlatos psicológicos estudiados. En la muestra, el 20% superaron la puntuación de corte del EAT y el 9% la del BULIT-R. Encontraron que, de los correlatos psicológicos estudiados, los que mejor explicaban las altas puntuaciones en el EAT eran: altos niveles de obsesividad, más confianza emocional en los otros y mayor negación de necesidades de dependencia. Mientras que para las altas puntuaciones del BULIT-R eran una mayor falta de autoconfianza social y altos niveles de obsesividad. Sorprendentemente, no encontraron diferencias con respecto a la baja autoestima, a pesar de haber sido relacionada tanto a síntomas anoréxicos como bulímicos en numerosos estudios.

En esta investigación nos resultaron muy interesantes las implicaciones que proponían los investigadores. Por ejemplo, señalaron la importancia de considerar las características *cognitivo/emocionales* de la sintomatología alimentaria, así como la *obsesividad* o la *dependencia* para planificar intervenciones concretas al respecto; además de la utilidad que tendría para los clínicos el conocimiento de las características de personalidad en mujeres con síntomas de TCA de cara a una mayor comprensión respecto al desarrollo, mantenimiento y tratamiento de las mismas. En suma, observamos, una vez más, y coincidiendo con otras investigaciones, que las características de personalidad (especialmente obsesividad y ciertas dimensiones de dependencia) están relacionadas con sintomatología de los TCA y no sólo en población clínica.

Como hemos podido observar, el interés de la investigación sobre los TP en los TCA ha variado a través del tiempo, siguiendo una misma línea conductora, a la vez que se han ampliado y profundizado los conocimientos sobre las características patognomónicas de los TCA así como de los TP. Se ha pasado de meras descripciones, resultado de la observación clínica; a un estudio más sistemático que considera, respecto a los TCA, los criterios unificadores, -comenzando por los de Feighner y Russell, pasando a los del DSM-III y su versión

revisada, hasta llegar a los actuales del DSM-IV y DSM-IV-TR. Y respecto a los TP, partiendo desde modelos dimensionales a los categoriales o considerando características de personalidad específicas.

Igualmente, hemos podido comprobar cómo en la actualidad el interés se está centrando en el estudio específico de rasgos concretos de personalidad, cuya relación con los TCA está ya empíricamente demostrada como es el caso de la *impulsividad*, el *descontrol*, o la *autoagresividad* especialmente en las pacientes con BN. Así como el papel fenotípico del *temperamento* y del *carácter* en el desarrollo de un TCA. En el caso del *perfeccionismo* no sólo como característica patognomónica, sino que ahora, además, se cuestiona su rol como rasgo fenotípico en la AN. Y, por último, los *patrones de personalidad*, no sólo el estudio de su comorbilidad, sino la consideración de su implicación en la clasificación de los TCA y su relevancia en la etiología, pronóstico y tratamiento.

Por último, comentar la relevancia que ha alcanzado el estudio, por una parte, de las características de personalidad de tipo *impulsivo*, más presentes en las personas con BN, que han sido objeto de numerosos estudios desde que Lacey (1993) y Fichter *et al.* (1994), como refieren en su estudio Nagata *et al.* (2000), decidieran considerar como un subgrupo diagnóstico distinto de la BN: a la "*bulimia multiimpulsiva*" o el "*trastorno de personalidad multiimpulsivo*". Así, la cuestión que se plantea en todos estos estudios es si la *impulsividad* de las pacientes con TCA es debida a trastornos subyacentes más fundamentales, tal como un *trastorno de personalidad multiimpulsivo*, o representan las secuelas del malestar provocado por la realización de dietas u otro proceso intrínseco a los síndromes bulímicos.

Según Nagata *et al.* (2000), podría ayudar a averiguar si la *impulsividad* es un correlato o un factor de riesgo, realizar estudios retrospectivos en cuanto al inicio de las dificultades con el control de los impulsos, y la relación de éste con el inicio de los TCA. Este planteamiento surgió a partir de su estudio, en el que encontraron que la *multiimpulsividad* comenzaba antes del inicio de los TCA en la mayoría de los casos (de ahí que la denominaran *impulsividad primaria*), y podría tener su origen en experiencias tempranas de la infancia o en el temperamento. Además, llegaron a la conclusión de que la *impulsividad primaria* existía

incluso en una cultura muy diferente de la occidental, aunque el número de pacientes de este tipo sea muy reducido.

Por otra parte, igualmente ha adquirido relevancia el estudio del *perfeccionismo* como una característica de personalidad que parece que juega un rol importante en la etiología, mantenimiento y curso de ciertos estados psicopatológicos. En el caso concreto de los TCA ha sido identificado como un factor de riesgo específico para el desarrollo de la AN y de la BN, además es un elemento central del TP obsesivo-compulsivo. A pesar de todo, en la actualidad es un fenómeno mal definido y pobremente comprendido según algunos autores (Fairburn *et al.*, 1999; Shafran, Cooper y Fairburn, 2002; APA, 2001).

Sin embargo, Halmi *et al.* (2000), realizaron una investigación al respecto con 322 AN (146 restrictivas, 116 sólo purgativas y 59 con purgas y atracones). Obtuvieron diferencias significativas en cuanto al *perfeccionismo* en los tres subtipos de AN (restrictiva, purgativa y bulímica) con respecto al grupo control (N= 44). Indicaron que todas comparten el mismo constructo de personalidad, a diferencia de las controles, encontrando que un mayor *perfeccionismo* estaba asociado a un peso corporal más bajo, una mayor *preocupación alimentaria y rituales*, así como con menor *motivación para el cambio*. Concluyeron que el *perfeccionismo*, como fenotipo de personalidad, puede constituir una medida cuantitativa de la conducta asociada a una susceptibilidad genética para la AN.

Por último, con respecto al *perfeccionismo*, incluso se ha observado en madres de pacientes con AN, y la han propuesto como un rasgo de personalidad mediado genéticamente que es transmitido a través de la familia e incrementa la probabilidad de desarrollar una AN (Strober, Freeman, Lampert y Diamond, 2000; Woodside, Bulik, Halmi, Fichter *et al.*, 2002). Por su parte Shafran *et al.* (2002) consideraron que la AN y la BN podrían ser la expresión del *perfeccionismo clínico* en el dominio de la comida, la figura o el peso y su control.

3.4. ESTUDIOS SOBRE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN AN Y BN

En este apartado trataremos de ver hasta qué punto los rasgos de personalidad más comunes y característicos de las pacientes con TCA, referidos en el apartado anterior, llegan

a conformar patrones tan persistentes, inflexibles y desadaptativos, en su manera de percibir, relacionarse y pensar, hasta el punto de *trastornar* su personalidad. Son numerosos los estudios realizados sobre el tema. La mayoría utilizan instrumentos de evaluación derivados de criterios diagnósticos estandarizados procedentes del sistema categorial de clasificación de los TP (mayoritariamente la clasificación propuesta por el DSM en sus versiones III, III-R y IV).

Diferentes autores coinciden en señalar el alto rango de diagnósticos positivos de TP (comorbilidad) en las pacientes con TCA, que oscila desde un 22% hasta un 95%. Algunos hablan de un 23% hasta un 80% en las personas con AN y de un 21% hasta un 77% en las personas con BN (Gartner *et al.*, 1989; Wonderlich *et al.*, 1995; Kennedy *et al.*, 1995; Westen y Harnden-Fischer, 2001, *etc.*).

Al mismo tiempo, se cuestionan hasta qué punto estos diagnósticos son reales o artificiales (Fahy *et al.* 1993b y Braun *et al.* 1994). Tal vez lo que reflejan esas cifras son numerosos problemas metodológicos en la realización de los estudios, como refiere Fahy *et al.* (1993b) que pueden ser debidos a: (1) no emplear entrevistas diagnósticas estandarizadas rigurosas; (2) utilizar pequeñas muestras en los estudios; (3) incluir poblaciones mal seleccionadas (*v.g.* combinar personas con BN y personas ya recuperadas de la BN en una muestra); (4) una excesiva concentración en el *trastorno de personalidad límite*; y (5) la utilización de diferentes métodos de puntuación en las entrevistas.

A estas cuestiones habría que añadirle otras planteadas por Braun *et al.* (1994) como son: (1) el ignorar otros posibles trastornos presentes del Eje I en estas pacientes y que puedan interferir con su sintomatología, (2) el no diferenciar dentro de los TCA los distintos subtipos, que pueden arrojar o contaminar información diferencial relevante tanto psicopatológica como conductual, (3) realizar estudios con pacientes hospitalizadas o no hospitalizadas, o con pacientes y no pacientes voluntarias o no, y (4) comparar estudios realizados en base a las definiciones del DSM-III, con otros del DSM-III-R.

Por lo tanto, a la hora de interpretar todos estos datos hay que ser cautelosos y tener presentes esas cuestiones. En nuestro trabajo, diferenciaremos los estudios psicométricos de los realizados con entrevistas diagnósticas.

3.4.1. ESTUDIOS PSICOMÉTRICOS CATEGORIALES

Este tipo de estudios se han incrementado en la última década siendo unos más exhaustivos que otros. Una de las primeras investigaciones es la realizada por Levin y Hyler (1986) a la que hacen referencia investigadores como Yager *et al.* (1989) y Gartner *et al.* (1989). Utilizaron el *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ), un instrumento de autoinforme que hace un listado de los criterios diagnósticos para los TP del DSM-III. Estudiaron a 24 personas con BN y normopeso. Encontraron que el 63% (15) reunían todos los criterios diagnósticos para al menos un TP; el 46% (11) los reunían para el TP *límite y/o histriónico*; el 20.8% (5) tenían más de uno y dos reunían criterios para TP no especificado. El 33% (8) no reunían los criterios completos para un TP, presentando sólo rasgos dominando las características *compulsivas, esquizoides y pasivo-agresiva*; y sólo un paciente no presentó ni rasgos ni TP. Con estos datos los autores concluyeron que la BN no implicaría necesariamente una impulsividad global o una inestabilidad afectiva y que los pacientes con síntomas bulímicos representan un *spectrum* mezclado de TP. Además, especularon sobre la heterogeneidad de la personalidad que podría tener importantes implicaciones de cara al pronóstico y la respuesta al tratamiento en los pacientes con BN.

Yager *et al.* (1989), en su investigación, utilizaron también el PDQ pero con tres grupos de pacientes con TCA (divididos en: AN con síntomas bulímicos N=12; BN con normopeso N=300, y TCA subdiagnósticos N=313). Encontraron en general, que la categoría *esquizotípica* alcanzó la prevalencia más alta, aunque los autores la consideran "una sobreestimación del diagnóstico clínico actual", siendo notables las altas prevalencias de los diagnósticos *límite e histriónico* (cluster *dramático*), y los diagnósticos *dependiente y evitativo* (cluster *evitativo* o *ansioso*). En el grupo de AN con características bulímicas, los diagnósticos más frecuentes fueron: *esquizotípico, dependiente, evitativo, límite e histriónico*. En cuanto al grupo de BN recibieron diagnósticos en las categorías *esquizotípico, histriónico, antisocial, límite, evitativo y dependiente* significativamente más veces que el

grupo TCA subdiagnóstico. Menos del 15% de cualquiera de los grupos recibieron cualquier otro diagnóstico en esta escala de personalidad.

Este equipo de investigadores trató de buscar grupos de características de personalidad subyacentes, relacionadas con la sintomatología alimentaria, para lo cual realizaron un análisis factorial y encontraron tres factores. El primero que incluye los TP: *evitativo, dependiente, compulsivo, pasivo-agresivo*; parecido al grupo *ansioso o temeroso* del DSM-III (o *cluster C* del DSM-III-R) los autores lo llamaron grupo con "*personalidad restrictiva*". El segundo factor más parecido al *cluster B* (dramático, emocional o errático) en el que estaban la mayoría de los items de las escalas *antisocial, límite, narcisista e histriónico*. Ellos la llamaron "*personalidad tumultuosa*". El tercer factor, lo denominaron "*personalidad esquizoide*", compuesto sólo por el TP *esquizoide*, más parecido al *cluster A* (raro o excéntrico). Concluyeron que sus hallazgos apoyaban las impresiones clínicas de una alta prevalencia de los TP entre pacientes con TCA, particularmente con BN.

Fahy *et al.* (1993a) estudiaron la prevalencia de los TP en BN utilizando el cuestionario *Personality Assessment Schedule* (PAS) y encontraron algún TP en el 39% de los pacientes (N=70), el 19% presentaron dificultades de personalidad y el 42% no alcanzaron ningún TP. Los diagnósticos de TP más comunes fueron el *histriónico* y el *ansioso*. El 28% presentaron más de un diagnóstico de personalidad; ocho pacientes con TP también manifestaron dificultades de personalidad de otro tipo.

En la actualidad, no sólo continúa el interés por el estudio de los *patrones de personalidad*, sino que, además, se están considerando cuáles son las implicaciones que tienen los mismos en la clasificación de los TCA así como su relevancia en la etiología, el pronóstico y el tratamiento.

En este sentido Westen y Harnden-Fischer (2001) realizaron un estudio en el que trataban de ver hasta qué punto los patrones de personalidad podrían explicar la variación de los diagnósticos de los TCA del Eje I, utilizando el *Shelder-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200) y un análisis factorial. Para ello se plantearon: (1) los pacientes con un diagnóstico actual o en su historia de TCA (AN, BN, o AN-BN) difieren en las medidas de la

patología del eje II, (2) agrupar los pacientes según la patología de personalidad, (3) analizar hasta qué punto cada grupo basado en la patología de la personalidad podía predecir el nivel de funcionamiento del sujeto, y (4) comprobar si los grupos de personalidad difieren en etiología. Entre los resultados, obtuvieron diferencias pequeñas, pero significativas, en los patrones del eje II en las pacientes con TCA, en general; las pacientes con AN restrictiva tendían a ser más *esquizoides* y *obsesivas-compulsivas*; mientras que las pacientes con AN-BN tenían mayor patología *límite* que las que tenían BN. Por otra parte encontraron tres grupos categoriales, en función de las características de personalidad, que denominaron grupo (1) *personalidad con alto funcionamiento/ perfeccionista (high-functioning/ perfectionistic)*, (2) *personalidad constrictiva/ hipercontrolada (constricted/ overcontrolled)*, y (3) *personalidad emocionalmente desordenada/ descontrolada (emotionally dysregulated/ undercontrolled)*.

Los pacientes del grupo (1) tenían puntuaciones altas en la escala de nivel de funcionamiento (GAFS), baja incidencia de hospitalizaciones psiquiátricas y menos patología de personalidad que los otros grupos. Estos pacientes funcionaban bien ocupacional e interpersonalmente a pesar de su pronunciada tendencia a la autocrítica y el perfeccionismo, y a sentirse culpables y ansiosas. Entre sus características psicopatológicas presentaban una mezcla de características de alto funcionamiento, obsesividad y depresión. Son aquellas pacientes con TCA que son consideradas "buenas chicas", realizan esfuerzos para regular la ansiedad, culpabilidad, competición y problemas de autoestima. En este estudio era más probable que tuvieran BN que AN restrictiva o AN-BN, aunque no estaban limitadas a ningún diagnóstico del eje I de TCA.

Con respecto al grupo (2) los datos sugirieron que, cuando las pacientes con TCA son más problemáticas, tienden a estar más trastornadas en una de las dos direcciones (AN o BN). Si los síntomas eran prominentemente del tipo AN, había más probabilidad de que estuvieran en este segundo grupo. Estas pacientes manifestaban una expresión constrictiva, así como restricción de diferentes áreas: del placer, de sus necesidades, de sus emociones, de las relaciones interpersonales, del conocimiento de sí mismas, de autorreflexión, de su sexualidad y de la comprensión a los otros, y que terminaban en el área de la comida. Tendían a sentirse vacías, eran crónicamente disfóricas y con sentimientos depresivos

inadecuados, con anhedonia; eran ansiosas y vergonzosas. Su patología de personalidad tendía a ser *esquizoide o evitativa*. Las pacientes que puntuaron en este perfil, tendían a tener un nivel de funcionamiento adaptativo más bajo. Esta constelación de personalidad podría, en algunos casos, según estos investigadores, reflejar una adaptación caracterológica de una historia de abuso sexual.

Y por último, en el grupo (3) las pacientes con síntomas bulímicos (con o sin historia de AN) estaban más trastornadas, tendían a ser emocionalmente inestables e impulsivas, con experiencias intensas, la regulación de las emociones era pobre y tendían a montar en cólera. Más que huir de las relaciones para escapar de la disforia (como en el caso de las pacientes con AN de bajo funcionamiento), buscaban desesperadamente relaciones para tranquilizarse cuando no podían regular sus propias emociones. Para estas pacientes, los síntomas del TCA parecían ser un ejemplo más de conducta impulsiva creada para regular los afectos pobremente modulados. Los datos sugerían que la distinción de subgrupos de pacientes con BN en base al grado de impulsividad (uni-impulsividad vs. multi-impulsividad) limitaba la clasificación sólo para un aspecto de una estructura de personalidad muy clara caracterizada por disregulación emocional, afecto intenso y lábil, desesperanza interpersonal, y esfuerzos impulsivos para escapar del dolor y para la búsqueda de gratificaciones. Pacientes que puntuaban en este patrón era muy probable que tuvieran una historia de abuso sexual.

La importancia de esta investigación radica, por una parte, en el hallazgo de estos tres patrones que conjugan aspectos alimentarios y de personalidad, que por otra parte son reconocibles clínicamente. Y por otra parte, la utilidad de considerar la comorbilidad de TCA y TP, tanto en la investigación como en la práctica clínica, en el sentido de considerar los síntomas de TCA en su contexto caracterológico. Por ejemplo, los investigadores referían que no tendría sentido plantearse si los síntomas bulímicos deberían considerarse como conductas impulsivas, ya que consideraban que éstos dependían de la configuración de personalidad dentro de la que son contextualizados. Con lo cual explicaban el significado de esos síntomas en cada uno de los tres grupos que hallaron en sus resultados. Por ejemplo, en el segundo grupo de pacientes con bajo funcionamiento y emocionalmente inestables, los atracones y purgas podrían ser un equivalente funcional de abuso de sustancias, autoagresión, y promiscuidad. De tal manera que los síntomas bulímicos representarían esfuerzos

desesperados para regular los afectos negativos intensos que llevaban a respuestas inmediatas y a menudo maladaptativas. En contraste con el primer grupo, de pacientes de alto funcionamiento y perfeccionistas, que no luchaban con los afectos con la misma intensidad, y tenían estrategias más adaptativas de afrontamiento a su disposición para confrontar su malestar. Para estas pacientes, los síntomas bulímicos no serían equivalentes a conductas impulsivas, como la bebida o la autoagresión. Los datos sugirieron que podían ser una expresión de un patrón más general de impulso y regulación del impulso.

En cuanto a las implicaciones de esta investigación sobre un abordaje terapéutico más eficaz, los autores propusieron, para el primer caso, comentado anteriormente, abordar sus actitudes hacia sus necesidades y sentimientos en general, no sólo hacia la comida, ya que éstas raramente reconocen su postura hacia sus propios impulsos y su relación con respecto a la alimentación. Mientras que para el segundo, plantearon tratar primero los TCA, centrándose en las conductas alteradas y proporcionando información nutricional.

Esta investigación, como vemos, tiene implicaciones clínicas muy interesantes y precisamente en la línea que actualmente se sigue en Psicopatología. Es decir, ofrecer las explicaciones y aplicar el tratamiento a los trastornos teniendo en cuenta las características de personalidad y no sólo las características descritas como patognomónicas de los trastornos.

3.4.2. ESTUDIOS CON ENTREVISTAS

En nuestra revisión encontramos que las entrevistas categoriales han sido incluso más utilizadas que los instrumentos psicométricos. Y como comentábamos más arriba, encontramos que, efectivamente, en este otro tipo de estudio los porcentajes de comorbilidad varían considerablemente de unos estudios a otros.

Así, por ejemplo, cuando se estudian los TP en pacientes con BN, Yager *et al.* (1989) aportaron datos de otras investigaciones tales como la de Hudson *et al.* (1983), quienes encontraron una prevalencia del 15% de TP con el *Diagnostic Interview Schedule* (DIS). En el caso del TP *límite*, Pope, Frankenburg, Hudson, Jonas (1987) encontraron en 52 bulímicas sólo que el 1,9% cumplían los criterios diagnósticos del DSM-III. Por otra parte Gwirtsman *et*

al. (1983) encontraron que el 44.4% cumplían los criterios para un TP *límite*. Todos ellos utilizaron la *Diagnostic Interview for Borderline Patients* (DIB).

Por otra parte, Gartner *et al.* (1989) refieren un estudio realizado por Piran *et al.* (1988) quienes utilizaron técnicas de entrevista semiestructuradas junto al DIB. Encontraron que la proporción de TP entre personas con AN restrictiva fue el TP *evitativo* en el 60% de los pacientes, y el TP más común en el grupo de BN fue el TP *límite* en el 55.3% de los pacientes. Sólo el 6.6% de los sujetos con AN restrictiva de esta muestra cumplían todos los criterios diagnósticos para el TP *límite*.

En su propia investigación, Gartner *et al.* (1989), la primera en la que se examinan sistemáticamente los doce TP identificados en el DSM-III-R, con el *Personality Disorder Examination* (PDE), estudiaron a tres grupos de pacientes hospitalizadas con TCA (n=35; ANr=6, AN-BN=26, y BN=8). Encontraron que el 57% de las pacientes cumplieron los criterios para, al menos, uno de los TP, también fueron comunes la presencia de diagnósticos múltiples: el 40% de las pacientes cumplían criterios para dos o más diagnósticos, y el 17% para cinco o más diagnósticos. El 42.8% de las pacientes que no tenían ningún diagnóstico de TP, sin embargo, presentaban algunos rasgos del eje II. De las cuales el 66.6% exhibían más de veinte rasgos de TP que, según el DSM-III-R, podrían ser clasificados dentro del apartado TP *no especificado*. Siendo el grupo de AN-BN las que recibieron mayor número de diagnósticos de TP.

En cuanto al tipo de trastornos, los más frecuentemente asignados fueron el *límite*, *autodestructivo*, *evitativo*, *compulsivo* y *dependiente*. Seguidos del *narcisista* y *pasivo-agresivo*, histriónico y *esquizoide* y por último el *paranoide*. No se obtuvieron diagnósticos de los TP *esquizoide* ni *antisocial*.

En relación con los *cluster*, se hicieron tres (8.6%) diagnósticos del *cluster* A (dos en el grupo de ANr -TP *esquizotípico*- y uno en el de AN-BN -TP *paranoide*-); dieciocho (51.4%) en el *cluster* B (tres en ANr, 10 en AN-BN y cinco en el BN) comprendiendo los TP *límite* (12), *histriónico* (2) y *narcisista* (4); y 31 (88.6%) diagnósticos en el *cluster* C (cuatro en ANr, veinte en AN-BN, y siete en BN) en los TP *evitativo* (11), *dependiente* (8), *pasivo-agresivo* (3) y

compulsivo (9). Y en el TP *autodestructivo*, once diagnósticos (31.4%) (uno en ANr, cinco en AN-BN, y cinco en BN). Sin embargo, no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

Para los investigadores, los hallazgos fueron contrarios a sus hipótesis: la representación desproporcionada del *cluster* B entre las pacientes con BN, quienes, como grupo, tienden a mostrar una amplia variedad de conductas dominadas por los impulsos. Esos trastornos fueron, de hecho, bastante frecuentes entre pacientes con los tres subtipos de TCA. Particularmente sorprendente fue el hecho de que el TP *límite* fue el diagnóstico más asignado del *cluster* B, sucedió casi con la misma frecuencia en cada uno de los tres grupos de pacientes. Por otra parte, la alta frecuencia de diagnósticos obtenidos del *cluster* C, tres de los cinco diagnósticos más asignados (*evitativo*, *compulsivo* y *dependiente*) derivaron de este *cluster*. Entre esos hallazgos también encontraron que cuando estaba presente la sintomatología bulímica, había mayor patología de personalidad.

Por otra parte, Schmidt y Telch (1990) realizaron un estudio controlado sobre la prevalencia de TP en universitarias quienes, tras unas pruebas a modo de *screening*, fueron diagnosticadas 23 con BN, otras 23 que no cumplían todos los criterios diagnósticos para la BN y 23 normales, utilizando para evaluar la patología de personalidad la entrevista *Personality Disorder Examination* (PDE). Encontraron que el 61% (14) de la muestra del grupo patológico cumplían los criterios del DSM-III-R para un TP, en comparación al 13% (3) del grupo no bulímico que se daban atracones (2 con el TP *compulsivo* y uno el TP *dependiente*), y el 4% (1) del grupo normal (el TP *histriónico*). Siendo los predominantes, en el grupo con BN, el TP *límite* (34.7%), *autodestructivo* (21.7%) y *esquizotípico* (4.3%). En sus conclusiones refirieron que, aunque las puntuaciones del PDE mostraron principalmente diagnósticos en los TP *límite* y *autodestructivo*, las puntuaciones dimensionales indicaban un retrato global de deterioro de la personalidad, no limitándose a una o dos áreas. Diferenciaron a los grupos normales del grupo con "ansias por la comida", mostrando éstos últimos una mayor patología que los normales en varias subescalas del PDE, hallazgos éstos consistentes con otros proporcionados por estudios con autoinformes.

Por otra parte, los resultados de la investigación de Schmidt y Telch (1990) también apoyaban indirectamente la validez de los criterios diagnósticos del DSM-III-R de la BN, sugerían una importante diferencia entre las personas que presentaban el diagnóstico de BN de los que no presentaban sintomatología bulímica; ya que éstas eran muy diferentes en cuanto a los TP, puesto que presentaban menos diagnósticos de TP. Asimismo, encontraron que las personas con BN mostraban mayor depresión, menor autoestima, más impulsividad y más tendencias autodestructivas.

Finalmente, estos investigadores señalaron la utilidad de estudios sobre los TP en las personas con un TCA, por una parte, para la identificación de adolescentes que estén en riesgo de desarrollar BN y, por lo tanto, para el desarrollo de programas preventivos de TCA. Y por otra parte, sugirieron que una disfunción de la personalidad podría estar relacionada con una respuesta menos favorable al tratamiento.

Otro estudio muy interesante es el realizado por Braun *et al.* (1994) en el que utilizaron la *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID I y II) para evaluar los posibles diagnósticos tanto del Eje II como del I en pacientes hospitalizadas incluidas en un programa especializado en TCA. Estudiaron una muestra de 105 pacientes (ANr=34; ANb=22; BN=31 y AN-BN=18). En cuanto a los TP obtuvieron que el 68.6% de las personas tenían al menos un TP, el 19% tenían al menos dos TP y el 31.4% no tenían ningún TP, siendo el grupo de BN con historia de AN el grupo que con mayor probabilidad tenían el diagnóstico doble de TP. No hallaron relaciones significativas entre la presencia de cualquier TP y la edad actual, la edad de inicio del TCA, la duración del TCA, el número de hospitalizaciones por el TCA, el número total de hospitalizaciones psiquiátricas; y en concreto, para el subgrupo de BN, tampoco correlacionaron la historia y actual frecuencia de atracones y vómitos.

En cuanto a los diagnósticos de TP, determinaron en el 4.8 % de la muestra los del *cluster A* (*paranoide, esquizoide, y esquizotípica*) y en el 21% los trastornos del *cluster B* (*antisocial, límite, histriónico, y narcisista*). El 31% del grupo con BN tenían un trastorno del *cluster B*, en contraste con las del grupo ANr quienes ninguna de ellas tenían algún diagnóstico en este *cluster*. Encontraron que, el 17.1% de la muestra total y el 25.4% de las del grupo BN mostraban un TP *límite*. Las pacientes con ANr era significativamente menos

probable que tuvieran un diagnóstico de TP *límite* que el subgrupo bulímico. Los trastornos del *cluster C* (*evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo y pasivo agresivo*) estuvieron presentes en el 29.5% de la muestra. El TP *evitativo* fue el más común en el 14.3%, seguido del *dependiente* en el 10.5%, *obsesivo-compulsivo* en el 6.7% y *pasivo agresivo* en el 4.8%. La prevalencia de los trastornos del *cluster C* no varió según el subtipo de TCA.

Bulik *et al.* (1995) en el estudio categorial (la parte dimensional fue comentada en el apartado anterior) que realizaron en su investigación, utilizaron la entrevista clínica SCID-II en una muestra de pacientes con BN (N=76). Encontraron que el 73% de la muestra presentaban al menos un diagnóstico de TP, el 33% tenían un diagnóstico en el *cluster A*, el 41% en el *cluster B* y el 51% en el *cluster C*. Los TP más comunes fueron el *límite* en el 37%, el *evitativo* en el 36% y el *paranoide* en el 28%.

Por su parte, Kennedy *et al.* (1995) compararon el *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-II) y la *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID-II) en la evaluación de los TP en 43 pacientes hospitalizadas TCA (AN=22, BN=16 y AN-BN=5). El objetivo principal del estudio fue ver el grado de acuerdo entre ambos instrumentos en el diagnóstico de los TP (los resultados específicos que obtuvieron con el MCMI-II los comentaremos más adelante). Encontraron que los diagnósticos de TP identificados con el SCID-II más frecuentes fueron: el *evitativo* (51.2%), seguido del *paranoide* (27.9%), *autodestructivo* (25.6%), *límite* (23.3%), *dependiente* (23.3%) y *compulsivo* (20.9%). Los TP *esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial y pasivo-agresivo* eran menos frecuentes y cada uno lo observaron en menos del 7% de los casos. De la muestra, el 74.4% cumplieron criterios para al menos un diagnóstico de TP. Concluyeron que la proporción de diagnósticos de TP en TCA era similar entre el MCMI-II y el SCID-II, sin embargo, el grado de acuerdo entre esos dos instrumentos era bajo cuando se comparaban las escalas o *cluster* individualmente.

En nuestro país, Díaz *et al.* (1998) realizaron un estudio dimensional (que ya hemos comentado) y categorial de la personalidad. (Recordemos que la muestra que utilizaron fue de TCA (N=72) dividida en ANr=25, ANp=27 y BN=30, que compararon con un grupo control sano). Con respecto al estudio categorial utilizaron la entrevista diagnóstica SCID-II y obtuvieron los siguientes resultados: el 62.1% de los pacientes con TCA cumplían criterios

para algún TP (vs. al 5% en grupo control). En cuanto a los subtipos de la patología alimentaria, encontraron un diagnóstico de TP en el 50% de las pacientes del grupo ANr, en el 71.4% de las del grupo ANp y en el 66.7% de las del grupo BN; y más de un TP en el 15% del grupo ANr, el 21.3% de las del grupo ANp y el 37.8% de las del grupo BN.

Con respecto a los subtipos diagnósticos de los TP, encontraron que en el grupo ANr, el TP más frecuente fue el *evitativo* (el 25%), seguido del *obsesivo-compulsivo* (el 20%), el *límite* y *paranoide* (el 10%) y por último el *dependiente* (el 5%). Sin embargo en el grupo ANp el TP más frecuente fue el *límite* (el 35.7%), seguido del *histriónico* (el 28.6%), del *obsesivo-compulsivo* (el 21.4%), del *pasivo-agresivo* (el 14.3%) y de los trastornos *dependiente*, *evitativo* y *narcisista* (el 7.1%). Por último, en el grupo con BN el TP más diagnosticado fue el *límite* (33.3%), seguido del *dependiente* (23.8%), del *evitativo* (19%), el *pasivo-agresivo*, *histriónico* y *obsesivo-compulsivo* (14.3%), el *esquizoide* (9.5%), y por último, el *paranoide* (4.8%). Si bien en estos hallazgos no encontraron significación estadística suficiente, señalaron la tendencia de los pacientes con síntomas bulímicos a presentar TP con más frecuencia.

Para concluir, como ya hemos comentado, podemos observar que los resultados son inconsistentes, mientras que hay investigadores que encuentran en las pacientes con BN una mayor patología de personalidad, otros lo hacen en las pacientes con AN bulímicas. Igualmente son numerosos los investigadores que han informado de que las medidas de autoinforme tienden a dar un mayor número de diagnósticos de TP que las entrevistas estructuradas clínicas (Piersman, 1987; Dubro *et al.*, 1988; Renneberg *et al.*, 1992; cfr. Hills, 1995). En la tabla nº 22 quedan resumidos todos los hallazgos que hemos comentado anteriormente.

TABLA N° 22: RESUMEN DE DIFERENTES ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE TP

Autores	Pacientes (n)	Instrumento diagnóstico	TP presente	TP más común	
Johnson <i>et al.</i> (1990)	55	BSI ¹	38%	Límite 38%.	
Wonderlich <i>et al.</i> (1990)	16	SCID-II ²	69%	Histriónico 31%, dependiente 19%, límite 19%. Evitativo 19%	
Yager <i>et al.</i> (1989)	300 BN	PDQ ³	75%	Límite 47%, dependiente 46%, histriónico 39%.	
Pope <i>et al.</i> (1987)	52	DIB ⁴	25%	Límite 25%.	
Levin y Hyler (1986)	24 BN	PDQ y Entrev. Clínica	62%	Histriónico 37%, límite 25%, antisocial 12%.	
Gwirtsman <i>et al.</i> (1983)	18	Entrev. Clínica	55%	Límite 44%.	
Braun <i>et al.</i> (1994)	105	SCID ² I y II	68.6%	Cluster C: 29.5%: evitativo 14.3%, dependiente 10.5%, obsesivo-compulsivo, 6.7% y pasivo-agresivo 4.8%. Cluster B 21%; cluster A, 4.8% Cluster C: 51%; B: 41%; A: 33%.	
Bulik <i>et al.</i> (1995)	76 BN	SCID ² II	73%	Límite 7%; evitativo 36%, paranoide 28%.	
Kennedy <i>et al.</i> (1995)	43	MCMI-II ⁵ y SCID ² II	74.4%	Evitativo 51.2%; paranoide 27%, límite 23.3%, dependiente 23.3% compulsivo 20.9%; autodestructivo 25.6%	
Díaz <i>et al.</i> (1998)	72 (TCA) 27 ANr	SCID ² II	61.8%	Evitativo 25%, obsesivo-compulsivo 20%, el límite y paranoide 10%, dependiente 5%.	
	17ANp		71.4%		Límite 35.7%, histriónico 28.6%, obsesivo-compulsivo 21.4%, pasivo-agresivo 14.3%, dependiente, evitativo y narcisista 7.1%.
	30BN		66.7%		Límite 33.3%, dependiente 23.8%, evitativo 19%, pasivo-agresivo, histriónico, obsesivo-compulsivo 14.3%, esquizoide 9.5%, y paranoide 4.8%.

1. Borderline Síndrome Index. 2. Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. 3. Personality Diagnostic Questionnaire. 4. Diagnostic Interview for borderline. 5. Millon Clinical Multiaxial Inventory.-II

Adaptada de Fahy *et al.* (1993a) y actualizada por nosotros

3.4.3. ESTUDIOS REALIZADOS CON EL MCMI-II

Hemos dedicado este apartado específico para la revisión de las investigaciones que se han llevado a cabo, hasta el momento actual, con el *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-II) en personas con TCA, debido a que, como ya hemos comentado en otro lugar, es el instrumento principal que hemos utilizado para alcanzar los objetivos de nuestra investigación.

Como señalan Tisdale, Pendleton y Marler (1990) y Wiederman y Pryor (1997) el MCMI (Millon, 1982), puede ser una medida prometedora de la psicopatología de la personalidad entre las personas con un TCA clínico. Sin embargo, hemos comprobado que han sido muy pocos los estudios realizados hasta el momento con el MCMI en personas con TCA. En la mayoría de las investigaciones se han comparado las puntuaciones obtenidas en el MCMI (en cualquiera de sus tres versiones) por los diferentes grupos con el diagnóstico actual de TCA.

En nuestra revisión, el primer estudio que nos encontramos fue realizado por Sansone, Fine, Seufferer y Bovenzi (1989), que se centraron en el estudio de la sintomatología del TP límite en 28 mujeres con TCA en un programa de TCA hospitalario. Utilizaron tres instrumentos para evaluar esta sintomatología: la *Diagnostic Interview for Borderlines*, el *MCMI*, y el *Borderline Syndrome Index*. Encontraron que el 39% se podían clasificar como límite, en al menos una medida; el 29%, en al menos dos medidas y el 18% en las tres. Siendo las mujeres del grupo ANr las más propensas a la sintomatología límite.

Por otra parte, Tisdale *et al.* (1990), utilizaron el MCMI para evaluar las características de personalidad en una muestra de 37 mujeres con BN y las compararon con 32 mujeres pacientes de psiquiatría general y con un grupo de 30 mujeres normales para estudiar la relación entre la BN y los rasgos de personalidad patológica. Entre los resultados, hallaron que las mujeres con BN puntuaban más alto que los otros grupos en las escalas del MCMI *esquizoide*, *evitativa* y *dependiente*. Aunque también presentaron puntuaciones más bajas que los otros dos grupos en la escala *antisocial*.

Kennedy, McVey y Katz, (1990b) administraron el MCMI a 44 pacientes hospitalizadas diagnosticadas con AN (n=19), con BN (n=16), o una combinación de AN y BN (n=9). A pesar del tamaño tan pequeño de las submuestras, encontraron algunas diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En sus resultados hallaron que al comparar las mujeres con una combinación de AN y BN con los otros dos grupos diagnósticos, las primeras puntuaban más alto en las escalas *esquizoide* y *esquizotípica*, mientras que las pacientes con BN puntuaban más alto en la escala *límite*.

Además, Norman, Blais y Herzog (1993) administraron el MCMI a mujeres diagnosticadas con AN (n=17), con BN (n=58), o con una combinación de ambas AN-BN (n=12). En los resultados encontraron que las personas con BN alcanzaron con más frecuencia elevaciones en las subescalas *dependiente* e *histriónica*, en comparación con los otros dos grupos diagnósticos. Y las pacientes con AN obtuvieron puntuaciones más altas en las escalas *esquizoide* y *evitativa* en comparación con las del grupo BN o del grupo AN-BN.

Hasta aquí, podemos observar que los resultados de estudios previos que han utilizado el MCMI con mujeres con TCA son inconsistentes y están basados en muestras muy pequeñas. Además, hay que considerar las fuertes críticas que numerosos investigadores realizaron a los mismos por cuestiones tanto psicométricas como de validez a la primera versión del MCMI (Craig, 1993, cfr. Wiederman *et al.*, 1997). Por su parte, Millon consideró la necesidad de revisar, y validar el MCMI para, a su vez adaptarlo a la nueva versión del DSM-III-R y estableció nuevas normas. Así surgió el nuevo instrumento MCMI-II (Millon, 1987) que prometió una mejora significativa sobre la versión anterior. Con respecto a la utilización del nuevo MCMI-II en pacientes con TCA hay algunos estudios más publicados hasta el momento.

El primero fue realizado por Kennedy *et al.* (1995), aunque el objetivo inicial de esta investigación fue ver el grado de acuerdo entre el MCMI-II y el SCID-II al diagnosticar TP en pacientes con TCA. Para ello los investigadores compararon los resultados diagnósticos obtenidos de la evaluación de 43 pacientes con TCA (AN=22; BN=16; y AN-BN=5). (Los resultados específicos que obtuvieron con la SCID-II ya los hemos comentado en el apartado anterior). En cuanto a los resultados obtenidos con el MCMI-II, sólo podemos comentar los obtenidos por las pacientes con TCA como un solo grupo, ya que los autores no realizaron

comparaciones ni diferenciaron entre los subgrupos de patología alimentaria, por no ser éste el objetivo de su estudio.

Encontraron que la mayoría de diagnósticos de TP estaban dentro del *cluster* C, en el 81.4%, siendo el TP *autodestructivo* el más frecuente (en el 53.5% de los casos), seguido del *evitativo* (en el 48.8%), del *pasivo-agresivo* (en el 37.2%), del *dependiente* (en el 32.6%) y por último del *compulsivo* (en el 25.6%). Los TP del *cluster* A fueron los siguientes más prevalentes en el 34.9%, dentro del cual el *esquizoide* fue el más frecuente (en el 20.9% de los casos), seguido del *esquizotípico* (en el 18.6%). Y por último, el *cluster* B en el que obtuvieron el 18.6% de diagnósticos, siendo el *límite* el más frecuente (en el 16.3% de los casos), seguido del *histriónico* (en el 4.7%).

Respecto al objetivo principal del estudio, los investigadores refieren que la proporción de diagnósticos de TP en TCA es similar entre el MCMI-II y el SCID-II (el 74,4% de las pacientes cumplían los criterios diagnósticos para al menos un TP con el SCID-II, y todos los pacientes presentaron al menos un diagnóstico en el MCMI-II), sin embargo, el grado de acuerdo entre esos dos instrumentos es bajo cuando se comparan las escalas o *cluster* individualmente.

Un segundo estudio fue realizado por Wiederman y Pryor (1997) quienes administraron el MCMI-II a 165 mujeres con TCA (ANr=27, ANp= 33 y BNp=105) antes de someterse a tratamiento, para investigar los perfiles diferenciales, entre los subgrupos diagnósticos de TCA, en las escalas de personalidad. No encontraron diferencias significativas entre los subgrupos en cuanto a las escalas *esquizoide*, *evitativa*, *histriónica*, *autodestructiva*, *esquizotípica* o *paranoide* (mientras que en el resto de escalas sí).

Cuando compararon las pacientes con BN con respecto a aquellas con ANr, obtuvieron que las segundas presentaron puntuaciones mayores en la escala *dependiente* y puntuaciones más bajas en las escalas *narcisista*, *pasivo-agresivo* y *límite*. Al comparar los dos grupos con síntomas bulímicos y las del grupo ANr, éstas puntuaron significativamente más bajo en las escalas *antisocial* y *agresivo-sádica*. Por último, encontraron que las pacientes con AN, ya

fueran de tipo restrictivo o purgativo, puntuaron significativamente más alto en la escala *compulsiva* en comparación con las mujeres con BN.

Por otra parte, estudiaron las diferencias existentes entre los tres grupos en cuanto al porcentaje de mujeres que presentaban puntuaciones clínicamente significativas (puntuación TB de 75 ó mayor) en las escalas de personalidad. Según los autores, al considerar esos hallazgos en conjunto surgió un patrón perceptible de personalidad. Así, las pacientes con ANr fueron definidas por sus elevadas puntuaciones en las escalas *dependiente y compulsiva*, mientras que aquellas con BN lo fueron en las escalas *histriónica y pasivo-agresiva*.

Es interesante advertir que todos los grupos de TCA obtuvieron altas puntuaciones en las escalas *evitativa y autodestructiva* (más de la mitad eran clínicamente significativas). Las personas del grupo AN-BN parecían tener un patrón intermedio entre las ANr y las del grupo BN, en algunas escalas (*v.g. histriónica, compulsiva*). Las pacientes del grupo con AN-BN lograron puntuaciones similares a las pacientes con ANr, mientras que en otras escalas (*v.g., antisocial, agresivo-sádico, límite*) las del grupo AN-BN tenían puntuaciones más similares a las que tienen BN.

También haremos referencia a los resultados de dos estudios, que hemos encontrado descritos en el manual de aplicación del MCMI-II, uno de Tracy, Norman y Weisberg (1987), el otro de Lepkowsky (1987) (cfr. Millon, 1997), quienes compararon los resultados del MCMI-II al aplicarlo en pacientes con TCA, la mayoría AN y BN. Sus descubrimientos apoyan el hecho de que ambos trastornos proporcionan tipos de personalidad diferentes. Encontraron que las personas con AN mostraban más elevaciones en las escalas *esquizoide, evitativo y esquizotípico*, lo que indicaba su tendencia marcada hacia el aislamiento social. Mientras que, las personas con BN obtuvieron puntuaciones apreciablemente más altas en las escalas *histriónica y narcisista*.

Más recientemente, en nuestro país se han realizado varios estudios, si bien hay que tener en cuenta que presentan muestras muy reducidas de pacientes con un TCA. Consecuentemente, hay que considerar estos resultados con cautela, hasta que se repliquen

en muestras más amplias y se obtengan resultados estadísticamente significativos de mayor potencia.

Por ejemplo, Martín, Motos y del Águila (2001) estudiaron los rasgos patológicos de personalidad en una muestra de mujeres jóvenes con un TCA (once con ANr y nueve con BNp) y un grupo de once mujeres sin patología. Encontraron que las mujeres del grupo de TCA superaron el punto de corte (TB = 85) el 54% del grupo de ANr y el 22.20% del grupo BNp, mientras que ninguna del grupo sin patología lo superaron. Siendo las escalas más elevadas en el grupo ANr la *esquizoide* y la *evitativa*. Mientras que en el grupo de BNp aparece la escala *histriónica*.

Por otra parte, Echeburúa, Marañón y Grijalvo (2002) compararon el perfil de personalidad, obtenido con el MCMI-II, de 25 mujeres con TCA (5 con ANr, 7 con ANp, 5 con BNp y 8 con un TCA inespecífico). Encontraron que el 72% de las mujeres presentaron al menos un TP. El perfil de personalidad que en general presentaron estas pacientes, fue en el caso de las ANr *esquizoide* y *pasivo-agresivo*, las del grupo ANp *esquizoide* con rasgos *fóbicos* y *sádicos*, las del grupo BNp, *pasivo-agresivo* y *límite*, y finalmente, las del grupo TCANE, *histriónico*. Por otra parte, dividieron la muestra según presentaran conductas purgativas o no, y encontraron una mayor frecuencia de TP en aquellas pacientes que realizaban conductas purgativas, quienes a su vez obtuvieron un perfil de TP *pasivo-agresivo*, *esquizoide* y *agresivo-sádico*, y en las mujeres no purgativas, *esquizoide*.

A continuación nos vamos a centrar en otras investigaciones realizadas también en nuestro país pero con muestras más numerosas. Por ejemplo, nuestro equipo, en un estudio previo (Torres, 2001) llevado a cabo con una muestra de 73 mujeres con TCA (21 ANr, 38 BN, y 14 TCANE), evaluadas con el MCMI-II, no encontramos diferencias significativas entre los grupos. Además, estudiamos el porcentaje de mujeres que igualaban o superaban la puntuación TB de 75 (puntuación de corte), siguiendo las recomendaciones de Millon (1987), como indicativas de un nivel de funcionamiento patológico en cuanto a los rasgos de la estructura de su personalidad, no encontrando tampoco diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de TCA.

En general, obtuvimos que la mayor parte de las mujeres con ANr superaban la puntuación de corte, excepto en la escala *paranoide*. Los TP más frecuentes fueron los siguientes: el *esquizoide* (el 52% de los casos), seguida del *fóbico* (el 48%), el *autodestructivo* (el 43,2%), el *pasivo-agresivo* (el 38,1%), el *compulsivo* (el 24%), el *histriónico* (el 24%), en cambio, las mujeres con BN la superaron en todas las escalas, las más frecuentes: *fóbica* e *histriónica* (42%), seguidas de *pasivo-agresivo* (39,2%), *autodestructiva* (36,6%), *esquizoide* (28,7%) y *dependiente* (26%). Por último, el grupo TCANE, ninguna superó la puntuación de corte en las escalas *antisocial*, *esquizotípica* ni *paranoide*. En las demás escalas que la superaron fueron: *esquizotípico* y *dependiente* (42,6%, respectivamente), seguidas de *histriónico* y *pasivo-agresivo* (28,4%) y *fóbica* (21,3%).

Concluimos que las pacientes de esta muestra de TCA, en general, presentaban una comorbilidad con los TP que se situó entre el 42% y el 52%, datos que son congruentes con los citados por otros autores como ya hemos comprobado (Gartner *et al.*, 1989; Fahy *et al.*, 1993a; Braun *et al.*, 1994; Wonderlich, 1995; Kennedy *et al.*, 1995; Westen y Harnden-Fischer, 2001, *etc.*).

En otra investigación realizada por nuestro grupo (del Río, Torres y Borda, 2002) estudiamos una muestra de 33 mujeres, que cumplían los criterios diagnósticos DSM-IV para la BN purgativa. Por una parte, evaluamos las elevaciones en las distintas escalas de personalidad del MCMI-II (en la versión española de Ávila-Espada, 1998) así como el porcentaje de pacientes que presentaron elevaciones clínicamente significativas (TB mayores o iguales a 75) en las distintas escalas y el porcentaje de las que presentaron diagnósticos simples o múltiples; y por último, contrastamos nuestros resultados con los obtenidos por el único estudio que utiliza el MCMI-II con grupos diferenciados de TCA, entre ellos de BNp (Wiederman y Pryor, 1997). Los resultados mostraron altas puntuaciones en la escala *esquizoide* (TB= 76.97), seguida por la *autodestructiva* (TB= 68.64), *pasivo-agresiva* (TB= 68.15) y *evitativa* (TB= 67.12). El 81% de las pacientes presentaba elevaciones clínicamente significativas en alguna de las escalas. De ellas, el 45% presentaba elevaciones en una, dos o tres escalas (15% respectivamente) y el 36% restante, las presentaba en cuatro o más escalas. Nuestros resultados son relativamente consistentes con los de estos investigadores, no obstante, no es posible establecer un patrón de personalidad típico para estas pacientes. En

general, los perfiles siguieron la misma línea, aunque nuestros resultados están siempre por debajo (podríamos decir que son menos patológicos), excepto en la escala *esquizoide*, donde el promedio de nuestra muestra es más alto, destacando también el promedio en la escala *dependiente*, en este caso mucho más baja la nuestra, por lo que podríamos decir que los promedios en las distintas escalas en ambos estudios, se diferencian, principalmente en que nuestra muestra es más *esquizoide* y la del equipo de Widerman más *dependiente*.

En cuanto a la frecuencia de “diagnósticos” o elevaciones clínicamente significativas, en nuestro estudio predominan la *autodestructiva*, *evitativa e histriónica* (las tres con la misma frecuencia), seguidas de la *pasivo-agresiva y dependiente*. En el estudio de Wierderman, coincidieron las cinco escalas más prevalentes: *autodestructiva, dependiente, evitativa, pasivo-agresiva e histriónica* (por ese orden), aunque la frecuencia fue distinta. También en el estudio ya comentado de Kennedy *et al.* (1995) con el MCMI-II, con una muestra de TCA en general, encontraron que el trastorno *autodestructivo* fue el más frecuente seguido del *evitativo, pasivo-agresivo, dependiente* y por último del *compulsivo*. En ningún caso, la escala *límite* aparece como muy prevalente, sobre todo en nuestro estudio, donde sólo se observa en el 9.9% de las pacientes.

Finalmente, no pudimos concluir estableciendo un patrón de personalidad típico para las pacientes BNp de nuestra muestra, ya que la personalidad de estas pacientes conformó una constelación, reflejada por una diversidad de escalas con puntuaciones elevadas clínicamente significativas que oscilaban desde siete hasta una, teniendo en cuenta además a las seis pacientes (del total de las 33 BNp) en las que no se observó ninguna elevación clínicamente significativa.

Por último, vamos a comentar otro estudio realizado por nuestro grupo (Torres, del Río y Borda, 2003), y que a tenor de nuestra revisión, es el más completo realizado hasta el momento en nuestro país. No sólo porque hemos utilizado una muestra más amplia (165 mujeres en total), sino porque además hemos introducido un grupo de comparación. En el mismo hemos comparado 126 mujeres que cumplían los criterios diagnósticos DSM-IV para alguno de los tipos de TCA: 66 BNp, 30 ANr, 30 ANp con un grupo de 39 mujeres sin patología conocida.

Entre los resultados que obtuvimos no hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles de personalidad que presentaron las mujeres de los diferentes subgrupos de TCA (entre ANr, ANp o BNp), aunque sí entre algunos o todos los subgrupos de TCA con el grupo control de no pacientes en las siguientes escalas: *esquizoide*, *fóbica*, *dependiente* (sólo con el grupo de ANp), *agresivo-sádica* (sólo con el grupo de BNp), *pasivo-agresivo*, *autodestructivo*, *esquizotípica* y *límite*.

Pudimos observar que todas las pacientes presentaron unos patrones de personalidad muy semejantes entre sí en las escalas *esquizoide*, *pasivo-agresivo*, *autodestructivo* y *fóbica*, aunque entre ellas el grupo con ANp superaron el punto de corte (TB igual o superior a 75) en tres escalas (*esquizoide*, *autodestructiva*, y *fóbica*) y los otros dos grupos sólo en una (ANr y BNp en la escala *esquizoide*). Mientras que, el grupo comparativo de no pacientes presentó un perfil de personalidad totalmente diferente, sin superar en ninguna escala el punto de corte: *esquizoide*, *histriónica*, *compulsiva* y *paranoide*. Según estos resultados las mujeres que padecen algunos de los trastornos alimentarios mostrarían perfiles de personalidad característicos, diferentes a los perfiles de aquellas que no los presentan.

En cuanto a los porcentajes de pacientes que en cada escala presentaron elevaciones clínicamente significativas (TB igual o superior a 75), si tenemos en cuenta las escalas en las que más de un 40% de las participantes obtuvieron tales puntuaciones observamos que en el grupo de ANr, el 54,4 % sólo en las escalas *esquizoide* y *esquizotípica*, respectivamente y el 50% en la escala *fóbica*. En el grupo de ANp, el 51,7% en los TP *esquizoide*, *autodestructiva* y *esquizotípica*, respectivamente, el 48,3% en el *fóbica* y el 41.4% en el *pasivo-agresivo*. En el grupo de BNp, el 47% en *pasivo-agresiva*, el 42,4% en *fóbica* y *autodestructiva*, respectivamente; y el 40,9% en *histriónica*; y, por último, las mujeres del grupo no clínico únicamente el 43,6% en la *histriónica*.

También estudiamos los diagnósticos simples o múltiples en los diferentes grupos. Encontramos que al menos el 90,9% del grupo de ANr, el 89,8% de las del grupo ANp, el 87,9% de las del grupo BNp y el 84,6% del grupo no clínico las han presentado en alguna de las escalas. De las cuales, en el caso de la ANr, el 18,2 % presentaban un diagnóstico en un TP, y el 72,7 % presentaban diagnósticos múltiples en TP (dos, tres, cuatro o más TP). Las mujeres

del grupo ANp el 20,7% presentaban uno y el 69,1% presentaban diagnósticos múltiples, y en el grupo BNp el 13,6% recibían un sólo diagnóstico y un 74,3% múltiples diagnósticos, mientras que el grupo no clínico recibía el 51,3% un sólo diagnóstico de TP y el 33,3% presentaban diagnósticos múltiples en TP. Estos hallazgos, conforme a los obtenidos en la literatura (Gartner *et al.*, 1989; Braun *et al.*, 1994; *etc.*), reflejaron una mayor presencia de TP y sobre todo diagnósticos múltiples en las pacientes con TCA respecto al grupo no clínico.

Finalmente pudimos concluir en base a los resultados obtenidos en este estudio y en los previos realizados por nuestro grupo, (del Río *et al.*, 2002), que no podemos establecer un patrón de personalidad típico para las pacientes que configuran los diferentes grupos de TCA, que las diferencien entre sí. No obstante, sí parecen configurar un patrón de personalidad diferente con respecto a las mujeres del grupo no clínico de nuestra muestra.

Otro estudio reciente interesante es el de Espelage, Mazzeo, Sherman y Thompson (2002) ya que aplicaron, por primera vez, una metodología multivariante con el MCMI-II y TCA. Los investigadores utilizaron el *análisis de cluster* para examinar si los tres tipos específicos de patología de personalidad encontrados en la literatura emergen utilizando el MCMI-II en una muestra clínica de mujeres diagnosticadas con AN, BN o TCANE. Estudiaron una muestra de 33 mujeres con AN, 91 con BN y 59 con TCANE.

En sus resultados obtuvieron diferencias significativas entre los diferentes subtipos alimentarios. Por ejemplo, las mujeres con AN obtuvieron puntuaciones más elevadas en la escala *esquizoide* (70 de media), en comparación con las del grupo de BN (58,77). Los grupos de AN y TCANE puntuaron más alto en la escala *compulsiva* (61,24 y 63,49, respectivamente) que las del grupo BN (49,29). El grupo con BN consiguieron puntuaciones mayores en la escala *histriónica* (74,27) que las del grupo AN o TCANE (56,79 y 61,71 respectivamente).

En cuanto al *análisis de cluster*, encontraron tres estilos de personalidad, que fueron consistentes con los descritos en estudios previos. Así, el 16,9% (31 mujeres) de la muestra estaban incluidas en un *cluster* que denominaron de *alto funcionamiento (high functioning)*. Se caracterizó por no presentar elevaciones clínicas en el MCMI-II (presentaban poca patología de la personalidad) y puntuaciones bajas en el EDI. Un segundo *cluster* al que denominaron

descontrolado/mal regulado (undercontrolled/ dysregulated) incluyó el 49,1% (90 mujeres) de la muestra. El perfil incluía elevaciones en cinco escalas de personalidad: *pasivo-agresiva, autodestructiva, histriónica, límite y evitativa*. Los estilos/síndromes de personalidad *pasivo-agresiva* y *autodestructiva* eran prominentes para los miembros de este *cluster* (TB mayores a 85). Por último, el tercer *cluster* lo denominaron *hipercontrolado/evitativo (overcontrolled/ avoidant)*, incluyó el 34% restante (62 participantes). Presentaron elevaciones clínicas en las escalas: *dependiente, evitativa, autodestructiva y esquizoide*. Las puntuaciones de las tres primeras fueron lo suficientemente altas como para sugerir que esos estilos/síndromes de personalidad eran prominentes para los miembros de este *cluster*. Los miembros pertenecientes a cada *cluster* no estaban asociados a ningún subtipo de los TCA, lo que según los autores sugería que había una varianza en la patología de la personalidad dentro de cada categoría diagnóstica de los TCA.

Comprobamos, una vez más, que los datos obtenidos a partir del MCMI-II sobre personalidad no son consistentes, aunque no podemos establecer conclusiones definitivas, sin considerar variables como el tamaño de las muestras, datos sobre la patología alimentaria (gravedad de la sintomatología, duración del trastorno, *etc.*), que no se ofrecen en la gran mayoría de los estudios hasta ahora publicados. Sin embargo, en nuestra revisión hemos constatado tres hallazgos consistentes: (1) un alto porcentaje de mujeres con TCA presentan algún TP, (2) un elevado número de pacientes exhiben rasgos clínicos en varias escalas de personalidad del MCMI-II, y (3) no se puede decir que exista un perfil característico de personalidad que diferencie a los subtipos de TCA.

ESTUDIO EMPÍRICO

1. JUSTIFICACIÓN

En las páginas anteriores se ha puesto de manifiesto, por una parte, la gravedad de los TCA, en sus dos principales presentaciones AN y BN, como trastornos psicopatológicos de abordaje multidisciplinario y, por otra parte, la complejidad del vínculo existente entre los TCA y los TP. Todos los modelos explicativos de los TCA implican a las variables de personalidad como (1) factores predisponentes o mantenedores de los mismos, (2) como una influencia patoplástica ó (3) como una entidad diferente. Cuestiones todas ellas carentes de la suficiente evidencia empírica.

Desde el punto de vista psicológico, es importante especialmente la necesidad de una comprensión más clara de la compleja relación entre TCA y TP dado que los individuos con TCA y patología de personalidad comórbida tienden a presentar un curso más severo, mayor sufrimiento psicológico, mayores alteraciones afectivas, una recuperación más lenta y un peor pronóstico, que aquellas personas que no manifiestan TP comórbidos. De ahí que se considere la necesidad de realizar una evaluación multiaxial para un abordaje terapéutico más apropiado a la persona.

El interés que despierta la comorbilidad entre los TCA y los TP es enorme, como hemos podido observar en las páginas anteriores. Son numerosas las investigaciones que se han realizado para estudiarla, entre ellas nos hemos encontrado frecuencias que van desde un 22% hasta un 97%, según los estudios. Si bien, tampoco está claro, y por ello se cuestiona,

hasta qué punto son reales o artificiales esos diagnósticos o si más bien son el reflejo de los numerosos problemas en la realización de los estudios que fundamentalmente pueden ser debidos a diversos motivos, especialmente de corte metodológico, y que han dejado en evidencia, una vez más, la necesidad de una correcta evaluación de los TP en los TCA.

Muchos estudios sobre la patología de personalidad entre mujeres con TCA, han utilizado diferentes instrumentos de medida, con lo que los resultados son difíciles de comparar. Existe la necesidad de realizar estudios empíricos que, por una parte, tengan en cuenta los problemas metodológicos reflejados en la literatura científica sobre la conexión TCA y TP; y por otra, utilicen instrumentos de medida similares, tanto de la patología alimentaria como de la de personalidad.

Ante este panorama, consideramos importante realizar una investigación empírica que trate de tener en cuenta y controlar, en la medida de lo posible, las limitaciones metodológicas y los planteamientos realizados en estudios previos. Estudiar la comorbilidad de los TCA y los TP en una muestra de personas que presenten un TCA (AN o BN), tomando instrumentos de medida suficientemente consolidados a nivel empírico, en ambos campos. Asimismo, incluir otros grupos de personas que no presenten TCA y que estén en riesgo de desarrollarlo, puede tener implicaciones interesantes no sólo en cuanto al estudio de la comorbilidad como tal, sino también en cuanto la consideración de estos datos de cara a la prevención y al tratamiento.

Con la elaboración de este trabajo pretendemos dar respuesta a los siguientes objetivos generales:

1. Revisar la bibliografía general existente sobre los TCA, los TP (según el modelo teórico elegido), y la relación entre TP y TCA.
2. En general, profundizar en el conocimiento de la personalidad y sus trastornos en mujeres que presentan el diagnóstico de un TCA (ANr, ANp, ó BN), así como en mujeres que, sin cumplir los criterios dispuestos para los TCA, presentan algunos síntomas, o, como también podríamos indicar, presentan un mayor riesgo de padecer TCA, y en mujeres sin

patología conocida. En concreto, pretendemos dar respuesta a tres grandes objetivos afines: con el primero pretendemos delimitar, el perfil de personalidad que presenten las mujeres con AN de tipo restrictivo, AN de tipo bulímico y BN de tipo purgativo; con el segundo objetivo pretendemos dar respuesta al estudio de la comorbilidad, si existiese, de los TP presentes en mujeres con AN o BN; y, con el tercero, estudiar la sintomatología específica de los TCA presente en las mujeres de nuestra muestra. Para responder a estos tres objetivos compararemos los resultados obtenidos en cada uno de ellos con mujeres que están en riesgo de desarrollar TCA así como con mujeres que no presentan patología conocida.

2. OBJETIVOS

Con la elaboración de este estudio pretendemos responder a un objetivo general que podemos desglosar en tres específicos.

Objetivo general:

Estudiar los *perfiles de personalidad* así como la *comorbilidad con trastornos de personalidad* (en las trece escalas evaluadas con el MCMI-II, que sigue las descripciones del DSM-III-R) junto a la *sintomatología específica* de la AN y BN en:

- (1) tres grupos de mujeres con TCA: *anorexia nerviosa*, en los dos subtipos *restrictivo* y *compulsivo/purgativo*; y *bulimia nerviosa*, en el subtipo *purgativo* (en nuestro estudio grupos AN-R, AN-P y BN-P, respectivamente); y
- (2) dos grupos comparativos:
 - (a) mujeres que presentan sintomatología de los TCA (actitudes y conductas anómalas ante la alimentación y preocupación con la imagen corporal e insatisfacción corporal) y que, por lo tanto, está en riesgo de desarrollar el trastorno. Lo hemos denominado grupo comparativo sintomático (en adelante GC-S); y

(b) mujeres que no presentan sintomatología de TCA ni otra patología conocida. Lo hemos denominado grupo comparativo no sintomático (en adelante GC-NS).

Objetivos específicos:

1. Estudiar el **perfil promedio de personalidad** de las participantes de los cinco grupos. Asimismo, determinar la presencia de rasgos comunes comparativamente entre todos ellos.
2. Estudiar la **comorbilidad de los TP** de las participantes de los cinco grupos. Específicamente, pretendemos responder a los siguientes subobjetivos:
 - 2.1. Obtener el **perfil promedio** de personalidad que presenten todas las participantes de nuestra investigación, en cuanto a *características clínicas de ese síndrome de personalidad* a nivel clínico en las escalas del MCMI-II.
 - 2.2. Calcular la **proporción de mujeres** que en cada grupo presentan *características de ese síndrome de personalidad* a un nivel clínico en las diferentes escalas del MCMI-II, distinguiendo después entre aquellas que presentan *rasgos y conductas clínicas* de las que presentan *trastornos de personalidad* a nivel diagnóstico.
 - 2.3. Considerar el **tipo y número** tanto de *rasgos y conductas clínicas* como de *trastornos de personalidad* a nivel diagnóstico, presentes en todas y cada una de las participantes de nuestra muestra.

Para alcanzar todos los planteamientos de este segundo objetivo consideraremos:

- Las puntuaciones TB mayor ó igual a 75 como indicativo general de presencia de *características de ese síndrome de personalidad* a un nivel clínico.

- Las puntuaciones TB mayor ó igual a 75 y menores de 85 como indicativo de la presencia de algunos *rasgos y conductas clínicas* que definen ese trastorno de personalidad pero no necesariamente a un nivel diagnóstico.
 - Las puntuaciones TB mayor ó igual a 85 como indicativo de la presencia de *trastornos de personalidad* a nivel diagnóstico.
3. Estudiar la sintomatología asociada con los TCA en los cinco grupos que conforman nuestra muestra (evaluada con las once subescalas del EDI-2, el EAT y el BSQ).

3. HIPÓTESIS

Con el planteamiento del presente estudio, teniendo en cuenta los estudios previos que se han publicado, y en respuesta al objetivo general anteriormente planteado, pretendemos poner a prueba la siguiente *hipótesis general*:

Las mujeres con un TCA presentarán un perfil de personalidad con mayores alteraciones clínicas, así como un mayor número de trastornos de personalidad a nivel diagnóstico, que las mujeres de los dos grupos comparativos. Si bien las mujeres que presentan sintomatología relacionada con los TCA se situarán a un nivel intermedio, tanto en cuanto al perfil como al número de diagnósticos de trastornos de personalidad y de rasgos y conductas clínicas, con respecto al grupo de mujeres sin patología conocida que presentarán las puntuaciones más bajas y menor número de alteraciones clínicas de personalidad.

En concreto esta hipótesis general la podemos desglosar, de cara a responder a cada uno de los objetivos específicos planteados anteriormente, en las siguientes *hipótesis específicas*:

1. Respecto a la configuración promedio de personalidad, *las puntuaciones obtenidas por las mujeres con uno de los TCA estudiadas serán más altas que las obtenidas por las*

mujeres en riesgo de desarrollar un TCA y las de éstas serán intermedias a las obtenidas por aquellas sin patología conocida, que serán las puntuaciones más bajas sin llegar a los niveles de significación clínica.

- 1.1. *Comparando los tres grupos con TCA, las mujeres con conductas purgativas (AN-P y BN-P) presentarán un perfil promedio más semejante entre ellas en comparación al perfil de las mujeres con conductas restrictivas (AN-R). (a) El de las mujeres con AN-R estará conformado fundamentalmente por las escalas esquizoide, fóbica y dependiente, (b) mientras que el de las mujeres con AN-P lo estará por las escalas esquizoide, autodestructiva y límite (c) y el de las mujeres con BN-P por las escalas límite, histriónica y autodestructiva.*
- 1.2. *Las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA presentarán un perfil promedio de personalidad con rasgos comunes (puntuaciones semejantes) a los tres grupos con TCA en aquellas escalas en las que presenten las puntuaciones más elevadas (esperablemente en las escalas fóbica, autodestructiva y compulsiva).*
- 1.3. *Las mujeres sin patología conocida obtendrán un perfil de personalidad promedio diferente al obtenido por las mujeres con un TCA.*
2. *En cuanto a la comorbilidad de los TP, concretamente (a) la presencia de rasgos y conductas clínicas que definen los trastornos de personalidad, será más frecuente en las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA, en segundo lugar lo será en las mujeres con alguno de los TCA estudiados y, por último, en las mujeres sin patología conocida, que los presentarán en proporciones muy bajas. (b) En cambio, la presencia de trastornos de personalidad a nivel diagnóstico será más frecuente en los tres grupos de mujeres con un TCA, en segundo lugar en las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA; y en tercero, en las que no presentan patología conocida.*
 - 2.1. *Dentro de los tres grupos de mujeres con TCA, las proporciones más altas de participantes con patología esperada general (tanto con respecto a los rasgos y conductas clínicas que definen los TP como a los tipos de trastornos de*

personalidad a nivel diagnóstico), las hallaremos en las mujeres con AN-P (que las presentarían del tipo límite, histriónico, compulsivo y pasivo-agresivo), seguidas de las mujeres con BN-P (que las presentarían del tipo límite, histriónico y compulsivo), y por último aquellas con AN-R (del tipo esquizoide, fóbico y dependiente).

2.2. *Las proporciones más altas de participantes con rasgos y conductas clínicas que definen los TP, las hallaremos en las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA, que sería esperable sean del tipo fóbico, pasivo-agresivo y compulsivo. En cuanto a los tipos de trastornos de personalidad a nivel diagnóstico presentes en este grupo, aunque lo estén en proporciones más bajas, estarían en la misma línea que los rasgos y conductas clínicas de TP.*

2.3. *Las proporciones más bajas de participantes con rasgos y conductas clínicas que definen los TP, las hallaremos en las mujeres sin patología conocida. En cuanto a los tipos de trastornos de personalidad a nivel diagnóstico presentes en este grupo, los porcentajes de participantes que los presenten serán muy bajos, dentro de lo esperable para la población normal; y serán del mismo tipo que los rasgos y conductas clínicas.*

3. Respecto a la sintomatología de los TCA,

3.1. *las mujeres con TCA presentarán en general puntuaciones más altas en todas las escalas del EDI-2 con respecto a las mujeres que no presentan ninguna preocupación (seleccionadas por sus bajas puntuaciones en el EAT y BSQ);*

3.2. *las mujeres preocupadas por el peso y la figura, seleccionadas por sus altas puntuaciones en el EAT y en el BSQ, sin ser TCA, obtendrán puntuaciones intermedias en el EDI-2, situándose a medio camino entre las mujeres con TCA y las que no están preocupadas por el peso y la figura.*

4. MÉTODO

4.1. PARTICIPANTES

Para alcanzar los objetivos de esta investigación hemos estudiado un total de 155 mujeres de las cuales 93 conforman un gran grupo que hemos denominado "muestra clínica" y el resto, 62 mujeres conforman la "muestra comparativa", grupos que pasamos a describir a continuación.

4.1.1. PROCEDENCIA Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra clínica, está compuesta por tres grupos que presentan un TCA, es decir: 31 mujeres que cumplían los criterios diagnósticos para la *Anorexia Nerviosa subtipo Restrictiva* (grupo AN-R), 31 mujeres que presentaron los criterios diagnósticos para la *Anorexia Nerviosa subtipo Purgativa/Compulsiva* (grupo AN-P) y 31 mujeres que cumplían los criterios diagnósticos para la *Bulimia Nerviosa subtipo Purgativa* (grupo BN-P). Para todas ellas se consideró el cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM-IV y del DSM-IV-TR en el momento de la evaluación.

Todas estas mujeres proceden de un centro especializado en los TCA: la Delegación en Sevilla de la *Asociación en Defensa contra la Anorexia y Bulimia Nerviosas (ADANER)*. Se trata de una organización no gubernamental, que desde 1997 es beneficiaria del convenio de colaboración firmado con el *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos* de la *Universidad de Sevilla*. El objetivo fundamental de esta Asociación es ofrecer a sus socios, con carácter gratuito, asesoramiento y tratamiento psicológico especializado de tipo cognitivo conductual tanto a las personas que padezcan de un TCA como a sus familiares.

El procedimiento habitual mediante el cual las personas interesadas se pueden beneficiar de estos servicios, es el siguiente: las personas que demandan información, asesoramiento o tratamiento psicológico sobre algún TCA, y tienen conocimiento de la existencia de esta asociación (mediante guías telefónicas, internet, *etc.*) se dirigen personalmente a la Asociación o contactan con la misma telefónicamente. En función de la

demanda concreta, se les proporciona la información solicitada, así como la posibilidad de entrar, tras una evaluación psicodiagnóstica, a los *grupos terapéuticos* de personas con algún tipo de TCA (en función del subtipo de trastorno, edad y sexo); o bien a los *grupos de asesoramiento para padres y familiares*, según sea el caso. Las personas que están interesadas en el tratamiento que se ofrece en la Asociación, se les proporciona una cita con el equipo de psicólogas (licenciadas colaboradoras voluntarias) para comenzar una *evaluación inicial*, previa al comienzo del tratamiento psicológico que se ofrece dentro del *Programa de tratamiento grupal cognitivo-conductual*, que el equipo psicológico lleva a cabo.

En función de los resultados de la evaluación, las pacientes comienzan el tratamiento grupal cognitivo-conductual en grupos homogéneos en cuanto a edad, sexo y subtipo del TCA, en sesiones semanales de una hora aproximadamente de duración. Aquellos casos más severos que presentan criterios para un ingreso inminente son derivados directamente a los centros sanitarios oportunos; una vez recuperadas y estabilizadas físicamente son admitidas en nuestros grupos, para iniciar la psicoterapia.

En definitiva, las 93 mujeres que finalmente constituyen nuestra muestra clínica fueron evaluadas durante el período transcurrido entre octubre de 1999 hasta junio de 2003 por la doctoranda así como por tres colaboradoras de ADANER (licenciadas en Psicología); todas las mujeres que finalmente han sido incluidas en nuestra investigación fueron entrevistadas en, al menos, una ocasión por la doctoranda. No obstante, en el transcurso de este tiempo, iniciaron la evaluación un total de 295 personas (286 mujeres y 9 hombres), aquejadas de un problema alimentario, por el que asistieron a la Asociación en busca de ayuda. De ellas, se diagnosticaron de AN subtipo restrictivo 42 (14,23%), de las cuales sólo 31 se incluyeron en nuestro estudio ya que 8 eran menores de 18 años y 3 mayores de 32; 31 (10,50%) de AN subtipo purgativo; 70 (23,72%) de BN subtipo purgativo, 11 (3,72%) de BN subtipo no purgativo, 19 (6,44%) de TA, y finalmente, 122 (41,35%) TCANE, ya que no cumplían los criterios diagnósticos para AN o BN. Como ya hemos comentado, de todas ellas sólo 93 mujeres reunieron todos los criterios de inclusión (ver página 200) para nuestro estudio.

En cuanto a la obtención de la **muestra comparativa**, seleccionamos todas las mujeres en función de las características que presentaron fundamentalmente los grupos con patología AN-R y AN-P, por ser éstos los menos numerosos. Por lo tanto, una vez conocidas las características de la mayoría de las participantes de nuestra muestra clínica, diseñamos el procedimiento de selección que íbamos a seguir para conformar los grupos comparativos equivalentes (en cuanto a edad y nivel educativo) de mujeres de entre 18 y 32 años que no tuvieran ninguna patología conocida. El objetivo era obtener un grupo comparativo, extraído de la población general, que presentaran sintomatología típica de los TCA que estamos estudiando, sin que hubieran sido diagnosticadas ni tratadas de los mismos (como veremos, el estricto criterio de inclusión para este subgrupo es el que debían presentar puntuaciones que superan el punto de corte en dos cuestionarios el EAT y el BSQ).

Por tanto, en el transcurso del año académico 2002-2003, seleccionamos diferentes centros educativos, así como distintos gimnasios (especialmente para las chicas de mayor edad del grupo sintomático) de Sevilla y su provincia. Escogimos centros de estudios de formación profesional, así como institutos de bachillerato. Hicimos un listado de los diferentes centros ubicados en una zona concreta de la ciudad (el centro: distritos 41001, 41002 y 41003). Mediante la técnica de *muestreo estratificado por conglomerados* y con la utilización de las *tablas de números aleatorios o de dígitos al azar* fuimos escogiendo los centros. Escogimos al azar, en primer lugar, dos centros de formación profesional (el centro M.I. y el centro M.A.), en concreto las alumnas de 2º curso de las ramas que se imparten en ambos centros: enfermería, farmacia, administrativo, comercio y gestión (sólo en el primer centro). Seguidamente, seleccionamos dos de bachillerato (el IES V. y el IES A.), en ambos centros alumnas de 2º curso de bachillerato. Para las estudiantes universitarias, recurrimos a estudiantes de la facultad de Psicología. Para la selección de los gimnasios seguimos el mismo procedimiento (si bien el listado no se ceñía sólo a la zona centro, sino que comprendía también a los ubicados en Sevilla capital). Escogimos al azar sólo uno (Gimnasio C.S.).

Tras conseguir contactar telefónicamente con la dirección de los centros, solicitábamos una cita personalmente. En ella, explicábamos los objetivos y el procedimiento de nuestra investigación, y le mostrábamos el material con el que pretendíamos obtener los datos. Una vez revisado éste y aceptado la realización de la investigación en su centro, nos

programaron las fechas concretas que mejor les convenían para no interferir en el desarrollo habitual y dinámica de las clases, y del funcionamiento habitual, en el caso del gimnasio.

Con el objeto de minimizar la habitual baja tasa de participación de las chicas en estudios sobre los TCA (anorexia y bulimia nerviosas), y en especial para aquellos casos que podrían ser incluidos como muestra subclínica o de riesgo, cuestión ampliamente referenciada en la literatura científica, omitimos el objetivo del estudio en su totalidad (es decir, estudiar los trastornos de personalidad en mujeres con anorexia o bulimia nerviosas, mujeres en riesgo de desarrollarlas y mujeres sin patología), informando de que se trataba de "*responder a una encuesta sobre hábitos alimentarios y la forma de comportarnos habitualmente*" para no desvirtuar el verdadero objetivo del estudio, dado que se solicitaba información personal. Para incentivar la participación voluntaria de las chicas, decidimos solicitar la esponsorización de nuestro estudio con diversos productos que tenían que ver con la alimentación y que resultaran atractivos. Para ello solicitamos la esponsorización a diferentes marcas (Coca-cola, Nestlé, etc.) finalmente, la firma de cereales *Kellogs* y de chicles *Trident*, aceptaron nuestra petición y consideraron oportuno proporcionarnos productos de promoción en cantidad suficiente para repartir a cada chica que finalmente entregaba los cuadernillos debidamente cumplimentados.

Como señalábamos más arriba, con el objetivo de conseguir participantes para el grupo sintomático, decidimos incluir en la muestra mujeres que asistieran habitualmente al gimnasio para mantenerse en forma (que asistieran a clases de aeróbic, mantenimiento, *etc.*, pero que no pertenecieran a ningún equipo deportivo profesional). Partíamos de la hipótesis de que estas mujeres presentarían una mayor preocupación por la imagen y silueta, y como consecuencia podrían presentar síntomas típicos de los TCA. El gerente del gimnasio seleccionado para participar en nuestra investigación, nos expuso las condiciones para solicitar la participación de las socias del mismo. Las participantes fueron reclutadas mediante un anuncio depositado en el mostrador de la recepción del mismo, durante un periodo de dos semanas. Las chicas interesadas en participar voluntariamente solicitaban los cuestionarios a las recepcionistas quienes amablemente quisieron colaborar, y que previamente habían sido entrenadas para responder a las cuestiones más frecuentemente planteadas, asimismo se encargaron de entregarles a las que devolvían los cuestionarios ya

cumplimentados los cereales y los chicles. Dejamos en recepción un total de 110 cuestionarios, de los cuales sólo se entregaron 47, y de éstos 30 fueron finalmente devueltos.

Asimismo, colaboraron algunas alumnas de Psicología de un grupo de 50 alumnos de quinto curso que escogieron la asignatura de libre configuración "*Aspectos éticos y deontológicos en psicología clínica*", de las que asistieron ese día a clase quisieron participar 7 y todas devolvieron el cuestionario correctamente cumplimentado.

Finalmente, y para tener un abanico lo más amplio posible en cuanto a edad y nivel educativo, conseguimos más participantes (en concreto 72) a través de las alumnas de Psicología que eran colaboradoras de la asociación ADANER, quienes fueron a su vez *investigadoras* especialmente entrenadas. Por tanto, siguiendo siempre el mismo procedimiento que en los demás casos, tanto en cuanto a las instrucciones como a la aplicación, invitaban a formar parte de nuestro estudio a compañeras de universidad, amigas, o mujeres conocidas que quisieran participar en el mismo. De esta manera obtuvimos más participantes universitarias y mujeres de más edad con nivel educativo inferior (bachiller o FP).

En definitiva, la muestra comparativa constó de un total de 191 mujeres que participaron en nuestra investigación, es decir más de la mitad (58,95 %) de las mujeres que voluntariamente quisieron participar, finalmente entregaron cumplimentado el cuadernillo. Si bien, de las 191 totales, 11 fueron eliminadas siguiendo los criterios de exclusión (ver página 213 y 214), a saber: cinco por dejar más del 50% de las preguntas sin contestar de algún cuestionario, dos por invalidar el MCMI-II (escala de *Validez* igual a uno), cuatro por tener puntuaciones iguales o superiores a TB 75 en las escalas X (*Sinceridad*) y/o Y (*Deseabilidad*) del MCMI-II. Por tanto, finalmente fueron 180 los cuadernillos válidos.

4.1.2. ASIGNACIÓN DE LAS PARTICIPANTES A LOS GRUPOS.

Los criterios de asignación de las participantes a la muestra clínica vinieron determinados básicamente por las características que presentaron los grupos AN-R y AN-P, que fueron equiparados los demás grupos a estos dos. Tratando, por tanto, de homogeneizar

todos los grupos en función del número de participantes, el sexo, la edad, el nivel académico, el estado civil y el nivel socio-económico; en definitiva, maximizar la validez interna de nuestra investigación.

Para ello, seleccionamos en primer lugar, a las participantes que componen el grupo BN-P, de un grupo más numeroso de 70 mujeres que cumplían los criterios diagnósticos de BN subtipo purgativo. Eliminamos todas las mujeres mayores de 32 y menores de 18. De las 59 restantes seleccionamos mediante la técnica de *muestreo aleatorio simple* y con la utilización de las *tablas de números aleatorios o de dígitos al azar* (extraídas del anexo del manual de estadística de San Martín y Pardo, 1989; pp. 490-495) las 31 participantes que constituyen nuestro grupo BN-P. Seguimos el siguiente procedimiento, recomendado por los autores:

1. Le asignamos a cada una de las 59 mujeres que podrían formar parte de nuestra muestra, un número que iba desde el 01 al 59.
2. Tomamos al azar dos números que nos indicaban respectivamente la fila y la columna cuya intersección nos dio el punto de origen, en las tablas, a partir del cual ya habíamos decidido la dirección que íbamos a tomar (hacia abajo) para seleccionar (en el paso tercero) los números aceptables que íbamos a utilizar.
3. Rechazamos aquellos dígitos que excedían de 59, por tanto aceptamos sólo aquellos números constituidos por los dos primeros dígitos comprendidos entre los números 01 y 59, hasta que obtuvimos el total de 31 números válidos, que era la cifra total de participantes que estábamos buscando. Durante este proceso, al mismo tiempo, comprobábamos que las participantes de los números extraídos y que estábamos aceptando, reunían las características, de las participantes de los grupos AN-R y AN-P, de las variables que tratábamos de equiparar, es decir, en cuanto a las variables edad (considerábamos como válidos aquellas participantes que tenían +/- 1 año de diferencia) y el nivel académico. Las que no reunían estas características las excluíamos y pasábamos al siguiente número de la tabla, así hasta completar el grupo con las 31 mujeres. De esta manera obtuvimos

las participantes del grupo BN-P, equivalentes a los otros dos grupos, y que finalmente componen la muestra.

Para conformar el grupo sintomático GC-S, se seleccionaron 31 mujeres de una amplia muestra total de 180 mujeres. A todas ellas se les administró las diferentes pruebas psicométricas ya comentadas, de las cuales utilizamos como medida de *screening* las puntuaciones obtenidas en el EAT (puntuación de corte: mayor ó igual a 30) y en el BSQ (puntuación de corte: mayor ó igual a 105). Por tanto, para este grupo seleccionamos todas aquellas participantes que superaron ambas puntuaciones de corte, es decir, el 17,22%. Se eliminaron aquellas que sólo superaban la puntuación de corte del EAT (tres mujeres), o sólo la del BSQ (ocho mujeres). En definitiva, las mujeres de este grupo presentaban *actitudes y conductas distorsionadas ante la alimentación, peso y figura*, así como *preocupación por la figura y el peso*, todas ellas no tan graves y persistentes como en la AN o en la BN, pero que determinarían la presencia de síntomas típicos de los TCA. En este grupo las variables de equiparación, se presentan equivalentes a los otros grupos por el procedimiento previo de selección de la muestra.

Finalmente el grupo no sintomático GC-NS se seleccionó siguiendo el mismo procedimiento que el utilizado en el grupo BN-P, es decir, la técnica de *muestreo simple al azar* y con la utilización de las *tablas de números aleatorios o de dígitos al azar*. Por tanto, seguimos los mismos pasos con las 138 mujeres que quedaron tras la selección del grupo sintomático y tras la eliminación de las once participantes que superaron las puntuaciones de corte sólo del EAT, o sólo del BSQ. Si bien, en este grupo las cifras asignadas a las participantes y a seleccionar en las tablas eran de tres dígitos, es decir, iban del 001 al 138. Fuimos aceptando sólo aquellas que se presentaban equivalentes en cuanto a edad y nivel académico a las participantes de los demás grupos.

4.1.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✘ Para los tres grupos clínicos: AN-R, AN-P, y BN-P:
 - Presentar, en el momento de la evaluación, todos los criterios diagnósticos de cada subtipo de TCA. Es decir, presentar AN, en sus dos subtipos (ANr y ANp) o bien BN subtipo purgativa.

- No presentar, en el momento de la evaluación, otra psicopatología diagnosticada del Eje I.
 - Haber realizado la evaluación inicial completa. Aquellas personas que no asistieron a la segunda o tercera cita, han sido excluidas.
 - No estar en tratamiento especializado para los TCA en el momento de la evaluación.
 - Tener una evolución del TCA de 15 años como máximo.
 - Tener una edad comprendida entre los 18 y 32 años.
 - Ser mujer.
 - Haber cumplimentado en su totalidad las preguntas de todos los cuestionarios incluidos en este trabajo (EAT, BSQ, EDI-2 y MCMI-II).
- ✱ Para los dos grupos comparativos: GC-S, y GC-NS:
- Haber realizado la evaluación completa. Aquellas personas que no cumplimentaron, o dejaron a mitad alguno de los cuestionarios, quedaron excluidas.
 - Haber cumplimentado en su totalidad las preguntas de todos los cuestionarios incluidos en este trabajo (EAT, BSQ, EDI-2, y MCMI-II).
 - No presentar un TCA en el momento de la evaluación.
 - No presentar, en el momento de la evaluación, otra psicopatología diagnosticada del Eje I.
 - Ser mujer.

- Tener una edad comprendida entre los 18 y 32 años.

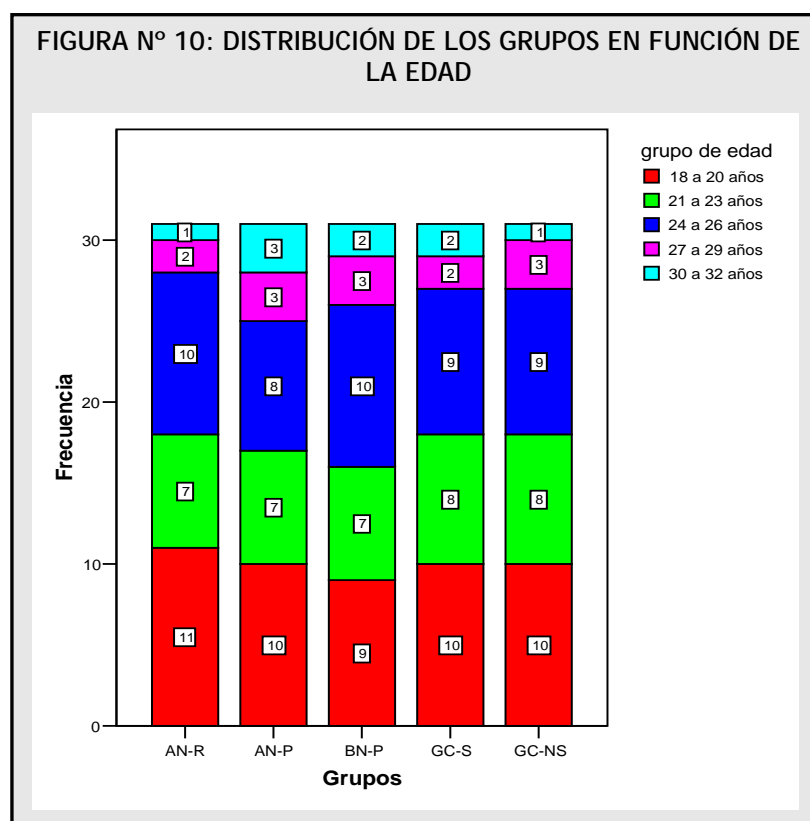
4.1.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

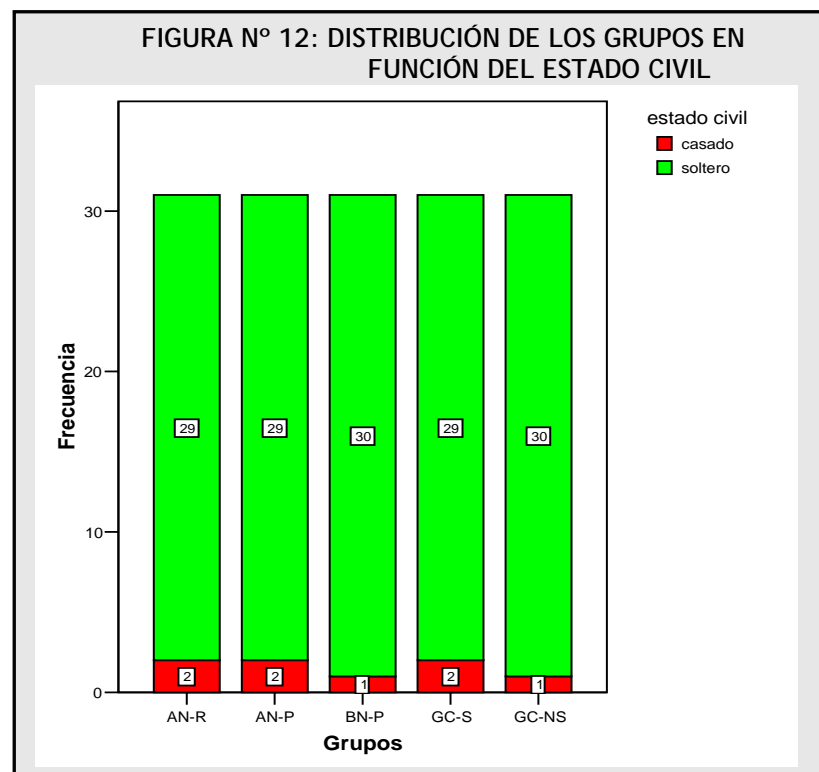
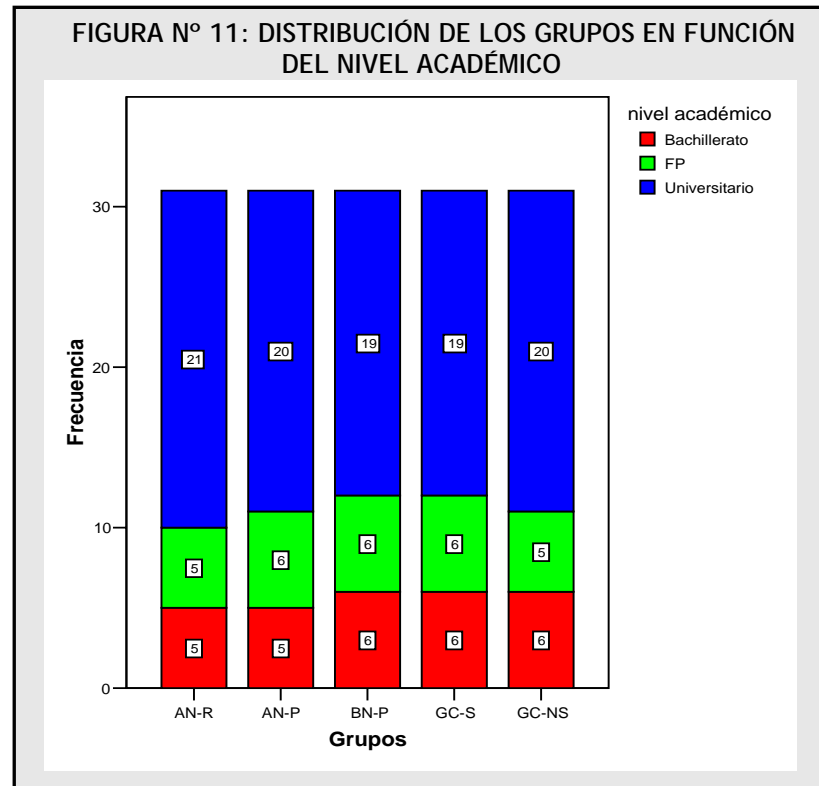
- Las mujeres que tras la evaluación presentaban *BN no purgativa, trastorno por atracón, o trastorno de la conducta alimentaria no especificado*.
- Aquellas que invalidaron el MCMI-II con sus respuestas (escala de validez superior a uno).
- Las participantes que obtuvieron una puntuación en la escala V (validez) del MCMI-II de uno, dejando con ello los resultados obtenidos en esta prueba como "*cuestionable*", según las recomendaciones de los autores.
- Para seguir estrictamente las recomendaciones de aplicación de los autores del MCMI-II, también hemos excluido todas las mujeres que no habían cumplido 18 años.
- Las mujeres evaluadas mayores de 32 años (que presentaban los diagnósticos de AN o BN) por considerar que se podrían añadir otras variables extrañas asociadas que podrían influir en la personalidad (entre otras, una mayor cronicidad de la patología alimentaria, la presencia de otras patologías asociadas, *etc.*).
- Ser hombre, por el número tan reducido (9) que hemos tenido oportunidad de evaluar durante el tiempo en el que seleccionamos la muestra clínica.

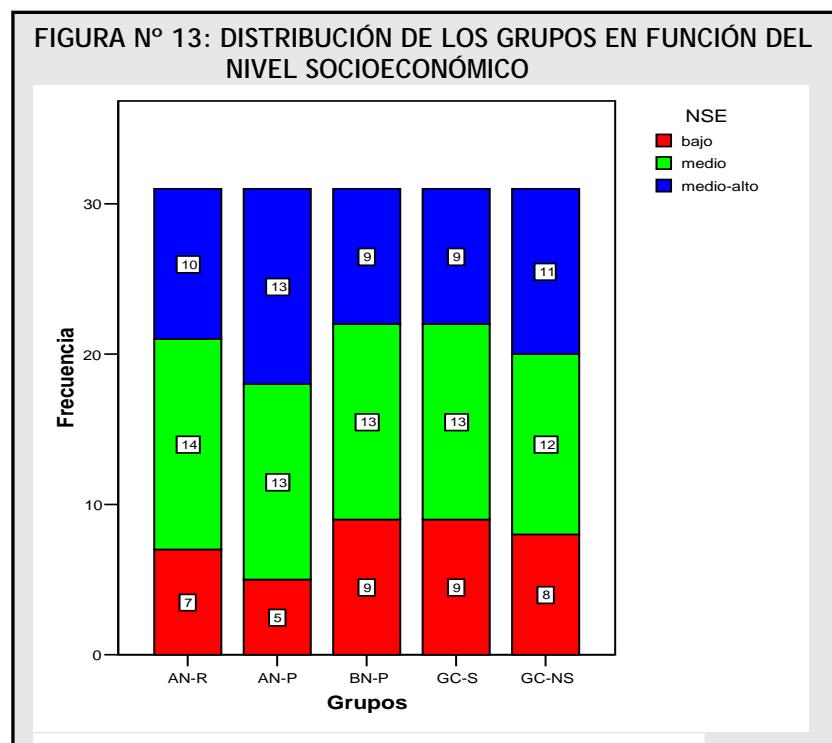
4.1.3. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES

Antes de entrar en la descripción de las características demográficas, queremos puntualizar algunas cuestiones relevantes de cara al diseño de nuestra investigación. La composición de los cinco grupos (AN-R, AN-P, BN-P, GC-S, y GC-NS) en los que se distribuyen las 155 participantes que finalmente incluimos en nuestra investigación, son equivalentes u homogéneos en cuanto a variables como sexo (que permanece constante), edad (agrupadas en

intervalos de tres años) (ver figura 10), nivel académico (ver figura 11), estado civil (ver figura 12), y nivel socio-económico (ver figura 13).







Como podemos observar en las gráficas los diferentes grupos estudiados, son equivalentes entre sí. Asumimos su equivalencia en cuanto a las variables que queremos controlar (edad, nivel académico, estado civil y nivel socioeconómico), fundamentalmente por dos motivos: por cuanto que la *ratio de probabilidad* es prácticamente igual en los diferentes grupos, con lo cual no es presumible una asociación entre los grupos y las diferentes variables (Pascual, Frías y García, 1996). Y, por otra parte, al aplicar las pruebas pertinentes de significación estadística (más apropiadas a cada tipo de variable) a las tablas de contingencia, observamos que los resultados de las pruebas, nos indican que la muestra es aleatoria en cuanto a la composición de los diferentes grupos. Así, las observaciones con respecto a los intervalos de edad y grupo son independientes (*Razón de Verosimilitud* = 2.703, *gl* = 16, nivel de significación = 1.000; *r* de Pearson = 0.004, *n.s.* = 1.000), también las relativas al nivel académico y grupo (*Chi-cuadrado* = 0.570, *gl* = 8, nivel de significación = 1.000; *Coefficiente de contingencia* = 0.061, nivel de significación = 1.000), al estado civil y grupo (*Razón de Verosimilitud* = 0.575, *gl* = 8, nivel de significación = 1.000; *Coefficiente de contingencia* = 0.071, nivel de significación = 0.940), y nivel socioeconómico y grupo (*Razón de*

Verosimilitud =0.575, *gl*= 8, nivel de significación = 1.000; *Coefficiente de contingencia* = 0.259, nivel de significación = 0.237). Todas ellas son independientes entre sí. La proporción de observaciones se mantiene de forma aproximada en cada grupo por cada variable, observamos que no hay asociación pues entre edad y grupo, nivel académico y grupo, estado civil y grupo, ni entre nivel socioeconómico y grupo. En definitiva podemos considerar que los grupos de estudio son equivalentes, en estas variables.

En cuanto a las *características demográficas* propiamente quedan recogidas en las tablas nº 23 (muestra clínica) y nº 24 (muestra comparativa). También incluimos en otras dos tablas las *características familiares* (ver tabla nº 25, para la muestra clínica y nº 26 para la muestra comparativa).

TABLA Nº 23: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: GRUPOS CLÍNICOS (TCA)							
		AN-R (n= 31)		AN-P (n=31)		BN-P (n=31)	
EDAD		Media (D.T) 22,23 (3,481) Rango:13(18-31)		Media (D.T) 23,29 (4,035) Rango:13(18-31)		Media (D.T) 23,16 (3,446) Rango:13(18-31)	
ESTADO CIVIL	Casada Soltera	Porcentaje (n) 6,5 (2) 93,5 (29)		Porcentaje (n) 6,5 (2) 93,5 (29)		Porcentaje (n) 3,2 (1) 96,8 (30)	
NIVEL ACADÉMICO	Bachiller Formación Profesional Estudios Universitarios	16,1 (5) 16,1 (5) 67,7 (21)		16,1 (5) 19,4 (6) 64,5 (20)		19,4 (6) 19,4 (6) 61,3 (19)	
PROFESIÓN (padre/madre)	Profesión liberal cualificada Empresario Funcionario Administrativo Trabajador especialista Trabajador no cualificado Tareas domésticas Otras (jubilados, etc.)	Padre 12,9 (4) 19,4 (6) 12,9 (4) 9,7(3) 22,6 (7) 12,9 (4) 0 0	Madre 0 0 12,9 (4) 0 3,2 (1) 12,9 (4) 71 (22) 0	Padre 25,8 (8) 19,4 (6) 12,9 (4) 3,2 (1) 19,4 (6) 3,2 (1) 0 0	Madre 6,5 (2) 3,2 (1) 16,1(5) 12,9 (4) 9,7 (3) 3,2 (1) 48,4(15) 0	Padre 6,5 (2) 19,4 (6) 19,4 (6) 3,2 (1) 19,4 (6) 6,5 (2) 0 25,8 (8)	Madre 3,2 (1) 0 12,9(4) 9,7 (3) 6,5 (2) 12,9 (4) 51,6(16) 3,2 (1)

		GC-S (n=31)		GC-NS (n= 31)	
EDAD		Media (D.T) 22,48 (3,723) Rango:13(18-31)		Media (D.T) 22,61 (3,442) Rango:13(18-31)	
ESTAD O CIVIL	Casada Soltera	Porcentaje (n) 6,5 (2) 93,5 (29)		Porcentaje (n) 3,2 (1) 96,8 (30)	
NIVEL ACADÉMICO	Bachiller Formación Profesional Estudios Universitarios	19,4 (6) 19,4 (6) 61,3 (19)		19,4 (6) 16,1 (5) 64,5 (20)	
PROFESIÓN (padre/madre)	Profesión liberal cualificada Empresario Funcionario Administrativo Trabajador especialista Trabajador no cualificado Tareas domésticas Otras (jubilados, etc.) Fallecido	Padre 3,2(1) 12,9 (6) 19,4 (6) 3,2 (1) 25,8 (8) 12,9 (4) 0 9,7 (3) 12,9 (4)	Madre 12,9(4) 3,2(1) 3,2(1) 6,5(2) 9,7(3) 6,5(2) 51,6(16) 0 6,5(2) 6,5(2)	Padre 6,5(2) 16,1(5) 32,3(10) 16,1(5) 19,4(6) 3,2(1) 0 6,5(2) 3,2 (1)	Madre 0 3,2(1) 16,1(5) 6,5(2) 6,5(2) 0 67,7 (21) 0 0

		AN-R (n= 31)	AN-P (n=31)	BN-P (n=31)
CONVIVEN CON	Vive sola Con padres Con novio / cónyuge Con otros	Porcentaje(n) 3,2 (1) 87,1 (27) 6,5 (2) 3,2 (1)	Porcentaje (n) 0 71 (22) 12,9 (4) 16,1 (5)	Porcentaje (n) 3,2 (1) 80,6 (25) 9,7 (3) 6,5 (2)
N° HERMANOS	Menos de 2 Entre 3 y 4 Más de 4	61,3 (19) 32,3 (10) 3,2 (1)	38,7 (12) 45,2 (14) 12,9 (4)	48,4 (15) 41,9 (13) 9,7 (3)
LUGAR ENTRE HERMANOS	Primogénita Intermedio Pequeña Hija única	25,8 (8) 22,6 (7) 48,4 (15) 3,2 (1)	38,7 (12) 32,3 (10) 25,8 (8) 3,2 (1)	48,4 (15) 12,9 (4) 38,7 (12) 0
NIVEL SE	Bajo Medio alto	22,6 (7) 45,2 (14) 32,3 (10)	16,1 (5) 41,9 (13) 41,9 (13)	29 (9) 41,9 (13) 29 (9)

TABLA N° 26: CARACTERÍSTICAS FAMILIARES: GRUPOS COMPARATIVOS			
		GC-S (n=31)	GC-NS (n= 31)
CONVIVEN CON	Vive sola	Porcentaje (n) 0	Porcentaje (n) 6,5 (2)
	Con padres	71 (22)	61,3 (19)
	Con novio / cónyuge	16,1 (5)	3,2 (1)
	Con familiares	6,5 (2)	3,2 (1)
	Con otros	6,5 (2)	25,8 (8)
N° HER- MANOS	Hija única	6,5 (2)	3,2 (1)
	Menos de 2	41,3 (13)	61,3 (19)
	Entre 3 y 4	45,2 (14)	32,3 (10)
	Más de 4	6,5 (2)	3,2 (1)
LUGAR HER- MANOS	Primogénita	35,5 (11)	51,6 (16)
	Intermedio	22,6 (7)	12,9 (4)
	Pequeña	35,5 (11)	32,3 (10)
	Hija única	6,5 (2)	3,2 (1)
NIVEL SE	Bajo	29 (9)	25,8 (8)
	Medio	41,9 (13)	38,7 (12)
	Alto	29 (9)	35,5 (11)

4.1.4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PARTICIPANTES CON TCA

Para una mejor comprensión e interpretación de los resultados que obtengamos, consideramos importante realizar previamente un esbozo del estado clínico de las mujeres de los grupos con un TCA, por ello incluimos los resultados de la entrevista semiestructurada (realizada a través del *Protocolo Inicial de Trastornos de la Alimentación*, descrita más adelante en el apartado de 4.2. *Instrumentos*), que llevamos a cabo durante la evaluación. Todas las variables psicopatológicas exploradas las hemos recogido en tres tablas en función del tipo. Así, en una primera tabla presentamos todas aquellas características clínicas relacionadas con la patología alimentaria (ver tabla n° 27). En una segunda incluimos *otras alteraciones psicopatológicas presentes* a nivel sintomatológico (ver tabla n° 28). Y en una tercera recogemos la presencia de determinadas *alteraciones físicas* frecuentemente presentes en estas pacientes y que también han sido exploradas (ver tabla n° 29).

Debemos aclarar que la recogida de información de las dos últimas tablas no está contrastada con ninguna otra prueba psicométrica, sino que está basada en la información

que las pacientes nos proporcionaron durante la entrevista así como en la observación directa por parte de la psicóloga. De estas tablas tan sólo comentaremos lo que hemos encontrado más significativo, por lo que iremos exponiendo primero la tabla y a continuación los comentarios que consideramos pertinentes.

TABLA N° 27: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: GRUPOS CON PATOLOGÍA (TCA)		AN-R (n= 31)	AN-P (n=31)	BN-P (n=31)
RAZONES por las que viene	Por mí mismo	41,9 (13)	58,1 (18)	83,9 (26)
	Por presión familiar	29 (9)	35,5 (11)	9,7 (3)
	Por presión del novio/cónyuge	12,9 (4)	3,2 (1)	0
	Por recomendación del especialista	16,1 (5)	3,2 (1)	6,5 (2)
EDAD DE INICIO		Media (D.T) 16,55 (3,075) Rango:13(11-24)	Media (D.T) 17,95 (4,062) Rango:17(13-30)	Media (D.T) 18 (2,864) Rango:12(13-25)
FORMA DE INICIO	Brusca (<6m con desencadenantes)	Porcentaje (n) 19,4 (6)	Porcentaje (n) 38,7 (12)	Porcentaje (n) 32,3 (10)
	Brusca (<6m sin desencadenantes)	9,7 (3)	3,2 (1)	16,1 (5)
	Insidiosa (>6m con desencadenantes)	22,6 (7)	38,7 (12)	35,5 (11)
	Insidiosa (>6m sin desencadenantes)	48,4 (15)	19,4 (6)	16,1 (5)
EVOLUCIÓN	Crónica con remisiones parciales	35,5 (11)	41,9 (13)	45,2 (14)
	Crónica con remisiones completa	9,7 (3)	3,2 (1)	6,5 (2)
	Crónica sin remisiones	45,2 (14)	48,4 (15)	38,7 (12)
	Aguda	9,7 (3)	6,5 (2)	9,7 (3)
DURACIÓN (años)		Media (D.T) 5,629 (4,073)	Media (D.T) 5,096 (3,04)	Media (D.T) 5,277 (3,265)

TRATAMIENTOS PREVIOS		Media (Rango) 1,03 (3)	Media (Rango) 1 (3)	Media (Rango) 1,26 (10)
INGRESOS	Ninguno	Porcentaje (n) 80,6 (25)	Porcentaje (n) 80,6 (25)	Porcentaje (n) 93,5 (29)
	Alguno: 1	6,5 (2)	12,9 (4)	6,5 (2)
	2	6,5 (2)	0	0
	3	3,2 (1)	6,5 (2)	0
	4	3,2 (1)	0	0
	Duración	Media (Rango) 1,387 (16)	Media (Rango) 1,051 (12)	Media (Rango) 0,012 (0,4)
ANTECEDENTES FAMILIARES	Anorexia restrictiva	Porcentaje (n) 0	Porcentaje (n) 9,7(3)	Porcentaje (n) 0
	Anorexia purgativa	0	0	0
	Bulimia	0	6,4 (2)	3,2 (1)
	Obesidad	22,4 (7)	64 (20)	54,9 (17)
	Alcoholismo	19,2 (6)	32,2 (10)	38,4 (12)
	Trastorno afectivo	80 (25)	70,4 (22)	70,4 (22)
EDAD MENARQUÍA		Media (D.T) 12,42 (1,177)	Media (D.T) 12,48 (1,768)	Media (D.T) 12,10 (1,777)
AMENORREA (Duración meses)		Media (D.T) 10,935(12,582)	Media (D.T) 8,129 (6,430)	Media (D.T) 0 (0)
HISTORIA DEL PESO (IMC)	Actual	Media (D.T) 16,914 (1,052)	Media (D.T) 17,14 (0,591)	Media (D.T) 21,500 (1,624)
	Mínimo	16,373 (1,653)	16,375 (1,828)	19,090 (1,895)
	Máximo	22,148 (2,948)	22,848 (3,111)	25,434 (3,434)
	Deseado	17,931 (1,889)	18,094 (1,069)	19,856 (1,356)

En la tabla nº 27, con respecto a las *razones por las que vienen* las pacientes a pedir ayuda, ya hemos visto en la parte introductoria que la motivación de estas personas para solicitar tratamiento y como consecuencia, su motivación para el cambio, suele ser escasa, especialmente en el caso de las chicas con AN-R. En nuestra muestra, observamos que precisamente, según lo esperable, son las mujeres con BN-P las que mayoritariamente vienen a la Asociación *por sí mismas*, en un 83,9% de los casos (26 mujeres), tan sólo tres de ellas vienen *por presión familiar* (9,7%), y dos *por recomendación del especialista* (6,5%). En el caso de las mujeres con AN-P, ocurre algo similar, aunque la presión familiar y de la pareja

aumenta (38,7%) disminuyendo la decisión propia de buscar tratamiento (58,1%). Y, por otra parte, un mayor número de mujeres con AN-R necesitan contar, al igual que las anteriores, con la *presión familiar y del novio/cónyuge* (41,9%) para pedir ayuda, mientras que la decisión propia de búsqueda de tratamiento disminuye aún más (41,9%). No obstante, este dato puede parecer contradictorio a la carencia de conciencia de enfermedad característica de estas pacientes, especialmente en el caso de las mujeres con AN-R. Sin embargo, en las entrevistas diagnósticas y de evaluación, la mayoría de ellas pusieron de manifiesto que su solicitud de ayuda venía más motivada porque querían *"demostrar a mi familia que yo no estoy tan mal como los demás me dicen, que realmente no tengo un problema"* y no tanto por su conciencia de enfermedad como pudiera parecer, que sin embargo sí evidenciaron dos de ellas. Según manifestaron venían porque *"la excesiva y constante preocupación por la comida"* interfería en sus estudios habiendo disminuido mucho su concentración y rendimiento, o porque *"no se les quitaba de la cabeza la idea de estar inmensamente gorda y necesitar adelgazar"*.

No obstante, tal vez un 41,9% de mujeres con AN-R y un 58,1% con AN-P que piden ayuda *por ellas mismas* sea excesivo para lo esperable, por lo que creemos que en nuestra muestra, puede ser relevante la influencia que pueda tener el largo tiempo de evolución de la enfermedad en nuestras participantes. Sin embargo, como cabría esperar, las mujeres con BN-P que solicitaron nuestra ayuda *por ellas mismas*, especialmente fue motivado porque percibían su sintomatología (sobre todo la frecuencia de vómitos y atracones) como egodistónica; y por *"haber perdido totalmente el control con la comida"* o *"porque mi vida gira en torno a los atracones y los vómitos, sólo se reduce a eso"*. En definitiva, podemos comprobar que las mujeres que presentan conductas purgativas (AN-P y BN-P) son las que deciden por ellas mismas pedir ayuda en mayor número que las que no las presentan.

De forma consistente a lo descrito en la literatura, comprobamos en nuestra muestra que la *edad de inicio* del problema, fue antes en las chicas con AN-R (media= 16,55), seguidas de las mujeres con AN-P (media= 17,95), y las más mayores las chicas con BN-P (media= 18).

En nuestra muestra, observamos que la *forma de inicio* del trastorno alimentario es diferente en función de la presencia o no de conductas purgativas en las participantes. Así en el caso de la AN-R, viene caracterizado por su instauración de forma *insidiosa sin desencadenantes* en el 48,4% de los casos (es decir, su aparición se desarrolla poco a poco en el transcurso de más de seis meses y sin ninguna causa concreta, al menos identificada por la paciente en el momento de la evaluación). Mientras que en el caso de las chicas con conductas purgativas, su inicio se produjo casi por igual, (en el 38,7% de los casos de las mujeres con AN-P y 35,5% de mujeres con BN-P) de *forma brusca* (en menos de seis meses con desencadenantes) y en el 38,7% (AN-P) y 32,3% (BN-P) de *forma insidiosa* (más de seis meses con desencadenantes). Señalar que entre los desencadenantes más frecuentes en la mayoría de los casos caben destacar desde comentarios poco afortunados relativos a alguna zona de su cuerpo (nalgas o muslos), o a su "*hermosura*" en general, por seres muy cercanos a las pacientes (especialmente familiares y amigos); hasta la ruptura de un noviazgo, un viaje al extranjero o viaje fin de curso y la percepción de mayores exigencias académicas (segundo de bachillerato y selectividad).

En cuanto a la *evolución* de los TCA en nuestras participantes se ha caracterizado por su carácter *crónico sin remisiones* en casi la mitad de ellas, tanto en aquellas con AN-R como con AN-P, y en el 38,7% de las mujeres con BN-P. Durante la misma presentaron *remisiones parciales* casi la mitad de las pacientes con BN-P, en un 41,9% de las pacientes con AN-P y el 35,5% con AN-R. El resto de pacientes en los tres grupos casi por igual (de una a tres chicas), presentaron una evolución o bien *crónica con remisiones completas* o bien *aguda*.

Con respecto a la *duración de la enfermedad* la totalidad de las pacientes presentaron una duración media semejante en los tres grupos que se aproxima a los cinco años.

Todas las pacientes han seguido algún *tratamiento previo* (al menos han sido estudiadas por otros profesionales, psiquiatras, endocrinos...) al que han solicitado en la Asociación. Las mujeres con BN-P han sido las que más tratamientos previos han realizado, presentan un rango de diez tratamientos.

En cuanto a los *ingresos* que han tenido las mujeres de nuestra muestra, la mayoría de las pacientes de los tres grupos no han estado ingresadas, tan sólo seis con AN-R, cuatro con AN-P y dos con BN-P lo estuvieron alguna vez. La duración media (en meses) no llega al mes y medio, si bien son las mujeres con AN-R las que presentan un rango mayor, de dieciséis meses. En todos los casos los ingresos fueron realizados como mínimo doce meses antes de la evaluación realizada por nosotros.

Por otra parte, respecto a los *antecedentes familiares* explorados hemos considerado los de primera y segunda línea de parentesco (padres -y tíos-, y abuelos) así como la línea directa (hermanos). Nos hemos encontrado que, los antecedentes que con mayor frecuencia referían las pacientes eran del *trastorno afectivo*, ya que en el 80% de los casos, los familiares (distribuidos prácticamente por igual entre padres, tíos y abuelos) de chicas con AN-R lo habían padecido, y el 70,4% de los familiares tanto de AN-P como de BN-P. En segundo lugar, encontramos tasas muy elevadas de familiares con *obesidad* en los tres grupos, mayoritariamente en las chicas con AN-P (64%), BN-P (54,9%) y por último en las chicas con AN-R (22,4%). El *alcoholismo* era también el antecedente familiar más común a los tres grupos, si bien era más frecuente en los familiares de las chicas con BN-P (38, 8%) y en las chicas con AN-P (32,3%). Finalmente, en cuanto a la presencia de TCA en la familia son casi nulos, a excepción de, en el caso de las chicas con AN-P, que tres de ellas tenían un familiar (madre y tía) que habían padecido AN-R o BN-P. Y en el caso de las mujeres con BN una de ellas tenía antecedentes a su vez de BN-P (una tía).

Asimismo en la tabla nº 27 quedan recogidas otras características relacionadas con el TCA como es la *edad de menarquía*, que en todas nuestras participantes ronda alrededor de los doce años. O la presencia de *amenorrea* y su duración en meses que observamos que en las chicas con AN-R ha sido más prolongada (cerca de los once meses). También hemos incluido la *historia del peso* (medidos con el *índice de masa corporal* -IMC-), así como el peso que le gustaría tener a cada participante. Observamos que son las chicas con BN-P las que tienen un IMC más alto tanto actualmente como en los mínimos y máximos que han tenido.

En la tabla nº 28 hemos recogido los resultados de la exploración de *otra sintomatología psicopatológica* presente en el momento de la evaluación, aunque también considerábamos si ésta apareció a la vez que el TCA, estaba presente con anterioridad al mismo, o apareció posteriormente una vez iniciado el TCA. En la tabla podemos observar que la sintomatología presente más llamativa en nuestras participantes fue la presencia de *síntomas de tipo afectivo*, que estaba presente en la mayoría de las chicas de los tres grupos, siendo ligeramente menor en aquellas que tenían AN-R (74,2 % frente al 80,6%). En casi la mayoría de ellas el inicio de estos síntomas fue simultáneo al inicio del TCA. Si bien en el caso de 5 chicas con AN-R, 5 con AN-P y 3 con BN-P ya tenían esta sintomatología antes de comenzar el TCA.

TABLA Nº 28: OTRAS ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS PRESENTES				
SÍNTOMATOLOGÍA-PSICOPATOLOGÍA	INICIO	AN-R (n= 31)	AN-P(n=31)	BN-P(n=31)
		Porcentaje (n)	Porcentaje (n)	Porcentaje (n)
Robo	Total	3,2 (1)	12,9 (4)	16,1 (5)
	Simultáneo al TCA	3,2 (1)	6,5 (2)	12,9 (4)
	Previo	0	6,5 (2)	3,2 (1)
	Posterior	0	0	0
Juego patológico	Total	0	0	3,2 (1)
	Simultáneo al TCA	0	0	0
	Previo	0	0	3,2 (1)
	Posterior	0	0	0
Abuso de alcohol	Total	6,5 (2)	9,7 (3)	9,7 (3)
	Simultáneo al TCA	0	6,5 (2)	3,2 (1)
	Previo	6,5 (2)	3,2 (1)	6,5 (2)
	Posterior	0	0	0
Abuso de drogas	Total	6,5 (2)	6,5 (2)	12,9 (4)
	Simultáneo al TCA	0	6,5 (2)	6,5 (2)
	Previo	6,5 (2)	0	6,5 (2)
	Posterior	0	0	0
Conductas auto y/o heteroagresivas	Total	29 (9)	32,3 (10)	25,8 (8)
	Simultáneo al TCA	19,4 (6)	25,8 (8)	22,6 (7)
	Previo	3,2 (1)	0	0
	Posterior	6,5 (2)	3,2 (1)	3,2 (1)

Intentos y/o ideación suicida	Total	38,7 (12)	58,1 (18)	64,5 (20)
	Simultáneo al TCA	19,4 (6)	48,4 (15)	58,1 (18)
	Previo	6,5 (2)	6,5 (2)	0
	Posterior	12,9 (4)	0	6,5 (2)
Cleptomanía	Total	0	3,2 (1)	3,2 (1)
	Simultáneo al TCA	0	3,2 (1)	3,2 (1)
	Previo	0	0	0
	Posterior	0	0	0
Tricotilomanía	Total	9,7 (3)	0	6,5 (2)
	Simultáneo al TCA	0	0	6,5 (2)
	Previo	9,7 (3)	0	0
	Posterior	0	0	0
Síntomatología ansiosa	Total	71 (22)	77,4 (24)	64,5 (20)
	Simultánea al TCA	54,8 (17)	51,6 (16)	64,5 (20)
	Previo	16,1 (5)	12,9 (4)	0
	Posterior	0	9,7 (3)	0
Síntomatología afectiva	Total	74,2 (23)	80,6 (25)	80,6 (25)
	Simultánea al TCA	58,1 (18)	58,1 (18)	61,3 (19)
	Previo	16,1 (5)	16,1 (5)	9,7 (3)
	Posterior	0	6,4 (2)	9,7 (3)
Síntomatología obsesivo-compulsiva	Total	25,8 (8)	19,4 (6)	29 (9)
	Simultánea al TCA	12,9 (4)	9,7 (3)	12,9 (4)
	Previo	12,9 (4)	9,7 (3)	16,1 (5)
	Posterior	0	0	0

En segundo lugar, la sintomatología *ansiosa* fue la más frecuente en las participantes de nuestro estudio, siendo las chicas con AN-P las más ansiosas (77,4%) seguidas de las chicas con AN-R (71%) y las de BN-P (64,5%). No obstante, podemos observar que son precisamente éstas últimas las que presentan simultáneamente la sintomatología de tipo ansioso junto con la alimentaria. Y en el caso de la AN-R hay 5 chicas que ya padecían este tipo de síntomas antes de iniciar el TCA y 4 con AN-P.

En tercer lugar, en nuestras participantes los *intentos y/o ideación suicida* están muy presentes, especialmente en el caso de las mujeres con BN-P (64,5%; n=20) y en todas ellas ha sido simultáneo al TCA o bien posterior a él. También lo están en más de la mitad de las mujeres con AN-P (58,1%), y en menor frecuencia en las que tienen AN-R (38,7%). Si bien en estos dos últimos casos, este tipo de síntomas (en dos mujeres de cada grupo) ya hicieron su aparición antes de la patología alimentaria. Debemos aclarar que en la exploración de este tipo de sintomatología recogíamos tanto los *intentos de suicidio* -recogidos como la realización de conductas encaminadas a poner fin a la propia vida- (en los dos casos registrados -ambas del grupo BN-P- fueron realizados con la ingesta masiva de pastillas), como la *ideación suicida*, que las participantes afectadas manifestaron como pensamientos o la aparición de la idea de morir (al menos dos veces en el último mes) (en la mayoría de los casos manifestaron abiertamente el "deseo de desaparecer, de morir", "de acabar con todo", etc.).

En cuarto lugar, destacan las *conductas auto y/o heteroagresivas*, apenas sin diferencias entre los tres grupos: principalmente en las mujeres con AN-P (32,3%), con AN-R (29%) y con BN-P (25,8%). En todas ellas (excepto en una chica con AN-R) este tipo de conductas han aparecido de forma simultánea al TCA o bien después de que éste se manifestara.

En cuanto a la *sintomatología obsesivo-compulsiva* podemos observar que estaba presente en aproximadamente una cuarta parte de las chicas de cada grupo de nuestra muestra. Y de todas ellas en casi la mitad de las participantes que lo presentaban o bien apareció antes del TCA o simultáneamente al mismo. En ninguna de ellas apareció este tipo de sintomatología después de desarrollar el TCA.

Junto a las alteraciones psicopatológicas incluimos en la tabla nº 29 las *alteraciones físicas* que nuestras participantes presentaron. Podemos observar que en las mujeres con AN-R, destacan en más de la mitad de las pacientes, aparte de los síntomas físicos propios del TCA (amenorrea o irregularidades menstruales), los siguientes síntomas: *piel seca*, en el 83,9% de los casos; *estreñimiento* en el 80,6% de los casos; en un 77,4% la presencia de *hipotermia*; *debilidad y fatiga* en el 61,3% de los casos; y *dolor de estómago*, en un 58,1%;

una *hipersensibilidad al ruido y/o a la luz* está presente en el 54,8%. Por último, la presencia de *lanugo* estuvo en el 54,8%, y de *uñas quebradizas* en el 51,6%.

En el caso de las chicas con AN-P, los síntomas físicos que están presentes mayoritariamente en ellas son: la *debilidad y fatiga* así como la *piel seca* por igual en un 83,9% de los casos; seguido de *dolor de estómago*, en un 74,2%, y en un 71% de los casos de *hipotermia*. También presentan un 64,5% *estreñimiento*, en un 58,1% *hipersensibilidad al ruido y/o a la luz*; y *mareos* en el 54,8%. Por último, el 51,6% de estas mujeres se quejaban de una significativa *caída del cabello*.

Por último, las chicas del grupo con BN-P presentan con mayor frecuencia, en más de la mitad de los casos: *dolor de estómago* en el 90,3% de las chicas; seguida de *debilidad y fatiga* en el 74,2%; *estreñimiento* en el 64,5%; *irregularidades menstruales* 19 chicas, y por último, el 58,1% *mareo*.

TABLA N° 29: ALTERACIONES FÍSICAS PRESENTES				
SÍNTOMATOLOGÍA FÍSICA	INICIO	AN-R (n= 31)	AN-P (n=31)	BN-P (n=31)
Afonía	Presente	Porcentaje (n) 9,7% (3)	Porcentaje (n) 29% (9)	Porcentaje (n) 48,4% (15)
	Ausente	90,3% (28)	71% (22)	51,6% (16)
Dolor de estómago	Presente	58,1% (18)	74,2% (23)	90,3% (28)
	Ausente	41,9% (13)	25,8% (8)	9,7% (3)
Frío	Presente	77,4% (24)	71% (22)	48,4% (15)
	Ausente	22,6% (9)	29% (9)	51,6% (16)
Arritmia	Presente	25,8% (8)	41,9% (13)	41,9% (13)
	Ausente	74,2% (23)	58,1% (18)	58,1% (18)
Problemas dentales	Presente	22,6% (7)	48,4% (15)	45,2% (14)
	Ausente	77,4% (24)	51,8% (16)	51,8% (16)
Hipersensibilidad al ruido y/o la luz	Presente	54,8% (17)	58,1% (18)	41,9% (13)
	Ausente	45,2% (14)	41,9% (13)	58,1% (18)

Irregularidades menstruales	Presente	100% (31)	100% (31)	61,3% (19)
	Ausente	0	0	38,7% (12)
Piel seca	Presente	83,9% (26)	83,9% (26)	45,2% (14)
	Ausente	16,1% (5)	16,1% (5)	51,8% (16)
Estreñimiento	Presente	80,6% (25)	64,5% (20)	64,5% (20)
	Ausente	19,4% (6)	35,5% (11)	35,5% (11)
Debilidad, fatiga	Presente	61,3% (19)	83,9% (26)	74,2% (23)
	Ausente	38,7% (12)	16,1% (5)	25,8% (8)
Mareos	Presente	41,9% (13)	54,8% (17)	58,1% (18)
	Ausente	58,1% (18)	45,2% (14)	41,9% (13)
Ojos enrojecidos	Presente	100% (31)	32,3% (10)	41,9% (13)
	Ausente	0	67,7% (21)	58,1% (18)
Retención de líquidos	Presente	6,5% (2)	29% (9)	16,1% (5)
	Ausente	93,5% (29)	71% (22)	83,9% (26)
Caída del cabello	Presente	38,7% (12)	51,6% (16)	45,2% (14)
	Ausente	61,3% (19)	48,4% (15)	54,8% (17)
Espasmos musculares	Presente	9,7% (3)	22,6% (7)	16,1 (5)
	Ausente	90,3% (28)	77,4% (24)	83,9% (26)
Uñas quebradizas	Presente	51,6% (16)	35,5% (11)	35,5% (11)
	Ausente	48,4% (15)	64,5% (20)	64,5% (20)
Lanugo	Presente	54,8% (17)	22,6% (7)	19,4% (6)
	Ausente	45,2% (14)	77,4% (24)	80,6% (25)

4.1.5. OTRAS CARACTERÍSTICAS DE TODAS LAS PARTICIPANTES

Asimismo, hemos explorado otras variables sobre la conducta alimentaria, tanto en las chicas de la muestra clínica como de la muestra extraída de la población general. Al considerar estas variables, debemos tener en cuenta el carácter subjetivo de las respuestas dadas por las participantes (no son observaciones que se hayan realizado de forma objetiva). Esto se hace especialmente patente en la primera tabla (ver tabla nº 30) en la que algunas de las mujeres con AN consideran que realizan una *alimentación equilibrada* o toman *dietas hipercalóricas*.

En concreto, hemos explorado en toda la muestra, la *pauta alimentaria diaria*, definida por cinco categorías que recogen el tipo de alimentación que diariamente llevan a cabo las participantes de nuestra investigación, desde llevar una *alimentación equilibrada*, hasta *picar entre horas* u *omitir comidas* (ver tabla nº 30), así como el *número de regímenes* que han realizado tanto *por cuenta propia*, como *bajo prescripción médica* (ver tabla nº 31). También hemos tenido en cuenta la *hiperactividad*, es decir, la actividad física excesiva que habitualmente realizan las mujeres que conforman nuestra muestra. Esta variable la hemos definido con tres categorías en función del número de horas de actividad (de cualquier tipo, desde caminar en lugar de coger el autobús; subir y bajar escaleras, en lugar de coger el ascensor; hasta actividad física realizada en un gimnasio o baile, *etc.*) al día y/o a la semana (ver tabla nº 32).

TABLA Nº 30: OTRAS CARACTERÍSTICAS DE TODAS LAS PARTICIPANTES

Pauta alimentaria diaria			
Grupos		Frecuencia	Porcentaje
AN-R	1. alimentación equilibrada	2	6,5
	2. dietas hipocalóricas	14	45,2
	3. dietas hipercalóricas	1	3,2
	4. omite comidas	14	45,2
	Total	31	100,0
AN-P	1. alimentación equilibrada	2	6,5
	2. dietas hipocalóricas	10	32,3
	3. dietas hipercalóricas	4	12,9
	4. omite comidas	15	48,4
	Total	31	100,0
BN-P	1. alimentación equilibrada	2	6,5
	2. dietas hipocalóricas	4	12,9
	3. dietas hipercalóricas	14	45,2
	4. omite comidas	11	35,5
	Total	31	100,0
GC-S	1. alimentación equilibrada	15	48,4
	2. dietas hipocalóricas	3	9,7
	3. dietas hipercalóricas	5	16,1
	4. omite comidas	4	12,9
	pica entre horas	4	12,9
	Total	31	100,0
GC-NS	1. alimentación equilibrada	27	87,1
	4. omite comidas	1	3,2
	pica entre horas	3	9,7
	Total	31	100,0

TABLA N° 31: OTRAS CARACTERÍSTICAS DE TODAS LAS PARTICIPANTES: Regimenes realizados

n° Regimenes por cuenta propia			
Grupos		Frecuencia	Porcentaje
AN-R	ninguno	18	58,1
	uno	9	29,0
	de 2 a 4	2	6,5
	más de 5	2	6,5
	Total	31	100,0
AN-P	ninguno	12	38,7
	uno	8	25,8
	de 2 a 4	10	32,3
	más de 5	1	3,2
	Total	31	100,0
BN-P	ninguno	5	16,1
	uno	11	35,5
	de 2 a 4	7	22,6
	más de 5	8	25,8
	Total	31	100,0
GC-S	ninguno	8	25,8
	uno	4	12,9
	de 2 a 4	7	22,6
	más de 5	12	38,7
	Total	31	100,0
GC-NS	ninguno	27	87,1
	uno	2	6,5
	de 2 a 4	1	3,2
	más de 5	27	3,2
	Total	31	100,0

n° Regimenes bajo prescripción médica			
Grupos		Frecuencia	Porcentaje
AN-R	ninguno	25	80,6
	uno	5	16,1
	de 2 a 4	1	3,2
	Total	31	100,0
AN-P	ninguno	23	74,2
	uno	8	25,8
	Total	31	100,0
BN-P	ninguno	19	61,3
	uno	8	25,8
	de 2 a 4	4	12,9
	Total	31	100,0
GC-S	ninguno	16	51,6
	uno	9	29,0
	de 2 a 4	5	16,1
	más de 5	1	3,2
	Total	31	100,0
GC-NS	ninguno	29	93,5
	uno	1	3,2
	de 2 a 4	1	3,2
	Total	31	100,0

**TABLA N° 32: OTRAS CARACTERÍSTICAS DE TODAS LAS PARTICIPANTES:
Actividad física realizada**

Hiperactividad			
Grupos		Frecuencia	Porcentaje
AN-R	1. alta (>1h/día)	26	83,9
	2. media (1h al día y >4h smna)	5	16,1
	Total	31	100,0
AN-P	1. alta (>1h/día)	15	48,4
	2. media (1h al día y >4h smna)	16	51,6
	Total	31	100,0
BN-P	1. alta (>1h/día)	9	29,0
	2. media (1h al día y >4h smna)	14	45,2
	3. Baja (<4 h smna)	8	25,8
	Total	31	100,0
GC-S	1. alta (>1h/día)	9	29,0
	2. media (1h al día y >4h smna)	6	19,4
	3. Baja (<4 h smna)	16	51,6
	Total	31	100,0
GC-NS	1. alta (>1h/día)	5	16,1
	2. media (1h al día y >4h smna)	12	38,7
	3. Baja (<4 h smna)	14	45,2
	Total	31	100,0

4.2. INSTRUMENTOS

El material psicológico que hemos utilizado para la recopilación de la información necesaria para lograr los diferentes objetivos de nuestra investigación, lo podemos clasificar en los siguientes apartados:

4.2.1. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA (ver Anexo I)

El Protocolo Inicial de los Trastornos de la Alimentación (Fernández y Turón, 1998) es una entrevista semiestructurada, elaborada por estos autores y modificada ligeramente por nosotros, en la que se emplean los criterios diagnósticos del DSM-IV, para la anorexia y

bulimia nerviosas y sus subtipos. Siguiendo las recomendaciones planteadas por los autores, con este protocolo se obtiene información de primera mano sobre siete áreas diferentes:

1. Datos demográficos

En este apartado se recogen los aspectos básicos como la edad, el año de nacimiento, el estado civil, el nivel académico, la situación laboral, las razones por las que pide ayuda, *etc.*

2. Exploración psicopatológica

En esta área se exploran diferentes aspectos psicopatológicos incidiendo especialmente en aquellos que están asociados a los TCA, como son *conductas impulsivas (robo, juego patológico, cleptomanía, tricotilomanía)*, *conductas adictivas (abuso de alcohol, de drogas)*, y *conductas agresivas*. Igualmente se evalúan otros trastornos (si bien nosotros hemos evaluado la presencia de su sintomatología) que están presentes con mayor frecuencia en estas pacientes como son los *intentos y/o ideación suicida*, el *trastorno de ansiedad*, el *trastorno afectivo* y el *trastorno obsesivo compulsivo*. En todas ellas, se examina tanto la *ausencia* o *presencia* de los mismos. Y en el caso de la *presencia* se intenta detectar si ha sido *simultánea, previa* o *posterior* al inicio del TCA.

3. Enfermedad actual

En este apartado se hace un repaso de toda la sintomatología propia del TCA presente en el momento actual (últimos seis meses). Así se explora desde la *pauta alimentaria diaria*, hasta los *episodios bulímicos*, la realización de *conductas purgativas* o el nivel de *hiperactividad*.

4. Historia del trastorno alimentario

En este área se recogen todos los datos referentes a la evolución del peso (actual, mínimo, máximo, el que le gustaría tener) y por tanto, del IMC correspondiente. Si ha realizado regímenes dietéticos, o ha recibido algún tratamiento previo, *etc.* Igualmente se estudia la forma de inicio de la enfermedad (brusca o insidiosa, con o sin desencadenantes) y la evolución (crónica con o sin remisiones, o aguda).

5. Antecedentes personales y familiares

Aquí se examinan los posibles antecedentes referentes a problemas psiquiátricos (alcoholismo, trastorno afectivo) como a antecedentes de obesidad, o algún TCA previo, tanto a nivel personal de la paciente, como familiar.

6. Orientación diagnóstica (criterios DSM-IV)

En este apartado se valora si la paciente en cuestión cumple o no cada uno de los criterios diagnósticos, tanto para la AN como para la BN y sus subtipos respectivamente.

7. Variables fisiológicas y problemas médicos derivados.

Finalmente, en esta área se tratan de recabar las consecuencias físicas que el TCA posiblemente haya tenido sobre la paciente. Fundamentalmente nos centramos en los signos y síntomas físicos característicos de los TCA (desde afonía, debilidad, hipotermia, irregularidades menstruales, piel seca, a fatiga mareos, lanugo, problemas dentales, *etc.*).

4.2.2. CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS DE LOS TCA

4.2.2.1. Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40: Eating Attitudes Test) [Garner y Garfinkel (1979), en su versión adaptada a la población española de Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991)]. (ver Anexo II)

Es un cuestionario que está diseñado con el objeto de evaluar las conductas y actitudes respecto a la comida, el peso y el ejercicio, propias de la AN. Es una prueba de "autoinforme" compuesto de 40 ítems. Cada ítem presenta 6 posibles opciones de respuestas (según una escala de Likert): *siempre, casi siempre, bastantes veces, algunas veces, casi nunca o nunca*. Solamente los tres niveles más altos de respuestas puntúan 1, 2 ó 3 puntos cuando la respuesta del sujeto coincide con una actitud típicamente anoréxica. (En el apéndice de los cuestionarios incluimos la plantilla de corrección). Proporciona un índice de gravedad del trastorno, es decir, a mayor puntuación obtenida, mayor grado de trastorno alimentario.

Está validado al castellano por Castro *et al.* (1991). Obtuvieron un coeficiente global de validez de 0,61 ($p < 0.001$). Para el punto de corte de 30 obtuvieron una sensibilidad del

67,9% y una especificidad del 85,9%. El coeficiente alfa de fiabilidad para el grupo de AN fue de 0.92. El análisis factorial que realizaron estos autores permitió la extracción de tres factores que explican el 41% de la varianza. Son los siguientes:

- **Factor I: Dieta y preocupación por la alimentación.** Está compuesto por los ítems 9, 32, 22, 5, 10, 36, 16, 31, 29, 37, 25, 4, 15, 34, 14, 17, 6, 38, 30, 39, 3, 27, 2, 21, 20 y 8 (con cargas que van desde 0.83 para el ítem 9 hasta 0.40 para el 8).
- **Factor II: Presión social percibida y malestar ante la alimentación.** Compuesto por los ítems 26, 12, 24, 8, 33, 3, 34 y 5 (con cargas que van desde 0.56 para el ítem 26 hasta una de 0.40 para el ítem 5).
- **Factor III: Trastornos psicobiológicos.** Compuesto por los ítems 19, 35, 29, 13, 28 y 40 (con cargas que van desde 0.66 para el ítem 19 hasta 0.39 para el ítem 40).

Los autores comprobaron que las puntuaciones que proporciona el EAT-40 indican un índice de “estado más que de rasgo” para los TCA, dada la sensibilidad del instrumento para detectar variaciones en la puntuación tras la mejoría clínica de las pacientes.

Tanto la versión original como en su versión resumida de 26 ítem (EAT-26, Garner *et al.*, 1982) ha sido ampliamente aplicado a población normal, como instrumento de *screening* para la detección de personas en riesgo de presentar un TCA. Con la puntuación de corte de 30, se diferencia adecuadamente entre población patológica y no patológica.

4.2.2.2. Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ: Body Shape Questionnaire) [Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987), en su versión adaptada a la población española de Raich, Mora, Soler, Ávila *et al.* (1996)]. (ver Anexo III)

Cooper *et al.* (1987) elaboraron este autoinforme con el objeto de evaluar la preocupación por la figura. Fue concebido por sus autores como un instrumento que permitiese medir la insatisfacción en personas afectadas con trastornos alimentarios y discriminar éstas de la población normal. Mide la insatisfacción producida por el propio

cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de los otros.

Es un cuestionario compuesto por 34 ítems, cada ítem presenta seis posibles opciones de respuestas (según una escala de Likert) que van de "nunca" a "siempre". Obtienen una puntuación de 1 a 6, respectivamente, según la respuesta se aproxime más a actitudes patológicas. Presenta una puntuación de corte de 105 puntos. Niveles altos en este cuestionario se han relacionado con la presencia de TCA. Ha demostrado una buena consistencia interna (α de Cronbach = 0,97) y validez concurrente (Raich *et al.*, 1996). Este test discrimina claramente entre población con trastornos alimentarios y población general. Ha sido aplicado a población normal para discriminar casos patológicos (y como medida de *screening*). Es un instrumento que presenta sensibilidad al cambio en pacientes que siguen un tratamiento para los TCA (Raich *et al.*, 1996.).

En un primer estudio sobre el BSQ en población española, Raich, Deus, Muñoz, Pérez *et al.* (1991) encontraron tres factores que en conjunto explicaron el 56,6% de la varianza total:

Factor 1: Preocupación por la figura y sentirse "gorda". Está compuesto por los ítems 2, 4, 6, 3, 10, 17, 22, 16, 5, 21, 14, 23, 11, 1, 19, 24 y 28. Explica el 26,65% de la varianza total.

Factor 2: Autodesvalorización al comparar la propia figura con la de los otros. Está compuesto por los ítems 12, 29, 20, 15, 9, 25 y 27. Explica el 17,58% de la varianza total.

Factor 3: Conductas concurrentes con la insatisfacción por la figura. Está compuesto por los ítems 26, 18, 8, 7 y 13. Explica el 12,46% de la varianza total.

Posteriormente, Raich *et al.*, (1996) han realizado diferentes estudios de adaptación de este instrumento a la población española, en dos de los cuales obtuvieron los siguientes factores:

Factor I: Preocupación por el peso en conexión con la ingesta. Compuesto por los ítems 6, 13, 17, 21, 2, 14, y 19. Explica un 21,16% de la variabilidad total.

Factor II: Preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad. Compuesto por los ítems 28, 30, 5, y 16. Explica un 15,79% de la variabilidad total.

Factor III: Insatisfacción y preocupación corporal general. Compuesto por los ítems 7, 18, y 13. Explica un 13,68% de la variabilidad total.

Factor IV: Insatisfacción corporal respecto a la parte inferior del cuerpo (muslo, caderas o nalgas). Compuesto por los ítems 3 y 10. Explica un 12,8% de la variabilidad total.

Factor V: Empleo de vómitos o laxantes para reducir la insatisfacción corporal
Compuesto por los ítems 26 y 32. Explica un 6,10% de la variabilidad total.

Factor *único o general*: Insatisfacción con la imagen corporal. Compuesto por los ítems 2, 15, 14, 9, 23, 19, 6, 10, 12, 29, 34, 17, 3, 4, 21, 20 y 25. Explica un 48,7% de la variabilidad total.

4.2.2.3. Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2: Eating Disorders Inventory) [(Garner, 1991). En su versión validada a la población española por Corral, Gonzalez, Pereña, y Seisdedos (1998)] (ver Anexo IV)

Es un instrumento de autoinforme muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la AN y a la BN. Consta de 91 elementos a los que se contesta con una escala tipo Likert de seis puntos y en la que los sujetos indican si cada situación les ocurre "nunca", "pocas veces", "a veces", "a menudo", "casi siempre" o "siempre". Las respuestas dadas a cada elemento pueden puntuar de 0 a 3. Reciben 3 puntos las respuestas extremas en la dirección sintomática, "siempre" o "nunca" según que el elemento esté redactado en sentido positivo o negativo en relación a lo que evalúa la variable. Se atribuyen dos puntos a la respuesta inmediatamente adyacente y un punto a la siguiente. Ofrece, en definitiva, puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en los TCA. En las que

evalúa distintas áreas cognitivas y conductuales características de la anorexia y bulimia nerviosas. Puede ser utilizado como medida de *screening*, especialmente las tres primeras subescalas. Definimos brevemente las subescalas a continuación:

1. **Obsesión por la delgadez (DT):** evalúa la manifestación clínica de un intenso impulso de estar delgado o un fuerte temor a la gordura. Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar; y son los siguientes: 1, 7, 11, 16, 25, 32, y 49.
2. **Bulimia (B):** evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. Los elementos de esta escala son los siguientes: 4, 5, 28, 38, 46, 53, y 61.
3. **Insatisfacción corporal (BD):** mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.). Los elementos de esta escala son: 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59 y 62.
4. **Ineficacia (I):** evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Una puntuación elevada en esta escala revela un déficit significativo de autoestima debido a poseer intensos sentimientos de falta de adecuación. Los elementos de esta escala son los siguientes: 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, y 56.
5. **Perfeccionismo (P):** mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Los elementos de esta escala evalúan en qué grado el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás (por ejemplo, padres y profesores) esperan de él unos resultados excepcionales. Los elementos de esta escala son: 13, 29, 36, 43, 52, y 63.
6. **Desconfianza interpersonal (ID):** evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los

propios sentimientos y pensamientos. Los elementos de esta escala son los siguientes: 15, 17, 23, 30, 34, 54, y 57.

7. **Conciencia interoceptiva (IA):** evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. Los elementos de esta escala son los siguientes: 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60 y 64.
8. **Miedo a la madurez (MF):** evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. Esta escala la componen los siguientes elementos: 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, y 58.
9. **Ascetismo (A):** mide la tendencia de buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales. Los elementos de esta escala son los siguientes: 66, 68, 71, 75, 78, 82, 86 y 88.
10. **Impulsividad (IR):** evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. Esta escala la componen los siguientes elementos: 65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 85 y 90.
11. **Inseguridad social (SI):** mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad. Los elementos de esta escala son los siguientes: 69, 73, 76, 80, 84, 87, 89 y 91.

Todas estas escalas han demostrado tener una buena validez de criterio y de contenido, y también han dado muestras de poseer un alto nivel de validez convergente y discriminante. En cuanto a la fiabilidad, en la versión adaptada han obtenido coeficientes que varían en las escalas desde 0,80 a 0,92. Tiene, en definitiva, propiedades psicométricas muy sólidas. Existen pruebas de que es sensible a los cambios clínicos, y de que puede jugar un

papel muy importante en la evaluación clínica tanto de pacientes con TCA como de personas que se supone pueden padecerlos.

En la adaptación española, los investigadores realizaron análisis factoriales a las puntuaciones directas de obtenidas en las once escalas por una muestra de hombres y mujeres normales, mujeres en riesgo y mujeres clínicas. En general estos análisis sugirieron considerar la existencia de tres grandes componentes (o dimensiones) en los TCA:

1. Dimensión I: *personal*, definido por las escalas: *bulimia, perfeccionismo, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad*;
2. Dimensión II: *social*, definido por las escalas: *ineficacia, desconfianza interpersonal e inseguridad social*;
3. Dimensión III: *corporal*, definido por las escalas: *obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal*.

4.2.3. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD: Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II: Millon Clinical Multiaxial Inventory) [(Millon, 1987) en la versión adaptada a la población española por Ávila-Espada *et al.* (1999, revisada en 2002)](ver Anexo V)

Es un instrumento de autoinforme que consta de 175 ítems con formato de respuesta dicotómica (verdadero/falso), con un tiempo de administración relativamente breve (de 20 a 30 minutos). Aplicable a sujetos a partir de 18 años y un nivel cultural de escolaridad equivalente al último año de educación obligatoria. Los ítems, agrupados en las diferentes escalas, están a su vez agrupados en función de que sean significativamente relevantes para la escala en cuestión, así reciben una puntuación de 1, 2 ó 3 puntos. No obstante, dada la complejidad de corrección de este cuestionario, y siguiendo las recomendaciones de los autores, las respuestas dadas por los participantes de nuestro estudio las hemos corregido de forma mecanizada, con los baremos más recientes obtenidos en España (versión revisada del MCMI-II para la población española en el 2002).

Recoge diferentes aspectos de la personalidad en 26 escalas:

- Cuatro escalas de fiabilidad y validez: *validez*, (V); *sinceridad*, (X); *deseabilidad*, (Y); y *alteración* (Z).
- Diez escalas básicas de personalidad: *esquizoide* (1); *evitativa o fóbica* (2); *dependiente* (3); *histriónica* (4); *narcisista* (5); *antisocial* (6A); *agresivo-sádica* (6B); *compulsiva* (7); *pasivo-agresiva* (8) y *autodestructiva/ masoquista* (8B).
- Tres escalas de personalidad patológica: *esquizotípica* (S); *límite* (C) y *paranoide* (P).
- Seis síndromes clínicos de gravedad moderada (Eje I DSM-III-R): *ansiedad* (A); *histeriforme* (H); *hipomanía* (N); *neurosis depresiva* (distimia) (D); *abuso de alcohol* (B); *abuso de drogas* (T) y
- Tres síndromes clínicos de gravedad severa (Eje I, DSM-III-R): *pensamiento psicótico* (SS); *depresión mayor*, (CC); y *trastorno delirante* (PP).

Todas las escalas del inventario, ya sean de personalidad (eje II) u orientadas hacia el síndrome (eje I), reflejan en diferentes grados tanto "rasgos" como "estados". De todas ellas nosotros, para los objetivos del presente estudio, sólo consideraremos las trece escalas de personalidad (las diez básicas y las tres patológicas). Hemos considerado las tres escalas de fiabilidad: *sinceridad*, *deseabilidad* y *alteración*, como criterios de inclusión y/o exclusión en la selección de los participantes, si bien no las contemplamos en los análisis estadísticos.

La descripción de las escalas de personalidad, ya las habíamos incluido de manera extensa en la primera parte de nuestra investigación, en el capítulo II en el punto 3.2. que versa sobre la clasificación de los TP Millon, en la tabla nº 20 (ver p. 116); por lo que aquí sólo vamos a complementar esta información con los ítems que conforman las escalas y las puntuaciones correspondientes de cada uno de ellos, sin entrar ya en la descripción de las mismas. Recordaremos que Millon distingue entre las diez escalas básicas de personalidad y las tres escalas de personalidad patológica (como hemos visto más arriba), fundamentalmente, en base a que éstas representan problemas estructurales graves y procesos disfuncionales.

Además de diferir por varios criterios más, sobre todo por su déficit en la competencia social y frecuentes (aunque fácilmente reversibles) episodios psicóticos. Son especialmente vulnerables a las tensiones cotidianas de la vida, menos integrados desde el punto de vista de la organización de la personalidad, y menos efectivos en el afrontamiento que los diez tipos más leves.

Las diferentes escalas están compuestas por los siguientes ítems, con las correspondientes puntuaciones:

Escala 1: Esquizoide.

- con puntuación 1: 114, 16, 22, 25, 28, 46, 53, 60, 78, 85, 95, 103, 108, 111, 125, 141, 142, 159, 159, 160;
- con puntuación 2: 10, 20, 33, 47, 48, 83, 106, 124, 150;
- con puntuación 3: 2, 13, 19, 34, 81, 143, 161.

Escala 2: Fóbica (evitativa).

- con puntuación 1: 2, 14, 21, 28, 34, 45, 81, 106, 109, 113, 125, 133, 139, 147, 160, 163;
- con puntuación 2: 19, 23, 25, 27, 32, 47, 56, 57, 83, 102, 110, 115, 118, 150, 155, 171;
- con puntuación 3: 3, 8, 9, 63, 77, 120, 141, 158.

Escala 3: Dependiente (sumisa).

- con puntuación 1: 7, 12, 21, 28, 40, 41, 43, 49, 54, 74, 75, 91, 92, 101, 110, 125, 146, 149, 162, 163, 168;
- con puntuación 2: 4, 34, 57, 60, 77, 81, 97;
- con puntuación 3: 10, 31, 42, 78, 106, 133, 145, 159, 163.

Escala 4: Histriónica.

- con puntuación 1: 3, 7, 19, 37, 39, 40, 41, 51, 56, 77, 89, 91, 95, 126, 128, 130, 142, 162, 171, 172, 173;
- con puntuación 2: 9, 42, 43, 61, 66, 103, 133, 158, 166;
- con puntuación 3: 14, 20, 28, 48, 60, 86, 111, 125, 137, 170.

Escala 5: Narcisista.

- con puntuación 1: 2, 8, 12, 22, 28, 31, 32, 43, 45, 51, 55, 60, 78, 80, 85, 106, 126, 130, 134, 135, 143, 146, 163;
- con puntuación 2: 4, 14, 16, 41, 42, 86, 103, 111, 125, 137, 149, 158, 165, 170, 171, 172;
- con puntuación 3: 1, 6, 15, 37, 89, 91, 129, 131, 142, 166.

Escala 6A: Antisocial.

- con puntuación 1: 15, 34, 44, 48, 64, 77, 85, 101, 104, 111, 113, 140, 157, 171;
- con puntuación 2: 1, 12, 20, 22, 32, 38, 42, 43, 55, 73, 74, 78, 80, 81, 86, 87, 91, 129, 142, 144, 165;
- con puntuación 3: 7, 40, 92, 94, 103, 116, 130, 147, 162, 172.

Escala 6B: Agresivo-sádica.

- con puntuación 1: 7, 31, 32, 38, 40, 43, 58, 66, 71, 80, 86, 95, 106, 135, 142, 145, 146, 147, 165;
- con puntuación 2: 1, 21, 42, 64, 74, 77, 78, 82, 84, 91, 107, 115, 121, 129, 155, 166;
- con puntuación 3: 4, 9, 12, 30, 41, 44, 101, 134, 148, 163.

Escala 7: Compulsiva.

- con puntuación 1: 4, 7, 32, 40, 43, 50, 60, 66, 74, 77, 78, 81, 92, 95, 103, 11, 128, 155;
- con puntuación 2: 20, 48, 64, 86, 134, 145, 148, 159, 161, 163;
- con puntuación 3: 21, 39, 46, 61, 75, 88, 126, 138, 149, 153.

Escala 8A: Pasivo-agresiva.

- con puntuación 1: 1, 4, 12, 21, 23, 25, 51, 61, 110, 120, 129, 139, 171;
- con puntuación 2: 9, 16, 28, 43, 64, 73, 74, 77, 82, 86, 101, 115, 123, 128, 149, 155, 159;
- con puntuación 3: 22, 50, 55, 66, 95, 104, 107, 135, 156, 165.

Escala 8B: Autodestructiva (masoquista).

- con puntuación 1: 8, 18, 25, 31, 63, 71, 73, 74, 81, 82, 99, 128, 133, 141, 167, 171, 173;
- con puntuación 2: 10, 16, 28, 42, 45, 51, 54, 56, 77, 106, 115, 120, 132, 145, 155;
- con puntuación 3: 23, 57, 65, 110, 121, 139, 154, 168.

Escala S: Esquizotípica.

- con puntuación 1: 10, 13, 14, 19, 23, 25, 48, 53, 60, 108, 130, 136, 147, 160, 161, 162, 165;
- con puntuación 2: 2, 3, 8, 31, 38, 49, 63, 77, 85, 100, 113, 120, 123, 124, 133, 141, 158, 164, 166;
- con puntuación 3: 24, 47, 69, 83, 112, 118, 150.

Escala C: Límite (borderline).

- con puntuación 1: 7, 36, 40, 44, 51, 53, 54, 57, 65, 67, 72, 74, 77, 94, 103, 104, 108, 110, 130, 132, 135, 139, 144, 147, 154, 162, 165, 167, 168, 173;
- con puntuación 2: 5, 22, 23, 26, 27, 35, 50, 59, 66, 79, 91, 95, 97, 101, 129, 136, 140, 142, 156;
- con puntuación 3: 25, 43, 56, 73, 82, 113, 115, 128, 155, 171.

Escala P: Paranoide.

- con puntuación 1: 6, 12, 21, 22, 30, 39, 41, 43, 44, 55, 61, 63, 68, 75, 98, 127, 135, 138, 143, 163, 165, 171, 172;
- con puntuación 2: 15, 24, 37, 46, 80, 89, 100, 103, 123, 126, 129, 131;
- con puntuación 3: 16, 32, 38, 64, 74, 84, 85, 146, 164.

En definitiva, con este inventario clínico obtenemos puntuaciones directas que son convertidas en puntuaciones Tasa Base (TB) derivadas de la transformación de las distribuciones de valores de datos reales de prevalencia. Es decir, como señala Choca y Van Deburg (1998), son puntuaciones estandarizadas que se basan en la prevalencia del atributo o trastorno determinado dentro de la población psiquiátrica. Millon (1999) justifica la utilización de estas puntuaciones, en lugar de las puntuaciones típicas, por la prevalencia de

las diferencias entre trastornos (prevalencia en las poblaciones de pacientes a las que se les ha aplicado un inventario como el MCMI-I o el MCMI-II). Y fundamentalmente por el perfeccionamiento de la eficiencia diagnóstica de las escalas, ya que, las puntuaciones TB suponen un ajuste al punto de corte que maximiza la capacidad de clasificación correcta al tomar en consideración el efecto de la tasa base sobre la frecuencia de casos verdaderos-positivos y falsos-positivos (Choca *et al.*, 1998). Estos mismos autores definen la puntuación TB como una puntuación que indica la probabilidad que tiene un sujeto de presentar un atributo determinado y no tanto el lugar que ocupa dentro de la distribución normal.

Millon (1999) situó los puntos de corte de las puntuaciones TB en cuatro puntos distintos: una puntuación TB de 35 sería la puntuación media de la población normal o no psiquiátrica; una TB de 60 sería la puntuación media para los pacientes psiquiátricos; una puntuación TB de 75 sería el punto de corte a partir del cual se confirmaría que el sujeto presenta la característica determinada que se está midiendo, y una TB de 85 indicaría que la característica en cuestión es la más predominante en el individuo.

Para interpretar los resultados obtenidos, Millon (1999) recomienda que los diagnósticos y descripciones de la personalidad basados en las escalas 1 a 8B del MCMI-II deberían interpretarse según la forma del perfil (la más alta, la segunda más alta, *etc.*). El componente "más destacado" de una configuración de personalidad será su escala más alta (sea o no la magnitud de su TB superior a 84). Cuando se formula una descripción de la personalidad del individuo deberían considerarse sólo las escalas de personalidad con un TB de 60 o mayores. Las asignaciones diagnósticas basadas en el MCMI-II se dan generalmente cuando las puntuaciones de las escalas de personalidad son superiores a TB 70.

Por último, presenta unas propiedades psicométricas adecuadas, respecto a la fiabilidad, aún no se han obtenido índices test-retest, si bien el índice de fiabilidad α de Cronbach o consistencia interna, en el estudio realizado con población clínica ofrece unos índices bastante aceptables especialmente en las escalas *autodestructiva*, *límite*, *neurosis depresiva* y *depresión mayor*, mientras que son satisfactorios para las escalas *esquizoide*, *histriónica* y *compulsiva*. En cuanto a la validez, se consiguió que los *items* prototípicos de cada escala cumplieran los criterios básicos. Los datos de validación obtenidos en diversas

poblaciones (pacientes ambulatorios, pacientes internos, centros para drogadictos y alcohólicos) sugieren que este instrumento puede usarse con un nivel de confianza razonable en la mayoría de los contextos clínicos.

4.2.4. INSTRUMENTOS INFORMÁTICOS

Para realizar todos los análisis estadísticos hemos utilizado el paquete informático SPSS 12.0S para Windows, en su versión 12.0.1.

Para la corrección del MCMI-II utilizamos el "programa de corrección/perfil" suministrado por TEA Ediciones.

4.3. PROCEDIMIENTO

4.3.1. APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS Y OBTENCIÓN DE LOS DATOS

En el caso de las mujeres de la muestra clínica, la obtención de los datos se realizó básicamente a través de la *evaluación inicial* que anteriormente hemos comentado, siguiendo un protocolo común para todas las pacientes. Ésta se desarrolló en el transcurso de una entrevista semiestructurada individualizada con cada paciente durante tres sesiones (o cuatro, si fuese necesario según el caso) de una duración aproximada de entre 50- 60 minutos, cada una. Si bien, en la primera cita, se les explicaba los objetivos de la investigación que estábamos llevando a cabo y solicitábamos su participación en la misma. Junto a ello se procedió a firmar por ambas partes (investigador y participante) el *Consentimiento informado* (Del Río, 2005) (ver anexo VIa). En el transcurso de las mismas se utilizó el *Protocolo inicial para trastornos de la alimentación* propuesto por Fernández *et al.* (1998) ya citado. En cada sesión se les explicaba las instrucciones de los cuestionarios que en esa semana rellenaban de forma autoaplicada, resolviendo las dudas que pudieran haber surgido en la siguiente sesión. De cara a nuestros objetivos para este estudio del protocolo común hemos seleccionado el EAT, BSQ, EDI-2 y MCMI-II.

En el caso de las mujeres de la muestra comparativa, mantuvimos invariable el procedimiento para la recogida de la totalidad de la muestra comparativa, en los diferentes centros. Así, proporcionábamos la información necesaria sobre la investigación en las

diferentes clases, y solicitábamos la participación totalmente anónima de las chicas (los chicos que estaban en clase en ese momento no participaron). Los cuestionarios se pasaron en horas de tutoría.

Todos los cuestionarios e inventarios los incluimos en un *cuadernillo de preguntas y respuestas* que comprendía una transcripción literal (incluyendo las instrucciones de aplicación) de los originales que utilizamos en esta investigación. Ambos incluían las explicaciones e instrucciones necesarias, las correspondientes para cada uno de los cuestionarios y sus correspondientes hojas de respuestas, de manera que pudiera ser fácilmente autoaplicado.

En el cuadernillo de respuestas tras las instrucciones generales, se incluyeron dos documentos: el *Consentimiento informado* (ver Anexo VIb) y los *Datos demográficos* (ver anexo VII). Se les explicaba brevemente en qué consistía la investigación y se les pedía que leyesen y firmaran el *Consentimiento informado*. Entre los datos demográficos pedíamos el peso y altura actual, debido a que nos resultó imposible tallar *in situ* a cada participante por razones de tiempo, solicitamos que se pesaran y midieran en una farmacia y graparan el ticket al cuadernillo de respuestas. Todos los cuadernillos de respuestas tenían asignado un número clave identificativo para que posteriormente las participantes interesadas pudieran conocer sus resultados.

4.3.2. DISEÑO

Para conseguir los dos primeros objetivos propuestos en nuestra investigación consideramos como *variable explicativa* la pertenencia a los cinco grupos que conforman nuestra muestra, por lo tanto tiene cinco niveles: AN-R, AN-P, BN-P, GC-S, y GC-NS (en función del tipo de TCA, si presentan sintomatología de tipo alimentario y si no presentan patología conocida respectivamente), y como *variable dependiente* los diferentes *rasgos y/o trastornos de personalidad* evaluados mediante las trece subescalas del MCMI-II, con lo cual esta variable comprendería un total de trece niveles (*esquizoide, evitativa, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo/sádica, compulsiva, pasivo/agresiva, autodestructiva, esquizotípica, límite y paranoide*).

Para el tercer objetivo, cambian los niveles de la *variable dependiente*, ya que es la *sintomatología de los TCA* que presentan las mujeres de nuestra muestra, evaluada a través de las once escalas del EDI-2, con lo cual, en este caso adopta once niveles (*obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social*).

4.3.3. METODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En cuanto a los métodos de análisis estadístico, se seleccionaron las pruebas en función de los objetivos planteados, considerando la naturaleza y distribución de las variables estudiadas.

Para ello, hemos realizado los siguientes procedimientos:

1. *Estudio descriptivo* (para los objetivos específicos nº 1 y 3), con medidas tanto de *tendencia central (media y mediana)*, como de *dispersión (desviación tipo, mínimos, máximos)*, así como los *percentiles (10, 25, 75 y 90)*.
2. *ANOVA de un factor* para comparar los distintos grupos de nuestra muestra, si bien previo a esta prueba para comprobar el *supuesto de normalidad* realizamos la *prueba de Shapiro-Wilk* y para el *supuesto de homocedasticidad* utilizamos el *estadístico de Levene*. Para aquellos casos en los que existían diferencias significativas realizamos el contraste *comparaciones múltiples post hoc o a posteriori*, con el *método de Tukey* para los casos en los que asumimos varianzas iguales; y el método *Games-Howell* para aquellos casos en los que no se cumplía este supuesto. (Para los objetivos específicos nº 1 y 3).
3. *Técnicas no paramétricas para K muestras independientes* para las participantes con características clínicas de personalidad, es decir, que superaron las puntuaciones TB igual o mayores a 75. Utilizamos esta prueba al haberse reducido el número de participantes en cada grupo por debajo de $n = 30$. En concreto hemos aplicado la prueba *H de Kruskal-Wallis*, como alternativa al ANOVA de un factor. En aquellos casos en los que existían diferencias significativas, hemos utilizado la prueba *U de Mann-Whitney para dos*

muestras independientes, acompañada de la *corrección de Bonferroni* para controlar la tasa de error (Para los objetivos específicos nº 1,2 y 3).

4. *Chi-cuadrado* para efectuar las comparaciones entre proporciones de mujeres que superan determinadas puntuaciones de corte, con la *corrección de continuidad de Yates* en los casos en los que existían más del 20% de las frecuencias esperadas menores de 5. (Para el objetivo específico nº 2).

5. RESULTADOS

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Estudiar el perfil promedio de personalidad de mujeres con TCA (AN-R, AN-P y BN-P), mujeres con sintomatología de TCA (GC-S) y mujeres sin patología conocida (GC-NS). Asimismo determinar la presencia de rasgos comunes comparativamente entre todas ellas.

Los resultados del *estudio descriptivo* quedan recogidos en las tablas correspondientes a cada grupo (ver tablas nº 33 hasta la nº 37). Incluimos los descriptivos que consideramos mejor representan a nuestra muestra, es decir la *media*, la *mediana*, la *desviación tipo*, los *valores mínimos y máximos*, y los *percentiles* 10, 25, 75 y 90. Estos cálculos los hemos realizado por cada una de las subescalas del MCMI-II y por cada uno de los cinco grupos que estamos estudiando: AN-R, AN-P, BN-P, GC-S y GC-NS.

TABLA N° 33 : ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS MCMI-II: AN-R

Variables	Estadísticos								
	Media	Mediana	Desv. típ.	Mín.	Máx.	Percentiles			
						10	25	75	90
Esquizoide(1)	77,39	80,00	28,337	13	116	36,00	58,00	108,0	112,8
Fóbica (2)	69,16	76,00	27,702	9	107	25,40	49,00	93,00	101,0
Dependiente (3)	65,39	73,00	35,021	2	113	5,80	34,00	100,0	108,4
Histriónica (4)	50,77	48,00	31,873	-1	102	5,60	25,00	80,00	98,60
Narcisista (5)	56,65	51,00	30,113	8	115	20,80	29,00	85,00	99,00
Antisocial (6A)	61,77	63,00	27,439	4	110	15,80	42,00	85,00	91,40
Agresivo/Sádica (6B)	61,68	64,00	25,275	3	108	21,40	53,00	79,00	97,60
Compulsiva (7)	63,42	66,00	32,898	-8	113	15,40	36,00	89,00	108,0
Pasivo/Agresivo (8A)	65,16	69,00	28,735	5	107	23,60	44,00	95,00	103,4
Autodestructiva (8B)	66,74	73,00	30,125	5	105	14,60	51,00	97,00	102,6
Esquizotípica (S)	74,71	79,00	27,383	13	105	24,00	63,00	97,00	101,6
Límite (C)	67,90	70,00	23,693	11	99	32,40	51,00	91,00	95,00
Paranoide (P)	68,35	79,00	27,411	9	108	33,20	47,00	91,00	98,00

TABLA N° 34: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS MCMI-II: AN-P

Variables	Estadísticos								
	Media	Mediana	Desv. típ.	Mín.	Máx.	Percentiles			
						10	25	75	90
Esquizoide(1)	75,10	83,00	28,793	19	110	26,20	51,00	104,00	108,80
Fóbica (2)	72,00	72,00	28,029	20	110	33,40	44,00	100,00	107,00
Dependiente (3)	62,16	59,00	30,128	0	102	19,00	42,00	93,00	100,80
Histriónica (4)	55,39	52,00	34,622	-3	113	8,40	25,00	86,00	104,60
Narcisista (5)	55,84	60,00	32,279	3	110	13,20	29,00	80,00	104,20
Antisocial (6A)	61,10	60,00	28,815	11	108	14,00	43,00	89,00	101,80
Agresivo/Sádica (6B)	68,45	72,00	24,540	8	107	28,80	52,00	87,00	96,40
Compulsiva (7)	74,48	81,00	32,107	2	115	19,60	54,00	103,00	109,60
Pasivo/Agresivo (8A)	70,26	77,00	24,372	3	99	36,20	49,00	93,00	95,00
Autodestructiva (8B)	74,74	82,00	21,582	34	108	44,00	52,00	92,00	103,00
Esquizotípica (S)	74,23	80,00	25,087	17	114	34,00	53,00	95,00	104,00
Límite (C)	74,23	81,00	20,739	37	106	41,60	53,00	90,00	100,40
Paranoide (P)	65,58	66,00	26,278	8	114	25,20	53,00	85,00	97,80

TABLA N° 35: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS MCMI-II: BN-P

Estadísticos									
	Media	Mediana	Desv. típ.	Mín.	Máx.	Percentiles			
						10	25	75	90
Esquizoide(1)	57,74	55,00	29,197	5	113	28,00	33,00	78,00	107,20
Fóbica (2)	59,00	61,00	27,754	3	101	22,80	33,00	81,00	95,80
Dependiente (3)	48,84	42,00	33,433	0	113	5,20	23,00	70,00	103,40
Histriónica (4)	66,84	59,00	35,892	-1	115	23,40	37,00	105	110,60
Narcisista (5)	71,81	81,00	31,958	0	110	15,00	51,00	98,00	107,20
Antisocial (6A)	79,55	83,00	22,627	3	108	45,80	68,00	95,00	105,60
Agresivo/Sádica (6B)	67,68	70,00	33,082	4	113	14,80	47,00	96,00	105,80
Compulsiva (7)	48,00	47,00	25,946	13	106	16,00	23,00	63,00	91,60
Pasivo/Agresivo (8A)	68,90	72,00	27,669	9	109	21,20	55,00	91,00	105,00
Autodestructiva (8B)	62,10	66,00	26,904	11	105	19,60	42,00	88,00	96,60
Esquizotípica (S)	65,32	68,00	26,439	13	107	24,20	52,00	85,00	97,00
Límite (C)	75,45	81,00	23,229	15	114	29,40	73,00	89,00	95,40
Paranoide (P)	57,45	48,00	32,205	1	117	22,20	30,00	88,00	102,60

TABLA N° 36: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS MCMI-II: GC-S

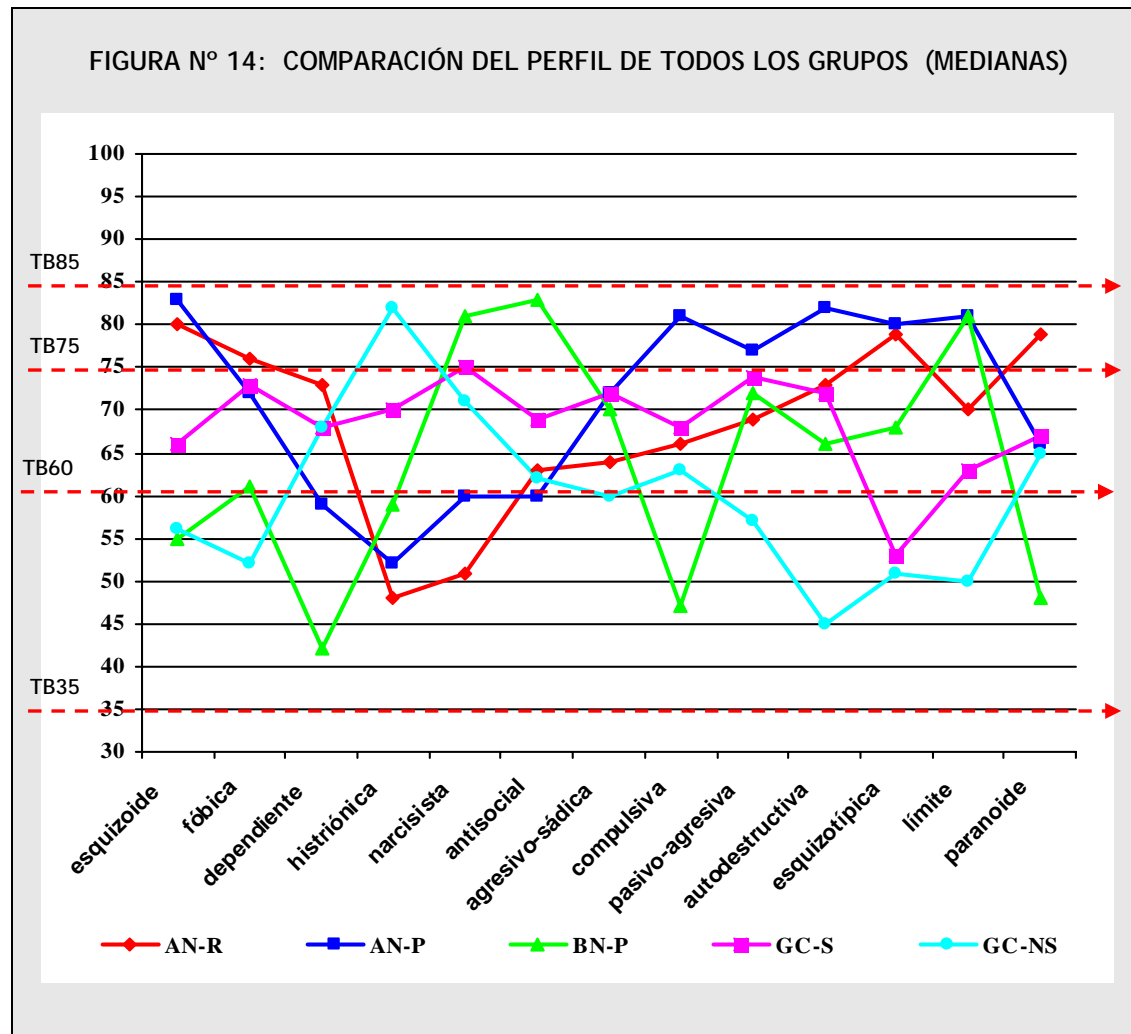
Estadísticos									
	Media	Mediana	Desv. típ.	Mín.	Máx.	Percentiles			
						10	25	75	90
Esquizoide(1)	65,71	66,00	8,798	47	87	49,60	61,00	71,00	77,20
Fóbica (2)	72,06	73,00	16,943	21	101	49,00	69,00	78,00	98,00
Dependiente (3)	61,74	68,00	25,722	-2	87	6,80	62,00	81,00	84,80
Histriónica (4)	71,06	70,00	17,544	28	112	48,00	59,00	81,00	92,00
Narcisista (5)	70,26	75,00	20,959	0	112	41,60	68,00	78,00	86,40
Antisocial (6A)	68,84	69,00	11,370	47	112	57,00	64,00	73,00	78,00
Agresivo/Sádica (6B)	67,68	72,00	18,925	24	112	38,40	60,00	76,00	88,80
Compulsiva (7)	65,29	68,00	18,250	21	94	41,60	50,00	82,00	90,60
Pasivo/Agresivo (8A)	74,87	74,00	20,281	32	119	48,00	63,00	84,00	108,8
Autodestructiva (8B)	66,32	72,00	16,628	20	87	32,00	66,00	77,00	81,00
Esquizotípica (S)	53,84	53,00	9,785	27	71	43,20	47,00	61,00	67,60
Límite (C)	62,55	63,00	8,567	45	78	47,40	57,00	69,00	73,00
Paranoide (P)	66,10	67,00	12,784	31	106	57,00	61,00	69,00	77,60

TABLA N° 37: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS MCMI-II: GC-NS

	Estadísticos								
	Media	Mediana	Desv. típ.	Mín.	Máx.	Percentiles			
						10	25	75	90
Esquizoide(1)	46,74	56,00	24,334	0	74	,00	41,00	64,00	69,60
Fóbica (2)	51,35	52,00	22,828	0	94	7,80	43,00	68,00	73,60
Dependiente (3)	58,19	68,00	26,362	0	101	12,40	39,00	75,00	87,40
Histriónica (4)	75,10	82,00	18,759	17	94	41,00	69,00	89,00	91,80
Narcisista (5)	62,77	71,00	24,586	4	112	24,40	47,00	78,00	85,80
Antisocial (6A)	58,97	62,00	15,810	22	105	34,40	56,00	66,00	72,80
Agresivo/Sádica (6B)	57,65	60,00	23,077	16	115	23,00	41,00	76,00	83,20
Compulsiva (7)	62,77	63,00	18,393	20	94	37,60	50,00	71,00	91,00
Pasivo/Agresivo (8A)	53,65	57,00	25,034	6	107	16,00	34,00	73,00	84,60
Autodestructiva (8B)	46,58	45,00	20,861	2	86	20,00	30,00	64,00	73,60
Esquizotípica (S)	47,81	51,00	13,881	10	71	23,20	46,00	55,00	62,80
Límite (C)	48,23	50,00	17,161	10	72	12,40	43,00	62,00	67,80
Paranoide (P)	58,42	65,00	15,832	12	89	38,20	45,00	69,00	69,00

Asimismo, hemos realizado una representación gráfica comparativa de las puntuaciones *medias* obtenidas en cada caso en una sola gráfica (ver figura n° 14). Utilizamos el valor de la *mediana* en lugar del de la *media* debido a que nuestra muestra presenta una distribución asimétrica en casi todos los niveles de la variable de personalidad, con lo cual la media puede distorsionar el perfil, mientras que con la mediana esto no ocurre, al ser un estadístico más robusto frente a la asimetría.

Hemos seguido las recomendaciones ofrecidas por Millon (1999) y por Craig (1999) para la interpretación de los resultados del MCMI-II. Millon (1999) recomienda para la descripción de la personalidad interpretar según la forma del perfil obtenido: la escala más alta, la segunda más alta, etc., siendo el componente más destacado de un perfil, por tanto, su escala más alta, independientemente de que la magnitud de su TB sea superior a 84 o no. Si bien, recomienda para formular una descripción de la personalidad del individuo sólo considerar las TB de 60 o mayores. Por otra parte, las diferentes TB relevantes para la interpretación de los resultados, según estos autores son:



- TB mayor ó igual a 85: presencia de *trastornos de personalidad* a nivel diagnóstico.
- TB mayor ó igual a 75 y menor de 85: presencia de *rasgos y conductas clínicas* que definen ese trastorno de personalidad pero no necesariamente a un nivel diagnóstico.
- TB mayor ó igual a 60: presencia de *características de ese síndrome de personalidad* a un nivel clínico.

- TB mayor ó igual a 60: representa la puntuación de la mediana en todos los pacientes.
- TB mayor ó igual a 35: puntuación media que se corresponde con los sujetos no clínicos.

En definitiva, podemos observar un perfil de personalidad diferente y característico de cada grupo. Así, en función de las puntuaciones medianas de las escalas más elevadas hasta las menos elevadas (hemos encorchetado y puesto en cursiva las puntuaciones TB menores de 60) nos encontramos los siguientes perfiles en las trece escalas de personalidad (las diez básicas y las tres de trastornos de personalidad patológica):

El Grupo AN-R tiene el siguiente perfil de personalidad:

Esquizoide (80) - esquizotípica (79) - paranoide (79) - fóbica (76) - dependiente (73) - autodestructiva (73) - límite (70) - pasivo/agresiva (69) - compulsiva (66) - agresivo-sádica (64) - antisocial (63) - [*narcisista (51) - histriónica (48)*]

El Grupo AN-P:

Esquizoide (83) - autodestructiva (82) - compulsiva (81) - límite (81) - esquizotípica (80) - pasivo/agresiva (77) - fóbica (72) - agresivo-sádica (72) - paranoide (66) - narcisista (60) - antisocial (60) - [*dependiente (59) - histriónica (52)*]

El Grupo BN-P:

Antisocial (83) - límite (81) - narcisista (81) - pasivo/agresiva (72) - agresivo-sádica (70) - esquizotípica (68) - autodestructiva (66) - fóbica (61) - [*histriónica (59) - esquizoide (55) - paranoide (48) - compulsiva (47) - dependiente (42)*]

El Grupo GC-S:

Narcisista (75) - Pasivo/agresiva (74) - fóbica (73) - agresivo-sádica (72) - autodestructiva (72) - histriónica (70) - antisocial (69) - dependiente (68) - compulsiva (68) - paranoide (67) - esquizoide (66) - límite (63) - [*esquizotípica (53)*]

El Grupo GC-NS:

Histriónica (82) - narcisista (71) - dependiente (68) - paranoide (65) - compulsiva (63) - antisocial (62) - agresivo-sádica (60) - [pasivo/ agresiva (57) - fóbica (52) - límite (50) - esquizotípica (51) - autodestructiva (45)]

A continuación, para comprobar la significación estadística de todas estas comparaciones, realizamos distintos análisis estadísticos, los más adecuados en función del comportamiento de los datos en cuanto a los *supuestos de normalidad y homocedasticidad u homogeneidad de varianzas*. Para el *supuesto de normalidad* realizamos la *prueba de Shapiro-Wilk*, ya que cada grupo tenía menos de 50 participantes (ver los resultados en la tabla nº 38). Y para el *supuesto de homocedasticidad* utilizamos el *estadístico de Levene* (ver los resultados en la tabla nº 39).

TABLA N° 38: PRUEBA DE NORMALIDAD. PERFILES DE PERSONALIDAD (1)

Pruebas de normalidad				
	Grupos	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Esquizoide (1)	AN-R	,949	31	,149
	AN-P	,914	31	,016
	BN-P	,963	31	,348
	GC-S	,954	31	,197
	GC-NS	,785	31	,000
Fóbica o Evitativa (2)	AN-R	,936	31	,063
	AN-P	,927	31	,037
	BN-P	,959	31	,281
	GC-S	,857	31	,001
	GC-NS	,928	31	,039
Dependiente (3)	AN-R	,929	31	,042
	AN-P	,940	31	,082
	BN-P	,941	31	,086
	GC-S	,778	31	,000
	GC-NS	,916	31	,018
Histriónica (4)	AN-R	,944	31	,109
	AN-P	,956	31	,233
	BN-P	,893	31	,005
	GC-S	,992	31	,996
	GC-NS	,822	31	,000
Narcisista (5)	AN-R	,953	31	,193
	AN-P	,945	31	,113
	BN-P	,908	31	,012
	GC-S	,863	31	,001
	GC-NS	,912	31	,015
Antisocial (6A)	AN-R	,956	31	,229
	AN-P	,946	31	,124
	BN-P	,877	31	,002
	GC-S	,853	31	,001
	GC-NS	,905	31	,010
Agresivo/Sádica (6B)	AN-R	,953	31	,184
	AN-P	,958	31	,265
	BN-P	,930	31	,043
	GC-S	,936	31	,064
	GC-NS	,959	31	,267

TABLA N° 38: PRUEBA DE NORMALIDAD. PERFILES DE PERSONALIDAD (y 2)

Pruebas de normalidad				
	Grupos	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Compulsiva (7)	AN-R	,966	31	,421
	AN-P	,926	31	,035
	BN-P	,939	31	,079
	GC-S	,972	31	,584
	GC-NS	,948	31	,135
Pasivo/Agresivo (8A)	AN-R	,957	31	,241
	AN-P	,903	31	,009
	BN-P	,945	31	,117
	GC-S	,963	31	,347
	GC-NS	,975	31	,664
Autodestructiva (8B)	AN-R	,929	31	,042
	AN-P	,940	31	,085
	BN-P	,958	31	,250
	GC-S	,820	31	,000
	GC-NS	,979	31	,776
Esquizotípica (S)	AN-R	,873	31	,002
	AN-P	,960	31	,288
	BN-P	,935	31	,060
	GC-S	,970	31	,510
	GC-NS	,834	31	,000
Límite (C)	AN-R	,941	31	,087
	AN-P	,927	31	,037
	BN-P	,863	31	,001
	GC-S	,967	31	,442
	GC-NS	,896	31	,006
Paranoide (P)	AN-R	,931	31	,047
	AN-P	,980	31	,804
	BN-P	,951	31	,163
	GC-S	,801	31	,000
	GC-NS	,903	31	,009

En función de los resultados obtenidos en las dos pruebas anteriores (ver datos resaltados en negrita), hemos escogido las técnicas apropiadas para comparar los distintos grupos en los niveles de las VD. Por tanto, hemos utilizado la prueba *ANOVA de un factor* (la prueba *Sheffé* para las comparaciones *post-hoc*), en la escala *pasivo/agresiva*, ya que,

TABLA N° 39: PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA VARIANZA. PERFILES DE PERSONALIDAD

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Esquizoide (1)	8,800	4	150	,000
Fóbica o Evitativa (2)	5,055	4	150	,001
Dependiente (3)	2,518	4	150	,044
Histriónica (4)	12,636	4	150	,000
Narcisista (5)	4,459	4	150	,002
Antisocial (6A)	7,504	4	150	,000
Agresivo/Sádica (6B)	3,288	4	150	,013
Compulsiva (7)	5,656	4	150	,000
Pasivo/Agresivo (8A)	1,425	4	150	,229
Autodestructiva (8B)	4,605	4	150	,002
Esquizotípica (S)	9,049	4	150	,000
Límite (C)	5,780	4	150	,000
Paranoide (P)	13,312	4	150	,000

excepto en esta escala, en las demás debemos rechazar la hipótesis de igualdad de varianzas (con un nivel crítico o de significación $p = 0,229$) (ver tabla n° 39). Para el resto de escalas hemos aplicado *Kruskal-Wallis*, para las comparaciones globales, y la *U de Mann-Whitney* para las comparaciones a pares de los grupos.

Los resultados del ANOVA de un factor (alfa = 0,01 y alfa = 0,05; 4 grados de libertad *intergrupo* y 150 *intragrupa*) afirman que en la escala de personalidad *pasiva-agresiva*, los grupos comparados difieren en cuanto a las medias muestrales ($F = 3,090$; $p = 0,018$). En cuanto al resto de las escalas, según los resultados de la prueba de *Kruskal-Wallis* los grupos no difieren en las escalas *dependiente*, *agresivo-sádica* y *paranoide* (ver tabla n° 40, resaltado en negrita).

TABLA Nº 40: COMPARACIONES GLOBALES. PRUEBA DE KRUSKAL-WALLIS. PERFILES DE PERSONALIDAD

Estadísticos de contraste ^{a,b}			
	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Esquizoide (1)	25,660	4	,000
Fóbica o Evitativa (2)	16,886	4	,002
Dependiente (3)	5,847	4	,211
Histriónica (4)	12,654	4	,013
Narcisista (5)	9,228	4	,056
Antisocial (6A)	21,456	4	,000
Agresivo/Sádica (6B)	5,312	4	,257
Compulsiva (7)	16,442	4	,002
Autodestructiva (8B)	21,459	4	,000
Esquizotípica (S)	38,193	4	,000
Límite (C)	36,577	4	,000
Paranoide (P)	5,058	4	,281

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Grupos

Los resultados del contraste de las comparaciones múltiples *post hoc* lo hemos realizado con todos los niveles de la VD en los que se diferenciaron significativamente. Hemos resumido los resultados de las pruebas aplicadas, según el caso, en la tabla nº 41. Entre paréntesis hemos indicado el sentido de las diferencias en cada grupo (2) = puntuaciones más elevadas, (1) = puntuaciones más bajas. Se han considerado contrastes significativos aquellos con alfa < 0,05 (excepto la significación marginal de 0,051 entre los grupos AN-P y BN-P en la escala *narcisista*), la probabilidad exacta es la que aparece en las casillas.

TABLA Nº 41: COMPARACIONES POR GRUPOS. PRUEBA DE MANN WITNEY. PERFILES DE PERSONALIDAD

ESCALAS (MCMII-II)	GRUPOS	alfa = 0,05
ESQUIZOIDE	AN-R (2) / BN-P (1)	0,009
	AN-R (2) / GC-S (1)	0,032
	AN-R (2) / GC-NS (1)	0,000
	AN-P (2) / BN-P (1)	0,028
	AN-P (2) / GC-NS (1)	0,001
	GC-S (2) / GC-NS (1)	0,000

	FÓBICA	AN-R (2) / GC-NS (1) AN-P (2) / GC-NS (1) BN-P (1)/ GC-S (2) GC-S (2) / GC-NS (1)	0,007 0,009 0,035 0,000
	HISTRIÓNICA	AN-R (1) / BN-P (2) AN-R (1) / GC-S (2) AN-R (1)/ GC-NS (2) AN-P (1)/ GC-NS (2)	0,043 0,012 0,003 0,029
	NARCISISTA	AN-R (1) / BN-P (2) AN-R (1) / GC-S (2) AN-P (1)/ BN-P (2) AN-P (1) / GC-S (2)	0,038 0,045 0,051 0,036
	ANTISOCIAL	AN-R (1) / BN-P (2) AN-P (1)/ BN-P (2) BN-P (2) / GC-S (1) BN-(2) / GC-NS (1) GC-S (2) / GC-NS (1)	0,007 0,012 0,001 0,000 0,002
	COMPULSIVA	AN-R (2) / BN-P (1) AN-P (2) / BN-P (1) AN-P (2) / GC-NS (1) BN-P (1) / GC-S (2) BN-P (1)/ GC-NS (2)	0,042 0,001 0,046 0,002 0,004
	PASIVO-AGRESIVA	AN-P (2) / GC-NS (1) BN-P (2) / GC-NS (1) GC-S (2) / GC-NS (1)	0,010 0,019 0,001
	AUTODESTRUCTIVA	AN-R (2) / GC-NS (1) AN-P (2) / GC-NS (1) BN-P (2) / GC-NS (1) GC-S (2) / GC-NS (1)	0,004 0,000 0,021 0,000
	ESQUIZOTÍPICA	AN-R (2) / GC-S (1) AN-R (2) / GC-NS (1) AN-P (2) / GC-S (1) AN-P (2) / GC-NS (1) BN-P (2) / GC-S (1) BN-P (2) / GC-NS (1)	0,000 0,000 0,000 0,000 0,005 0,000
	LÍMITE	AN-R (2) / GC-NS (1) AN-P (2) / GC-S (1) AN-P (2) / GC-NS (1) BN-P (2) / GC-S (1) BN-P (2) / GC-NS (1) GC-S (2) / GC-NS (1)	0,000 0,015 0,000 0,000 0,000 0,000

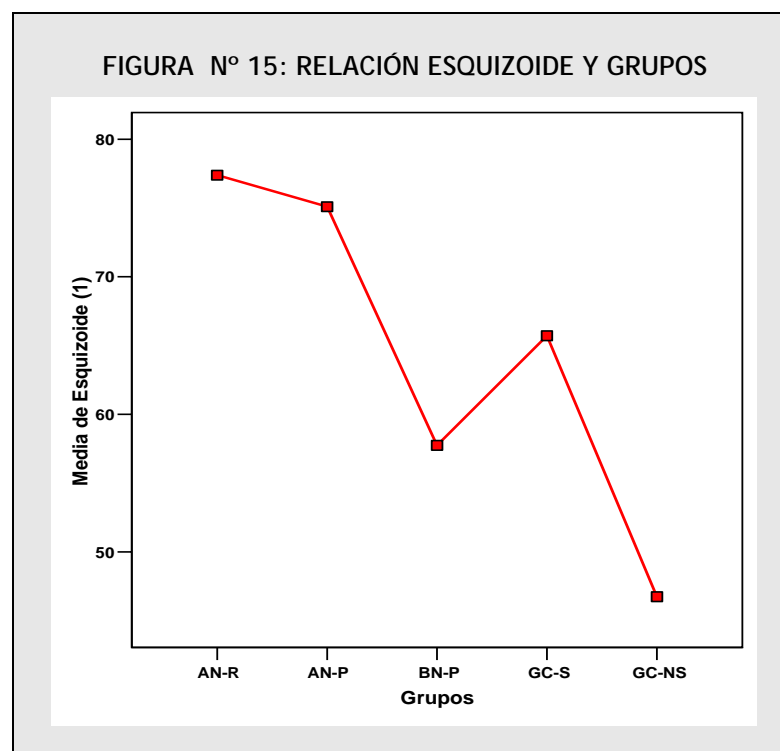
Entre paréntesis se indica el sentido de la relación 1= puntuaciones más bajas, 2= puntuaciones más elevadas

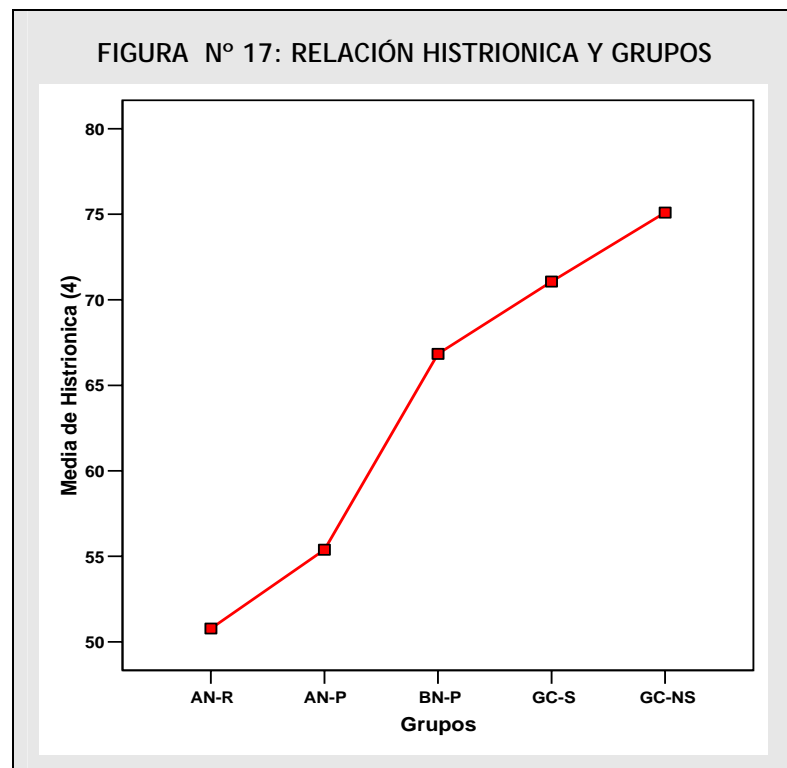
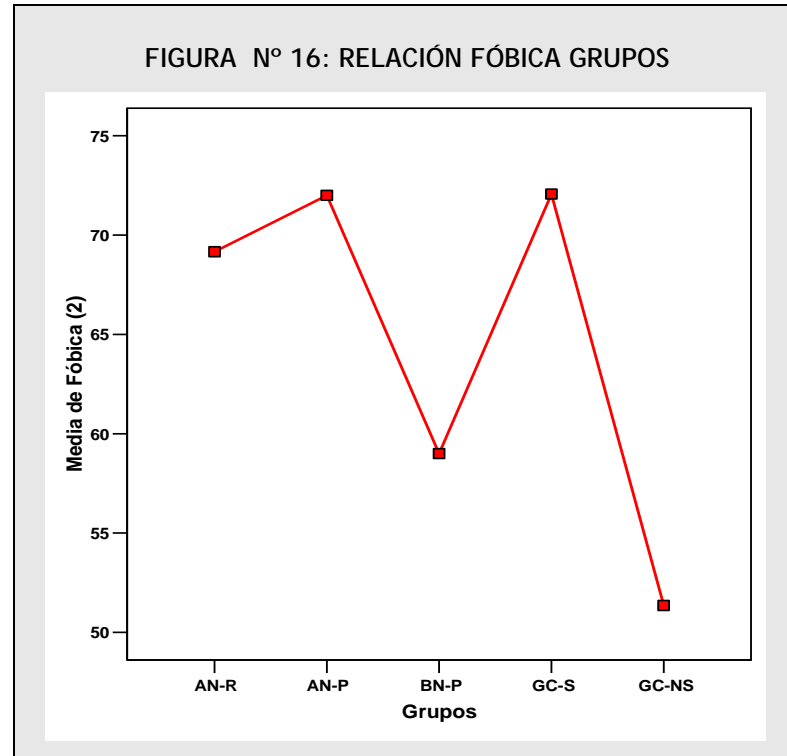
En definitiva, los resultados indican que los grupos comparados difieren significativamente de la siguiente manera:

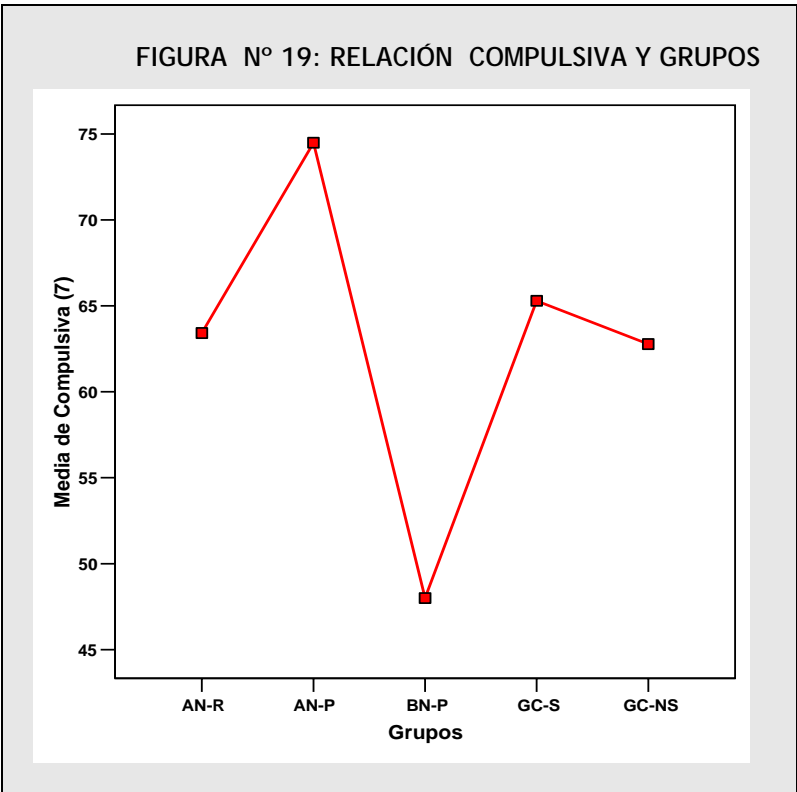
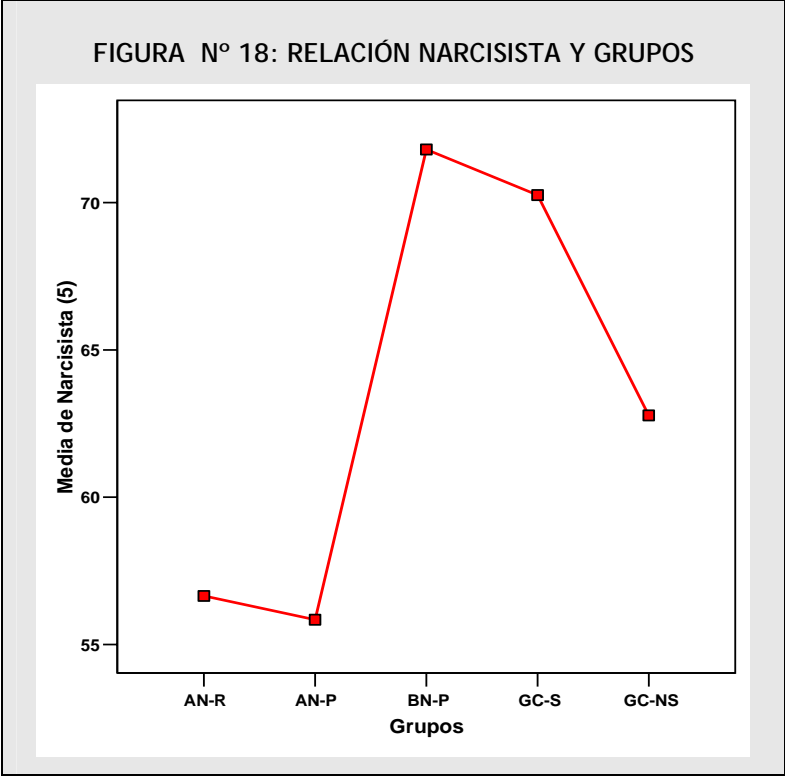
- Los grupos AN-R y AN-P, no se diferenciaron significativamente en ninguna escala de personalidad.
- El grupo AN-R se diferenció significativamente del grupo BN-P, por presentar puntuaciones más elevadas, en las escalas *esquizoide* y *compulsiva*; y puntuaciones inferiores en las escalas *histriónica*, *narcisista* y *antisocial*.
- Las mujeres del grupo con AN-R se diferenciaron significativamente de las mujeres en riesgo de TCA (GC-S) por sus elevadas puntuaciones en las escalas *esquizoide* y *esquizotípica*; y por puntuaciones más bajas en las escalas *histriónica* y *narcisista*.
- El grupo AN-R se diferenció del grupo sin patología conocida (GC-NS) por sus elevadas puntuaciones en las escalas *esquizoide*, *fóbica*, *autodestructiva*, *esquizotípica* y *límite*; y por puntuaciones más bajas en la escala *histriónica*.
- El grupo AN-P obtuvo puntuaciones más elevadas significativamente que el grupo BN-P en las escalas *esquizoide* y *compulsiva*; mientras que obtuvo puntuaciones inferiores en las escalas *narcisista* y *antisocial*.
- Las mujeres con AN-P, respecto a las mujeres en riesgo (GC-S), se diferenciaron significativamente por sus elevadas puntuaciones en las escalas *esquizoide*, *esquizotípica* y *límite*; y por sus bajas puntuaciones en la escala *narcisista*.
- El grupo AN-P se diferenció significativamente del grupo sin patología conocida (GC-NS) por puntuaciones más elevadas en las escalas *esquizoide*, *fóbica*, *compulsiva*, *pasivo-agresiva*, *autodestructiva*, *esquizotípica* y *límite*; y por puntuaciones más bajas en la escala *histriónica*.

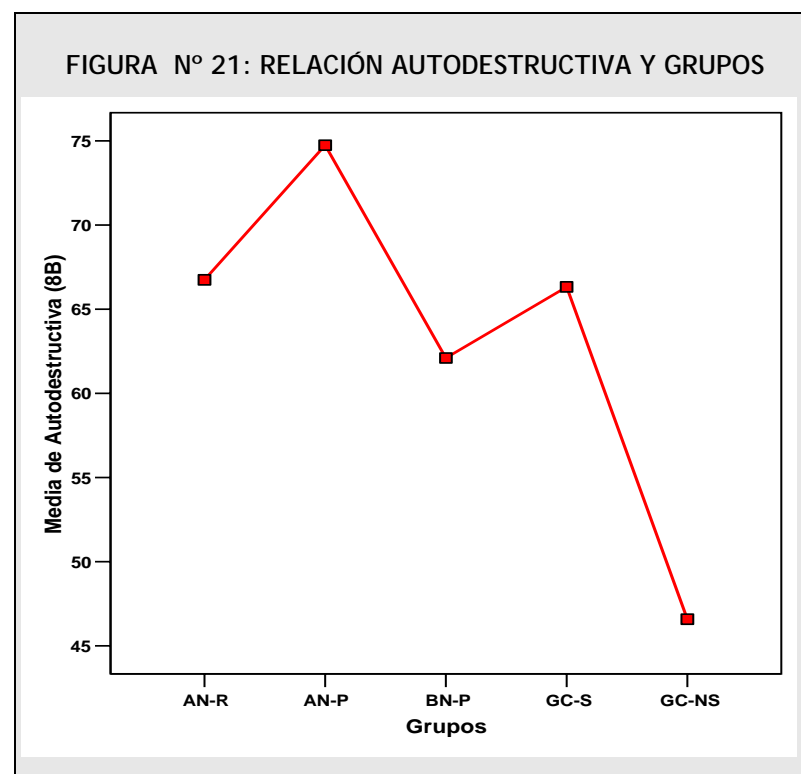
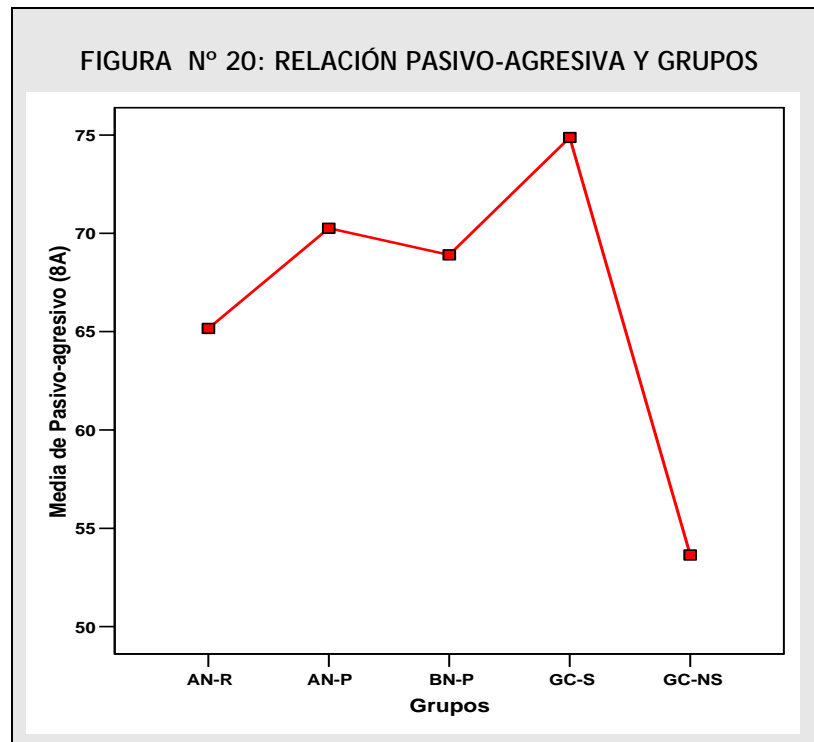
- El grupo BN-P se diferenció significativamente del grupo en riesgo de TCA (GC-S) por presentar puntuaciones más elevadas en las escalas *antisocial*, *esquizotípica* y *límite*; y puntuaciones inferiores en las escalas *fóbica* y *compulsiva*.
- Las mujeres del grupo con BN-P se diferenciaron significativamente de las mujeres sin patología conocida (GC-NS) por sus elevadas puntuaciones en las escalas *antisocial*, *pasivo-agresiva*, *autodestructiva*, *esquizotípica* y *límite*; y por puntuaciones más bajas en la escala *compulsiva*.
- El grupo en riesgo de TCA (GC-S) se diferenció del grupo sin patología conocida (GC-NS) por sus elevadas puntuaciones en las escalas *esquizoide*, *fóbica o evitativa*, *antisocial*, *pasivo-agresiva*, *autodestructiva* y *límite*.

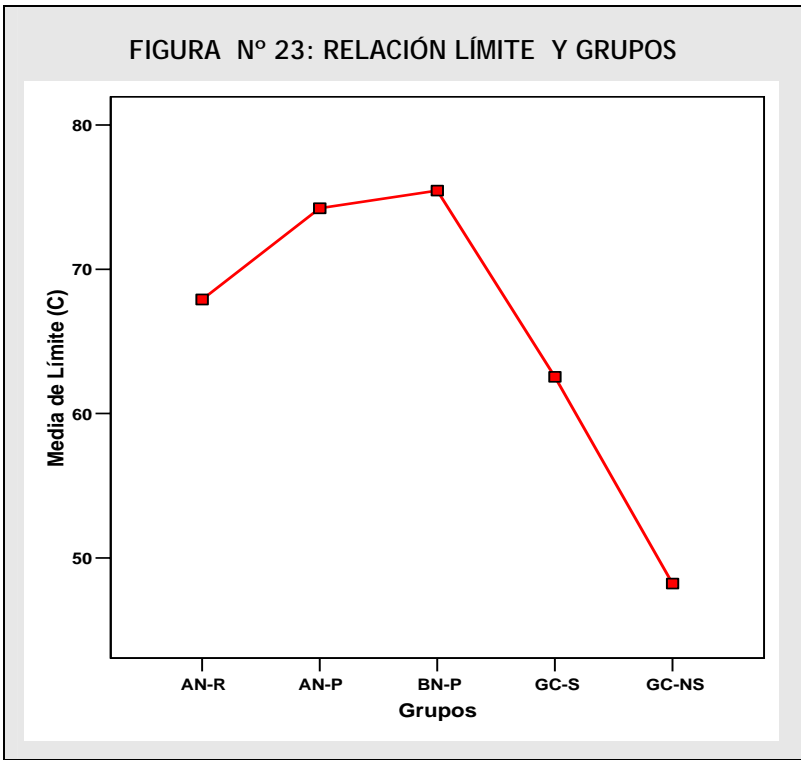
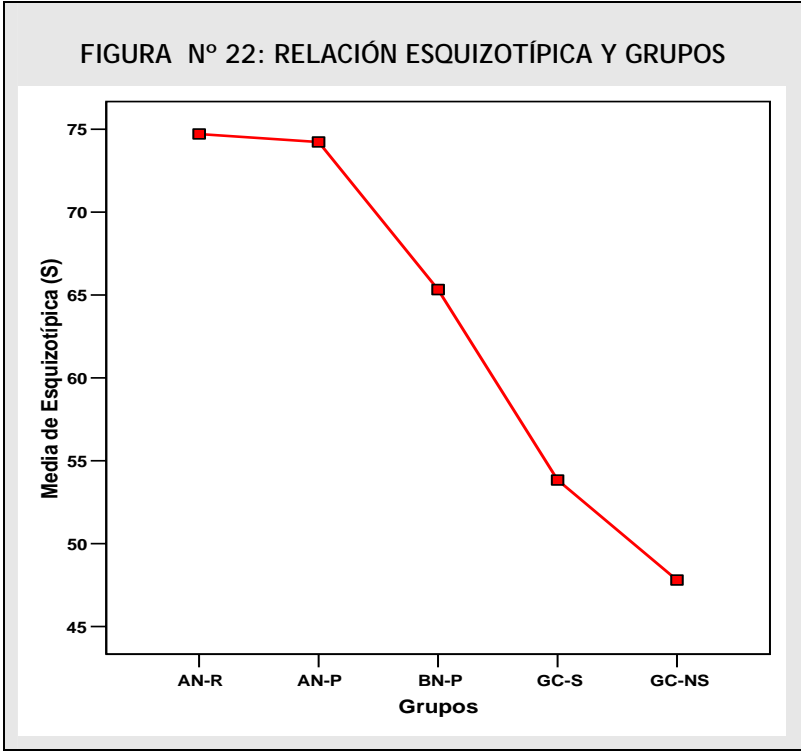
Podemos observar la forma que adopta la relación entre cada una de las escalas significativas y la variable *grupos* en las figuras nº 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24.











Resumiendo, podemos observar en los resultados obtenidos que las participantes con AN-R y AN-P obtuvieron un patrón de personalidad en cierta medida homogéneo ya que no presentaron diferencias significativas entre ellas. Sin embargo, ambos grupos se mostraron con un estilo de personalidad más *esquizoide y compulsivo*, que las mujeres con BN-P, si bien menos *histriónico* (sólo las mujeres con AN-R), *narcisista y antisocial*.

Por otra parte, las mujeres en riesgo de TCA (GC-S), presentaron, en general, un perfil intermedio entre las mujeres con TCA y las mujeres del grupo CG-NS. Es interesante destacar las semejanzas halladas con respecto a los grupos AN-R y AN-P en la escala *fóbica*, o con respecto a los tres grupos con TCA en la escala *pasivo-agresiva*; y por otra parte, con respecto al grupo sin patología conocida (GC-NS) en la escala *histriónica*.

Finalmente, al comparar a las participantes de los grupos TCA con las del grupo sin patología conocida (GC-NS), comprobamos que los perfiles son, en general, más bajos; si bien observamos dos puntos extremos a resaltar: uno se encuentra en la escala *histriónica*, en la que alcanzaron puntuaciones más elevadas que el resto de la muestra (con diferencias significativas con los dos grupos de AN, y sin significación estadística con BN-P y GC-S). Y, en el sentido opuesto se encuentra el segundo punto extremo, en la escala *autodestructiva*, que puntuaron significativamente más bajo que los otros cuatro grupos.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Estudiar la comorbilidad de los TP en las participantes de los cinco grupos.

Subobjetivos:

- 2.1. Obtener el perfil promedio de personalidad que presenten todas las participantes de nuestra investigación, en cuanto a *características clínicas de ese síndrome de personalidad* a nivel clínico en las escalas del MCMI-II.
- 2.2. Calcular la **proporción de mujeres** que en cada grupo presentan *características de ese síndrome de personalidad* a un nivel clínico en las diferentes escalas del MCMI-II, distinguiendo entre aquellas que presentan *rasgos y conductas* clínicas de las que presentan *trastornos de personalidad* a nivel diagnóstico.
- 2.3. Considerar el **tipo y número** tanto de *rasgos y conductas clínicas* como de *trastornos de personalidad* a nivel diagnóstico, presentes en todas y cada una de las participantes de nuestra muestra.

En el subobjetivo número 2.1., se ha procedido, en primer lugar, al análisis descriptivo de cada una de las escalas por cada grupo, hemos incluido aquellos descriptivos que consideramos caracterizan mejor a la muestra, es decir la *media*, la *mediana*, la *desviación tipo*, y los *valores mínimos y máximos*. También hemos incluido el dato correspondiente a "N válidos" (número de mujeres que presentan TB mayores o iguales a 75), así como "N perdidos" (aquellas que no superan dicha TB) (ver tablas nº 42 hasta la nº 46).

TABLA N° 42: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS MCMII-II PARA TB> ó = 75: AN-R

Estadísticos							
	N		Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
	Válidos	Perdidos					
Esquizoide(1)	18	13	97,2222	96,0000	14,28514	75,00	116,00
Fóbica (2)	16	15	91,5000	90,0000	9,50789	76,00	107,00
Dependiente (3)	14	17	97,2143	102,0000	12,06507	78,00	113,00
Histrionica (4)	9	22	90,0000	88,0000	9,61769	76,00	102,00
Narcisista (5)	10	21	93,0000	95,0000	11,96291	75,00	115,00
Antisocial (6A)	11	20	89,0000	87,0000	8,68332	78,00	110,00
Agresivo/Sádica (6B)	9	22	89,3333	88,0000	11,57584	76,00	108,00
Compulsiva (7)	13	18	94,7692	89,0000	13,33013	76,00	113,00
Pasivo/Agresivo (8A)	10	21	96,8000	98,0000	9,51957	77,00	107,00
Autodestructiva (8B)	15	16	92,2000	97,0000	10,98831	75,00	105,00
Esquizotípica (S)	19	12	92,4737	93,0000	9,10048	77,00	105,00
Límite (C)	14	17	88,5000	91,5000	8,22520	76,00	99,00
Paranoide (P)	17	14	90,3529	91,0000	9,12374	76,00	108,00

TABLA N° 43: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS MCMII-II PARA TB> ó = 75: AN-P

Estadísticos							
	N		Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
	Válidos	Perdidos					
Esquizoide(1)	18	13	96,1667	96,5000	11,54658	77,00	110,00
Fóbica (2)	15	16	97,0667	100,0000	10,48446	79,00	110,00
Dependiente (3)	12	19	93,5000	96,5000	8,64975	77,00	102,00
Histrionica (4)	11	20	93,5455	92,0000	11,94457	78,00	113,00
Narcisista (5)	9	22	95,3333	97,0000	11,92686	77,00	110,00
Antisocial (6A)	9	22	96,7778	96,0000	6,99603	89,00	108,00
Agresivo/Sádica (6B)	15	16	88,2667	87,0000	9,64711	75,00	107,00
Compulsiva (7)	16	15	100,1250	103,0000	11,20640	81,00	115,00
Pasivo/Agresivo (8A)	16	15	90,1250	92,5000	6,81053	77,00	99,00
Autodestructiva (8B)	16	15	92,8125	90,5000	8,31239	82,00	108,00
Esquizotípica (S)	16	15	94,5000	91,0000	10,63955	80,00	114,00
Límite (C)	17	14	90,8824	90,0000	7,53228	78,00	106,00
Paranoide (P)	12	19	91,0833	92,0000	12,12404	75,00	114,00

TABLA N° 44: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS MCMI-II PARA TB> ó = 75: BN-P

	N		Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
	Válidos	Perdidos					
	Esquizoide(1)	10					
Fóbica (2)	10	21	89,9000	92,5000	8,91254	78,00	101,00
Dependiente (3)	7	24	99,0000	97,0000	10,01665	88,00	113,00
Histriónica (4)	13	18	104,9231	107,0000	7,33100	86,00	115,00
Narcisista (5)	17	14	96,0588	98,0000	9,74340	80,00	110,00
Antisocial (6A)	21	10	91,6667	88,0000	8,94054	81,00	108,00
Agresivo/Sádica (6B)	14	17	97,5714	97,5000	10,09733	75,00	113,00
Compulsiva (7)	5	26	93,4000	93,0000	9,39681	83,00	106,00
Pasivo/Agresivo (8A)	14	17	91,8571	93,5000	11,89607	75,00	109,00
Autodestructiva (8B)	12	19	89,2500	89,5000	8,86387	76,00	105,00
Esquizotípica (S)	12	19	90,0000	89,5000	9,32250	76,00	107,00
Límite (C)	23	8	86,4348	83,0000	9,91705	75,00	114,00
Paranoide (P)	11	20	94,4545	92,0000	12,62825	77,00	117,00

TABLA N° 45: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS MCMI-II PARA TB> ó = 75: GC-S

	N		Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
	Válidos	Perdidos					
	Esquizoide(1)	3					
Fóbica (2)	12	19	85,0833	80,0000	10,52666	75,00	101,00
Dependiente (3)	10	21	82,6000	84,0000	4,35125	75,00	87,00
Histriónica (4)	14	17	85,9286	82,5000	10,16377	75,00	112,00
Narcisista (5)	17	14	82,5882	78,0000	11,57075	75,00	112,00
Antisocial (6A)	7	24	82,2857	78,0000	13,14933	76,00	112,00
Agresivo/Sádica (6B)	12	19	83,2500	79,5000	11,04639	75,00	112,00
Compulsiva (7)	10	21	85,9000	87,0000	6,02679	76,00	94,00
Pasivo/Agresivo (8A)	15	16	90,2000	84,0000	14,52190	76,00	119,00
Autodestructiva (8B)	13	18	78,3846	78,0000	3,68643	75,00	87,00
Esquizotípica (S)	0	31					
Límite (C)	1	30	78,0000	78,0000		78,00	78,00
Paranoide (P)	3	28	91,0000	88,0000	13,74773	79,00	106,00

TABLA N° 46: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS MCMI-II PARA TB> ó = 75: GC-NS

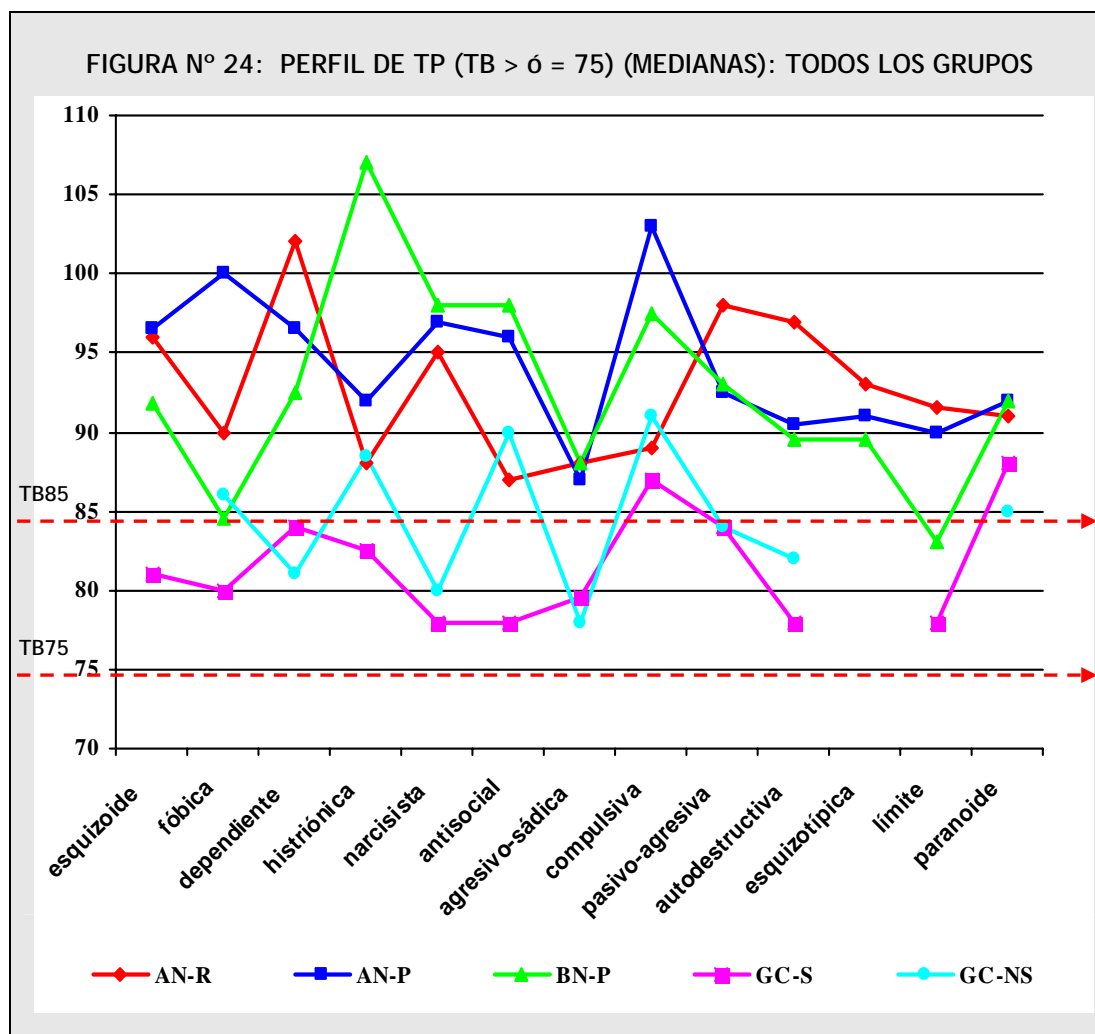
Estadísticos							
	N		Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
	Válidos	Perdidos					
Esquizoide(1)	0	31					
Fóbica (2)	2	29	86,0000	86,0000	11,31371	78,00	94,00
Dependiente (3)	9	22	83,3333	81,0000	9,13783	75,00	101,00
Histrionica (4)	18	13	87,2222	88,5000	4,78423	77,00	94,00
Narcisista (5)	11	20	83,3636	80,0000	10,47161	75,00	112,00
Antisocial (6A)	2	29	90,0000	90,0000	21,21320	75,00	105,00
Agresivo/Sádica (6B)	9	22	83,0000	78,0000	12,57975	75,00	115,00
Compulsiva (7)	5	26	90,8000	91,0000	2,48998	87,00	94,00
Pasivo/Agresivo (8A)	6	25	86,0000	84,0000	11,50652	75,00	107,00
Autodestructiva (8B)	2	29	82,0000	82,0000	5,65685	78,00	86,00
Esquizotípica (S)	0	31					
Límite (C)	0	31					
Paranoide (P)	2	29	85,0000	85,0000	5,65685	81,00	89,00

Asimismo, hemos realizado una gráfica comparativa con la mediana de todos los grupos (ver figura n° 24) con la finalidad de mostrar visualmente las similitudes y/o discrepancias en los perfiles entre los grupos.

En definitiva, podemos observar que las mujeres de nuestra muestra presentaron un perfil patológico de la personalidad diferente y característico de cada grupo. Así, en función de las puntuaciones más elevadas de las escalas clínicamente significativas (ordenadas de mayor a menor) nos encontramos las siguientes configuraciones, por cada grupo, en las trece escalas de personalidad:

El Grupo AN-R presenta el siguiente perfil de personalidad clínicamente significativo:

Dependiente (102) - pasivo/agresiva (98) - autodestructiva (97) - esquizoide (96) - narcisista (95) - esquizotípica (93) - fóbica (90) - límite (91,50) - paranoide (91) - compulsiva (89) - histriónica (88)- agresivo-sádica (88) - antisocial (87).



El Grupo AN-P:

Compulsiva (103) - fóbica (100) - narcisista (97) - esquizoide (96,50) - dependiente (96,50) - antisocial (96) - pasivo/agresiva (92,50) - histriónica (92) - paranoide (92) - esquizotípica (91) - autodestructiva (90,50) - limite (90) - agresivo-sádica (87).

El Grupo BN-P:

Histriónica (107) - narcisista (98) - agresivo-sádica (97,50) - dependiente (97) - pasivo/agresiva (93,50) - compulsiva (93) - fóbica (92,50) - paranoide (92) -

esquizotípica (89,50) - autodestructiva (89,50) - Antisocial (88) - esquizoide (84,50) - límite (83).

En el caso de los dos grupos comparativos, GC-S y GC-NS, no podemos hablar de un perfil de personalidad representativo por cada grupo debido a que el número de mujeres desciende considerablemente. Así, hay escalas que están representadas por menos de seis mujeres o bien con ninguna mujer, motivo por el que no los incluimos.

Para el análisis de los datos empleamos *técnicas no paramétricas para K muestras independientes*, teniendo en cuenta que nuestra muestra original se ha reducido y desigualado en cuanto al tamaño grupal. En concreto hemos aplicado la prueba *H de Kruskal-Wallis*, como alternativa al ANOVA de un factor.

Los resultados de esta prueba los incluimos en la tabla nº 47 y observamos que:

1. Los grupos comparados difieren con significación estadística en la VD o escalas de personalidad: *fóbica* ($\chi^2 = 10,496$; $p = 0,033$), *dependiente* ($\chi^2 = 18,730$; $p = 0,001$), *histriónica* ($\chi^2 = 22,694$; $p = 0,000$), *narcisista* ($\chi^2 = 17,960$; $p = 0,001$), *antisocial* ($\chi^2 = 11,618$; $p = 0,020$), *agresivo-sádica* ($\chi^2 = 13,616$; $p = 0,009$), y *autodestructiva* ($\chi^2 = 20,376$; $p = 0,000$).
2. Por otra parte, aceptamos la hipótesis general de la prueba *H de Kruskal-Wallis* de que los promedios poblacionales son iguales, es decir, que no existen diferencias entre los grupos en los siguientes niveles de la VD: *esquizoide* ($\chi^2 = 4,363$; $p = 0,225$), *compulsiva* ($\chi^2 = 9,243$; $p = 0,055$), *pasivo/agresivo* ($\chi^2 = 5,418$; $p = 0,247$), *esquizotípica* ($\chi^2 = 1,384$; $p = 0,501$), *límite* ($\chi^2 = 5,271$; $p = 0,153$) y *paranoide* ($\chi^2 = 1,297$; $p = 0,862$).

TABLA Nº 47: COMPARACIONES GLOBALES. PRUEBA DE KRUSKAL-WALLIS. PERFIL PARTICIPANTES TB > 74

Estadísticos de contraste ^{a,b}			
	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
TB-Esquizoide(1)	4,363	3	,225
TB-Fóbica (2)	10,496	4	,033
TB-Dependiente (3)	18,730	4	,001
TB-Histriónica (4)	22,694	4	,000
TB-Narcisista (5)	17,960	4	,001
TB-Antisocial (6A)	11,618	4	,020
TB-Agresivo/Sádica (6B)	13,616	4	,009
TB-Compulsiva (7)	9,243	4	,055
TB-Pasivo/Agresivo (8A)	5,418	4	,247
TB-Autodestructiva (8B)	20,376	4	,000
TB-Esquizotípica (S)	1,384	2	,501
TB-Límite (C)	5,271	3	,153
TB-Paranoide (P)	1,297	4	,862

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Grupos

Centrándonos en aquellas escalas que difieren significativamente, para comprobar entre qué grupos en concreto se encuentran esas diferencias, hemos utilizado la prueba *U de Mann-Whitney para dos muestras independientes*, acompañada de la *corrección de Bonferroni*, que nos lleva a basar nuestras decisiones en un nivel de significación de 0,005 (0,05/10). Las comparaciones significativas las hemos incluido resumidas en la tabla nº 48.

TABLA N° 48: COMPARACIONES POR GRUPOS. PRUEBA MANN-WHITNEY. PERFIL PARTICIPANTES TB > 74

ESCALAS (MCMII-II)	GRUPOS	alfa= 0,05
FÓBICA	AN-P (2)/ GC-S (1)	0,004
DEPENDIENTE	AN-R (2) / GC-S (1)	0,003
	AN-R (2) / GC-NS (1)	0,007
	AN-P (2) / GC-S (1)	0,018
	AN-P (2)/ GC-NS (1)	0,011
	BN-P (2) / GC-S (1)	0,000
	BN-P (2)/ GC-NS (1)	0,012
HISTRIÓNICA	AN-R (1)/ BN-P (2)	0,000
	AN-P (1)/ BN-P (1)	0,015
	BN-P (2) / GC-S (1)	0,000
	BN-P (2) / GC-NS (1)	0,000
NARCISISTA	AN-R (2) / GC-S (1)	0,031
	AN-P (2) / GC-NS (1)	0,031
	AN-P (2) / GC-S (1)	0,013
	BN-P (2) / GC-NS (1)	0,002
	BN-P (2) / GC-S (1)	0,000
ANTISOCIAL	AN-R (1)/ AN-P (2)	0,016
	AN-R (2) / GC-S (1)	0,020
	AN-P (2) / GC-S (1)	0,016
	BN-P (2) / GC-S (1)	0,004
AGRESIVO-SÁDICA	AN-P (1)/BN-P (2)	0,016
	BN-P (2)/ GC-S (1)	0,004
	BN-P (2)/GC-NS (1)	0,009
AUTODESTRUCTIVA	AN-R (2)/ GC-S(1)	0,002
	AN-P ((2)/ GC-S (1)	0,000
	BN-P (2) / GC-S (1)	0,001

Entre paréntesis se indica el sentido de la relación 1= puntuaciones más bajas, 2= puntuaciones más elevadas

En definitiva, podemos observar en estos resultados que las participantes con alguno de los tipos de los TCA presentaron un patrón de personalidad con *características de personalidad* a nivel clínico en las escalas del MCMII-II en cierta medida homogéneo entre ellas, ya que presentaron diferencias significativas tan sólo en las escalas *histrionica* (BN-P en comparación con los dos grupos de AN, las del grupo BN-P presentaron las puntuaciones más

altas), *agresivo/sádica* (BN-P en comparación a AN-P) y *antisocial* (AN-P en comparación con AN-R).

Por otra parte, los grupos GC-S y GC-NS también mostraron un perfil de personalidad patológico semejante entre ellas, ya que al compararlas no encontramos diferencias significativas. Aunque no olvidemos el apunte que hicimos referido a aquellas escalas en las que se hallan un número de mujeres inferior a seis. Sin embargo, sí observamos patrones de personalidad patológica más diferentes al comparar a las participantes de los grupos TCA y del grupo GC-S, en el sentido de que en las escalas donde presentaron diferencias significativas éstas recaían entre el grupo GC-S y, el grupo AN-P en la escala *fóbica*; el grupo BN-P en las escalas *histriónica* y *agresivo/sádica*; el grupo AN-P y BN-P en la escala *narcisista*; y todos los grupos con TCA en las escalas *dependiente*, *antisocial*, y *autodestructiva*. En todas estas comparaciones son las participantes del grupo GC-S las que presentaron las puntuaciones más bajas.

Finalmente, el grupo GC-NS tan sólo presentó diferencias significativas con el grupo BN-P (que obtuvieron las puntuaciones más elevadas) en dos escalas: *histriónica* y *agresivo/sádica*; con los grupos AN-P y BN-P en la escala *narcisista*; y en los tres grupos patológicos, AN-R, AN-P y BN-P, en la escala *dependiente*.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Estudiar la comorbilidad de los TP en las participantes de los cinco grupos.

- 2.2. Calcular la **proporción de mujeres** que en cada grupo presentan *características de ese síndrome de personalidad* a un nivel clínico en las diferentes escalas del MCMI-II, distinguiendo entre aquellas que presentan *rasgos y conductas* clínicas de las que presentan *trastornos de personalidad* a nivel diagnóstico.

Para responder a la segunda cuestión o subobjetivo 2.2. que nos planteamos en este objetivo específico, hemos realizado los siguientes análisis:

1. Cálculo de los *porcentajes* y del *recuento* de mujeres (n) que presentan *características de ese síndrome de personalidad a nivel clínico* en las diferentes escalas del MCMI-II (TB mayores o iguales a 75).
2. Desglose de estos resultados (realizando los mismos cálculos) en los siguientes casos:
 - participantes que presentan *rasgos y conductas* clínicas (TB mayor ó igual a 75 y menor a 85), y
 - participantes que presentan posibles *trastornos de personalidad* a nivel diagnóstico (TB mayores o iguales a 85).
3. Todos los resultados anteriores los recogemos en dos tablas:
 - (1) con las *características de ese síndrome de personalidad a nivel clínico* (tabla nº 49);
 - (2) con las proporciones de *rasgos y conductas* clínicas y las proporciones de *trastornos de personalidad* a nivel diagnóstico, comparativamente en los cinco grupos y en cada escala en ambos casos (tabla nº 50).
4. *Chi-cuadrado*, para determinar la posible relación existente entre las proporciones de mujeres de los distintos subgrupos y escalas. Los resultados los incluimos esquemáticamente en la tabla y gráfica de cada caso concreto (ver tabla nº 49 y figuras nº 26 y 27). No hemos realizado estos análisis en aquellos casos en los que *n* es menor de cinco.
5. Por último, hemos representado gráficamente las diferentes proporciones en las figuras nº 25, 26 y 27 respectivamente.

En concreto, hemos obtenido los siguientes resultados en cada caso:

- *Porcentaje de mujeres que presentan características de síndrome(s) de personalidad a un nivel clínico en las diferentes escalas del MCMI-II (considerando las puntuaciones TB mayores o iguales a 75):*

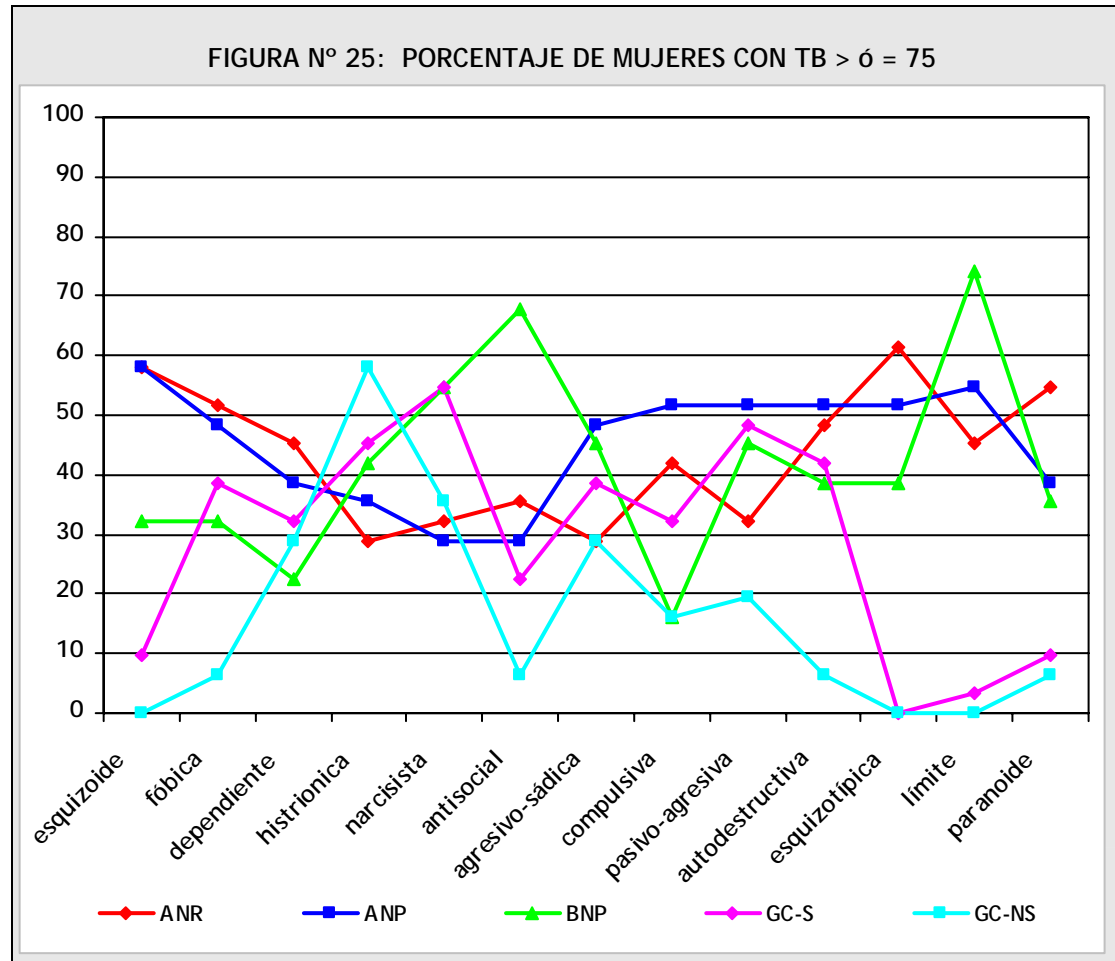
Estos resultados los recogemos en la tabla nº 49 así como en la figura nº 25.

TABLA Nº 49: PORCENTAJE DE MUJERES CON TB > ó = 75

ESCALA	AN-R		AN-P		BN-P		GC-S		GC-NS	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
ESQUIZOIDE ^A	58,1	18	58,1	18	32,3	10	9,7	3	0	0
FÓBICA ^B	51,6	16	48,4	15	32,3	10	38,7	12	6,5	2
DEPENDIENTE ^C	45,2	14	38,7	12	22,6	7	32,3	10	29	9
HISTRIÓNICA ^D	29	9	35,5	11	41,9	13	45,2	14	58,1	18
NARCISISTA ^E	32,3	10	29	9	54,8	17	54,8	17	35,5	11
ANTISOCIAL ^F	35,5	11	29	9	67,7	21	22,6	7	6,5	2
AGRE./SÁDICA ^G	29	9	48,4	15	45,2	14	38,7	12	29	9
COMPULSIVA ^H	41,9	13	51,6	16	16,1	5	32,3	10	16,1	5
PAS./AGRESIVA ^I	32,3	10	51,6	16	45,2	14	48,4	15	19,4	6
AUTODESTRU. ^J	48,4	15	51,6	16	38,7	12	41,9	13	6,5	2
ESQUIZOTÍPICA ^K	61,3	19	51,6	16	38,7	12	0	0	0	0
LÍMITE ^L	45,2	14	54,8	17	74,2	23	3,2	1	0	0
PARANOIDE ^M	54,8	17	38,7	12	35,5	11	9,7	3	6,5	2

^A AN-R y AN-P > BN-P***
^B AN-R > BN-P*** y > GC-S*; AN-P > BN-P**
^C AN-R > BN-P*** y > GC-S* y > GC-NS**; AN-P > BN-P**
^D AN-R < GC-S* y < GC-NS***; AN-P < GC-NS**; BN-P < GC-NS*
^E AN-R < BN-P** y < GC-S**; AN-P < BN-P*** y < GC-S***; BN-P > GC-NS**; GC-S > GC-NS**
^F AN-R y AN-P < BN-P***; AN-R > GC-S**; BN-P > GC-S***
^G AN-R < AN-P** y < BN-P*; AN-P > GC-NS**; BN-P > GC-NS**
^H AN-R y AN-P > BN-P*** y > GC-NS***; AN-P > GC-S**; BN-P < GC-S**; GC-S > GC-NS***
^I AN-R < AN-P** y < GC-S** y > GC-NS**; AN-P y BN-P > GC-NS***; GC-S > GC-NS***
^J AN-P > BN-P*
^K AN-R > BN-P***; AN-P > BN-P*
^L AN-R < BN-P***; AN-P < BN-P*
^M AN-R > AN-P* y > BN-P**

Comparaciones χ^2 , dos colas; * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001



- *Porcentaje de mujeres que presentan:*
 - *rasgos y conductas clínicas (TB mayor ó igual a 75 y menor a 85), y*
 - *trastornos de personalidad a nivel diagnóstico (TB mayores o iguales a 85).*

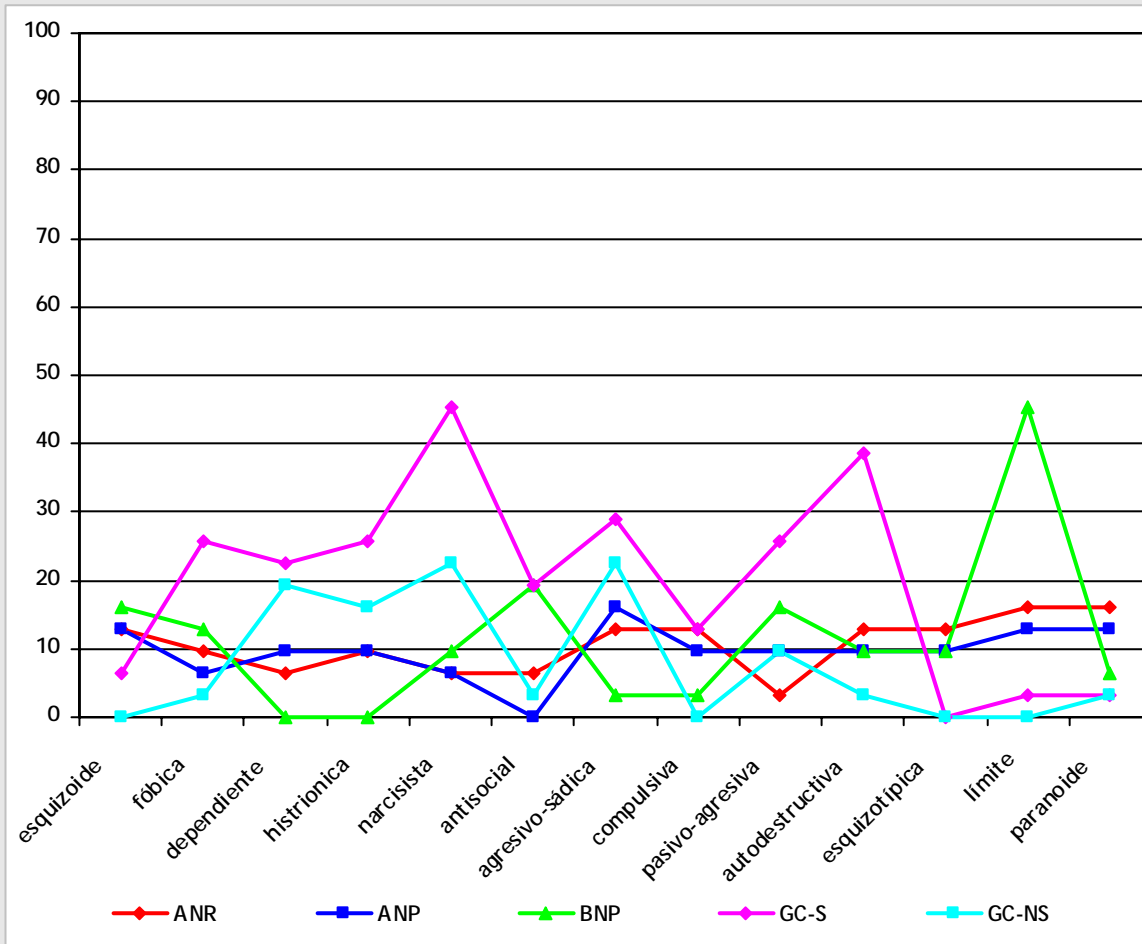
En el punto anterior hemos contemplado entremezclados la sintomatología de los TP con los diagnósticos propiamente de TP [según las recomendaciones de Craig (1999)]. En definitiva, ahora pretendemos detectar los TP comórbidos en las mujeres de nuestra muestra con una mayor eficacia diagnóstica; sin embargo, no prescindiremos de cara a la discusión, de los datos anteriormente comentados (con las TB iguales o superiores a 75) debido fundamentalmente a que algunos autores consideran esa puntuación de corte del MCMI-II sin realizar más distinciones.

Los resultados obtenidos quedan recogidos en una tabla comparativa en la que diferenciamos las dos puntuaciones de corte en dos columnas dentro de cada grupo (ver tabla nº 50) y representando gráficamente en dos gráficas, una para cada caso (ver figuras nº 26 y nº 27).

ESCALA	AN-R (%)		AN-P (%)		BN-P (%)		GC-S (%)		GC-NS (%)	
	TB >74	TB >84	TB >74	TB >84	TB >74	TB >84	TB >74	TB >84	TB >74	TB >84
	y<85	>84	y<85	>84	y<85	>84	y<85	>84	y<85	>84
ESQUIZOIDE	12,9	45,2	12,9	45,2	16,1	16,1	6,5	3,2	0	0
FÓBICA	9,7	41,9	6,5	41,9	12,9	19,4	25,8	12,9	3,2	3,2
DEPENDIENTE	6,5	38,7	9,7	29	0	22,6	22,6	9,7	19,4	9,7
HISTRIÓNICA	9,7	19,4	9,7	25,8	0	41,9	25,8	19,4	16,1	41,9
NARCISISTA	6,5	25,8	6,5	22,6	9,7	45,2	45,2	9,7	22,6	12,9
ANTISOCIAL	6,5	29	0	29	19,4	48,4	19,4	3,2	3,2	3,2
AGRE./SÁDICA	12,9	16,1	16,1	32,2	3,2	41,9	29	9,7	22,6	6,5
COMPULSIVA	12,9	29	9,7	41,9	3,2	12,9	12,9	19,4	0	16,1
PAS./AGRESIVA	3,2	29	9,7	41,9	16,1	29	25,8	22,6	9,7	9,7
AUTODESTRU.	12,9	35,5	9,7	41,9	9,7	29	38,7	3,2	3,2	3,2
ESQUIZOTÍPICA	12,9	48,4	9,7	41,9	9,7	29	0	0	0	0
LÍMITE	16,1	29	12,9	41,9	45,2	29	3,2	0	0	0
PARANOIDE	16,1	38,7	12,9	25,8	6,5	29	3,2	6,5	3,2	3,2

En efecto, podemos observar una representación más realista de la comorbilidad de los TP en las mujeres de nuestra muestra, al comparar esta nueva tabla con la anterior (ver tabla nº 49), así como al comparar las figuras correspondientes (la nº 25 con las nº 26 y nº 27). En general, observamos en las mismas el hecho de que los porcentajes de mujeres con TCA que antes presentaban *características de ese tipo de personalidad o síndrome* (ver tabla nº 50 y figura nº 26), al desglosarlo y comparar las dos columnas dentro de cada grupo (ver tabla nº 50 y figuras nº 26 y nº 27), las cifras se han dividido siendo mayor el porcentaje de mujeres que presentan TP a *nivel diagnóstico* (TB mayores de 84) en determinadas escalas, y menor las que presentan *rasgos y conductas clínicas* (TB mayor a 74 y menor de 85) de los TP.

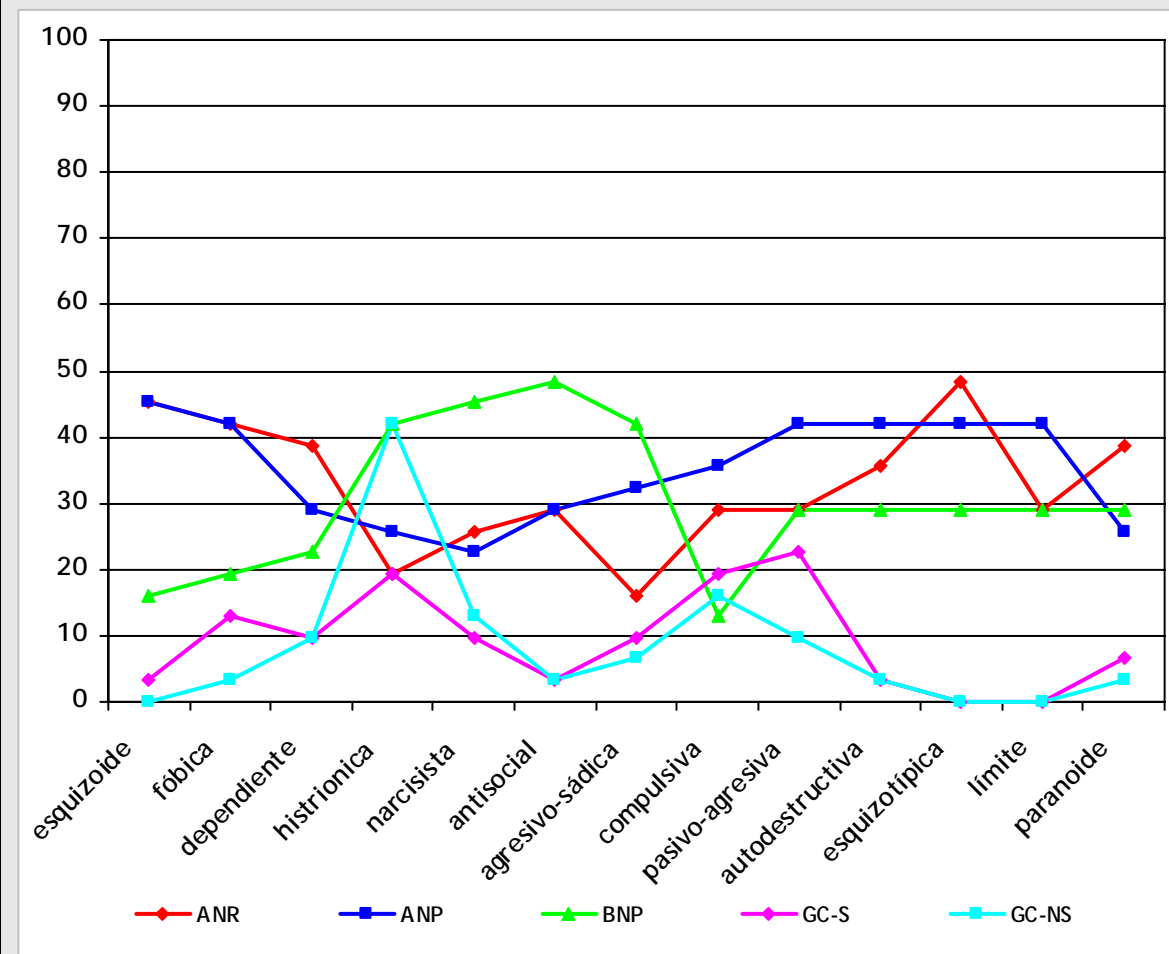
FIGURA N° 26: PORCENTAJE DE MUJERES CON TB > ó = 75 y < 85



- A No significativo
- B AN-R < GC-S***; AN-P < GC-S***; BN-P < GC-S*;
- C AN-R < GC-S** y < GC-NS**; AN-P < GC-S** y < GC-NS*
- D AN-R y AN-P < GC-S**
- E AN-R, AN-P, y BN-P < GC-S***; AN-R y AN-P < GC-NS**; GC-S > GC-NS***
- F AN-R < BN-P** y < GC-S**
- G AN-R < GC-S**; AN-P < GC-S*
- H AN-R > BN-P***; AN-P > BN-P*; BN-P < GC-S***
- I AN-R < GC-S***; AN-P < GC-S**; GC-S > GC-NS***
- J AN-R, AN-P y BN-P < GC-S***
- K No significativo
- L AN-R < BN-P***; AN-P < BN-P***
- M No significativo

Comparaciones chi², dos colas; * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001

FIGURA N° 27: PORCENTAJE DE MUJERES CON TB > 84



- A AN-R y AN-P > BN-P***
- B AN-R y AN-P > BN-P***
- C AN-R > BN-P**
- D AN-R < BN-P*** y < GC-NS***; AN-P < BN-P* y < GC-NS*; BN-P > GC-S***; GC-S < GC-NS***
- E AN-R y AN-P < BN-P**
- F AN-R y AN-P < BN-P**
- G AN-R < AN-P** y < BN-P***
- H AN-R > BN-P*** y > GC-S* y > GC-NS**; AN-P > BN-P*** y > GC-S*** y > GC-NS***
- I AN-P > GC-S***
- J No significativo
- K AN-R > BN-P***
- L No Significativo
- M AN-R > AN-P*

Comparaciones χ^2 , dos colas; * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001

Sin embargo, en los dos grupos comparativos (GC-S y GC-NS) los porcentajes son bajos en ambos casos, por ejemplo observamos que el porcentaje mayor, el 45,2% del grupo GC-S, que presentan *conductas y rasgos clínicos* es en el TP *narcisista*. Y en el caso de los *diagnósticos de TP* el porcentaje máximo es del 41,9% de las mujeres del grupo GC-NS en el TP *histriónico*.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Estudiar la comorbilidad de los TP en las participantes de los cinco grupos.

- 2.3. Considerar el tipo y número tanto de *rasgos y conductas clínicas* como de *trastornos de personalidad a nivel diagnóstico*, presentes en cada una de las participantes de cada uno de los cinco grupos estudiados.

Con este subobjetivo, el 2.3., completamos el punto anterior, es decir, una vez conocidos los porcentajes de mujeres que presentan alteraciones clínicas de la personalidad, ahora nos centraremos en el **número** (considerando alteraciones simples o múltiples) y el **tipo** (en qué escala/s concretas las presentan) de *rasgos y conductas clínicas* así como *TP a nivel diagnóstico*.

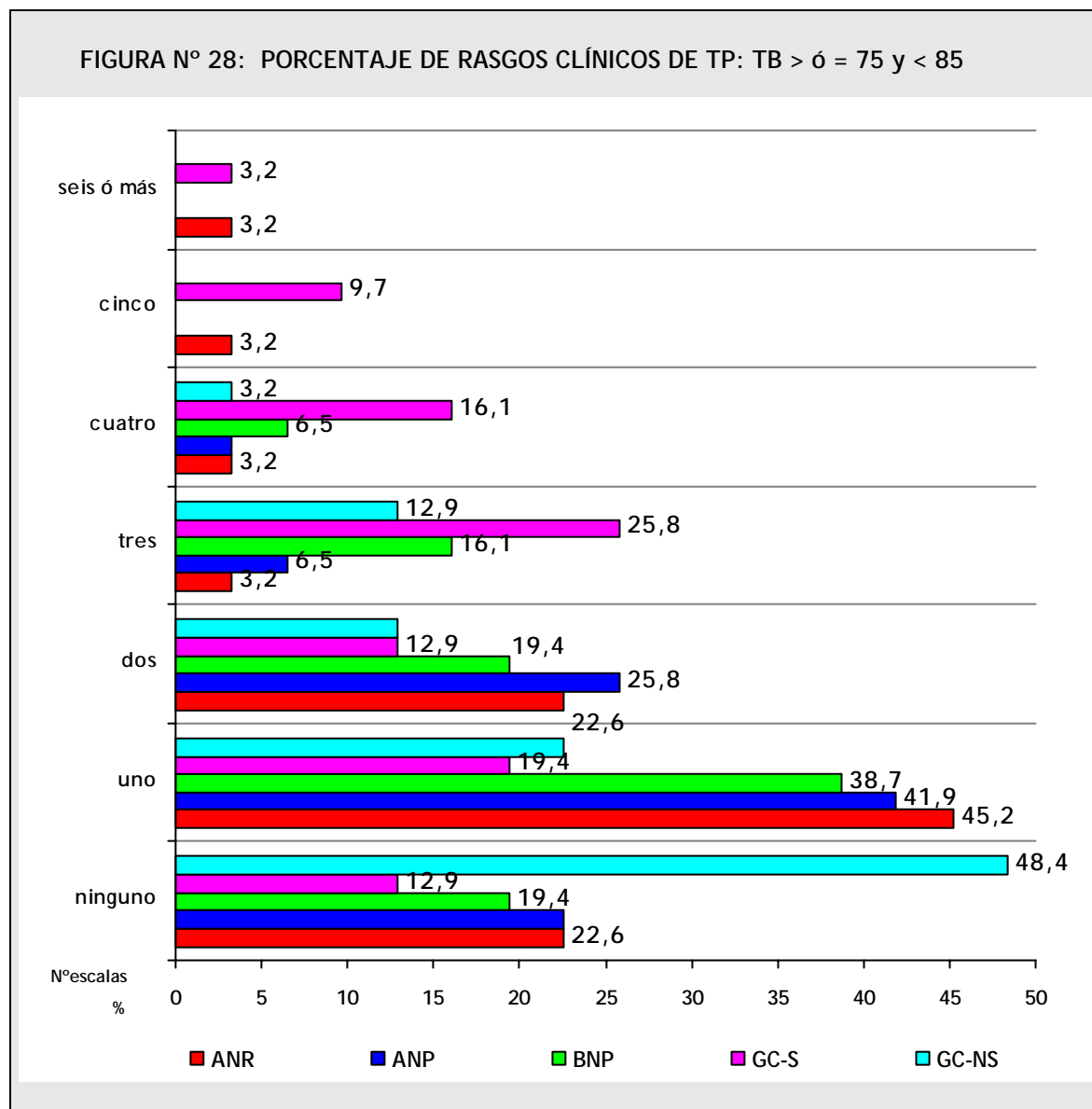
En definitiva, para responder a este objetivo, escogemos las dos puntuaciones TB de corte que estamos estudiando siguiendo la propuesta de Craig (1999). Para ello hemos hecho las siguientes operaciones:

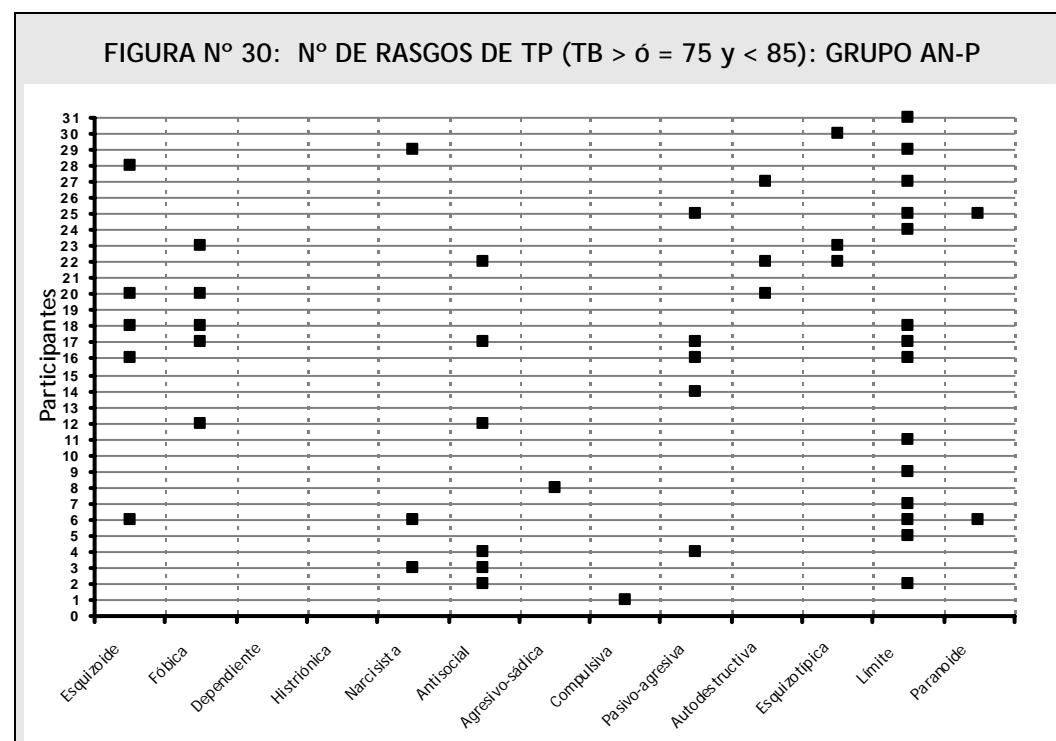
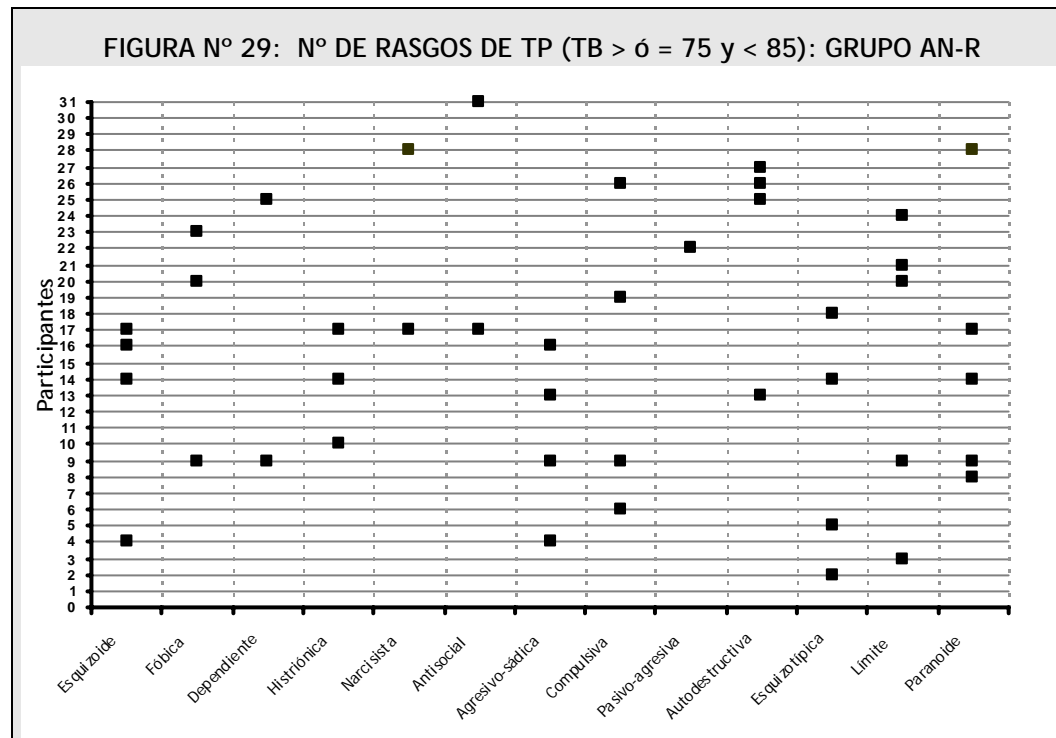
1. Calculamos el porcentaje de mujeres que superan las puntuaciones TB de corte consideradas en: *una, dos, tres, cuatro, cinco y seis ó más* escalas de personalidad; también en *ninguna* escala de personalidad (ver figura nº 28 y nº 34, pp. 273 y 277 respectivamente).

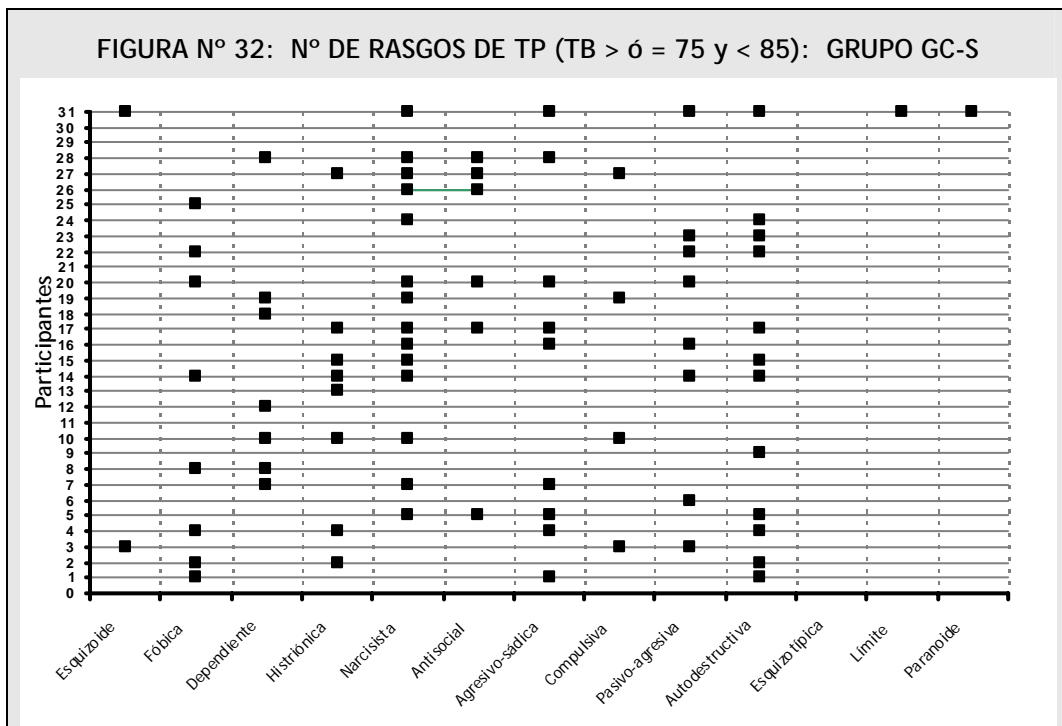
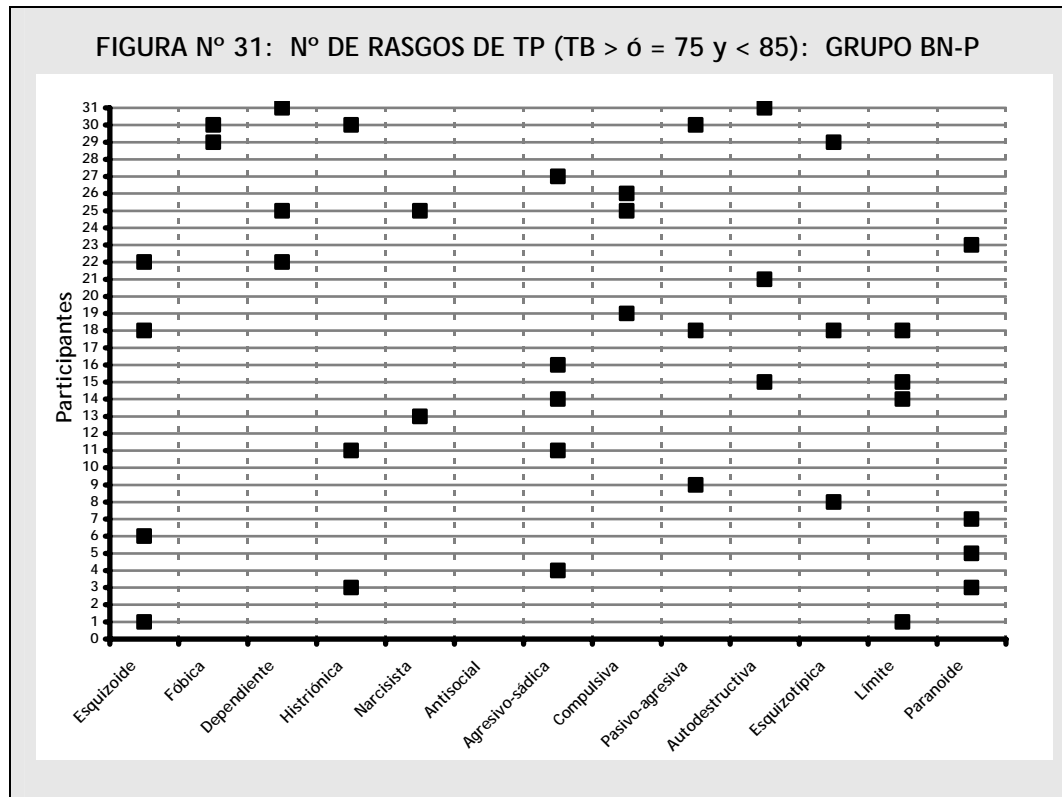
2. Representamos gráficamente los rasgos y conductas clínicas de los TP (ver figuras nº 29, 30, 31, 32 y 33) y los diagnósticos de TP (ver figuras nº 35, 36, 37, 38 y 39) en las trece escalas que cada una de las treinta y una participantes de cada grupo presentan.

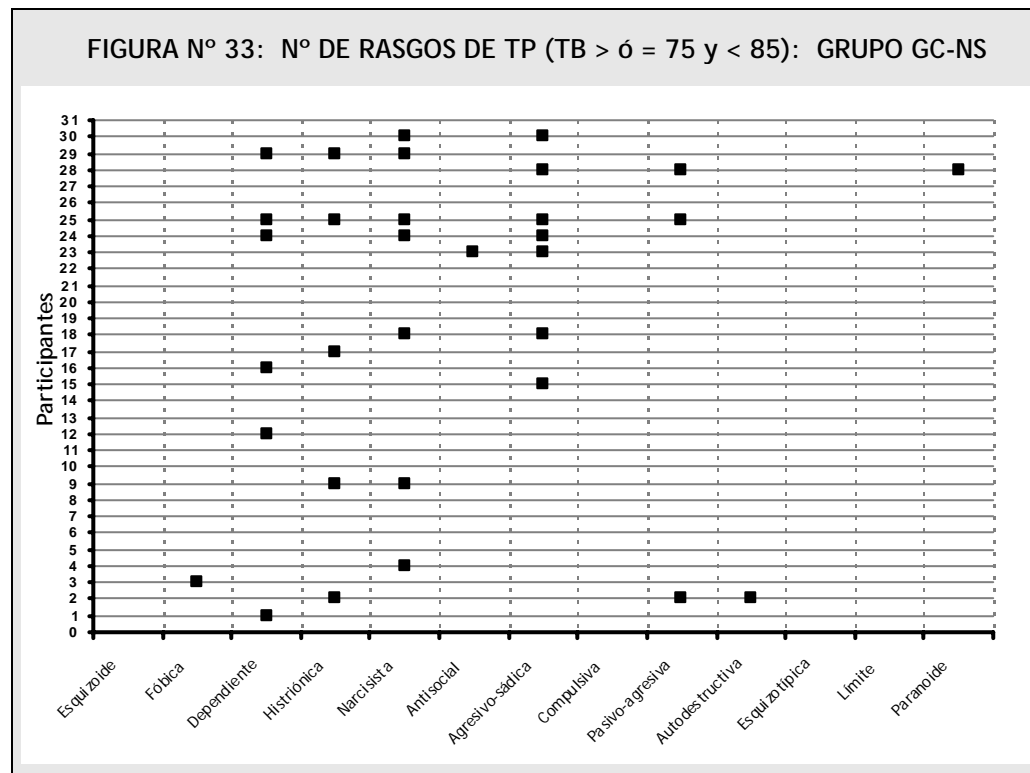
Los resultados obtenidos, por separado según la TB de corte, son los siguientes:

- Para rasgos y conductas clínicas (TB mayor ó igual a 75 y menor a 85):

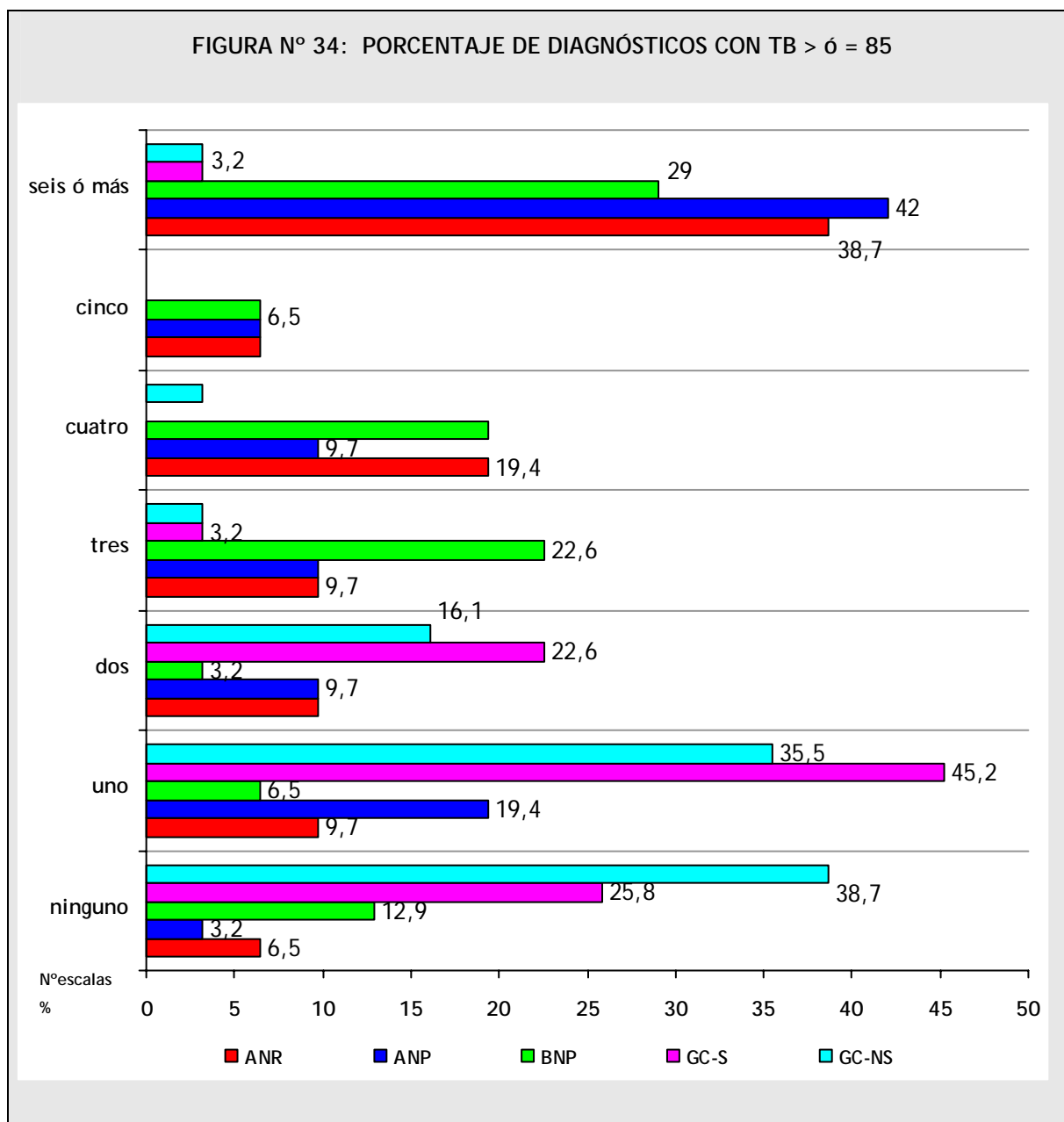


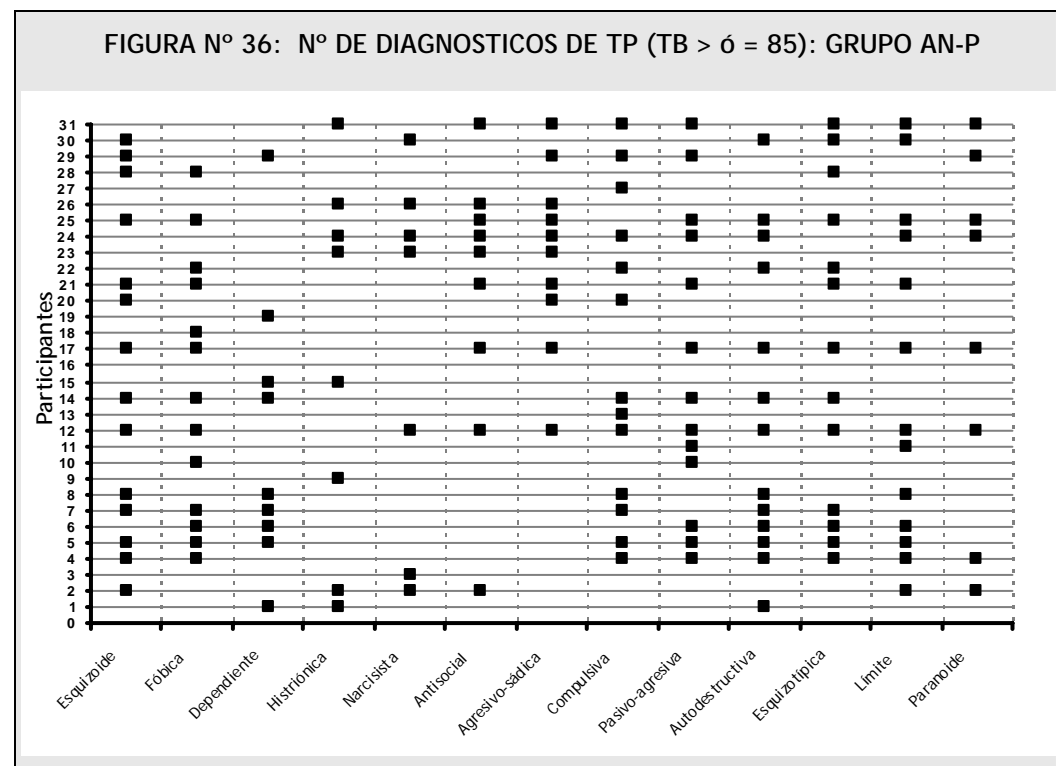
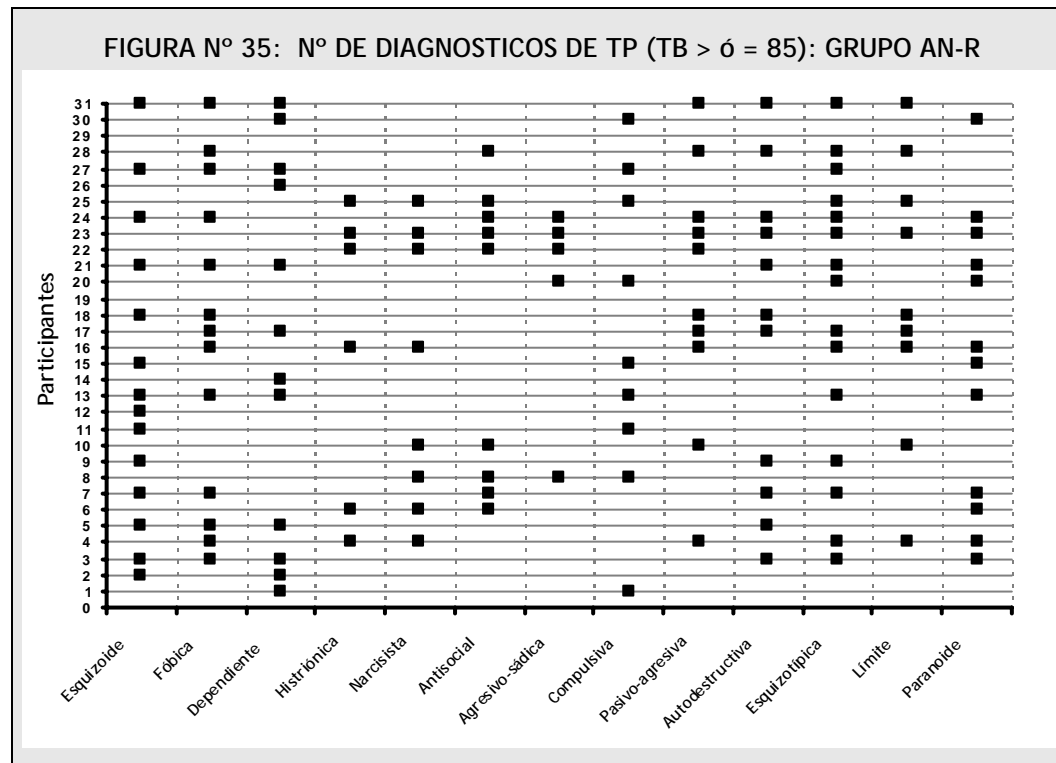


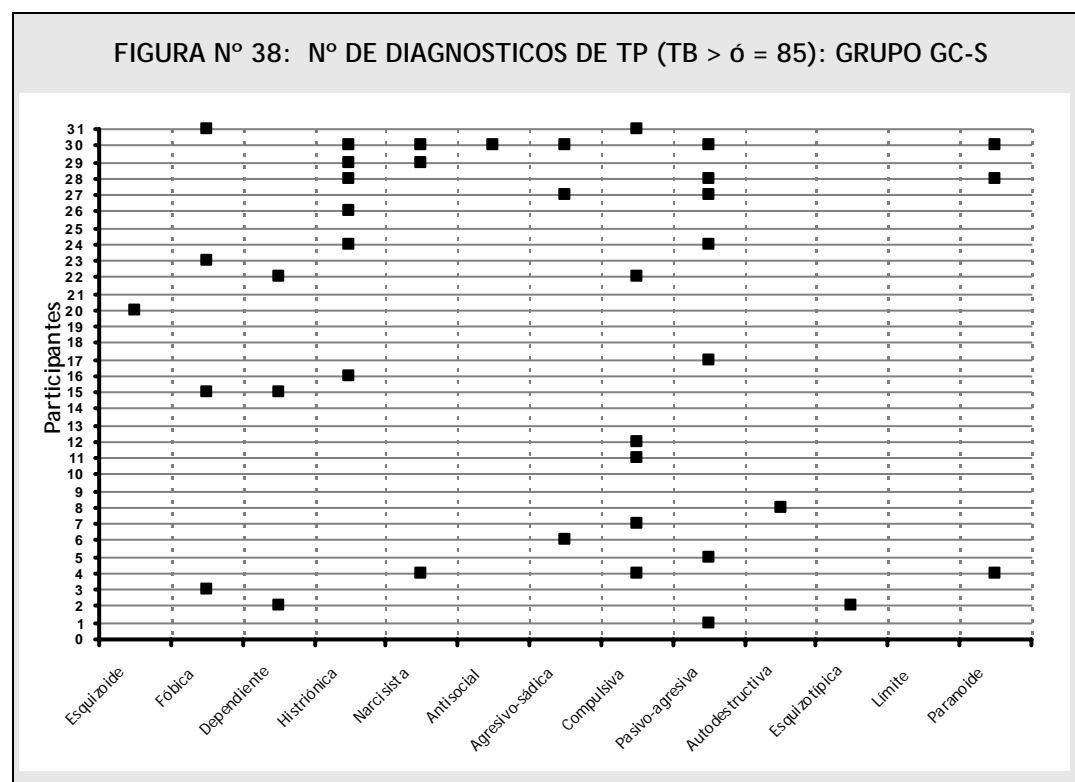
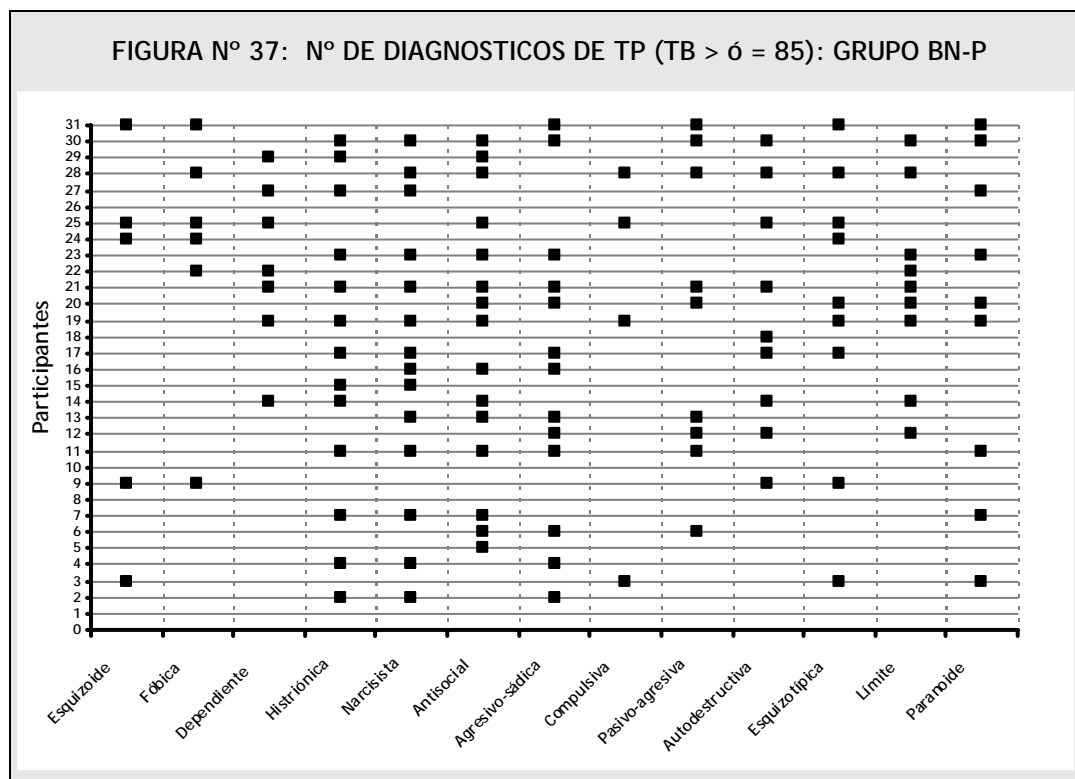


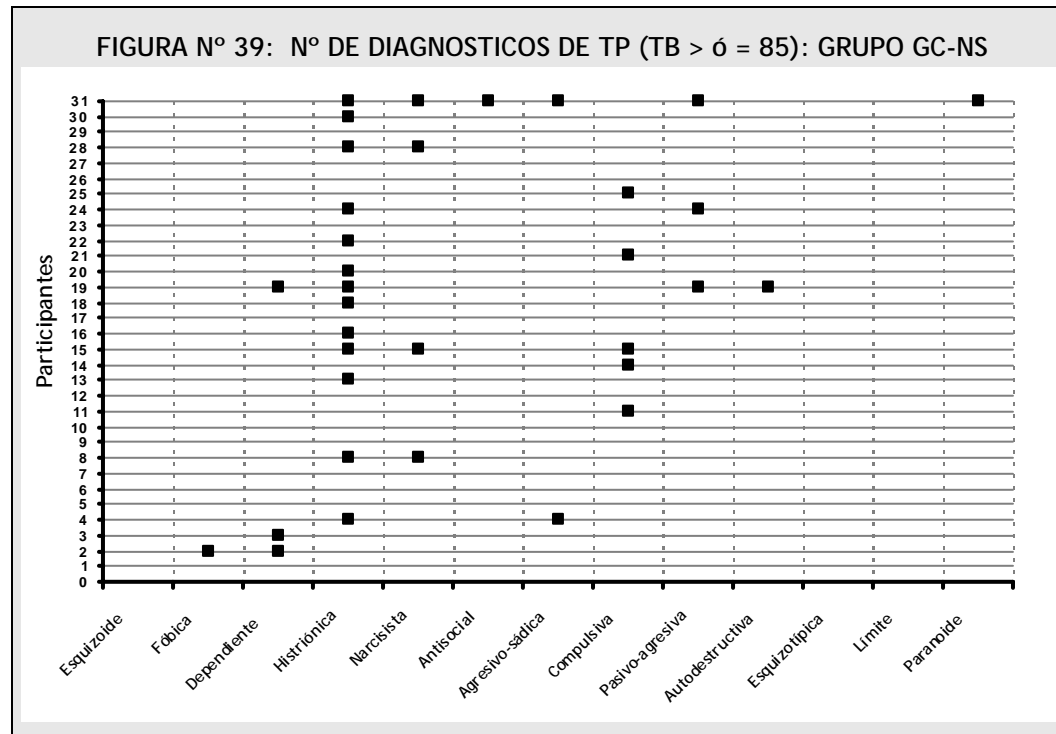


- Para trastornos de personalidad a nivel diagnóstico (TB mayores o iguales a 85).









OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Estudiar la **sintomatología asociada con los TCA** en los cinco grupos que conforman nuestra muestra (evaluada con las once subescalas del EDI-2, el EAT y el BSQ).

En las tablas n° 51, 52, 53, 54 y 55 observamos los resultados del *estudio descriptivo*. Incluimos aquellos descriptivos que consideramos que mejor representan a los cinco grupos de nuestra muestra, es decir la *media*, la *mediana*, la *desviación tipo*, los *valores mínimos y máximos*, y los *percentiles 10, 25, 75 y 90*, en el EAT, BSQ, EDI-2 total y en cada una de las subescalas del EDI-2.

TABLA N° 51: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS EAT, BSQ Y EDI-2: AN-R

	Estadísticos								
	Media	Mediana	Desv. típ.	Mín	Máx	Percentiles			
						10	25	75	90
EAT Total	60,10	60,00	9,789	45	86	47,80	55,00	62,00	81,00
BSQ Total	139,94	146,00	24,357	106	182	115,0	117,0	158,00	173,80
EDI-TOTAL	110,84	124,00	27,258	42	139	75,60	83,00	135,00	139,00
Obs x delg	16,06	17,00	5,893	4	23	8,00	8,00	21,00	23,00
Bulimia	1,55	1,00	1,710	0	4	,00	,00	4,00	4,00
Insatisfacción Corporal	18,45	18,00	6,233	4	26	9,00	13,00	23,00	25,80
Ineficacia	10,35	10,00	3,738	2	19	7,00	8,00	11,00	16,00
Perfeccionismo	5,81	5,00	4,743	0	16	2,00	2,00	9,00	16,00
Desconfianza Interpersonal	9,29	10,00	2,946	0	13	5,00	7,00	11,00	13,00
Ccia Interocep	13,74	14,00	4,289	3	20	10,00	10,00	18,00	18,00
Miedo madurez	9,13	12,00	6,152	0	19	3,00	3,00	13,00	19,00
Ascetismo	6,87	8,00	3,117	3	12	3,00	3,00	9,00	12,00
Impulsividad	7,71	7,00	4,205	0	18	5,00	5,00	9,00	16,60
Inseguridad Social	11,87	11,00	3,253	4	16	7,20	10,00	15,00	16,00

TABLA N° 52: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS EAT, BSQ Y EDI-2: AN-P

	Estadísticos								
	Media	Mediana	Desv. típ.	Mín	Máx	Percentiles			
						10	25	75	90
EAT Total	65,77	60,00	18,770	44	100	44,00	50,00	83,00	97,00
BSQ Total	160,32	165,00	23,436	107	203	136,40	145,00	170,00	200,40
EDI-TOTAL	119,42	111,00	47,841	36	211	59,20	87,00	147,00	211,00
Obs x delg	15,81	17,00	3,790	6	21	10,40	14,00	18,00	19,80
Bulimia	7,68	6,00	5,636	0	19	,20	3,00	12,00	17,00
Insatisfacción Corporal	16,35	18,00	8,452	3	27	6,00	9,00	24,00	27,00
Ineficacia	10,77	11,00	6,707	0	23	2,20	4,00	14,00	23,00
Perfeccionismo	7,58	5,00	5,045	1	16	2,20	4,00	13,00	16,00
Desconfianza Interpers	8,29	7,00	5,809	0	19	1,20	3,00	12,00	19,00
Conciencia Interoceptiva	13,06	14,00	4,885	1	19	5,40	9,00	18,00	19,00
Miedo a la Madurez	9,65	8,00	6,945	2	22	2,00	4,00	15,00	22,00
Ascetismo	10,65	10,00	5,289	2	20	3,40	7,00	12,00	20,00
Impulsividad	9,68	9,00	6,784	0	21	1,40	4,00	12,00	21,00
Inseguridad Social	9,90	10,00	5,799	0	18	1,00	6,00	15,00	17,00

TABLA N° 53: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS EAT, BSQ Y EDI-2: BN-P

	Estadísticos								
	Media	Mediana	Desv. típ.	Mín	Máx	Percentiles			
						10	25	75	90
EAT Total	62,84	65,00	16,815	30	91	40,40	49,00	79,00	81,00
BSQ Total	153,16	161,00	19,895	118	188	124,00	129,00	169,00	176,20
EDI-TOTAL	121,77	123,00	34,166	49	190	73,60	97,00	150,00	157,00
Obs x delg	16,42	17,00	3,334	9	21	10,20	15,00	19,00	21,00
Bulimia	9,32	10,00	4,369	0	18	3,00	5,00	13,00	13,80
Insatisfacción Corporal	20,13	22,00	5,377	8	27	10,40	17,00	25,00	26,80
Ineficacia	9,84	10,00	5,580	2	22	2,00	3,00	13,00	18,60
Perfeccionismo	7,32	8,00	3,961	0	14	1,00	4,00	10,00	12,00
Desconfianza Interpers	6,90	6,00	5,002	0	16	1,00	3,00	11,00	14,00
Conciencia Interoceptiva	14,55	15,00	5,720	2	25	6,20	10,00	20,00	22,00
Miedo a la Madurez	12,03	13,00	5,462	0	21	3,20	7,00	16,00	19,00
Ascetismo	8,32	8,00	3,048	0	14	4,20	7,00	10,00	12,00
Impulsividad	8,61	8,00	6,312	0	18	1,00	2,00	14,00	17,80
Inseguridad Social	8,32	8,00	4,102	0	18	3,00	6,00	10,00	12,80

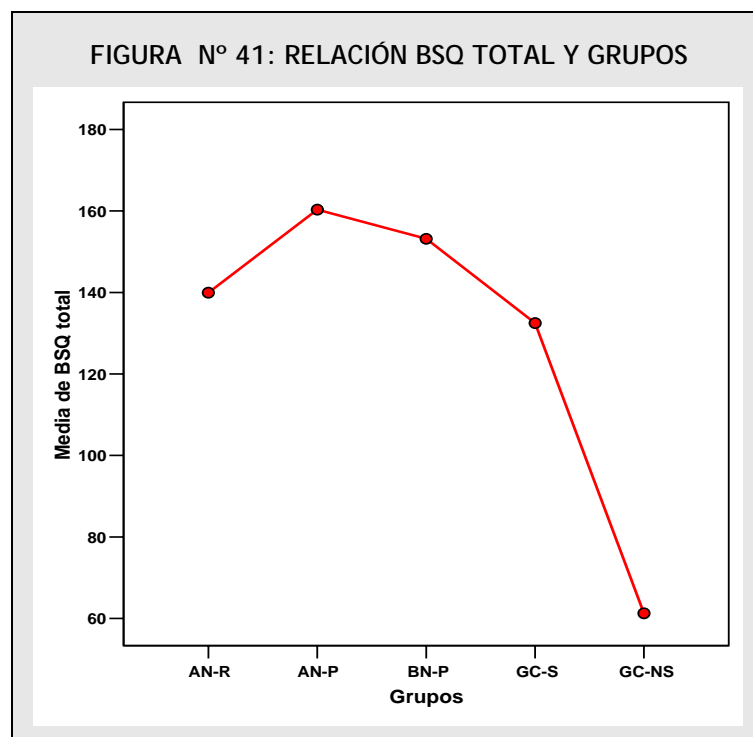
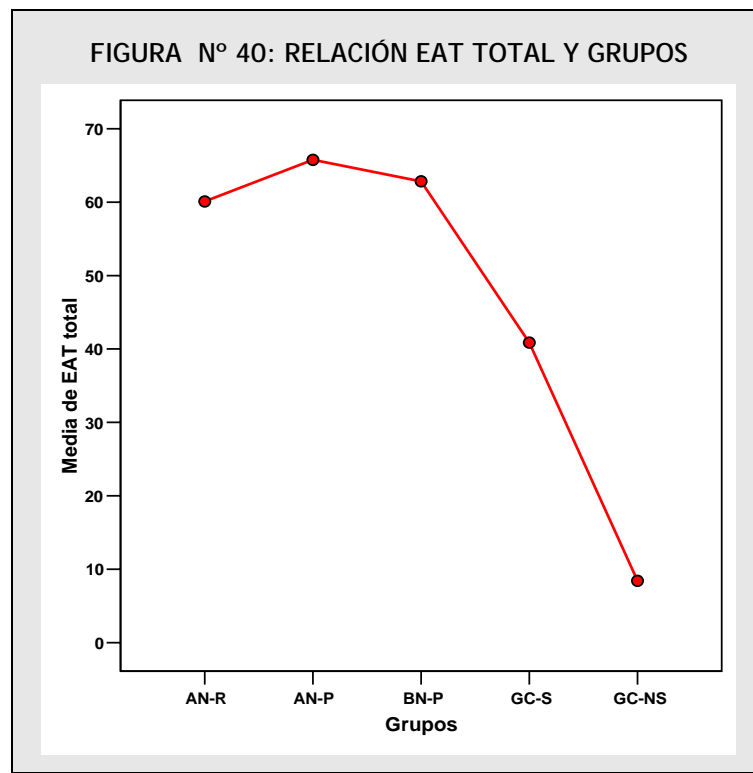
TABLA N° 54: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS EAT, BSQ Y EDI-2: GC-S

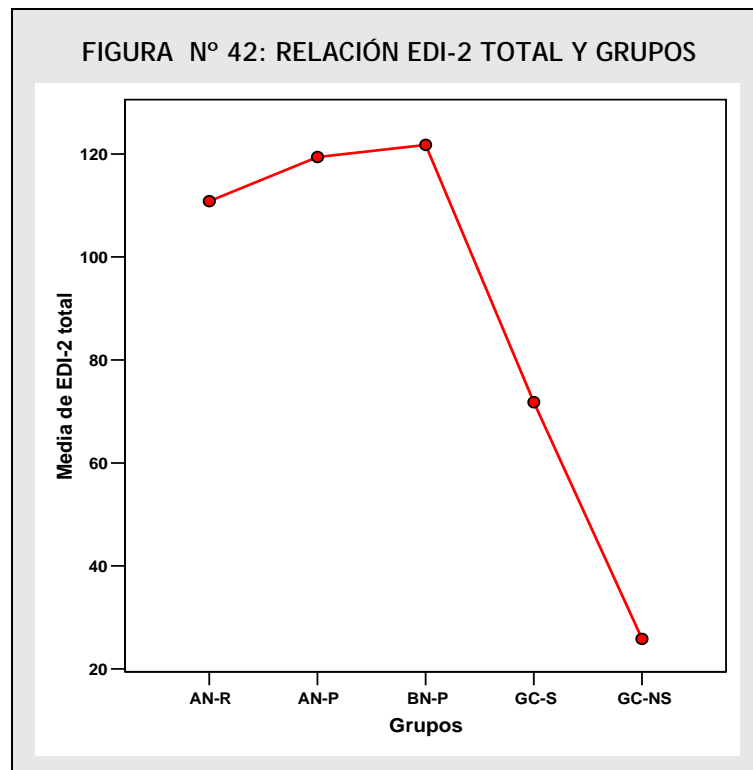
	Estadísticos								
	Media	Mediana	Desv. típ.	Mín	Máx	Percentiles			
						10	25	75	90
EAT Total	40,87	38,00	8,763	30	62	31,00	34,00	47,00	55,00
BSQ Total	132,48	130,00	18,744	106	180	111,40	117,00	142,00	158,20
EDI-TOTAL	71,81	66,00	23,158	34	130	45,60	54,00	84,00	108,00
Obs x delg	12,94	13,00	4,374	4	20	6,20	10,00	17,00	18,80
Bulimia	3,29	2,00	4,353	0	17	,00	,00	4,00	9,80
Insatisfacción Corporal	15,48	15,00	5,859	1	26	8,20	11,00	20,00	22,80
Ineficacia	4,65	5,00	3,684	0	17	,00	1,00	7,00	8,80
Perfeccionismo	3,81	3,00	4,078	0	13	,00	,00	5,00	11,80
Desconfianza Interpers	5,13	5,00	3,757	0	14	,20	2,00	8,00	11,00
Conciencia Interoceptiva	4,81	4,00	3,745	0	18	1,00	2,00	7,00	9,00
Miedo a la Madurez	7,81	7,00	4,963	0	21	2,40	5,00	10,00	16,60
Ascetismo	4,32	4,00	2,821	0	12	1,00	2,00	6,00	8,00
Impulsividad	3,35	2,00	3,963	0	18	,00	1,00	5,00	8,80
Inseguridad Social	6,23	6,00	3,138	0	13	1,20	4,00	9,00	10,00

TABLA N° 55: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS EAT, BSQ Y EDI-2: GC-NS

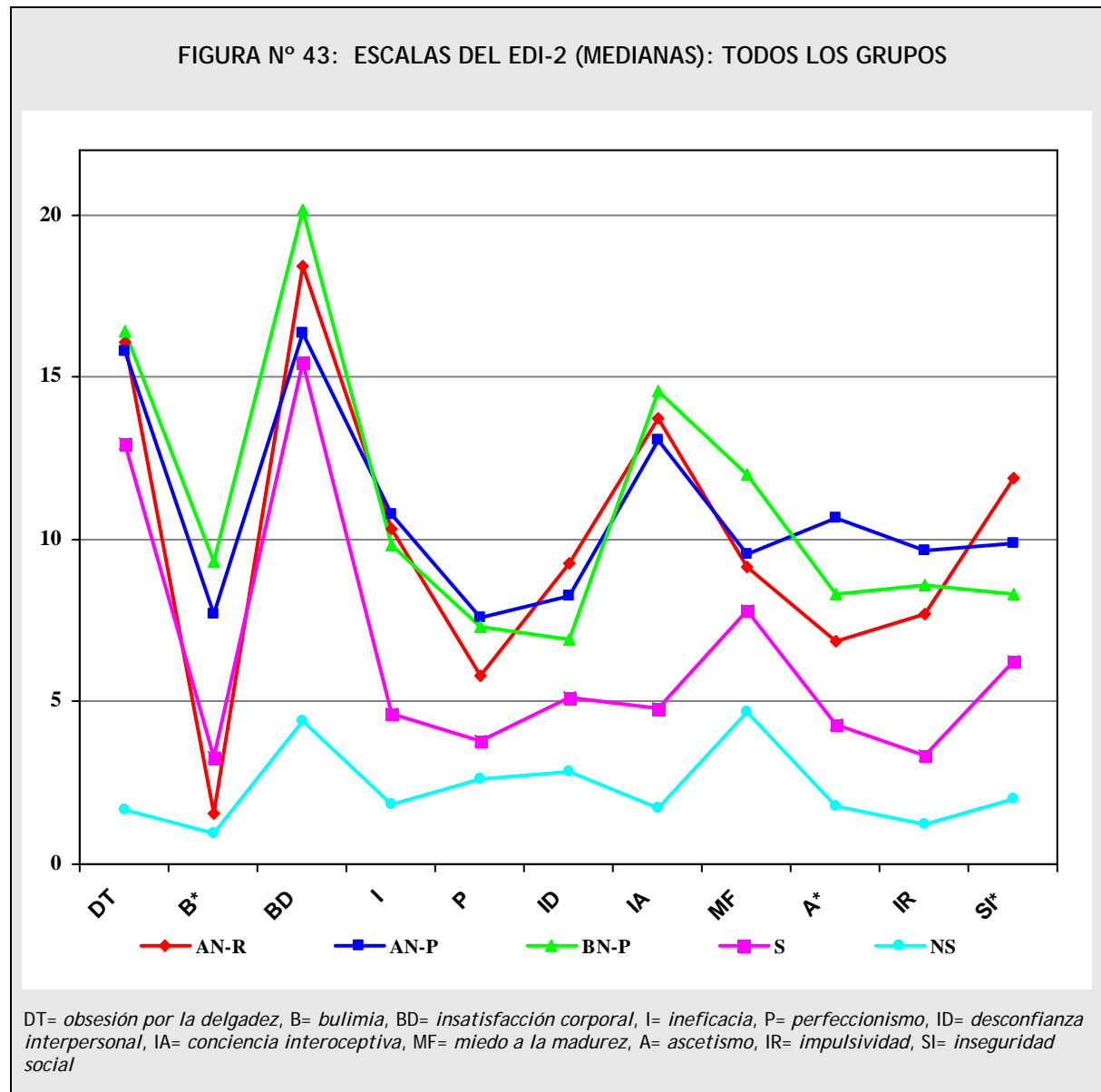
Estadísticos									
	Media	Mediana	Desv. típ.	Mín	Máx	Percentiles			
						10	25	75	90
EAT Total	8,42	8,00	5,976	0	28	2,20	4,00	10,00	15,80
BSQ Total	61,26	54,00	17,330	37	99	42,20	49,00	75,00	90,40
EDI-TOTAL	25,84	20,00	19,644	0	70	5,00	13,00	36,00	62,60
Obs x delg	1,68	,00	3,081	0	14	,00	,00	2,00	5,60
Bulimia	,97	,00	2,152	0	10	,00	,00	1,00	3,60
Insatisfacción Corporal	4,42	3,00	5,328	0	20	,00	,00	7,00	13,80
Ineficacia	1,87	1,00	2,717	0	12	,00	,00	3,00	5,80
Perfeccionismo	2,61	2,00	2,985	0	12	,00	,00	5,00	6,80
Desconfianza Interpers	2,84	2,00	4,009	0	15	,00	,00	3,00	9,60
Conciencia Interoceptiva	1,71	1,00	2,519	0	11	,00	,00	3,00	4,00
Miedo a la Madurez	4,71	4,00	3,823	0	12	,00	1,00	9,00	10,80
Ascetismo	1,77	2,00	1,564	0	6	,00	1,00	2,00	4,60
Impulsividad	1,23	,00	2,334	0	9	,00	,00	1,00	5,80
Inseguridad Social	2,03	1,00	2,881	0	12	,00	,00	3,00	6,00

Asimismo, incluimos las gráficas comparativas de las medias del EAT, BSQ y EDI-2 totales para ver la relación que existe entre los cinco grupos (ver figuras n° 40, 41 y 42). Hemos querido considerar la puntuación del EDI-2 total, aunque en el manual recomiendan no utilizar esta puntuación total debido fundamentalmente a que el diseño de esta prueba fue realizado por escalas (plantearía problemas de interpretación). Nosotros sólo la incluimos para comprobar si, como una medida de *screening* más (que no fue utilizada en la clasificación de los grupos), es igualmente de efectiva en nuestros grupos ya seleccionados (recordemos que éstos fueron escogidos en función de su puntuación en el EAT y BSQ -mayor de 30 y 105 respectivamente). Hemos podido comprobar que, a efectos de *screening* es una medida tan válida como el EAT o el BSQ, ya que diferencia significativamente al grupo en riesgo de TCA de los tres grupos con TCA, y del grupo sin patología conocida o no preocupado por el peso y la figura.





Las puntuaciones directas obtenidas en las once escalas del EDI-2 las hemos representado en una gráfica (ver figura n° 43). Por las mismas razones que en el objetivo específico 1, hemos utilizado la *mediana* en lugar de la *media*.



Para comprobar la significación estadística de todas estos resultados realizamos distintos análisis en función del comportamiento de los datos en cuanto a los *supuestos de normalidad* (con la *prueba de Shapiro-Wilk*, para menos de 50 participantes en cada grupo) y el supuesto de *homocedasticidad u homogeneidad de varianzas* (con el *estadístico de Levene*). Los resultados de estas pruebas quedan recogidos en las tablas nº 56 y 57 respectivamente.

TABLA N° 56: PRUEBA DE NORMALIDAD. EAT, BSQ y EDI-2 (1)

Pruebas de normalidad				
	Grupos	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
EAT Total	AN-R	,794	31	,000
	AN-P	,890	31	,004
	BN-P	,956	31	,224
	GC-S	,918	31	,021
	GC-NS	,889	31	,004
BSQ Total	AN-R	,861	31	,001
	AN-P	,942	31	,096
	BN-P	,913	31	,015
	GC-S	,932	31	,051
	GC-NS	,918	31	,020
EDI-TOTAL	AN-R	,831	31	,000
	AN-P	,940	31	,082
	BN-P	,978	31	,756
	GC-S	,939	31	,079
	GC-NS	,904	31	,009
Obsesión x delgadez	AN-R	,883	31	,003
	AN-P	,881	31	,003
	BN-P	,926	31	,035
	GC-S	,969	31	,488
	GC-NS	,606	31	,000
Bulimia	AN-R	,765	31	,000
	AN-P	,935	31	,060
	BN-P	,944	31	,106
	GC-S	,751	31	,000
	GC-NS	,523	31	,000
Insatisfacción Corporal	AN-R	,890	31	,004
	AN-P	,885	31	,003
	BN-P	,926	31	,034
	GC-S	,980	31	,804
	GC-NS	,797	31	,000
Ineficacia	AN-R	,914	31	,017
	AN-P	,939	31	,079
	BN-P	,936	31	,065
	GC-S	,905	31	,009
	GC-NS	,725	31	,000

TABLA N° 56: PRUEBA DE NORMALIDAD. EAT, BSQ y EDI-2 (y 2)

Pruebas de normalidad		Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Perfeccionismo	AN-R	,830	31	,000
	AN-P	,868	31	,001
	BN-P	,935	31	,059
	GC-S	,839	31	,000
	GC-NS	,821	31	,000
Desconfianza Interpers	AN-R	,867	31	,001
	AN-P	,924	31	,030
	BN-P	,921	31	,025
	GC-S	,937	31	,067
	GC-NS	,735	31	,000
Conciencia Interoceptiva	AN-R	,887	31	,003
	AN-P	,931	31	,046
	BN-P	,966	31	,427
	GC-S	,878	31	,002
	GC-NS	,703	31	,000
Miedo a la Madurez	AN-R	,852	31	,001
	AN-P	,877	31	,002
	BN-P	,931	31	,046
	GC-S	,898	31	,006
	GC-NS	,911	31	,014
Ascetismo	AN-R	,880	31	,002
	AN-P	,901	31	,008
	BN-P	,959	31	,268
	GC-S	,954	31	,195
	GC-NS	,815	31	,000
Impulsividad	AN-R	,821	31	,000
	AN-P	,876	31	,002
	BN-P	,876	31	,002
	GC-S	,786	31	,000
	GC-NS	,606	31	,000
Inseguridad Social	AN-R	,920	31	,023
	AN-P	,932	31	,050
	BN-P	,963	31	,351
	GC-S	,977	31	,735
	GC-NS	,734	31	,000

TABLA N° 57: PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA VARIANZA. EAT, BSQ y EDI-2

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
EAT Total	18,422	4	150	,000
BSQ Total	2,744	4	150	,031
EDI-TOTAL	5,417	4	150	,000
Obsesión x delgadez	5,941	4	150	,000
Bulimia	11,951	4	150	,000
Insatisfacción Corporal	6,271	4	150	,000
Ineficacia	6,141	4	150	,000
Perfeccionismo	3,023	4	150	,020
Desconfianza Interpers	5,404	4	150	,000
Conciencia Interoceptiva	4,996	4	150	,001
Miedo a la Madurez	5,899	4	150	,000
Ascetismo	7,798	4	150	,000
Impulsividad	11,073	4	150	,000
Inseguridad Social	6,476	4	150	,000

Para estudiar las diferencias que puedan existir en cuanto a la sintomatología entre los diferentes grupos, debido al incumplimiento de todas las escalas del supuesto de homocedasticidad, hemos elegido *pruebas no paramétricas*, la *prueba de Kruskal-Wallis* (y la *prueba U de Mann-Whitney* (ver tablas n° 58 y 59 respectivamente). Todos los resultados los hemos resumido en la tabla n° 59.

TABLA N° 58: COMPARACIONES GLOBALES. PRUEBA DE KRUSKAL-WALLIS. EAT, BSQ y EDI-2

Estadísticos de contraste ^{a,b}

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
EAT Total	102,247	4	,000
BSQ Total	89,690	4	,000
EDI-TOTAL	91,292	4	,000
Obsesión x delgadez	77,253	4	,000
Bulimia	72,309	4	,000
Insatisfacción Corporal	60,657	4	,000
Ineficacia	66,009	4	,000
Perfeccionismo	32,611	4	,000
Desconfianza Interpers	38,602	4	,000
Conciencia Interoceptiva	93,806	4	,000
Miedo a la Madurez	25,305	4	,000
Ascetismo	80,154	4	,000
Impulsividad	59,965	4	,000
Inseguridad Social	67,195	4	,000

a. Prueba de Kruskal-Wallis
b. Variable de agrupación: Grupos

Por razones obvias, no hemos incluido las comparaciones con el grupo sin patología conocida ó no preocupado por el peso y la figura. En este grupo tan sólo en la escala *bulimia* las diferencias no fueron significativas con respecto al grupo AN-R. Y en la escala *perfeccionismo*, con respecto al grupo GC-S. En todas las demás escalas las diferencias fueron significativas.

**TABLA N° 59: COMPARACIONES POR GRUPOS. PRUEBA DE MANN-WHITNEY
EAT, BSQ y EDI-2.**

	GRUPOS (alfa = 0,05)
OBSESIÓN POR LA DELGADEZ	AN-R(2) / GC-S(1) (p=0,020) AN-P(2) / GC-S(1) (p=0,005) BN-P(2) / GC-S (1) (p=0,002)
BULIMIA	AN-R(2) / AN-P (1) (p=0,000) AN-R(1) / BN-P(2) (p=0,000) AN-P(2) / GC-S (1) (p=0,000) BN-P (2) / GC-S (1) (p=0,005)
INSATISFACCIÓN CORPORAL	AN-R(2) / GC-S (1) (p=0,044) BN-P(2) / GC-S(1) (p=0,002)
INEFICACIA	AN-R(2) / GC-S(1) (p=0,000) AN-P(2) / GC-S(1) (p=0,000) BN-P (2) / GC-S(1) (p=0,000)
PERFECCIONISMO	AN-R(2) / GC-S(1) (p=0,039) AN-P(2) / GC-S(1) (p=0,001) BN-P(2) / GC-S (1) (p=0,001)
DESCONFIANZA INTERPERSONAL	AN-R (2) / BN-P (1) (p=0,033) AN-R (2) / GC-S(1) (p=0,000) AN-P(2) / GC-S(1) (p= 0,026)
CONCIENCIA INTEROCEPTIVA	AN-R(2) / GC-S (1) (p=0,000) AN-P(2) / GC-S(1) (p=0,000) BN-P (2) / GC-S (1) (p=0,000)
MIEDO A LA MADUREZ	AN-R(1) / BN-P (2) (p=0,017) BN-P (2) / GC-S(1) (p=0,004)
ASCETISMO	AN-R(1) / AN-P(2) (p=0,003) AN-R (2) / GC-S(1) (p=0,002) AN-P(2) / GC-S(1) (p=0,000) BN-P(2) / GC-S(1) (p=0,000)
IMPULSIVIDAD	AN-R(2) / GC-S(1) (p=0,000) AN-P(2) / GC-S(1) (p=0,000) BN-P(2) / GC-S(1) (p=0,001)
INSEGURIDAD SOCIAL	AN-R(2) / BN-P(1) (p=0,000) AN-R(2) / GC-S(1) (p=0,000) AN-P(2) / GC-S(1) (p=0,005) BN-P(2) / GC-S (1) (p=0,020)

Entre paréntesis se indica el sentido de la relación 1=puntuaciones más bajas, 2=puntuaciones más elevadas

6. DISCUSIÓN

6.1. DISCUSIÓN DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 1

En los resultados obtenidos en este estudio, podemos advertir que las participantes con algún TCA en el perfil de personalidad promedio presentan elevaciones clínicamente significativas ($TB > \text{ó} = 75$) en varias escalas; el grupo de mujeres con AN-R en las escalas *esquizoide*, *esquizotípica*, y *paranoide*. Las mujeres con AN-P en las escalas *esquizoide*, *autodestructiva*, *compulsiva*, *límite*, *esquizotípica*, y *pasivo/agresiva*. Y las mujeres con BN-P en las escalas *antisocial*, *límite*, y *narcisista* (ver tablas nº 33, 34 y 35 y figura nº 14 en las pp. 237, 238 y 240 repectivamente).

Por otra parte, las mujeres con riesgo de un TCA (GC-S) también presentan puntuaciones elevadas en la escala *narcisista*. Así como, curiosamente, las mujeres sin patología conocida (GC-NS) tales elevaciones las presentaron en la escala *histriónica* (ver tablas nº 36 y 37 y figura nº 14 en las pp. 238, 239 y 240 repectivamente).

En este sentido, comparamos nuestros resultados con los estudios más relevantes (con muestras de un tamaño significativo) que hasta el momento se han realizado con el MCMI-II (ver tabla nº 60). En primer lugar, contrastando nuestros resultados con los de Wiederman y Pryor (1997) observamos que obtuvieron resultados diferentes, ya que en su estudio presentaron elevaciones clínicamente significativas ($TB > \text{ó} = 75$) las mujeres con AN-R en la escala *dependiente*, las mujeres con AN-P (denominadas por los autores como "anoréxicas bulímicas") en las escalas *autodestructiva* (76,48) -esta sí la presentaron alta las mujeres de nuestra muestra- y *fóbica*, y las mujeres con BN-P en las mismas escalas que las anteriores, es decir, *autodestructiva* y *fóbica*.

TABLA N° 60: PATRÓN DE PERSONALIDAD PROMEDIO SEGÚN EL MCMI-II

Wiederman y Pryor (1997)	Espelage <i>et al.</i> (2002)	Nuestro estudio
<p>AN-R (n= 27) dependiente (86,52) compulsiva (74,89) fóbica (72,30) auto-destructiva (71,52) esquizoide (70,37) esquizotípica (62,78) paranoide (58,89) límite (58,67) pasivo-agresiva (56,26) histriónica (47,63) agresivo-sádico (45,78) antisocial (42,30) narcisista (31,63)</p>	<p>AN (n= 33) fóbica (81,30) autodestructiva (81,06) dependiente (76,94) pasivo-agresiva (74,39) límite (72,67) esquizoide (70,00) esquizotípica (62,09) compulsiva (61,18) agresivo-sádico (61,18) paranoide (59,97) histriónica (56,79) antisocial (53,97) narcisista (48,36)</p>	<p>AN-R (n= 31) Esquizoide (80) esquizotípica (79) paranoide (79) fóbica (76) dependiente (73) autodestructiva (73) límite (70) pasivo/agresiva (69) compulsiva (66) agresivo-sádica (64) antisocial (63) narcisista (51) histriónica (48)</p>
<p>AN-P (n= 33) autodestructiva (76,48) fóbica (75,94) dependiente (70,52) límite (68,42) compulsiva (67,45) pasivo/agresiva (65,85) esquizoide (61,42) agresivo-sádica (61,15) paranoide (60,18) esquizotípica (59,88) antisocial (55,82) histriónica (52,85) narcisista (45,30)</p>		<p>AN-P (n= 31) esquizoide (83) autodestructiva (82) compulsiva (81) límite (81) esquizotípica (80) fóbica (72) pasivo/agresiva (72) agresivo-sádica (72) paranoide (66) narcisista (60) antisocial (60) dependiente (59) histriónica (52)</p>
<p>BN-P (n= 105) autodestructiva (82,23) fóbica (77,30) pasivo/agresiva (73,67) dependiente (71,82) límite (70,78) esquizoide (65,27) histriónica (63,14) esquizotípica (59,58) paranoide (58,83) antisocial (58,23) compulsiva (57,05) agresivo-sádica (56,96) narcisista (50,93)</p>	<p>BN (n= 91) autodestructiva (75,76) dependiente (74,67) histriónica (74,27) pasivo/agresiva (73,43) fóbica (70,26) límite (66,93) paranoide (59,04) narcisista (59,03) esquizoide (58,77) antisocial (57,26) agresivo-sádica (55,30) esquizotípica (55,18) compulsiva (49,29)</p>	<p>BN-P (n= 31) Antisocial (83) límite (81) narcisista (81) pasivo/agresiva (72) agresivo-sádica (70) esquizotípica (68) autodestructiva (66) fóbica (61) histriónica (59) esquizoide (55) paranoide (48) compulsiva (47) dependiente (42)</p>

En segundo lugar, contrastando nuestros resultados con los obtenidos por Espelage *et al.* (2002), nos encontramos, con que estos autores no especifican los subtipos de AN o BN que han incluido en su estudio. Ya comentamos en la introducción teórica que es importante contemplar las diferencias entre los subtipos de TCA (ver Pryor *et al.*, 1996b; Vitousek y Manke, 1994), especialmente con fines discriminantes. No obstante, teniendo en cuenta que no disponemos de más investigaciones en las que hayan considerado una muestra significativamente grande con el MCMI-II, nos aventuramos a hacer estas comparaciones, a pesar de que tal vez en la muestra de AN y BN de Espelage puedan estar mezclados los dos subtipos en cada caso. En definitiva, las mujeres de su estudio presentaron elevaciones clínicamente significativas, en el caso de las mujeres con AN en las escalas *fóbica, autodestructiva y dependiente*; y las mujeres con BN en la escala *autodestructiva*. Por tanto, nuestros resultados difieren en cuanto al perfil promedio de los obtenidos por otros autores.

Además de las diferentes metodologías, otros factores que podrían influir en las discrepancias que en principio hallamos entre los tres estudios, podrían ser las puntuaciones de baremación, hecho contrastado por las diferencias entre las dos versiones adaptadas del MCMI-II; y, posiblemente, las diferencias culturales ya que como vemos, el estudio de Wiederman y el de Espelage están realizados, obviamente, con población americana y el nuestro con española. Como sabemos, la *cultura* es una variable de gran importancia en la evaluación de la personalidad. En algunos contextos culturales ciertos comportamientos pueden ser considerados normales y habituales, mientras que otros serían catalogados como anómalos o incluso patológicos, por ejemplo, comportamientos como la expresión de las emociones y los sentimientos, el retraimiento o la suspicacia en las relaciones interpersonales, el respeto escrupuloso por las normas y el orden, las actitudes de sumisión, *etc.* (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002). Cuando estudiamos la personalidad, no podemos olvidar su importancia y tenerlos en consideración.

Por otra parte, en tercer lugar, los resultados de nuestra investigación, son más semejantes a los logrados por otros autores que utilizaron versiones anteriores del MCMI (aunque con pequeñas muestras). Por ejemplo, Tracy, Norman, y Weisberg (1987; cfr. Norman *et al.*, 1993) encontraron que las mujeres con AN-R obtuvieron puntuaciones más

altas en las escalas *esquizoide*, *fóbica* y *esquizotípica*, mientras que las mujeres con BN las obtuvieron en las escalas *histriónica* y *narcisista*. Kennedy *et al.* (1990b) también encontraron que las mujeres con AN puntuaban más alto en las escalas *esquizoide* y *esquizotípica*, mientras que las mujeres con BN lo hicieron en la escala *límite*. Por último, Norman *et al.* (1993) hallaron que las mujeres con AN y la combinación de AN y BN presentaron las puntuaciones más elevadas en la escala *esquizoide* y *fóbica*, mientras que las mujeres con BN en las escalas *dependiente* e *histriónica*.

Finalmente, y a la luz de todos estos resultados, podríamos considerar que las discrepancias que encontramos entre nuestro estudio y los realizados más recientemente (pero que no encontramos con los más antiguos que utilizaron la primera versión del MCMI, según los datos de que disponemos) podríamos atribuirlos a la duración de los TCA. Es decir, entre los estudios que estamos comparando no observamos diferencias en variables como la edad (los promedios son semejantes) o el tipo de pacientes (todas ellas son externas o ambulatorias). Sin embargo, en cuanto a la duración del TCA, sí encontramos diferencias, en nuestra muestra el promedio está en torno a los cinco años (5,62 el grupo de AN-R, 5,096 el de AN-P y 5,27 el de BN-P), en el estudio de Norman, alrededor a los seis años (5,70 el grupo de AN-R, 7,05 el de AN-P y 5,96 el de BN-P); mientras que en el estudio de Espelage refieren un rango de duración (en meses) que va desde los 3 meses hasta los 315 meses; es decir hay pacientes con una evolución mínima (ya que es el tiempo mínimo de duración del criterio de la amenorrea -tres meses-) hasta una evolución crónica. Wiederman no especifica la duración de la enfermedad de sus pacientes. Por lo tanto, por todo ello podíamos considerar como una posible explicación de las diferencias halladas la duración del TCA.

En nuestra muestra las diferencias encontradas entre los tres grupos de TCA, descansan en las mujeres con BN-P, en el sentido de que las participantes con AN-R y con AN-P son más *esquizoides* y *compulsivas*, aunque menos *histriónicas* (sólo las restrictivas), *narcisistas* y *antisociales*. Las diferencias halladas en estas escalas son congruentes con los obtenidos por Wiederman y Pryor (1997) y Espelage (2002), como veremos a continuación.

En definitiva, en nuestros resultados, las mujeres con TCA obtuvieron puntuaciones promedio semejantes en todas las escalas de personalidad evaluadas por el MCMI-II, a

excepción de las cinco mencionadas. Sin embargo, Wiederman y Pryor (1997) sí encontraron más diferencias significativas en otras escalas de personalidad, en el sentido de que las mujeres con conductas restrictivas obtuvieron puntuaciones más elevadas en las escalas *dependiente*, y más bajas en las escalas *narcisista*, *pasivo-agresiva* y *límite*, en comparación con las mujeres con BN-P; y a su vez, más bajas en las escalas *antisocial* y *agresivo-sádica*, al compararlas con los grupos con conductas purgativas. Asimismo, en la escala *compulsiva* las mujeres con AN-R y aquellas con AN-P puntuaron significativamente más alto con respecto a BN-P. Y, por otra parte, Espelage *et al.* (2002) concluyeron que las mujeres con AN puntuaron significativamente más alto en la escala *compulsiva* que las mujeres con BN (este hallazgo es congruente con nuestros resultados), y las mujeres con BN lo hicieron en la escala *histriónica* comparadas a las mujeres con AN.

Ahora bien, quizás los resultados más interesantes que hemos obtenido, los logramos cuando comparamos las mujeres con TCA con aquellas otras en riesgo de desarrollarlo y con mujeres sin patología conocida. Especialmente por lo novedoso, ya que ninguna de las investigaciones previas, conocida por nosotros, han realizado comparaciones en este sentido y utilizando el MCMI-II. Al considerar, en primer lugar, a las mujeres en riesgo de TCA (GC-S) en comparación con las de los grupos TCA, las diferencias encontradas son pocas, ya que todas ellas presentaron puntuaciones muy semejantes. Así, puntuaron significativamente más alto que las mujeres con AN-R en la escala *histriónica* y *narcisista*, sólo en la escala *narcisista*, con las del grupo AN-P, así como en las escalas *fóbica* y *compulsiva* en comparación con las mujeres con BN-P. Igualmente, obtuvieron puntuaciones significativamente menores en las escalas *esquizoide* y *esquizotípica* en comparación con las mujeres con AN-R, *esquizotípica* y *límite* que las mujeres con AN-P; y por último, en las escalas *antisocial*, *esquizotípica* y *límite* en comparación a las mujeres con BN-P.

En segundo lugar, cuando comparamos las mujeres con un TCA con aquellas que no presentaron patología conocida (GC-NS), observamos que efectivamente, las diferencias significativas son mayores, especialmente con los dos grupos con AN que con el grupo BN-P. En concreto, estas mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en las escalas *esquizoide*, *fóbica*, *autodestructiva*, *esquizotípica* y *límite* con respecto a las mujeres de los tres grupos AN-R, AN-P y BN-P; en las escalas *compulsiva* y *pasivo-agresiva* con

respecto a las mujeres con AN-P y con BN-P; y en *antisocial*, en comparación a las mujeres con BN-P. Sin embargo, obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la escala *histriónica* en comparación a los grupos AN-R y AN-P, y en la escala *compulsiva* respecto al grupo BN-P.

Por último, cuando comparamos entre sí los dos grupos comparativos, observamos que las mujeres del grupo sin patología (GC-NS) difieren significativamente en cuanto a puntuaciones más bajas en las escalas *esquizoide*, *fóbica*, *antisocial*, *pasivo-agresivo*, *autodestructiva* y *límite* que el grupo en riesgo de TCA.

A partir de todos estos resultados, y en respuesta a las hipótesis planteadas para el primer objetivo (los números entre paréntesis se corresponden con los de las hipótesis) podemos llegar a las siguientes conclusiones:

(1.1.) Al contrario de lo esperado, las mujeres con AN, tanto purgativas como restrictivas, presentaron un perfil promedio semejante entre ellas; las diferencias significativas detectadas se encontraron entre los dos grupos con AN y el grupo con BN-P.

Este hallazgo podríamos considerarlo como una confirmación indudable del diagnóstico de AN, ya que a pesar de presentar sintomatología bulímica o purgativa, estas mujeres manifiestan más acentuadas las características de personalidad "típicas" de las mujeres con AN que tradicionalmente se vienen considerando en la literatura. Es decir, son mujeres que presentan una pauta generalizada de perfeccionismo e inflexibilidad (DSM-III-R, 1987³), y precisamente en nuestra muestra el que estas mujeres presenten más acentuadas estas características de personalidad que propiamente las mujeres con AN-R, puede ser explicado por la presencia de la sintomatología de tipo bulímico. Es decir, el método purgativo utilizado con mayor frecuencia por las pacientes con AN-P de nuestro estudio es el *vómito*, provocado después de atracones de tipo subjetivo. Estas mujeres podrían vivenciar esta conducta de manera más negativa que las mujeres que presentan BN-P, precisamente por sus características de personalidad (especialmente por su inflexibilidad a la hora de "caer en los atracones"), lo que a su vez incrementaría esta sintomatología alimentaria por la rigidez

³ Nos referimos al DSM-III-R porque el MCMI-II está basado en esta edición del DSM.

respecto a los objetivos (estrictos e inalcanzables) que se proponen, interactuando como un círculo vicioso. Por tanto, nuestros datos vendrían a apoyar la extendida consideración de que las personas con AN presentan una pauta generalizada de perfeccionismo y una personalidad característica.

(1.2.) En general podríamos decir, de acuerdo con lo que esperábamos, que las mujeres con un TCA presentan puntuaciones más altas en todas las escalas del MCMI-II (a excepción de la escala *histriónica*) que las mujeres de los dos grupos comparativos. Por otra parte, las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA presentan puntuaciones intermedias en comparación con el grupo TCA y el de mujeres sin patología conocida.

No obstante, las diferencias que encontramos al comparar todos estos grupos, nos aportan mucha información que consideramos reveladora tanto de datos ya conocidos como de otros no tan conocidos. Por ejemplo, era esperable que las mujeres que están en riesgo de desarrollar un TCA presenten un patrón de personalidad más semejante al grupo TCA que al grupo GC-NS, ya que como hemos visto los problemas con la alimentación, la preocupación por la imagen corporal, el seguimiento/ incumplimiento de dietas, *etc.* ya están empezando a alterar la personalidad (o acentuar determinadas características), en el sentido de que presenten rasgos comunes a los tres grupos de TCA. Y en concreto se distingue de las mujeres con BN-P, por ejemplo, en la escala *compulsiva*, que, como acabamos de ver es el tipo de personalidad más descrita en la literatura para las mujeres con AN. Este hallazgo en nuestra investigación nos sugiere que las mujeres que empiezan a iniciarse, o tal vez son presas ya de una forma patológica, en el "mundo de la obsesión por la delgadez", comienzan a presentar una pauta de perfeccionismo e inflexibilidad, al menos relacionada directamente con todo lo concerniente a ese "mundo". No obstante, estas mujeres siguen manteniendo su forma de ser habitual, como queda reflejado por el hecho de que sea precisamente la escala *histriónica* (que es la que caracteriza fundamentalmente al grupo sin patología conocida) la que las diferencie significativamente del grupo con AN-R. Y otro dato que nos ayuda a mantener esta hipótesis es el hallazgo de diferencias significativas en las escalas *esquizotípica*, en los dos grupos de AN, y *limite*, en las que presentan conductas purgativas, tanto AN como BN. Recordemos que estas escalas de personalidad (junto con la escala *paranoide*), según Millon, son las escalas de *personalidad patológica*, las más graves, que presentan déficits

estructurales y suponen niveles más graves de disfunción que las demás escalas. Precisamente estas escalas están presentes en los tres grupos de TCA, dejando patente en este sentido, el nivel de disfunción que presentan estas pacientes en relación a los otros dos grupos en cuanto al funcionamiento habitual de la personalidad se refiere.

(1.3.) Por otra parte, también era esperable que el grupo sin patología conocida (GC-NS) no presentara semejanzas con los grupos patológicos, de ahí que precisamente se diferencien significativamente en las escalas que más caracterizan a los grupos con TCA. Sin embargo, un hallazgo inesperado y sorprendente es el que las mujeres sin patología conocida presenten diferencias significativas en la escala *histriónica* con respecto a los grupos patológicos, y además que estos rasgos sean clínicamente significativos (superan la TB de 75), pudiendo decir, por tanto, que un número considerable de las mujeres sin patología conocida presentan una pauta generalizada de emocionalidad y de búsqueda de atención exageradas (DSM-III-R, 1987).

No obstante, este hallazgo lo atribuimos, por una parte al propio instrumento de medida. En este sentido recordemos la recomendación de Choca y Van Deburg (1998) respecto a que los resultados del MCMI están muy condicionados por los sentimientos y percepciones del sujeto en el momento de responder al inventario, sobre todo cuando éste sufre graves perturbaciones o se encuentra en un estado muy distinto al habitual (como en este caso sería el sentirse "participante de una investigación"). Por otra parte, también lo podríamos explicar por el tipo de investigación en la que han participado, es decir, como comentamos en el capítulo V (*método*), las participantes aceptaron voluntariamente su inclusión en nuestro estudio, con lo cual suponemos que es más probable que participen voluntariamente mujeres con un estilo de personalidad, *histriónico*, o *narcisista*, a que lo hagan otras con un estilo *esquizoide*, *fóbica*, o *compulsivo*. A estas explicaciones podríamos añadir también el hecho de que sea el TP *histriónico* el más frecuente entre las mujeres de la población no psiquiátrica, con una prevalencia de 2-3% (DSM-III-R, 1987; DSM-IV-TR, 2001), y más concretamente, como señala Choca y Van Deburg (1998), estas personas tienden a puntuar más alto en las escalas *histriónica* y *narcisista* del MCMI (mientras que la población psiquiátrica lo hacían en las escalas *esquizoide*, *evitativa* y *pasivo-agresivo*).

Y, por último, otra explicación plausible al hilo de nuestra investigación, a este hallazgo es el hecho destacado en algunos estudios como por ejemplo, en la revisión de Steinhausen (2002) sobre predictores titulado "*The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*" en la que se destacan los rasgos de personalidad histéricos representan el único factor pronóstico favorable en la AN que, hasta el momento, no ha encontrado evidencias contradictorias. Este dato es congruente con el hallazgo anteriormente comentado respecto a las mujeres en riesgo de TCA, ya que éstas se diferencian significativamente del grupo con AN-R precisamente en la escala *histriónica*. Por lo tanto nos aventuramos a sugerir el hecho de que sean precisamente los rasgos *histriónicos* de la personalidad que exhiben las mujeres de estos dos grupos los que les mantenga alejadas del TCA, en especial en el caso de las mujeres en riesgo del TCA. De tal manera que aquellas mujeres de este último grupo que manifiesten en menor medida estos rasgos (y, como hemos visto, en mayor medida los rasgos de tipo *esquizoide* o *límite*) estarían en un mayor riesgo de desarrollar en un futuro el TCA.

6.2. DISCUSIÓN DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Con respecto a la **comorbilidad de TP** hallada en nuestra muestra de mujeres con TCA, en general, nuestros resultados son consistentes con la literatura especializada en cuanto a las elevadas tasas de comorbilidad encontradas. Antes de entrar en la discusión, vamos a realizar algunas consideraciones importantes previas en cuanto a la implicación que tiene la puntuación de corte del MCMI-II para determinar diagnósticos.

En primer lugar, recordaremos que en la introducción teórica definíamos la comorbilidad como la coocurrencia de diagnósticos (en nuestro caso de TP y TCA). Nosotros hemos utilizado el MCMI-II para detectarlos, y por ser una medida de autoinforme, sus resultados no deben ser tomados como un criterio de absoluta certeza, ya que como cualquier otro procedimiento incurre en alguna cuantía de error, y, por ello, su autor recomienda cuantificar la magnitud del error y comparar con procedimientos alternativos (Millon, 1998).

Por otra parte, consideramos importante comentar la evidente y notoria confusión en cuanto a la consideración de *diagnósticos* con el MCMI-II, ya que el propio Millon introdujo un cambio en la interpretación de la prueba en esta segunda versión, con respecto a la anterior,

y propuso que *"Mientras que en la primera versión del MCMI, las puntuaciones por encima de TB 85 significaron un "trastorno muy destacado" y TB 75 "presencia de rasgos" de un trastorno, estos criterios son poco coherentes en cuanto a su ubicación en el perfil, y diagnósticamente problemáticos, (...). Por lo tanto, los diagnósticos y descripciones de la personalidad basados en las escalas "1" a "8B" del MCMI-II no se considerarían trastornos prototípicos o distintos sino que deberían interpretarse según la forma del perfil -la más alta, la segunda más alta, etc. (...)"* (Millon, 1998; p. 75).

Como vemos, y debido a la precisión diagnóstica que necesitamos para poder hablar con mayor propiedad de comorbilidad, el manual del MCMI-II no nos aclara nada ninguna de las dos versiones de la adaptación española; por ejemplo, Ávila (2002) en el capítulo de la adaptación de la prueba a la población española toma las siguientes líneas de corte: *"(...) TB 74 designa la presencia de este tipo de personalidad o síndrome; TB 84 indica el tipo de personalidad o síndrome más alto o sobresaliente; (...)"* (p. 172).

Por lo tanto, después de indagar sobre cómo quedarían delimitados los diagnósticos de los TP con el MCMI-II, finalmente nos adscribimos a las recomendaciones mucho más precisas de Craig (1999) (me permito transcribirlas en inglés para que no pierda matices en la traducción): *"(...) BR scores of 85 or greater on the personality scales are said to be diagnostic. Although this approach does maximize diagnostic efficiency, a problem arises with BR scores between 75 and 84, which are said to reflect some of the behaviors and traits that define the disorder but not necessarily at a diagnostic level. Which traits and which behaviors? There is no way to tell. If one had content-based subscales, then we could determine which of the many domains have been endorsed by a particular patient and then be more accurate in describing this person"* (p. 393). En definitiva, éstas son recomendaciones conservadoras para generar diagnósticos de TP con el MCMI-II, las mismas que también propuso Wetzler con la primera versión del MCMI (1990; cfr. Norman *et al.*, 1993).

Podríamos añadir a este debate, la diversidad de interpretaciones que efectúan los investigadores que utilizan el MCMI-II como prueba diagnóstica. Algunos autores utilizan la puntuación TB igual o superior a 75 como punto de corte, entre ellos Wiederman y Pryor

(1997) y Espelage *et al.* (2002) mientras que otros consideran la puntuación TB igual o superior a 85, como Norman *et al.*, (1993) y Echeburúa *et al.* (2002); o ambas puntuaciones de corte como Martin *et al.* (2001). Esta polémica la hemos tenido ya en cuenta desde el momento en que hemos realizado los análisis oportunos en función de ambos puntos de corte, lo que nos ha permitido esclarecer considerablemente la controversia.

En definitiva, cuando seleccionamos a las mujeres que presentan *rasgos y conductas clínicas* y, por otra parte, aquellas que presentan *diagnósticos de TP* comórbidos a los TCA, obviamente, emerge un nuevo perfil de personalidad entre ellas, ya patológica y diferente al perfil promedio total de la muestra. Sin embargo, si utilizamos la puntuación TB mayor ó igual a 75 como indicativo general de presencia de patología de la personalidad (considerando entremezclados, por tanto, los *rasgos y conductas clínicas*, así como los *diagnósticos de TP*), nos permite realizar comparaciones con los autores que habían utilizado esta puntuación de corte.

En este sentido, y de cara a tener una descripción lo más exhaustiva posible de nuestra muestra, habíamos realizado el cálculo y la representación gráfica de los perfiles clínicos, en puntuaciones medianas, que muestran las mujeres de los cinco grupos (ver objetivo específico 2 subobjetivo 2.1., tablas nº 42-46 y figura nº 24; pp. 258-260 y 261). Aunque esta información está complementada con las correspondientes comparaciones para determinar las diferencias significativas en las escalas de personalidad entre los cinco grupos, consideramos que todos estos hallazgos hay que tomarlos con cierta cautela, ya que como observamos, no son representativos de toda la muestra, y por tanto, difícilmente (o al menos sería muy arriesgado) generalizarlos a la población. Por ejemplo, sólo trece mujeres con BN-P obtuvieron puntuaciones con significación clínica en la escala *histriónica* (aunque estas puntuaciones son muy elevadas TB mediana de 107). En el caso de las mujeres en riesgo de TCA y aquellas sin patología conocida es aún más evidente, ya que, por ejemplo, en las escalas *esquizoide*, *esquizotípica* y *límite*, ninguna mujer del grupo sin patología conocida obtuvo puntuaciones clínicas. O, por ejemplo, en las escalas *fóbica*, *antisocial*, *autodestructiva*, *paranoide*, sólo dos mujeres las presentaron. Por todo ello, en el capítulo de resultados, queda expuesta de forma pormenorizada los datos sobre la personalidad a nivel clínico de todas las participantes, por lo que no nos vamos a detener más en su discusión.

Con respecto a las proporciones de mujeres que presentan *características de ese síndrome de personalidad* (subobjetivo 2.2.), si consideramos, siguiendo a Wiederman, las escalas de personalidad con elevaciones clínicamente significativas (TB iguales o superiores a 75) más representativas en nuestra muestra, es decir, aquellas que estén presentes en la mayoría de las participantes (en más del 51 %) (ver tabla nº 49 y figura nº 25, en pp. 265 y 266 respectivamente), observamos que son más probables en las mujeres con AN-R, de mayor a menor, los trastornos *esquizotípico, esquizoide, paranoide y fóbico o evitativo*. En el caso de las mujeres con AN-P los trastornos más probables son el *esquizoide, límite*, e igual de probables los TP *compulsivo, pasivo/agresivo, autodestructivo y esquizotípico*. En el grupo de mujeres con BN-P son el *límite, antisocial y narcisista*. Sin embargo, de entre las mujeres de los grupos comparativos, aquellas en riesgo de TCA, el trastorno más probable es el *narcisista*, y en aquellas que no presentan patología conocida el *histriónico*.

Nuestros hallazgos son consistentes sólo en parte con los obtenidos por Wiederman. Siguiendo el mismo criterio, ellos encontraron en el caso de las mujeres con AN-R que los TP más probables eran el *dependiente, compulsivo, autodestructivo y fóbico o evitativo*, si bien este último sí coincide con nuestros hallazgos. En el caso de las mujeres con AN-P los más probables fueron el TP *fóbico o evitativo* y el *autodestructivo*, este último también coincide con nuestros resultados. Por último, en el grupo BN-P fueron el *autodestructivo*, el *dependiente*, el *fóbico o evitativo* y el *compulsivo*. Sin embargo, podríamos decir que sí son comparables con los hallazgos sobre los TP, descritos en la literatura especializada, presentes en los tres subtipos de TCA.

Sin embargo, cuando consideramos las proporciones de mujeres que presentan *trastornos de personalidad* a nivel diagnóstico (ver tabla nº 50 y figuras nº 27, en pp. 267, y 269, respectivamente), comprobamos que las cifras anteriores descienden, por lo que no llegan a ser representativos de los grupos de nuestra muestra ningún TP, ya que ninguno de ellos está presente en la mayoría de las participantes de cada grupo. Por lo tanto, no podemos hablar de un perfil característico de TP diagnosticados en las mujeres con TCA, tal y como se refiere en la literatura científica. No obstante, queremos subrayar la importancia de distinguir entre *rasgos y conductas clínicas* de los *trastornos de personalidad* a nivel

diagnóstico, como queda reflejado en dos hallazgos inesperados destacables, que discutiremos a continuación, y porque en general, consideramos que son relevantes especialmente de cara a la inclusión del estudio e intervención de la personalidad en los programas de tratamiento para estas pacientes.

Así, por una parte, la escala *límite* de personalidad, que como hemos visto, era más probable que estuviese presente en las mujeres con BN-P. Ahora, al hacer esta distinción, encontramos que son más mujeres (casi la mitad, el 45,2%) las que presentan *rasgos y conductas clínicas* de este TP, que el mismo TP a nivel diagnóstico (el 29%). Sin embargo, era más esperable que fuesen precisamente más diagnósticos del TP *límite*, tal como se viene referenciando en las investigaciones al respecto. Esto podría confirmar lo que algunos investigadores han sugerido con respecto al hecho de que podría producirse una posible confusión conceptual entre BN y TP *límite*, por el solapamiento entre la sintomatología propia de ambos trastornos (Pope y Hudson, 1989; Wonderlich, 1995; Díaz *et al.*, 2001).

Por otra parte, el segundo hallazgo destacable, justamente en la dirección contraria, es con respecto a la escala *histriónica*, que vimos era el trastorno más probable en aquellas mujeres que no presentan patología conocida. Sin embargo, con esta distinción, observamos que son más las mujeres que presentan el TP *histriónico a nivel diagnóstico*, cuando lo esperable sería que fuesen precisamente más *rasgos y conductas clínicas*. Con lo cual podemos aventurarnos a sugerir que tal vez pueda ser el trastorno propiamente (y no sólo rasgos de este tipo) un factor protector de un TCA, ya que en nuestra muestra, también observamos que en el grupo en riesgo de TCA están representados en el sentido contrario.

La cuestión más estudiada por numerosos investigadores, como vimos en el capítulo introductorio, es la que realmente responde al objetivo principal de esta investigación, es decir, conocer con la mayor precisión diagnóstica y fiabilidad posibles la presencia de TP comórbidos con los TCA (subobjetivo 2.3.). Profundizando en ello nos hemos centrado sólo en las diferencias en cuanto a la *frecuencia* con la que cada grupo presenta coocurrencia de diagnósticos de TP, es decir, sólo se han considerado las puntuaciones TB superiores o iguales a 85. En este sentido, encontramos en los resultados (ver tabla nº 50 y figura nº 34, en pp. 267 y 275, respectivamente) que las mujeres de nuestra muestra que presentan más

diagnósticos clínicos de alguno de los TP fueron las del grupo AN-P (el 96,8%). En segundo lugar, las mujeres con AN-R (el 93,5%). En tercer lugar, las mujeres del grupo BN-P (el 87,2%).

En cuanto a los grupos comparativos, es el grupo en riesgo de TCA el que presentan mayoritariamente en, al menos, una escala algún diagnóstico de TP (el 74,2%) y las del grupo sin patología conocida también mayoritariamente lo presentan (el 61,2%). En estos dos grupos, los porcentajes más altos de TP se sitúan entre una y dos escalas, mientras que en los tres grupos con TCA, mayoritariamente los diagnósticos de TP son múltiples (en más de tres escalas).

En definitiva, encontramos una alta coocurrencia de diagnósticos de TP en las mujeres de nuestra muestra. Especialmente en aquellas con un TCA, ya que tomada la muestra conjuntamente, el 92,5% presentaron al menos un diagnóstico de TP (sólo siete mujeres no presentaron ningún diagnóstico de TP, de las cuales dos fueron del grupo con AN-R, una del grupo con AN-P, y cuatro del grupo BN-P). De las 31 mujeres del grupo de riesgo de TCA fueron ocho (25,8%) las que no presentaron ningún TP, y doce (38,7%) de las 31 del grupo sin patología conocida.

La cifra de comorbilidad, en mujeres con TCA, que hemos obtenido en nuestro estudio es superior a la hallada por otros investigadores, entre ellos, por Norman *et al.* (1993) quienes refieren un 84% de la muestra total (consideraron una TB igual o superior a 85, aunque utilizaron el MCMI, por lo que los resultados no son totalmente comparables ya que en la primera versión no se incluían las escalas *autodestructiva* ni la *pasivo/agresiva*). Sin embargo, son consistentes con los hallazgos obtenidos en otros estudios, que encuentran esta coocurrencia desde el 22% hasta el 97%, (Gartner *et al.*, 1989; Fahy *et al.*, 1993a; Braun *et al.*, 1994; Wonderlich, 1995; Kennedy *et al.*, 1995; Westen y Harnden-Fischer, 2001, *etc.*).

No obstante, si comparamos las tasas de comorbilidad que se presentan en los diferentes subtipos de TCA, comprobamos que igualmente siguen siendo muy altas y en la misma línea de las obtenidas por Norman *et al.* (1993). Así, comprobamos que: (1) la tasa más alta (un 96,8%) la presentaron las participantes del grupo AN-P al igual que en la muestra de Norman (en un 92,7% de los casos), (2) la segunda tasa más alta, un 93,5%, fueron las mujeres

con AN-R en nuestro estudio; sin embargo en el de Norman fueron las mujeres con BN-P, en un 84,5%; y (3) la tasa más baja, un 87,1%, fue las de las mujeres con BN-P, dato semejante al hallado por este autor. En el caso de estos investigadores, en las mujeres de su muestra con AN-R, la tasa fue más baja que las de la nuestra, un 77,8%. Por tanto, las tasas de nuestro estudio son elevadas en comparación con las referidas en la literatura: del 23% al 80% para las mujeres con AN (Wonderlich, Swift, Slotnick y Goodman, 1990; Herzog *et al.*, 1992; Garner *et al.*, 1989, cfr. Díaz *et al.*, 2001) y del 21 al 77% para la BN (Wonderlich, 1995).

Podríamos explicar estas elevadas tasas de comorbilidad en nuestro estudio en función de varios factores. Por una parte, estaría el hecho de que en nuestra investigación, la mayoría de las pacientes tienden hacia la cronicidad con una evolución media de más de cinco años, por tanto, este factor podría estar influyendo en la evolución de la personalidad al estar tan instaurada la patología alimentaria, ya que desconocemos si realmente estas mujeres presentaban las mismas características antes del TCA o si son consecuencia del mismo. Por otra parte, sería posible que las tasas pudieran estar distorsionadas, ya que en el caso concreto de las mujeres con AN, según refieren Vitousek y Manke (1994), debido a las deficientes habilidades introspectivas que poseen, podrían tener dificultades en cuanto a la autoobservación, y, por tanto, influir en la exactitud del autoinforme; así mismo, el proceso de inanición puede contribuir tanto en la disminución de la capacidad para la abstracción, como en el general empobrecimiento del contenido del pensamiento. Todo ello, según estos investigadores, contribuiría a una notoria reducción en la validez de los resultados de los cuestionarios autoaplicados.

Otra explicación plausible podría ser que en nuestra muestra estuviera influyendo el momento de la evaluación ya que, como ocurre en los estudios realizados con pacientes con AN hospitalizadas, en el momento del ingreso hay un incremento de la tasa de TP y una disminución en el momento del alta. Por tanto, podríamos suponer que ocurre igual en nuestro caso, que aunque es ambulatoria, podría suceder algo similar, es decir, que el punto más álgido fuera igualmente el momento previo al tratamiento, manifestándose en la evaluación previa al inicio del tratamiento. Diferentes estudios han notificado los profundos efectos que tiene la inanición sobre el estado psicológico normal de las personas, donde síntomas como depresión, ansiedad, rigidez, obsesividad, irritabilidad, pensamiento concreto

y aislamiento social aparecen en personas previamente bien ajustadas tras varias semanas de tener una ingesta restrictiva. Esos cambios, muy presentes en el momento de la evaluación, se pueden medir como desviaciones patológicas en los inventarios de personalidad estandarizados (Vitousek y Manke, 1994).

En cuanto al número de diagnósticos comórbidos de TP, también se confirman los hallazgos referidos en la literatura. Es decir, la presencia de más de un diagnóstico (o diagnósticos múltiples) de TP tiene lugar con una frecuencia mucho mayor en las pacientes con un TCA que en la población en general. Este dato es consistente con nuestros resultados, ya que las tasas de comorbilidad, cuando consideramos sólo un diagnóstico de TP, son más altas en los dos grupos comparativos que en los grupos TCA. Mientras que las tasas más altas de comorbilidad múltiple (dos o más diagnósticos) de TP las encontramos en los grupos con un TCA. En definitiva, nuestros datos no se alejan de las cifras obtenidas en otros estudios, en cuanto a los diagnósticos múltiples, ya que refieren porcentajes que varían del 19% al 44% de pacientes con dos o más diagnósticos (Gartner *et al.*, 1989; Braun *et al.*, 1994; *etc.*). Sin embargo, si consideramos como un sólo grupo a las mujeres con TCA, los porcentajes se disparan hasta el 80,7%, que presentan dos ó más diagnósticos de TP. Como han señalado algunos investigadores, estas cifras pueden estar incrementadas por la utilización de autoinformes, ya que como recientemente ha informado Vaz (2003), cuando se utilizan autoinformes el porcentaje de pacientes con diagnóstico de TP es del 75%, siendo tan sólo del 42% cuando se utilizan entrevistas semiestructuradas. Sería interesante, por tanto, poder realizar estudios con ambos métodos de evaluación, para comprobar las diferencias en los datos.

Para terminar este apartado, y ante la insistente cuestión planteada en la literatura científica sobre el establecimiento de un perfil típico de los TP diagnosticados en las pacientes con TCA, comprobamos (ver figuras nº 35, 36, 37, 38 y 39 en pp. 276-278 respectivamente) al menos en nuestros resultados, que no es posible establecerlo en los grupos AN-R, con AN-P o con BN-P de nuestra muestra. Ni tan siquiera para el grupo de mujeres en riesgo de desarrollar TCA. Sin embargo, paradójicamente sí lo podemos vislumbrar para el grupo no sintomático, en el que observamos cómo las mujeres de este grupo, una mayoría, se caracteriza por el diagnóstico *histriónico* de TP.

En concreto, al distinguir todas las participantes de cada grupo por separado, observamos que las mujeres con AN-R (ver figura nº 35, p. 276) presentan múltiples diagnósticos de personalidad en diferentes escalas, con lo que no podemos establecer un patrón de personalidad patológica definido, sino más bien, podríamos decir que la personalidad patológica de estas pacientes configuran una constelación revelada por la multiplicidad de escalas con diagnósticos de TP, que oscilan desde el diagnóstico múltiple en nueve escalas de la participante nº 23, a ocho diagnósticos en la participante nº 24, o siete en las nº 4, 16 y 31, hasta ningún diagnóstico para las participantes nº 19 y 29.

En el caso del grupo AN-P (ver figura nº 36, p. 276), ocurre algo semejante, aunque estas mujeres presentan un número más elevado aún de diagnósticos múltiples. Por ejemplo, vemos que hay participantes que tienen múltiples diagnósticos de TP en once escalas como la nº 12; o en nueve escalas como las participantes nº 17, 24 y 25; o en ocho como las nº 4, 5, y 31; e incluso en siete escalas como las nº 14 y 21. Mientras que tan sólo una participante (la nº 16) no presenta diagnósticos en ninguna escala.

Resultados semejantes observamos en el grupo de mujeres con BN-P (ver figura nº 37, p. 277) ocurre también lo mismo. Si bien, en cuanto al número de diagnósticos múltiples de TP se encuentran en mejor situación que los dos casos anteriores. Así, vemos que en este caso cada participante tiene un número menor de diagnósticos y éstos oscilan desde ocho en las participantes nº 19, 21, 28 y 30, pasando por siete en la participante nº 25, o por seis en las participantes 11, 20, 23 y 31. Igualmente aumenta discretamente el número de mujeres sin ningún diagnóstico en comparación con los otros dos grupos de patología alimentaria, son cuatro las participantes nº 1, 8, 10 y 26.

Por otra parte, en las participantes de los grupos comparativos tanto del grupo sintomático (GC-S) como las del grupo no sintomático (GC-NS) (ver figura nº 38 y 39, en p. 277 y 278 respectivamente), observamos una acentuada disminución en el número de diagnósticos de los TP en general, y especialmente en los diagnósticos múltiples, ya que en este caso, las mujeres que presentan varios diagnósticos, los tienen mayoritariamente en dos escalas de personalidad. En concreto, las mujeres del grupo GC-S, tan sólo las participantes nº 4 y 28 presentan diagnósticos múltiples en tres escalas, y la nº 30 en seis escalas. Por otra parte, no

presentan ningún diagnóstico las participantes 9, 10, 13, 18, 19, y 25; el resto presentan entre uno y dos diagnósticos. En este caso no podríamos entrever un perfil patológico claramente definido, dada la diversidad de las escalas con diagnósticos que presentan las mujeres de este grupo, pero sí al menos una tendencia más elevada en la mayoría de las participantes al diagnóstico en las escalas *histriónica* y *pasivo-agresiva*.

En el caso del grupo GC-NS, también observamos una disminución en el número de diagnósticos de los TP en general, y especialmente en los diagnósticos múltiples, en comparación con las mujeres con alguno de los tipos de los TCA, y a su vez en comparación con las participantes del grupo GC-S, quedando éstas en una posición intermedia entre ambos. Como observamos, en el grupo GC-NS, las mujeres que presentan varios diagnósticos, los tienen mayoritariamente entre uno y dos TP. Si bien, hay tres casos extremos: la participante nº 31 que presenta seis diagnósticos, la nº 19 con cuatro diagnósticos y la nº 15 con tres diagnósticos. Por otra parte, es llamativo el hecho de que en este grupo tan sólo un 38,7% no presenten ningún diagnóstico de TP, cuando lo esperable es que la mayoría de ellas no presentaran ninguna alteración de personalidad a nivel diagnóstico. Y, además, paradójicamente sea el grupo que presente un patrón de TP más definido, ya que la mayoría de las mujeres que presentan algún diagnóstico de TP sea en la escala *histriónica* (de las 19 que tienen algún diagnóstico de TP, 13 lo presentan en esta escala), seguida de la *compulsiva* (n = 5) y *narcisista* (n= 4). Además presentan menor dispersión las mujeres de este grupo, de hecho podemos comprobar que de las 19 mujeres con algún diagnóstico de TP, a excepción de las participantes nº 2 y 3 (que presentan los diagnósticos en las escalas *fóbica* y *dependiente*, y *dependiente*, respectivamente), lo presentan en otras escalas diferentes que no sean estas tres mencionadas. La menor dispersión se explicaría por los diagnósticos múltiples que presentan las mismas mujeres.

6.3. DISCUSIÓN DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 3

La información que hemos obtenido con la evaluación clínica de la personalidad en todas las mujeres de nuestra muestra, queda complementada con el estudio de la *sintomatología asociada con los TCA*, evaluada fundamentalmente con el EDI-2, según los resultados obtenidos. Ya que, como señala Garner (1998), "*para comprender de forma completa el fenómeno de la AN y la BN hay que tener en cuenta los factores que predisponen*

a los sujetos a padecer TCA, la variedad de experiencias en las etapas del desarrollo que interactúan con esos factores para provocar la aparición de los síntomas, las variables que favorecen la permanencia del problema (biológicas, psicológicas e interpersonales), y las variables fundamentales en la aparición de los síntomas" (p .9). No obstante, consideramos que esta comprensión aumentará si los resultados del estudio con personas ya afectadas por un TCA los comparamos, como lo hemos hecho para los objetivos anteriores, con personas que están en riesgo de desarrollar un TCA y con personas que no presentan patología conocida y, además, no muestran una preocupación significativa por el peso y la figura.

En los resultados de este tercer objetivo, hemos comprobado, en primer lugar, cómo la medida total del EDI-2 tiene un cierto valor predictivo en cuanto a la detección de posibles casos en riesgo de TCA. Ya que, en nuestra muestra y con diferencias estadísticamente significativas, esta puntuación es elevada en el grupo en riesgo de desarrollar TCA, con respecto al grupo sin preocupación por el peso y la figura; aunque intermedia en relación a la que obtuvieron las mujeres de los tres grupos con TCA (ver figura nº 43, p. 284).

El autor del EDI-2 (Garner, 1998) recomendaba la utilización de este instrumento como medida de *screening*, pero advertía que esta prueba estaba diseñada en distintas escalas para medir rasgos independientes, por lo que la interpretación de la puntuación total (como la suma de la puntuación de cada escala) planteaba problemas y el riesgo de crear confusión. No obstante, muy recientemente Sepúlveda, Gandarillas y Carrobles (2004), en un estudio sobre la prevalencia de los TCA en población universitaria de nuestro país, utilizaron la puntuación del EDI-2 total para definir como "*población de alto riesgo de padecer un TCA a aquellas personas que obtienen una puntuación igual o superior al punto de corte de 40 en el EDI-2 total*" (p.2). Por su parte, Morandé, Celada y Casas (1999) utilizaron como punto de corte para el riesgo de TCA una puntuación total de 50 en el EDI más una puntuación de 10 en la escala *obsesión por la delgadez*. Podemos comprobar que ambos criterios los cumplen las mujeres del grupo en riesgo de TCA de nuestra muestra -atendiendo a la media y mediana-, sin embargo, podemos observar que en un nivel individual -atendiendo a las puntuaciones máximas y mínimas obtenidas así como a los percentiles P₁₀ y P₂₅- algunos casos se quedarían fuera del criterio más estricto (ver tabla nº 51, 52 y 53, pp. 279 y 280).

En definitiva, podríamos afirmar que las participantes que ya fueron seleccionadas como mujeres en riesgo de desarrollar una TCA en la formación de nuestra muestra con el EAT y el BSQ, volverían a ser seleccionadas en unos porcentajes muy altos con el EDI-2 y la escala *obsesión por la delgadez*, con lo que, esta prueba, se comporta como una buena medida de *screening*, discriminando de forma similar al EAT y al BSQ.

(3.1.) En segundo lugar, en cuanto al perfil que presentaron las mujeres de nuestra muestra en las escalas del EDI-2, observamos en general que los tres grupos con TCA obtuvieron perfiles muy similares, especialmente los dos grupos de mujeres con conductas purgativas (AN-P y BN-P) que no se diferenciaron significativamente en ninguna escala. Por lo tanto, las diferencias halladas descansaron entre las mujeres de los dos subtipos de AN, en el sentido de que las que presentaban conductas purgativas tenían, como es obvio, más pensamientos y conductas de tipo *bulímico*, y eran más *ascéticas* que las de conductas restrictivas. Y, por otra parte, entre las mujeres con AN-R y aquellas con BN-P, las diferencias se centraron, como es obvio también, en las conductas y pensamientos *bulímicos* de las segundas, y, por otra parte, mayor *miedo a la madurez*; mientras que las mujeres con AN-R presentaban una mayor *desconfianza interpersonal e inseguridad social* que las del grupo BN-P.

Respecto a las diferencias halladas en cuanto a la escala *ascetismo*, como refiere Garner (1998), en las últimas décadas, las motivaciones de tipo ascético para perder peso aparecen como menos destacadas en detrimento de otras como la *obsesión por la delgadez*, de ahí que nuestras participantes hayan obtenido puntuaciones más bajas en la primera con respecto a la segunda. No obstante, lo que podría resultar paradójico en nuestros hallazgos serían las diferencias significativas precisamente entre los dos subtipos de AN. En este sentido Huline-Dickens (2000), en su trabajo de revisión examinó las relaciones entre *ascetismo*, *negación* y *anorexia nerviosa*, considerando que la *anorexia* y el *ascetismo* estaban conceptualmente conectados en el proceso de idealización. Destacó a autores como Bell (1985), Rampling (1985) y Bruch (1974) que habían sugerido paralelismos o características comunes entre las anoréxicas y las actitudes ascéticas: la persecución de un ideal imposible o no realizable, pasividad y sacrificio por los otros y conductas heroicas tales como una inexorable autodisciplina y abnegación. Adicionalmente había una excesiva culpabilidad

asociada con un impulso de autocastigo, tendencias obsesivas y conductas ritualizadas y la presencia de un estigma que sirve para demostrar el logro. El proceso de idealización sería común a ambos. Nosotros podríamos encontrar una explicación para las diferencias halladas entre AN-R y AN-P precisamente en estas referencias en cuanto al proceso de idealización de delgadez, y que sean justamente las mujeres con AN-P las que obtuvieran mayores puntuaciones podría ser un indicio de desajuste, consecuencia de los profundos sentimientos de culpabilidad tras el fracaso ante la persecución de ese ideal no logrado (la abstención absoluta) por las conductas purgativas que presentan (ante la pérdida de voluntad y los atracones subjetivos).

Fernández y Turón (1998) señalaron que las escalas que mejor diferenciaban la AN (sin diferenciar las restrictivas de las purgativas) de la BN fueron las de *bulimia* y las de *insatisfacción corporal*. En nuestro estudio la primera diferenció a los tres grupos de TCA, mientras que la segunda, aunque la presentaron más acusada las mujeres del grupo BN-P, no en la suficiente medida como para diferenciarlas significativamente de los otros dos grupos.

Por otra parte, las diferencias que presentaron las mujeres de nuestro estudio con AN-R y BN-P en cuanto a la mayor *desconfianza interpersonal e inseguridad social* de las primeras y el mayor *miedo a la madurez* de las segundas, podríamos ponerlo en conexión con los resultados que obtuvimos en el primer objetivo, e incluso considerarlos como hallazgos análogos en el sentido de que precisamente los dos grupos de mujeres se diferenciaron por su estilo de personalidad más *esquizoide y esquizotípico* y menos *histriónico* de las AN-R en comparación con las BN-P, como vemos todas estas características están relacionadas en la misma dirección.

Junto a esto, y como señalaba Garner (1998), podemos apreciar que las similitudes entre los tres grupos son "*más fuertes que sus diferencias*" (p. 33), como ocurre en las escalas *obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia, y conciencia interoceptiva*, por lo que nuestros datos confirman los resultados de otros estudios que concluyeron que los pacientes con AN y BN muestran niveles similares de perturbación en el EDI y en otros instrumentos de medición (Garner, Garfinkel y O'Shaughnessy, 1985; cfr. Garner, 1998). En este sentido, nuestros hallazgos confirmarían la teoría *transdiagnóstica* de

Fairburn *et al.* (2003a, 2003b) en el sentido de que efectivamente, podríamos considerar a los TCA como un *continuum* fundamentalmente debido a las numerosas características patológicas comunes que comparten y la expresión de esta psicopatología en similares actitudes y conductas, como podemos comprobar en nuestros resultados dadas las semejanzas que los tres grupos de TCA presentaron en las escalas del EDI-2 centrales de los TCA (*obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia y baja autoestima, perfeccionismo, conciencia interoceptiva e impulsividad*) y las diferencias halladas, especialmente en comparación con el grupo sin patología conocida.

(3.2.) Cuando comparamos el grupo muy preocupado por el peso y la figura (GC-S) o en riesgo de TCA, que ya habíamos seleccionado por presentar puntuaciones superiores a los puntos de corte del EAT y del BSQ, con los tres grupos con TCA, observamos en general, un perfil intermedio más bajo, excepto en algunas escalas en las que se asemejan a las puntuaciones obtenidas por los grupos con TCA (*bulimia, insatisfacción corporal, miedo a la madurez y desconfianza interpersonal*, las diferencias no fueron significativas). En definitiva, las mujeres en riesgo de TCA al igual que las mujeres con AN-R, no presentaron pensamientos ni conductas de tipo *bulímico*; se encontraban con similar *insatisfacción corporal* que las mujeres con AN-P; manifestaron tener *miedo a la madurez* en igual medida que las mujeres con AN (tanto restrictiva como purgativa); y se mostraron con semejante *desconfianza interpersonal* como las mujeres con BN-P (ver figura nº 43, p. 284).

Todos estos datos, de nuevo vendrían a apoyar la teoría *transdiagnóstica* de Fairburn *et al.* (2003a, 2003b) respecto a la referencia de que los TCANE compartirían la misma psicopatología que la AN y BN, si bien con la salvedad de que en nuestro estudio sólo estamos considerando a mujeres en riesgo de TCA y no con un TCANE diagnosticado, por lo que sería necesario realizar un estudio logitudinal y comprobar si finalmente estas mujeres entrarían en uno de los tres diagnósticos de los TCA. No obstante, con los datos que tenemos comprobamos que este grupo de mujeres comparten igualmente características (*insatisfacción corporal, miedo a la madurez, desconfianza interpersonal*), aunque no tan patológicas, que tienden a ser mantenidas por procesos psicopatológicos similares comunes en los TCA.

Por último, con respecto al grupo no preocupado por el peso y la figura (GC-NS), presenta un perfil muy bajo en todas las escalas del EDI-2. Podríamos decir que incluso más bajo del que obtendrían mujeres de la población normal (Garner, 1998), algo lógico teniendo en cuenta el proceso de selección que llevamos a cabo en la conformación de la muestra, que ya hemos comentado. No obstante, hemos encontrado semejanzas, en la escala *bulimia* con respecto al grupo AN-R y en la escala *perfeccionismo* con las del grupo en riesgo de TCA (GC-S), en ambos casos por las puntuaciones tan bajas de los otros grupos.

Según Fernández y Turón (1998) las escalas del EDI que mejor diferenciaban a los pacientes con un TCA de un grupo control de estudiantes universitarias fueron *ineficacia*, *desconfianza interpersonal*, *miedo a la madurez*, *conciencia interoceptiva e obsesión por la delgadez*, que son las que frecuentemente aparecen con puntuaciones más altas en los casos con patología. Datos que se confirman en nuestros resultados, con la salvedad de que en nuestra muestra el "grupo control normal" está menos preocupado por el peso y la figura de lo que pudiera estarlo el grupo de estudiantes universitarias.

En definitiva, podríamos decir a la luz de nuestros hallazgos, que éstos apoyan las hipótesis de que los TCA se producen a lo largo de una dimensión continua, como extensamente abordamos en la introducción teórica (Nylander, 1971; Polivy *et al.*, 1987; Streigel-Moore, Siberstein *et al.*, 1986). Además, también apuntan a que en los TCA, según Garner (1998), las formas leves se diferencian de las manifestaciones más graves, de ahí que se detecten puntuaciones muy diferentes entre las diferentes poblaciones (clínica, la subclínica, la normal y la no preocupada por el peso y la figura); con lo cual se relacionaría directamente la gravedad clínica de los TCA con la sintomatología evaluada por el EDI-2. Estos datos se han puesto de manifiesto en nuestros resultados, ya que hemos comprobado que las mujeres con conductas purgativas (AN-P y/o BN-P) son las que presentan las puntuaciones más elevadas en las escalas *bulimia*, *insatisfacción corporal*, *ineficacia*, *miedo a la madurez*, *asectismo*, e *impulsividad*.

Con respecto a las hipótesis de que los TCA serían puntos extremos en una dimensión continua de patologías relacionadas con la realización de regímenes, o de si los síndromes verdaderos difieren cualitativamente de sus variantes subclínicas podemos aportar con

nuestros resultados apoyo empírico a los obtenidos por otros investigadores (Garner y Olmsted, 1985, Olmsted y Garner, 1986, Leassle, Tuschl, Waadt y Pirke, 1989; cfr. Garner, 1998) en el sentido de que si bien pareciera que hay un continuo por las puntuaciones intermedias, y a medio camino obtenidas por los grupos subclínico, entre las logradas por los grupos clínicos y los grupos no preocupados por el peso y la figura, en realidad sólo se acercaron estadísticamente a las puntuaciones de los grupos clínicos en las escalas *insatisfacción corporal, miedo a la madurez y desconfianza interpersonal*.

En definitiva, podríamos decir de acuerdo con Garner (1998), y más recientemente con Beumont *et al.*, (2003) que, según las conclusiones de numerosos estudios, en población normal hay personas con una importante preocupación por su peso, su figura y sus hábitos alimentarios semejantes a la que presentan los pacientes con TCA. No obstante, existen diferencias entre las personas excesivamente preocupadas y los casos clínicos en aspectos descritos en la literatura como son las perturbaciones emocionales centrales en los TCA, es decir, los sentimientos de *ineficacia*, la falta de *conciencia interoceptiva*, *etc.* Por ello, podemos llegar a la conclusión de que éstas son personas que se parecen sólo superficialmente a las personas con TCA, y en las que la excesiva preocupación por la comida, el peso, la figura, *etc.* podrían presagiar el futuro desarrollo clínico de un TCA, ya que como refieren Beumont *et al.*, (2003) todas ellas presentan las mismas cogniciones esenciales, por tanto, lo que distinguiría a estas mujeres de aquellas que padecen AN o BN, sería más la intensidad de las cogniciones y no tanto su cualidad.

Finalmente, la alta comorbilidad de TP en pacientes con TCA puesta de manifiesto en este estudio, podría explicar algunos de nuestros hallazgos. En un estudio de Yates, Sieleni y Bowers (1989; cfr. Garner, 1998) encontraron que los pacientes con TCA y desajustes de la personalidad tenían, en comparación con el resto de pacientes, puntuaciones más elevadas en las escalas *obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia y desconfianza interpersonal*, resultados similares a los encontrados por nosotros. En el perfil general que obtuvieron nuestras participantes observamos, que las puntuaciones más elevadas se encuentran en *obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, conciencia interoceptiva* (son los tres picos más elevados), e *ineficacia*. Sin embargo, no podemos llegar a ninguna

conclusión al respecto, dado que habría que comparar los perfiles obtenidos en el EDI-2 en función de la alteración presente en el MCMI-II.

Para terminar, intentando dar una explicación global de los resultados de este estudio basándonos en la teoría de la personalidad de Millon, tan extensamente expuesta en el capítulo segundo, advertimos que la etiología de los mismos incluye la totalidad de características de la persona (interpersonales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas). En este sentido, es la completa constelación de la persona la que determina el potencial para la adaptación psicológica o el trastorno. Así, cuando la personalidad incluye muchos rasgos desadaptativos y pocas características adaptativas, se disminuye la capacidad de afrontar con eficacia adversidades psicológicas y sociales, de manera que incluso los estresores más leves podrían precipitar un trastorno del Eje I. Por tanto, en nuestro estudio, las tasas tan elevadas de TP presentes en las mujeres con TCA, podrían venir motivadas por una carencia de habilidades de afrontamiento y de flexibilidad adaptativa presentes en las mujeres con TCA consecuencia del propio TCA (como queda reflejada por la sintomatología específica que presentaron en el EDI-2), que marcaría la diferencia entre estructuras de personalidad funcionales decreciendo éstas desde el grupo sin patología conocida (las más funcionales), el grupo en riesgo de TCA y los tres grupos con TCA (las más disfuncionales). A estas circunstancias se le añadirían un incremento del nivel de desnutrición (ya sea por inanición o por malnutrición) con sus consecuencias a nivel físico, emocional, cognitivo y en la personalidad, que pudieran contribuir a la acentuación de la rigidez que las pacientes con TCA manifiestan, a diferencia de las mujeres de los otros dos grupos, especialmente en su obsesión por la delgadez y todo lo que a ésta respecta. El hecho de que en el grupo en riesgo se vaya vislumbrando una mayor disfuncionalidad, nos haría plantearnos la necesidad de un seguimiento de este grupo con el objeto de poder determinar si realmente desarrollarían el TCA y presentarían alteraciones de la personalidad más graves y desadaptativas.

7. LIMITACIONES

En cuanto a las posibles limitaciones que hemos encontrado tras haber realizado en esta investigación queremos destacar:

- (1) Haberla realizado exclusivamente con cuestionarios de tipo autoinforme (especialmente la evaluación de la personalidad) sin utilizar otras medidas de personalidad (v.g. entrevista semiestructurada) para contrastar la magnitud del error de medida en toda la muestra.
- (2) No haber controlado el peso del posible agotamiento de las participantes con los instrumentos utilizados en el protocolo general de evaluación.
- (3) Evaluar a las participantes con TCA exclusivamente en un momento álgido de la enfermedad, justo en el momento de petición de tratamiento, con lo cual no hemos considerado otras situaciones (v.g. ingreso hospitalario, tratamiento en unidad de día, etc.) para la evaluación de la personalidad y así poder estudiar la posible influencia de la severidad del TCA.
- (4) En los grupos comparativos, haber procedido a la evaluación únicamente con medidas de autoinforme, con lo cual no comprobamos en profundidad a través de entrevistas individuales la posible patología comórbida que pudiera estar presente, así como confirmar, o no, la presencia de riesgo de desarrollar TCA ó un posible diagnóstico de TCA.

8. FUTURAS PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

Los resultados de esta investigación pueden tener importantes implicaciones prácticas para la comprensión y abordaje de los TCA en tres áreas: la prevención, el tratamiento y el pronóstico.

En cuanto a la prevención, determinadas características de personalidad constituyen factores predisponentes o de riesgo de suficiente peso para desarrollar un TCA. En nuestro estudio se pone de manifiesto cómo determinadas características de personalidad podrían tener un rol significativo en el desarrollo de un TCA, como son las características de tipo *esquizoide*, *fóbico* y *compulsivo*. Y en el sentido contrario, determinadas características de personalidad podrían jugar un papel fundamental como factores de protección para el desarrollo de un TCA, incluso en personas con una alta preocupación por el peso y la figura, como son las características de tipo *histriónico*. En este sentido proponemos investigaciones que profundicen estos hallazgos, así como la inclusión de los mismos en programas específicos de prevención de los TCA a edades tempranas.

En cuanto al tratamiento y el pronóstico, debido a las tasas tan elevadas de TP que presentan los pacientes de TCA, y fundamentalmente a cómo los TP interfieren negativamente en la eficacia del tratamiento, y como consecuencia a su pronóstico, proponemos (1) la necesidad de realizar una evaluación de la personalidad, al tiempo de la sintomatología específica de cada TCA y (2) la inclusión en el programa de tratamiento cognitivo-conductual de directrices y técnicas adecuadas para el/los trastorno/s de personalidad que presenten en cada caso las pacientes con TCA. Teniendo en cuenta que aquellas pacientes que presenten TP de tipo *histriónico* podrían tener un pronóstico más favorable que aquellas que presenten TP de tipo *esquizoide* y *límite*.

Por tanto, para que estas propuestas se pudieran materializar, sería conveniente realizar más investigaciones sobre la relación TCA y TP. Concretamente, nuestro grupo estamos trabajando en las líneas que exponemos a continuación, encontrándose algunas investigaciones en la última fase, por lo que pronto procederemos a su publicación:

- (1) Estudios correlacionales de las características de personalidad con la sintomatología de los TCA.
- (2) Estudio de la covariación de la sintomatología de los TCA en relación a las características de personalidad. En concreto, comparar los perfiles obtenidos en el EDI-2 en función de la alteración presente en el MCMI-II.
- (3) Estudios multivariantes, utilizando técnicas de reducción de datos, realizados con las características de personalidad y la sintomatología de los TCA, para determinar grupos homogéneos de pacientes con TCA de acuerdo al tipo y severidad de la patología de personalidad comórbida (variables de personalidad) en las participantes con TCA;
- (4) Estudios multivariantes, con técnicas discriminantes, para determinar las variables de personalidad y de la sintomatología de los TCA que mejor contribuyen a discriminar entre los grupos de mujeres con TCA. Así como, para determinar las funciones discriminantes que permitan la clasificación de nuevos casos, basadas en las puntuaciones de esas variables.

9. RESUMEN

La relación entre los TCA y los TP viene siendo estudiada en las últimas décadas, se ha demostrado su existencia a través de la observación clínica y de los hechos empíricos. Si bien las dificultades para comprender esta relación se encuentran en la determinación del papel que juega la personalidad, o determinados rasgos de la misma, en el desarrollo del TCA. Ya sea por su implicación en el inicio del TCA, como factor predisponente o de riesgo; en el desarrollo del TCA, como factor mantenedor; o en el tratamiento del mismo como factor de mal pronóstico.

De la población afectada por un TCA se han encontrado elevados porcentajes que a su vez presentan comorbilidad con los TP. Es igualmente difícil determinar si los diagnósticos de TP, surgen de forma totalmente independiente al TCA, son independientes pero se influyen mutuamente, son una consecuencia del mismo, o comparten los mismos mecanismos etiopatogénicos con algunos TP.

En este marco surge nuestra investigación, en la que pretendemos estudiar, en un total de 155 mujeres de 18 a 31 años (93 mujeres con TCA -31 con AN restrictiva, 31 con AN purgativa y 31 con BN purgativa-, en relación a 62 mujeres de la población general -31 sin patología conocida y 31 en riesgo de desarrollar un TCA-), (1) el perfil de personalidad que presentan todas ellas comparativamente; (2) la comorbilidad de diagnósticos de TP; (3) la sintomatología definitoria de los TCA.

Las aportaciones realizadas hasta el momento, al menos que conozcamos, no han incluido grupos comparativos de población sin patología, junto a grupos de población en riesgo de desarrollar un TCA. En nuestra investigación hemos considerado la importancia de la inclusión de estos grupos, para tratar de responder, en la medida de lo posible, considerando que el diseño es transversal, a las cuestiones anteriormente planteadas.

A la luz de nuestros resultados, con el diseño utilizado, podríamos decir que los TP surgen de forma paralela o simultánea a la patología alimentaria. Hemos comprobado cómo, en cuanto al perfil promedio de personalidad las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA, se sitúan a medio camino con las mujeres sin patología conocida, en el sentido de que comparten las características de personalidad más significativas de los TCA (*esquizoide, fóbica o evitativa, y compulsiva*; aunque con puntuaciones más bajas) y a su vez las más significativas de las mujeres sin patología conocida (*histrionica y narcisista*; aunque también con puntuaciones más bajas). Estos hallazgos apuntarían a la hipótesis de que los TCA modifican la personalidad, ya que como se ha destacado ampliamente en la literatura, pequeñas reducciones en el peso corporal, así como la desnutrición, producen cambios llamativos en las características de personalidad (Garner, 1998).

Además, hemos encontrado, en general, tasas de TP comórbidos muy elevadas tanto en las mujeres con TCA (en el 92,5% de los casos) como en las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA (en el 74,2%) e incluso en las que no presentaron patología conocida (en el 61,2%). A pesar de las tasas tan elevadas, no podemos decir que las mujeres con un TCA de nuestra muestra presenten un perfil característico, ya que encontramos una amplia dispersión en los tipos y número de TP que presentan. Lo mismo ocurre en el caso de las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA, pero en el caso de las que no presentan patología conocida sí vislumbramos un perfil de personalidad más frecuente, caracterizado por las elevaciones en la escala *histriónica*, que está en la línea de algunas investigaciones que sugieren la presencia de rasgos histriónicos como protectores del desarrollo de los TCA.

A su vez, con nuestra investigación hemos puesto de manifiesto cómo las mujeres con AN-R y AN-P son semejantes en cuanto al perfil de características de personalidad, recayendo las diferencias significativas en las mujeres con BN-P; mientras que, en cuanto a la sintomatología propia de los TCA, las mujeres con AN-P y BN-P presentan una sintomatología semejante, descansando las diferencias significativas entre las mujeres con AN-R y AN-P (en *bulimia y ascetismo*) y las mujeres con AN-R y BN-P (en *bulimia, miedo a la madurez, desconfianza interpersonal e inseguridad social*). El grupo en riesgo de TCA, también presenta un perfil intermedio más bajo, excepto en algunas escalas en las que se asemejan a las puntuaciones obtenidas por los grupos con TCA (*bulimia, insatisfacción corporal, miedo a la madurez y desconfianza interpersonal*). Con lo cual, nuestros hallazgos apoyarían la hipótesis de la continuidad de los TCA, e incluso las propuestas realizadas en cuanto a los criterios relevantes para diferenciar los tipos de TCA por su sintomatología en cuanto a conductas restrictivas y purgativas.

En conjunto, con los tres objetivos estudiados en nuestra investigación, podríamos apoyar la hipótesis propuesta por Garner (1998) y Beumont *et al.* (2003) de que en la población normal hay personas con una importante preocupación por su peso, su figura y sus hábitos alimentarios, semejante a la que presentan los pacientes con TCA. No obstante, existen diferencias entre las personas excesivamente preocupadas y los casos clínicos en las perturbaciones emocionales centrales en los TCA (sentimientos de *ineficacia*, falta de *conciencia interoceptiva*, etc.). Por lo tanto, estas personas se parecerían sólo

superficialmente a las personas con TCA, y en las que la excesiva preocupación por la comida, el peso, la figura, *etc.* presagian el futuro desarrollo clínico de un TCA. Nuestra aportación a esta hipótesis es el papel que jugarían las características de personalidad en el desarrollo del TCA. Es decir, intervendrían la conjunción de determinadas características de personalidad, como podría ser preponderancia de características de personalidad del tipo *esquizoide, fóbico y compulsivo*, en detrimento de características de personalidad de tipo *histriónico*, que actuarían como protectoras.

Tal vez la gran limitación de nuestro estudio, consecuencia de su propio diseño, sea el hecho de que nunca sabremos si la patología de personalidad estaba ya instaurada antes del TCA. No obstante, podríamos suponer, ya que partimos del estudio de la personalidad desde el modelo de Millon (2001), como él mismo señala, que la estructura y las características de la personalidad se convierten en base de la capacidad individual para la actividad sana o enferma, ya que cada estilo de personalidad actúa como un estilo de afrontamiento, siendo la flexibilidad adaptativa la clave determinante de una estructura de personalidad funcional o disfuncional.

En definitiva, extrapolando su teoría al terreno de la relación TCA y TP, podríamos decir que en las mujeres con TCA que presentan TP comórbidos, éstos presentan una insuficiencia de capacidad de adaptación en condiciones de estrés (como podría ser la presencia del propio trastorno alimentario), con lo que el nivel de estrés se incrementa, amplifica su vulnerabilidad y provoca situaciones críticas, produciendo percepciones de la realidad cada vez más distorsionadas. A su vez estas personas son inflexibles desde el punto de vista adaptativo, con lo que reducen las oportunidades de aprender estrategias nuevas y más adaptativas. Y por último, los repertorios patológicos que dominan su vida, se repiten como círculos viciosos, manteniendo invariable su TCA.

10. CONCLUSIONES

En función de los resultados obtenidos en nuestro estudio, en el cuadro siguiente damos respuestas a las hipótesis planteadas inicialmente:

TABLA N° 61: VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	
HIPÓTESIS	¿SE CUMPLE?
<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Las mujeres con un TCA presentarán un perfil de personalidad con mayores alteraciones clínicas, así como un mayor número de trastornos de personalidad a nivel diagnóstico, que las mujeres de los dos grupos comparativos. Si bien las mujeres que presentan sintomatología relacionada con los TCA se situarán a un nivel intermedio, tanto en cuanto al perfil como al número de diagnósticos de trastornos de personalidad y de rasgos y conductas clínicas, con respecto al grupo de mujeres sin patología conocida que presentarán las puntuaciones más bajas y menor número de alteraciones clínicas de personalidad.</p>	-Sí, en general (aunque no en todas las escalas)
<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>(Objetivo específico 1):</p> <p>Respecto a la configuración promedio de personalidad, las puntuaciones obtenidas por las mujeres con uno de los TCA estudiadas serán más altas que las obtenidas por las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA y las de éstas serán intermedias a las obtenidas por aquellas sin patología conocida, que serán las puntuaciones más bajas sin llegar a los niveles de significación clínica.</p>	-Sí, en general (aunque no en todas las escalas)
<p>(1) Comparando los tres grupos con TCA, las mujeres con conductas purgativas (AN-P y BN-P) presentarán un perfil promedio más semejante entre ellas en comparación al perfil de las mujeres con conductas restrictivas (AN-R).</p>	- No, en su totalidad

HIPÓTESIS	¿SE CUMPLE?
<p>(a) El de las mujeres con AN-R estará conformado fundamentalmente por las escalas <u>esquizoide</u>, <u>fóbica</u> y <u>dependiente</u>,</p> <p>(b) mientras que el de las mujeres con AN-P lo estará por las escalas <u>esquizoide</u>, <u>autodestructiva</u> y <u>límite</u>.</p> <p>(c) y el de las mujeres con BN-P por las escalas <u>límite</u>, <u>histriónica</u> y <u>autodestructiva</u>.</p>	<p>- Parcialmente (sólo la escala subrayada configuraría el perfil planteado en la hipótesis)</p> <p>- Parcialmente (sólo la escala subrayada configuraría el perfil planteado en la hipótesis)</p> <p>- Parcialmente (sólo la escala subrayada configuraría el perfil planteado en la hipótesis)</p>
<p>(2) Las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA presentarán un perfil promedio de personalidad con rasgos comunes (puntuaciones semejantes) a los tres grupos con TCA en aquellas escalas en las que presenten las puntuaciones más elevadas (esperablemente en las escalas <u>fóbica</u>, <u>autodestructiva</u> y <u>compulsiva</u>).</p>	<p>- Sí</p>
<p>(3) Las mujeres sin patología conocida obtendrán un perfil de personalidad promedio diferente al obtenido por las mujeres con un TCA.</p>	<p>-Sí</p>
<p style="text-align: center;">(Objetivo específico 2):</p> <p>En cuanto a la comorbilidad de los TP,</p> <p>(a) concretamente la presencia de rasgos y conductas clínicas que definen los trastornos de personalidad será más frecuente en las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA, en segundo lugar lo será en las mujeres con alguno de los TCA estudiados y, por último, en las mujeres sin patología conocida, que los presentarán en proporciones muy bajas.</p>	<p>- Sí</p>

HIPÓTESIS	¿SE CUMPLE?
<p>(b) En cambio, la presencia de trastornos de personalidad a nivel diagnóstico será más frecuente en los tres grupos de mujeres con un TCA, en segundo lugar en las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA; y en tercero, en las que no presentan patología conocida.</p> <p>(1) Dentro de los tres grupos de mujeres con TCA, <u>las proporciones más altas de participantes con patología esperada general</u> (tanto con respecto a los rasgos y conductas clínicas que definen los TP como a los tipos de trastornos de personalidad a nivel diagnóstico), <u>las hallaremos en las mujeres con AN-P</u> (que las presentarían del tipo <i>límite, histriónico, compulsivo y pasivo-agresivo</i>), seguidas de las mujeres con BN-P (que las presentarían del tipo <i>límite, histriónico y autodestructivo</i>), y por último aquellas con AN-R (del tipo <i>esquizoide, fóbico y dependiente</i>).</p> <p>(2) <i>Las proporciones más altas</i> de participantes con rasgos y conductas clínicas que definen los TP, <u>las hallaremos en las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA</u>, que sería esperable sean del tipo <i>fóbico, pasivo-agresivo y compulsivo</i>. En cuanto a los tipos trastornos de personalidad a nivel diagnóstico presentes en este grupo, aunque lo estén en proporciones más bajas, estarían en la misma línea que los rasgos y conductas clínicas de TP.</p>	<p>-Sí</p> <p>-Parcialmente (sólo en lo subrayado)</p> <p>-Parcialmente (sólo en lo subrayado)</p>

HIPÓTESIS	¿SE CUMPLE?
<p>(3) <i>Las proporciones más bajas</i> de participantes con rasgos y conductas clínicas que definen los TP, <u>las hallaremos en las mujeres sin patología conocida</u>. En cuanto a los tipos de trastornos de personalidad a nivel diagnóstico presentes en este grupo, los porcentajes de participantes que los presenten serán muy bajos, dentro de lo esperable para la población normal; y serán del mismo tipo que los rasgos y conductas clínicas.</p> <p style="text-align: center;">(Objetivo específico 3): Respecto a la sintomatología de los TCA,</p> <p>(1) Las mujeres con TCA presentarán en general puntuaciones más altas en todas las escalas del EDI-2 con respecto a las mujeres que no presentan ninguna preocupación (seleccionadas por sus bajas puntuaciones en el EAT y BSQ).</p> <p>(2) Las mujeres preocupadas por el peso y la figura, seleccionadas por sus altas puntuaciones en el EAT y en el BSQ, sin ser TCA, obtendrán puntuaciones intermedias en el EDI-2, situándose a medio camino entre las mujeres con TCA y las que no están preocupadas por el peso y la figura.</p>	<p>-Parcialmente (sólo en lo subrayado)</p> <p>- Sí</p> <p>- Sí</p>

Por tanto, de forma global, podemos establecer las siguientes conclusiones:

- Con respecto al perfil promedio de la personalidad:
 - 1ª. Las mujeres con TCA presentaron un perfil de personalidad con mayores alteraciones clínicas en general que las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA, que se situaron a medio camino de las que no presentaban patología conocida.
 - 2ª. No podemos establecer, en general, un perfil característico de personalidad que distinga claramente a las mujeres con TCA. Las mujeres con AN, tanto purgativas como restrictivas, presentaron un perfil promedio semejante entre ellas, encontrándose las mayores diferencias con respecto al grupo BN-P.
 - 3ª. En el grupo de mujeres en riesgo de desarrollar un TCA, se obtuvo un perfil promedio que se situó a medio camino con las mujeres sin patología conocida, en el sentido de que comparten las características de personalidad más significativas de los TCA (*esquizoide, fóbica o evitativa, y compulsiva*; aunque con puntuaciones más bajas) y a su vez las más significativas de las mujeres sin patología conocida (*histriónica y narcisista*; aunque también con puntuaciones más bajas).
 - 4ª. Las mujeres sin patología conocida presentaron un perfil diferente a los grupos con TCA. Las diferencias fueron mayores con respecto a los dos grupos con AN que con las del grupo BN-P. El perfil se caracterizó por puntuaciones más bajas en la mayoría de las escalas salvo en la *histriónica*.

- Con respecto a la comorbilidad de los TCA y los TP:
 - 5ª. No es posible establecer un perfil característico de TP diagnosticados en las mujeres con TCA (en ninguno de los tres tipos estudiados), más bien presentan una constelación de múltiples diagnósticos de TP. En el grupo de mujeres en riesgo de desarrollar TCA, podemos vislumbrar una tendencia más elevada en la mayoría de

las participantes a los diagnósticos de TP *histriónico* y *pasivo-agresivo* y en el grupo sin patología conocida de TP *histriónico*.

6ª. Las mujeres con TCA presentaron una alta co-ocurrencia de diagnósticos de TP.

7ª. La presencia de diagnósticos múltiples de TP (mayoritariamente en más de tres escalas) tuvo lugar con una frecuencia mayor en las mujeres con algún TCA. Las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA presentaron menos diagnósticos múltiples, y más que las que no presentan patología conocida.

- Con respecto a la sintomatología de los TCA:

8ª. Los perfiles en las distintas escalas del EDI-2 son bastante semejantes en todos los TCA, especialmente entre las que presentaron conductas purgativas (AN-P y BN-P). Las principales diferencias entre ellas y las restrictivas se establecieron obviamente en la mayor frecuencia de pensamientos y conductas de tipo bulímico.

9ª. Las mujeres en riesgo de desarrollar un TCA, y por tanto, muy preocupadas por el peso y la figura, en general, presentaron un perfil intermedio más bajo que aquellas con un TCA, pero por encima del de aquellas que no presentaron patología conocida, quienes obtuvieron un perfil muy bajo en todas las escalas del EDI-2, por debajo, incluso, del que presentan las mujeres de la población normal.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agras, W. (1987). *Eating disorders. Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa*. Pergamon Press: Oxford.
- Agras, W.S., Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T. y Kraemer, H.C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57: 459-466.
- Alonso, P., Fernandez, F., Turón GIL, J., Vallejo, J. y Ramos, M.J. (1998). Trastornos de la alimentación en varones: análisis comparativo de los pacientes ingresados en el periodo 1975-1997. *Anales de Psiquiatría*, 14: 295-300.
- American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-III*. (3ªed.). Masson: Barcelona.
- American Psychiatric Association. (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-III-R*. (3ªed. Revisada). Masson: Barcelona.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*. (4ªed.). Masson: Barcelona.
- American Psychiatric Association. Work Group on Eating Disorders. (2000). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders (rev.). *American Journal Psychiatry*. 157: 1-39.
- American Psychiatric Association. (2001). Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario. Barcelona: Ars Médica.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR*. (4ªed. Texto Revisado). Masson: Barcelona.
- American Psychiatric Association. Work Group on Eating Disorders. (2002). Treating patients with eating disorders: a quick reference guide. En: <http://www.psych.org/cme>.
- Andersen, A. (2001). Progress in eating disorders research. *American journal of psychiatry*, 158: 515-517.
- Ávila, A. (dr.). (1999, 2002). Adaptación española del MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial de Millon de Theodore Millon. Madrid: Tea Ediciones.

- Beato, L. y Rodríguez, T. (2002). Aplicación de la técnica de entrevista motivacional en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1: 42-49.
- Belloch, A., Martínez-Narváez, M.P. y Pascual, L.M. (1996). Personalidad sana y personalidad trastorronada. En: Fierro, A. (comp.). *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Belloch, A., y Fernández-Alvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Beumont, P.J.V. (1995). The clinical presentation of anorexia and bulimia nervosa. En: K.L. Brownell, y C.G. Fairburn (eds.). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: The Guildford Press.
- Beumont, P.J.V. y Touyz, S.W. (2003). What kind of illness is anorexia nervosa? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12: 20-24.
- Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., Riddle, M.A., Hoehn-Saric, R., Liang, B. Cullen, A.M., Grados, M.A. y Nestadt, G. (2000). The Relationship of Obsessive-Compulsive Disorder to Possible Spectrum Disorders: Results from a Family Study. *Biological Psychiatry*, 48: 287-293.
- Borda, M., del Río, C. y Torres, I. (2003). Creencias irracionales en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Cuadernos de Medicina Psicósomática y Psiquiatría de enlace*, 65: 16-28.
- Boskind-White, M. y White, W.C. (1983). *Bulimia/Anorexia: the binge/purge cycle and self-starvation* (3ª ed 2000). New York: W.W. Norton y Company.
- Braun, D.L., Sunday, S. R. y Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24: 859-867.
- Brewerton, T. D., Lydiard, B., Herzog, D. B., Brotman, A. W., O'Neil, P. M., y Ballenger, J. C. (1995). Comorbidity of Axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56: 77-79.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Book.
- Bruch (1978, edición castellana de 2002). *La jaula dorada. el enigma de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Paidós.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Joyce, P.R. y Carter, F.A. (1995). Temperament, character and personality disorder in BN. *The journal of nervous and mental disease*, 183: 593- 598.

- Bulik, C.M., Sullivan, P.F. y Joice, P.R. (1999a). Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100: 27-32.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., McIntosh, V.V. y Joyce, P.R. (1999b). Predictor of rapid and sustained response to cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26: 137-144.
- Calvo, R.M. (2002). Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Planeta Prácticos.
- Casper, R.C. (1990). Personality features of woman with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52: 156-170.
- Casper, R.C. (1998). Depression and eating disorders. *Depression and anxiety*, 8: 96-104.
- Casper, R.C., Hedecker, D., y McClough, J.F. (1992). Personality dimension in eating disorders and their relevance for subtyping. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 830-840.
- Cassidy, E., Allsopp, M. y T. Williams. (1999). Obsessive compulsive symptoms at initial presentation of adolescent eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 8: 193-199.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7: 175-190.
- Casullo, M.M. (2000). Concepciones teóricas de Theodore Millon acerca de los estilos de personalidad. En: M.P., Sánchez López, M.M., Casullo, *Los estilos de personalidad: una perspectiva Iberoamericana*. Madrid: Miño y Dávila Editores.
- Cervera, S. y Quintanilla, B. (1995). *Anorexia nerviosa. Manifestaciones psicopatológicas fundamentales*. Navarra: EUNUSA.
- Chinchilla, M., (2003). ¿Es real la actual epidemia de trastornos de la conducta alimentaria? En M. Chinchilla, (ed.). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Choca, J. y Van Deburg E. (1998). Guía para la interpretación del MCMI. Barcelona: Paidós.
- Claes, L., Vandereycken, W. y Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, 32: 707-714

- Cloninger, C.R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric developments* 3, 167-226.
- Collier, D.A. y Sham, P.C. (1999). Understanding the genetic predisposition to anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 7: 96-102.
- Cooper, P. (1995a). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. En K. Brownell, y C. Fairburn, (ed.) *Eating Disorders and Obesity: a comprehensive handbook*. Guilford Press: New York.
- Cooper, Z. (1995b). The development and maintenance of eating disorders. En: K. Brownell, y C. Fairburn, (ed.) *Eating Disorders and Obesity: a comprehensive handbook*. Guilford Press: New York.
- Cooper, P.J. y Fairburn, C. (1986). The depressive symptoms of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 148: 268-274.
- Cooper, F.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6: 485-494.
- Corral, S., Gonzalez, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Manual. Madrid: TEA Ediciones.
- Craig, R. J. (1999). Overview and Current Status of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of personality assessment*, 72(3), 390-406
- Crisp, A. (1980). *Anorexia nervosa: let me be*. New York: Academic Press
- Dancyger, I. F., Sunday, S.R., Eckert, E.D. y Halmi, K.A. (1997). A comparative analysis of Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles of anorexia nervosa at hospital admission, discharge and 10-year-follow-up. *Comprehensive psychiatry*, 38: 185-191.
- Davis, R.D. (1999). Millon: Essentials of his science, theory, classification, assessment and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72: 330-352.
- De Zwaan, M. (1997). Status and Utility of a New Diagnostic Category: Binge Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 5: 226-240.
- De Zwaan, M., Burgard, M.A., Schenck, C.H. y Mitchell, J.E. (2003). Night Time Eating: A Review of the Literature. *European Eating Disorders Review*, 11: 7-24.
- Deckelman, M.C., Dixon, L.B. y Conley, R.R., (1997). Comorbid Bulimia Nervosa and Schizophrenia. *Journal of Eating Disorders*, 22: 101-105.

- Del Río, C. (1995). Anorexia Nerviosa: análisis de algunos aspectos cognitivos. Tesis Doctoral sin publicar. Universidad de Sevilla.
- Del Río, C. (2005, en prensa). Ética profesional en Psicología Clínica.
- Del Río, C., Torres, M.I. y Borda, M. (2002). Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de la personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2: 425-438.
- Del Río, C., Borda, M., Torres, M.I. y Lozano, J.F. (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1(2): 1-10.
- Díaz, M. y Carrasco, J.L. (2001). La personalidad y sus trastornos en la anorexia y bulimia nerviosas. En: E. García-Camba (comp.) *Avances en los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- Díaz, M., Carrasco, J. L., López-Ibor, J. J. y Sáiz, M. (1998). Un estudio de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 26: 288-296.
- Díaz, M., Carrasco, J. L., Prieto, R. y Sáiz, J. (1999). El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27: 43-50.
- Dowson, J. (2004). Associations of the severity of depressive disorders in women with psychogenic low weight. *Journal of Affective Disorders*, 78: 279-284.
- Dymek, M. y Le Grange, D. (2002). Anorexia nervosa with comorbid psychosis and borderline mental retardation: a case report. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 478-482.
- Echeburúa, E., Marañón, I. y Grijalvo, J. (2002). Trastornos de personalidad en pacientes aquejados de anorexia y bulimia nerviosa: un estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2: 95-101.
- Eddy, K.T., Keel, P.K.; Dorer, D.J., Delinsky, S.S., Franko, D.L. y Herzog, D.B. (2002). Longitudinal Comparison of Anorexia Nervosa: Subtypes rather than a distinct subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 191-201.
- Emborg, C. (1999). Mortality and Causes of Death in Eating Disorders in Denmark 1970-1993: A Case Register Study. *International Journal of Eating Disorders*, 25: 243-251.
- Espelage, D.L., Mazzeo, S.E., Sherman, R. y Thompson, R. (2002). MCMI-II profiles of women with eating disorders: a cluster analytic investigation. *Journal of Personality Disorders*, 16: 453-463.

- Fahy, T.A., Eisler, I. y Russell, G.F.M. (1993a). Personality disorders and treatment response in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 62: 765-770.
- Fahy, T.A. y Eisler, I. (1993b). Impulsivity and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162: 193-197.
- Fairburn, C. (1998). La superación de los atracones de comida. Barcelona: Paidós.
- Fairburn, C. y Cooper, P.J. (1984). The clinical features of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144: 238-246.
- Fairburn, C.G. y Walsh, B.T. (1995). Atypical eating disorders. En: K.L. Brownell y C.G. Fairburn (eds.) *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: The Guildford Press.
- Fairburn, C.G. y Harrison, P.J. (2003a). Eating disorders-Seminar. *The Lancet*, 361: 407-416.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A. y O'Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: a community based case control study. *Archives General of Psychiatry*, 54: 509-517.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A. y Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa. *Archives General of Psychiatry*, 56: 468-476.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003b). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 509-528.
- Fairburn, C. G., Stice, E., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P. A. y O'Connor, M. E. (2003c). Understanding Persistence in Bulimia Nervosa: A 5-Year Naturalistic Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71: 103-109.
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Boggie, S. y Rovera, G.G. (2002). Temperament and carácter profile of eating disorders: a controlled study with the temperament and carácter inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 32: 412-425.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S.B. Woodruff, R.A., Winokur, G. y Muñoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26: 57-63.
- Fernández, F. y Turón, V. (1998). *Trastornos de la alimentación*. Masson: Barcelona.

- Fessler, D.M. (2002). Pseudoparadoxical impulsivity in restrictive anorexia nervosa: a consequence of the logic of scarcity. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 376-388.
- First, M. B., Bell, C. C., Cuthbert, B., Krystal, J. H., Malison, R., Offord, D. R., Reiss, D., Shea, M. T., Widiger, T. y Wisner, K. L. (2002). Personality Disorders and Relational Disorders: A Research Agenda for Addressing Crucial Gaps in DSM. En: D.J., Kupfer, M.B., First, D.E. y Regier (eds.). *A Research Agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association.
- Fitzgibbon, M.L, Sánchez-Johnsen, L.A. y Martinovich, A. (2003). A Test of the Continuity Perspective Across Bulimic and Binge Eating Pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 34: 83-97.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa: no evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry*, 166: 462-471.
- Fombonne, E. (1996). Is bulimia nervosa increasing in frequency?. *International Journal of Eating Disorders*, 19: 287-296.
- García-Camba, E. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En: García-Camba, E. (comp.). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- Garfinkel, P.E. (1995). Classification and diagnosis of eating disorders. En: K.L. Brownell, y C.G. Fairburn (eds.). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: The Guildford Press.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Garner, D. M. (1998). EDI-2 Inventario de los Trastornos de Alimentación. Madrid: TEA. (Version original, 1991).
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9: 273-279.
- Gartner, A.F., Marcus, R.N., Halmi, K. y Loranger, A.W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146: 1585-1591.
- Geliebter, A. (2002). New developments in binge eating disorder and the night eating syndrome. *Appetite*, 39: 17-177.

- Gendall, K.A., Joyce, P.R., Sullivan, P.F. y Bulik, C.M. (1998). Personality and Dimensions of Dietary Restraint. *International Journal of Eating Disorders*, 24: 371-379.
- Gilbert, N. y Meyer, C. (2003). Social anxiety and social comparison: differential links with restrictive and bulimic attitudes among nonclinical women. *Eating Behaviors*, 4: 257-264.
- Gleaves, D.H., Löwe, M.R., Snow, A.C., Green, B.A. y Murphy-Eberenz, P. (2000). Continuity and Discontinuity Models of Bulimia Nervosa: A Taxometric Investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 109: 56-68.
- Godart, N.T., Flament, M.F., Lecrubier, Y. y Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatr*, 15 : 38-45.
- Godart, N.T., Flament, M.F., Curt, F., Perdereau, P., Lang, F., Venisse, J.L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P. y Fermanian, J. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research*, 117: 245-258.
- Godt, K. (2002). Personality disorders and eating disorders: the prevalence of personality disorders in 176 female outpatients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 10: 102-109.
- Goldfein, J.A., Devlin, M.J. y Spitzer, R. L. (2000). Cognitive behavioural therapy for the treatment of binge eating disorder. What constitutes success?. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1051-1056.
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Stout, R. L., Shea, M. T. , Zinarini, M. C. Bender, D. S., Morey, L. C., Dyck, I. R. y McGlashan, T. H. (2003). Do Eating Disorders Co-Occur with Personality Disorders? Comparison Groups Matter. *International Journal of Eating Disorders*, 33: 155-164.
- Guillemort y Laxenaire (1994). *Anorexia Nerviosa y Bulimia*. El peso de la cultura. Barcelona: Masson.
- Halmi, K. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. En: R.E. Hales, A.C. Yudofsky, J.A. Talbott. *Tratado de Psiquiatria* (2ª ed.). Barcelona: Ancora S.A.

- Halmi, K.A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. y Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48: 712-718.
- Halmi, K.A., Sunday, S.R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W.H., y Kaye, W.H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1799-1805.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Klump, K. L., Strober, M., Leckman, J. F., Fichter, M., Kaplan, A., Woodside, B., Treasure, J., Berrettini, W. H., Al Shabboat, M., Bulik, C. M. y Kaye, W. H. (2003) . Obsessions and Compulsions in Anorexia Nervosa Subtypes. *International Journal of Eating Disorders*. 33: 308-319.
- Herzog D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R., Yeh, C.J. y Lavori, P.W. (1992). Psychiatric morbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 810-818.
- Herzog, D.B., Greenwood, D.N., Dorer, D.J., Flores, A.T., Ekeblad, E. R., Richards, A., Blais, M.A. y Kellr, M.B. (2000). Mortality in Eating Disorders: A Descriptive Study. *International Journal of Eating Disorders*, 28: 20-26.
- Hills, H.A. (1995). Diagnosing personality disorders: an examination of the MMPI-2 and MCMI-II. *Journal of Personality Assessment*, 65: 21-34.
- Hsu, L.K.G. (1990). *Eating disorders*. New York: The GuilfordPress.
- Hsu L.K.G., Kaye, W., Weltzin, T. (1993). Are the eating disorders related to obsessive compulsive disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 14: 305-318.
- Huline-Dickens, S. (2000). Anorexia nervosa: Some connections with the religious attitude. *British Journal of Medical Psychology*, 73: 67
- Hugo, P.J. y Lacey, J.H. (1998). Disordered Eating: A Defense against Psychosis?. *International Journal of Eating Disorders*, 24: 329-333.
- Iranzo, A., Santamaría, J., Sureda, B., Carrasco, E. y de Pablo, J. (2000). El síndrome de la cena durante el sueño. *Neurología*, 15: 226-230.
- Janzen, B.J., Saklofske, D.H. y Nelly, I.W. (1993). Personality and bulimic symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 49: 649-653.

- Jarry, J. L., Vaccarino, F. J. (1996). Eating disorder and obsessivecompulsive disorder: Neurochemical and phenomenological commonalities. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 21: 36-48.
- Kaltiala-Heino, R., Rissanen, A., Rimpelä, M. y Rantanen P. (2003). Bulimia and Impulsive Behaviour in Middle Adolescence. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 72: 26-33.
- Kaye, W., Strober, M., Stein, D. y Gendall, K. (1999). New Directions in Treatment Research of Anorexia and Bulimia Nervosa. *Biology Psychiatry*, 45: 1285-1292.
- Kennedy, S.H., Katz, R., Rockert, W., Mendlowitz, S. Ralevski, E. y Clewes, J. (1995). 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.
- Kennedy, S.H., Katz, R., Rockert, W., Mendlowitz, S., Ralevsky, E. y Clewes, J. (1990b). Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal of nervous and mental Disease*, 183: 358-364.
- Kennedy, S.H., McVey, G. y Katz, R. (1990a). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatry Research*, 24: 259-269.
- Klump, K.L., Bulik, C. M., Pollice, C., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., Devlin, B., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Treasure, J., Shabbout, M. Lilenfeld, L., Plotnicov, K.H. y Kaye, W. H. (2000). Temperament and Character in Women with Anorexia Nervosa. *Journal of mental and nervous disease*, 188: 559-567.
- Klump, K.L., McGue, M. y Iacono, W.G. (2002). Genetic Relationships Between Personality and Eating Attitudes and Behaviors. *Journal of Abnormal Psychology*, 111: 380-389.
- Kupfer, D.J., First, M.B. y Regier, D.E. (2002). Introduction. En: Kupfer, D.J., First, M.B. y Regier, D.E. (eds.) *A Research Agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association.
- Kutlesic, V. (1998). The interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10: 41-48.
- Lacey, J.H., Evans, C.D.H. (1986). The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81: 715-723.
- Lehoux, P.M., Steiger, H. y Jabalpurlawa, S. (2000). State/Trait Distinctions in Bulimic Syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 27: 36-42.

- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K. et al (1997). Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: effects of comorbid substance dependence. *International Journal of Eating Disorders*.
- López, I. (2001). Comorbilidad en los trastornos de la conducta alimentaria. En: E. García-Camba, (comp.) *Avances en los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- Löwe, M.R., Gleaves, D.H., DiSimone-Weiss, R.T., Furgueson, C., Gayda, C.A., Kolsky, P.A., Neal-Walden, T. Nelsen, L. A. y McKinney, S. (1996). Restraint, Dieting, and the Continuum Model of Bulimia Nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 105: 508-517.
- Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, Y., Dupont, D., Reas, L. y Herzog, W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 31: 881-890.
- Lucas, A.R., Crowson, C.S., O'Fallon, W. M. y Melton, L.J. (1999). The Ups and Downs of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26: 397-405.
- Martín, F.M., Motos, A. y Del Aguila, E. (2001). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo con el MCMI-II. *Revista Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 1: 2-8. (<http://www.paidopsiquiatria.com/rev/rev.htm>)
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Nagata, T., Yamagami S. (1998). Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 23: 399-408.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Yamagami, S., Kaye, W. H. (1999). Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 29: 407-414.
- Matsunaga, H., Kaye, W.H., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C. y Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27: 353-357.
- McElroy, S.L., Phillips, K.A., Keck, P.E. (1994). Obsessive compulsive spectrum disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55: 33-51.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E. Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C. Znarini, M.C. y Stout, R.L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 256-264.

- Millon, T.(2002). Assessment Is Not Enough: The SPA Should Participate in Constructing a Comprehensive Clinical Science of Personality. *Journal of Personality Assessment*, 78: 209-218.
- Millon, T. (2000). Toward a New Model of Integrative Psychotherapy: Psychosynergy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10: 37-53.
- Millon, T. (1999). Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II [MCMI-II]. Manual. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada. (original: *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*). 1997. Inc. Minneapolis: National Computer System).
- Millon, T. y Davis, R. *Personality disorders in modern life*. New York: Wiley; 2000.
- Millon, T. y Davis, R. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson; 1998.
- Millon, T. y Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. y Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Milos, G., Spindeler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R. y Schnyder, U. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 284-289.
- Morandé, G. (coord.) (1995). *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J.J. (1999) Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School-Age Population. *Journal of Adolescent Health*, 24: 212-219.
- Muller, B., Herpertz, S.C., Heussen, N., Neudorfl, A., Wewetzer, C. y Remschmidt, H. (2000). Persönlichkeitsstörungen und psychiatrische morbidität in Verlauf der adolescenten Anorexia Nervosa. Ergebnisse einer propektiven 10-Jahres-Kattamnese. *Z Kinder Jugendpsychiatrie Psychother*, 2: 81-91.
- Nagata, T., Kawarada, Y., Kiriike, N. y Iketani T. (2000). Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Research*, 94: 239-250.

- Napolitano, M.A., Head, S., Babyak, M.A. y Blumenthal, J.A. (2001). Binge Eating Disorder and Night Eating Syndrome: Psychological and Behavioral Characteristics *International Journal of Eating Disorders*, 30: 193-203.
- Newton, J.R., Freeman, C.P. y Munro, J. (1993). Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a maker of severity?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87: 389-394.
- Norman, D., Blais, M.A. y Herzog, D. (1993). Personality characteristics of eating-disordered patients as identified by the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Disorders*, 7: 1-9.
- Nylander, J. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population: Epidemiologic interview investigation. *Acta Sociometrica Scandinavica*, 3: 17-26.
- O'Brien, K.M. y Vincent, N.K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 23: 57-74.
- O'Kearney, R., Gertler, R., Conti, J. y Duff, M. (1998). A Comparison of Purging and Nonpurging Eating-Disordered Outpatients: Mediating Effects of Weight and General Psychopatholog. *International Journal of Eating Disorders*, 23: 261-266.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Hyler, S.E., Doige, N., Rosnik, L. y Galaher, P.E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152: 571-578.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, décima revisión (CIE-10). Meditor: Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos de investigación*. CIE-10. Meditor: Ginebra.
- Palmer, R.L. (1995). Sexual abuse and eating disorders. En: K.L. Brownell, y C.G. Fairburn (eds.) *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: The Guildford Press.
- Pardo, A., y Ruiz, M-A. (2001). *SPSS 10.0 Guía para el análisis de datos*. Barcelona: Mc Graw-Hills.
- Pascual, J., Frías, D. y García, F. (1996). *Manual de Psicología Experimental. Metodología de investigación*. Barcelona: Ariel Psicología.

- Pearlstein, T. (2002). Eating disorders and comorbidity. *Archives of Women's Mental Health*, 4: 67-78.
- Pelechano, V. (2000). La psicología de la personalidad de los "trastornos de personalidad". En V. Pelechano. *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Pelechano, V., de Miguel, A. y Hernández, M. (1995). Trastornos de personalidad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (ed). *Manual de psicopatología. Vol.2*. Madrid: McGrawHill.
- Perpiñá, C. (1989). *Trastornos alimentarios: el estado de la cuestión*. Valencia: Promolibro.
- Podar, I., Hannus, A. y Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: a comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *Journal of personality assessment*, 73: 133-147.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 635-644.
- Polivy, J. y Herman C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53: 187-214.
- Polivy, J., Zeitlin, S.B., Herman, C.P. y Beal, A.L. (1994). Food restriction and binge eating: a study of former prisoners of war. *Journal of Abnormal Psychology*, 103: 409-411.
- Pollice, C., Kaye, W.H., Greeno, C.G. y Weltzin, T.E. (1997). Relationship of Depression, Anxiety and Obsessionality to State of Illness in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21: 367-376.
- Pope, H.G. y Hudson, J.I. (1989). Are eating disorders associated with borderline personality disorder? A critical review. *International Journal of Eating Disorders*, 8: 1-9.
- Pope, H.G., Frankenburg, F.R., Hudson, J.I., Jonas, J.M., y Yurgelun-Todd, D. (1987). Is bulimia associated with borderline personality disorder? A controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48: 181-184.
- Pryor, T., y Wiederman, M.W. (1996a). Use of the MMPI-2 in the outpatient assessment of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 66: 363-373.
- Pryor, T. y Wiederman, M.W. (1998). Personality features and expressed concerns of adolescents with eating disorders. *Adolescence*, 33: 291-300.

- Pryor, T., Wiederman, M.W. y McGilley, B. (1996b). Clinical correlates of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 19: 371-379.
- Raeuori, A. (2002). Temperament, character and eating disorders. *European eating disorders review*, 10: 146-150.
- Raich, R.M. (1994). Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Madrid: Piramide.
- Raich, R.M. (2001). Imagen corporal. Madrid: Piramide.
- Raich, R. M., Deus, J., Muñoz, M. J., Pérez, O. y Requena, A. (1991). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. *Revista Psiquiatría de la Facultad de Psicología de Barcelona*, 18: 210-220.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7: 51-66.
- Rogers, R.L. y Petrie, T.A. (2001). Psychological correlates of anorexic and bulimic symptomatology. *Journal of Counselling and Development*, 79: 178-187.
- Rosenvinge, J.H. y Moulard, S.O. (1990). Outcome and prognosis of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 156: 92-97.
- Ruderman, A.J. y Besbeas, M. (1992). Psychological characteristics of dieters and bulimic. *Journal of Abnormal Psychology*, 101: 383-390.
- Russell, G. F. M. (1970). Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. En J.H. Price (ed.). *Modern trends in psychological medicine* (vol.2, pp. 131-164). London: Butterworths.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9: 429-448.
- Russell, G. F. M. (1995). Anorexia nervosa through time. In G. Szmukler, C. Dare, y J. Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester: John Wiley y Sons Ltd.
- Saldaña, C. (1994a). Evaluación de trastornos del comportamiento alimentario. En Ballesteros, R. (comp.). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Pirámide: Madrid.
- Saldaña, C. (1994b). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Terapia de salud y conducta: Madrid.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392

- San Martín, R. y Pardo A. (1989). *Psicoestadística contrastes paramétricos y no paramétricos*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, aspectos básicos de su teoría de la personalidad y su patología. *Interpsiquis*.
- Sansone, R.A., Fine, M.A., Seufferer, S. y Bovenzi, J. (1989). The prevalence of borderline personality symptomatology among women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 45: 603-10.
- Schlesier-Carter, B., Hamilton, S.A., O'Neil, P.M., Lydiard, R.B. y Malcolm, R. (1989) Depression and Bulimia: The Link Between Depression and Bulimic Cognitions. *Journal of Abnormal Psychology*, 98: 322-325.
- Schmidt, N.B. y Telch, M.J. (1990). Prevalence of personality disorders among bulimics, nonbulimics binge eaters, and normal controls. *Journal of psychopathology and behavioural assessment*, 12: 169-185.
- Secretaría General del Senado (2000). Informe de la ponencia encargada de estudiar los condicionantes extrasanitarios que concurren en el incremento de la incidencia de la anorexia y la bulimia en la población y proponer las medidas políticas y legislativas oportunas. Madrid: Secretaría General del Senado. Dirección de Estudios y Documentación. Departamento de Publicaciones.
- Sepúlveda, A.R., Gandarillas, A. y Carrobles J. A. (2004). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. *Psiquiatría.com*, 8(2). <http://www.psiquiatria.com/>
- Serrano, T. y Vallejo, J. (1997) Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: V.J., Turón (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Shafran, R., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40: 773-791.
- Shapiro (1965) . *Neurotic Styles*. New Yoek: Basic Books.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyler, S.E., Kellman, H.D., Doidge, N. y Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14: 403-416.

- Sohlberg, S. (1990). Personality, life stress and the course of eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinava Suppl.* 361 vol. 82: 29-33.
- Sohlberg, S. y Strober, M. (1994). Personality in anorexia nervosa: an update and theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 1-15.
- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Loas, G., Guilbaud, O., Jeammet, P. y Flament, M. (2001). Obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Eating Behaviors*, 2: 193-207.
- Spitzer, R.L., Devlin, M.J., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R.R., Marcus, M., Stunkard, A.J., Wadden, T.A., Yanovski, S.Z. y Agras, W.S. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 3: 191-203.
- Stein, D., Orbach, I., Shani-Sela, M., Har-Even, D., Yaruslasky, A., Roth, D., Meged, S. y Apter, A. (2003). Suicidal Tendencies and Body Image and Experience in Anorexia nervosa and Suicidal Female Adolescent Inpatients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 72:16-25
- Steinhausen, H.C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159: 1284-1293.
- Stice, E. (2002) Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*. 128: 825-848.
- Stice, E. y Agras, W.S. (1999). Subtyping bulimic women along dietary restraint and negative affect dimensions. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 67: 460-469.
- Stice, E., Ziemba, C., Margolis, J. y Flick, P. (1996). The dual pathway model differentiates bulimics, subclinical bulimics, and controls: testing the continuity hypothesis. *Behavior Therapy*, 27: 531-550.
- Stice, E., Killen, J.D., Hayward, C. y Taylor, B. (1998). Support for the Continuity Hypothesis of Bulimic Pathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 784 790.
- Strassberg, D.S., Ross, S. y Todt, E.H. (1995). MMPI performance among women with bulimia: a cluster-analytic study. *Addictive Behavior*, 20: 137-140.
- Striegel-Moore, R.H. y Cachelin, F.M. (2001). Etiology of Eating Disorders in Women. *The Counseling Psychologist*, 29: 635-661.
- Striegel-Moore, R.H., Siberstein, L.R. y Rodin (1986). Topward an understanding of risk factors of bulimia. *American of psychologist*, 41: 246-263.

- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C. y Diamond, J. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmisión of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157: 393-401.
- Stunkard, A.J. (1993). A History of Binge Eating. En: C.G. Fairburn y G.T. Wilson (eds.) *Binge Eating. Nature, assessment and treatment*. New York: The Guildford Press.
- Stunkard, A.J. (1997). Eating Disorders: The Last 25 Years. *Appetite*, 29, 181-190.
- Stunkard, A.J. (2000). Two eating disorders: binge eating disorder and the night eating syndrome. *Appetite*, 34: 333-334.
- Sullivan, P.F. (1995). Mortality in AN. *American Journal of Psychiatry*, 152:1073-1074.
- Sullivan, P.F., Bulik, C.M., Fear, J.L, Pickering, A. (1998a). Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 155: 939-46.
- Sullivan, P.F., Bulik, C.M. y Kendler, K.S. (1998b). The epidemiology and classification of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28, 599-610.
- Telch, C.F. y Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66: 768-776.
- Theander, S.S. (2002). Literature on Eating Disorders during 40 Years. *European Eating Disorders Review*, 10: 386-398.
- Thornton, C. y Russell, J. (1997). Obsessive Compulsive Comorbidity in the Dieting Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21: 83-87.
- Tisdale, M.J., Pendleton, L. y Marler, M. (1990). MCMI characteristics of DSM-III-R bulimics. *Journal of Personality Assessment*, 55: 477-83.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Toro, J. (1999). Trastornos del comportamiento alimentario. *Jano Especial*, 56: 0. http://db.doyma.es/cgi_bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_jano.indice_revista?pident_revista_numero=227
- Toro, J. (2000). La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)*. 114: 543-544.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martinez-Roca.
- Torres, I. (2001). *Rasgos y trastornos de personalidad en pacientes con TCA*. Trabajo de investigación (DEA), no publicado. Universidad de Sevilla.

- Torres, I., del Río Sánchez, C. y Borda Más, M. (2003). Trastornos de personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon en mujeres con anorexia nerviosa (purgativa y restrictiva) y bulimia purgativa. Póster. *III Congreso Nacional de la Asociación para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AETCA)*. Valencia, 18-21 de junio de 2003.
- Treasure, J. (1997). *Anorexia Nervosa. A survival guide for families, friends and sufferers*. Psychology Press: UK.
- Troop, N.A., Serpell, L. y Treasure, J.L. (2001). Specificity in the Relationship Between Depressive and Eating Disorder Symptoms in Remitted and Nonremitted Women. *International Journal of Eating Disorder*, 30: 306-311.
- Turón, V. (1997a). Epidemiología y clínica de la bulimia nerviosa. En V. Turón. *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson.
- Turón, V. (1997b). Clínica de la anorexia nerviosa. En Turón, V. *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson.
- Tylka, T.L. y Mezidlo, L. (1999). Exploring the construct validity of the eating disorder continuum. *Journal of Counseling Psychology*, 46:268-276
- Valdés, M. (2002). Trastornos de personalidad. En: Vallejo, J. (dir.) (5ª edición). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Vandereycken, W. (1987). Are anorexia nervosa and bulimia variants of affective disorders? *Acta psychiatrica belga*, 87: 267-280.
- Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). Evaluación multidimensional. En: Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios*. Granica: Barcelona.
- Vaz, F.J. (2003). Personalidad y anorexia nerviosa. En: L. Rojo y G. Cava. (eds.). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Vaz, F.J., Peñas, E.M. y Guisado, J.A. (2001). Bulimia multiimpulsiva y bulimia nerviosa asociada a patología límite: algunas pruebas acerca de su identidad clínica. *Psiquiatría biológica*, 8: 212-218.
- Vitousek, K. y Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of abnormal Psychology*, 103: 137-147.

- Von Ranson, K.M., Kaye, W.H., Weltzin, T.E., Rao, R., Matsunaga, H. (1999). Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 156: 1703-1708.
- Walsh, B.T. (1995). Pharmacotherapy of eating disorders. En: K.L. Brownell, y C.G. Fairburn (eds.) *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. (1995) New York: The Guildford Press.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Benedettini, M. y Treasure, J. (2000). Attachment Patterns in Eating Disorders: Past in the Present. *International Journal of Eating Disorders*, 28: 370-376.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H. y Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74: 497-505
- Westen, D. y Harnden-Fischer, J. (2001). Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158: 547-562.
- Widiger, T.A. (1999). Millon's Dimensional Polarities. *Journal of Personality Assessment*, 72: 365-389.
- Wiederman, M.W. y Pryor, T. (1997). MCMI-II Personality scale scores among women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 69: 508-519.
- Wilfley, D.E., Friedman, M.A., Douchis, J.Z., Stein, R.I., Welch, R. R. y Ball, S.A. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder: relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 641-649.
- Wilson, G.T. y Walsh, B.T. (1991). Eating Disorders in the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100: 362-365.
- Wonderlich, S. (1995). Personality and eating disorders. En K. Brownell, y C. Fairburn (ed.). *Eating Disorders and Obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.
- Wonderlich, S.A., Swift, W.J., Slotnick, H.B. y Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9: 607-616.

- Woodside, D.B., Bulik, C.M., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Kaplan, A., Berrettini, W.H., Strober, M., Treasure, J., Lilenfeld, L., Klump, K. y Kaye, W.H. (2002). *International Journal of Eating Disorders*, 31: 290-299.
- Yager, J., Landsverk, J., Edelstein, C.K. y Hyler, S.E. (1989). Screening for axis II personality disorders in women with bulimic eating disorders. *Psychosomatics*, 30: 255-262.
- Zanarini, M.M., Frankenburg, F.R., Pope, H.G., Hudson, J.L., Yurgelurs-Todd, D. y Cicchetti, C.J. (1990). Axis II comorbidity of normal-weight bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 30: 20-24.

ANEXOS

PROTOCOLO INICIAL EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**DATOS DEMOGRÁFICOS**

- Apellidos: _____ **- Nombre:** _____

- N° de caso: _____ **- N° Hª Clínica:** _____ **Fecha de la 1ª consulta:** _____

- Año de nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** varón (1) / mujer (2)

- Estado civil:

1. soltero/a (no ha estado casado nunca)	4. casado/a en 1º matrimonio
a. con novio/a	5. divorciado/a
b. sin novio/a	6. casado/a (1ª nupcias)
2. separado	7. Vive en pareja
3. viudo/a	8. Otros (especificar):

- Lugar de nacimiento: _____ **- Lugar de residencia:** _____

- Estudios: (marque el nivel mas alto que haya cursado):

1. estudios primarios (hasta 6º educación primaria)	- Situación laboral:
2. 8º EGB ó graduado escolar	1. trabaja
3. bachillerato no terminado	2. en desempleo
4. bachillerato terminado	3. estudiante
5. COU	4. en formación laboral
6. Formación profesional no terminada	5. ama de casa
7. Formación profesional terminada.	
8. Estudios universitarios no terminados	
9. Estudios universitarios terminados	

- Grupo laboral:

1. trabajador/a no cualificado	- Situación de la vivienda:
2. Trabajador/a cualificado	1. vivo solo/a
3. funcionario/a	2. con madre/padre
4. administrativo/a	3. con novio/cónyuge
5. empresario	4. con hijos
6. profesional	5. con familiares (no padres)
7. otros	

- Profesión del padre (1) y madre (2):

1. tareas domésticas	5. administrativo/a
2. Profesión liberal cualificada	6. trabajador especoialista
3. empresario/a	7. trabajador no cualificado
4. funcionario/a	8. estudiante
9. Otras:	

en caso de dudas especificar: padre: _____ madre: _____

- N° de hermanos (incluido tu): _____ **Lugar que ocupas:** _____

- ¿Quién le ha informado sobre nuestro tratamiento?:

1. media (TV/radio/periodico/internet)	6. seguridad social
2. familiares	7. médico/a de cabecera y/o médico especialista
3. amigos/a	8. psiquiatra y/o neurólogo
4. otros/as pacientes	9. psicólogo/a
5. grupos de autoayuda	10. otros

- ¿Por qué razón se ha dirigido en este momento a nuestro servicio?:

1. por mí mismo	6. por presión de amigos
2. por presión familiar	7. por recomendación de especialista
3. por presión del novio/a o cónyuge	8. por orden judicial

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- Robo: 1. Sí
2. No

- Inicio: 0. Ausencia
1. Simultáneamente
2. Previo
3. Posterior

- Juego Patológico: 1. Sí
2. No

- Inicio: 0. Ausencia
1. Simultáneamente
2. Previo
3. Posterior

- Abuso de Alcohol: 1. Sí
2. No

- Inicio: 0. Ausencia
1. Simultáneamente
2. Previo
3. Posterior

- Abuso de Drogas: 1. Sí
2. No

- Inicio: 0. Ausencia
1. Simultáneamente
2. Previo
3. Posterior

- Conductas auto y/o heteroagresivas: 1. Sí
2. No

- Inicio: 0. Ausencia
1. Simultáneamente
2. Previo
3. Posterior

- Cleptomanía: 1. Sí
2. No

- Inicio: 0. Ausencia
1. Simultáneamente
2. Previo
3. Posterior

- Tricotilomanía: 1. Sí
2. No

- Inicio: 0. Ausencia
1. Simultáneamente
2. Previo
3. Posterior

- Trastornos de Ansiedad: 1. Sí
2. No

- Inicio: 0. Ausencia
1. Simultáneamente
2. Previo
3. Posterior

- Trastorno Afectivo: 1. Sí
2. No

- Inicio: 0. Ausencia
1. Simultáneamente
2. Previo
3. Posterior

- TOC: 1. Sí
2. No

- Inicio: 0. Ausencia
1. Simultáneamente
2. Previo
3. Posterior

ENFERMEDAD ACTUAL

-Pauta alimentaria diaria: 1. alimentación equilibrada
2. dietas hipocalóricas
3. dietas hipercalóricas
4. omite comidas

-Episodios bulímicos: 1. No
2. Con vómitos voluntarios postingesta
3. Sin vómitos voluntarios postingesta

frecuencia semanal: _____

-Vómitos inducidos:
1. Sí
2. No

frecuencia semanal: _____

-Uso de laxantes:
1. Sí
2. No

frecuencia semanal: _____

- Uso de diuréticos:
1. Sí
2. No

frecuencia semanal: _____

-Hiperactividad: 1. Alta (más de 1 hora al día)
2. Media (entre 1 hora y menos de 4 horas a la semana)
3. Baja (menos de 4 horas a la semana)

HISTORIA DEL TRASTORNO ALIMENTARIO Y PESO

-Peso actual (Kg): _____ **-Talla (m):** _____ **-IMC (peso/talla²):** _____

-Peso máximo conseguido (Kg): _____ **-IMC máximo:** _____

-Peso mínimo conseguido (Kg): _____ **-IMC mínimo:** _____

-Peso que te gustaría tener (Kg): _____ **-IMC ideal:** _____

-Peso normativo (Kg): _____ **-Pérdida de peso ponderal:** _____

-Nº de regímenes dietéticos realizados por cuenta propia: _____

-Nº de regímenes dietéticos realizados bajo supervisión médica: _____

-Año de inicio del trastorno: _____ **-Evolución de la enfermedad (años):** _____

-Forma de inicio: 1. Brusca (< 6 meses) con desencadenante
2. Brusca (< 6 meses) sin desencadenante
3. Insidiosa (> 6 meses) con desencadenante
4. Insidiosa (> 6 meses) sin desencadenante

-Evolución: 1. Crónica con remisiones parciales
2. Crónica con remisiones completas
3. Crónica sin remisiones
4. Aguda

-Nº de tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos (especificar) realizados hasta ahora a causa del TCA: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

- Edad de menarquía: _____ - Obesidad infantil: 1. Presente
2. Ausente

- Obesidad premórbida (IMC > 30): 1. Sí - IMC premórbido: _____
2. No

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Anorexia Restrictiva:	1. Sí 2. No	- Anorexia purgativa:	1. Sí 2. No
- Bulimia:	1. Sí 2. No	- Obesidad:	1. Sí 2. No
- Alcoholismo:	1. Sí 2. No	- Trastorno afectivo:	1. Sí 2. No

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (DSM-IV)

ANOREXIA NERVIOSA:

1. Rechazo a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal para su edad y talla; por ejemplo, pérdida de peso o mantenimiento de éste 15% por debajo del peso teórico esperado.
1. Sí 2. No
2. Intenso miedo a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando emaciado.
1. Sí 2. No
3. Alteración en la forma en que se percibe el propio peso corporal, talla o silueta. Influencia exagerada de la silueta o el peso en la autoevaluación, o negación de la seriedad de su bajo peso corporal actual.
1. Sí 2. No
4. En mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos cuando por otra parte es esperado que ocurran.
1. Sí 2. No

Subtipo restrictivo: (durante el episodio de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta y/o conductas de purga) 1. Sí 2. No

Subtipo bulímico-purgativo: (durante el episodio de anorexia, la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta y/o conductas de purga) 1. Sí 2. No

BULIMIA NERVIOSA:

1. Episodios recurrentes de ingesta voraz o atracones. Un episodio de ingesta voraz o atracón se caracteriza por:
 - a) comer en un período discreto de tiempo (p.ej. durante dos horas) una cantidad de comida superior a la que la mayoría de la gente comería durante un período de tiempo similar y en circunstancias parecidas.
 - b) sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante ese episodio.
1. Sí 2. No

2. Conductas recurrentes inadecuadas para compensar y prevenir el aumento de peso, como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos u otras medicaciones, ayuno o ejercicio excesivo.

1. Sí 2. No

3. Los episodios de sobreingesta y las conductas compensatorias inadecuadas ocurren, como media, dos veces por semana, como mínimo durante los tres últimos meses.

1. Sí 2. No

4. El grado de autoestima del paciente se ve influido por la figura y el peso corporales.

1. Sí 2. No

5. El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

1. Sí 2. No

Subtipo purgativo: (durante el periodo de bulimia nerviosa, el paciente se autoinduce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos regularmente) 1. Sí 2. No

Subtipo restrictivo: (durante el periodo de bulimia nerviosa, el paciente utiliza conductas compensatorias inapropiadas excesivo ejercicio físico o dieta estricta, pero no abusa de laxantes y/o diuréticos ni se autoinduce el vómito) 1. Sí 2. No

EJE I :

EJE II :

VARIABLES FISIOLÓGICAS

- Afonía:

1. Sí
2. No

Dolor de estómago:

1. Sí
2. No

- Frío:

1. Sí
2. No

- Arritmia cardíaca:

1. Sí
2. No

- Problemas dentales:

1. Sí
2. No

- Hipersensibilidad a ruido, luz o tacto:

1. Sí
2. No

- Irregularidades menstruales:

1. Sí
2. No

- Piel seca:

1. Sí
2. No

- Estreñimiento:

1. Sí
2. No

- Debilidad, fatiga:

1. Sí
2. No

- Mareo:

1. Sí
2. No

- Ojos enrojecidos:

1. Sí
2. No

- Retención de líquidos:

1. Sí
2. No

-Caida del cabello:

1. Sí
2. No

- Espasmos musculares:

1. Sí
2. No

-Uñas quebradizas:

1. Sí
2. No

- Lanugo:

1. Sí
2. No

- Otros:

CUESTIONARIO N° 1⁴**(EAT)****INSTRUCCIONES**

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar. Luego marque todas sus contestaciones en la hoja de respuestas.

Este cuestionario contiene una lista de frases. Lea cada frase con atención y piense si lo que dice describe o no su forma de sentir y actuar respecto a la comida u otros aspectos relacionados.

Si usted está de acuerdo con ella, escoja la respuesta que considera más apropiada en su caso, rodeándola con un círculo en la hoja de respuestas. Anote *una sola* respuesta a todas las frases y asegúrese de que marca cada respuesta en el n° de pregunta correspondiente a la misma frase y en la opción que mejor se ajusta a su caso.

Intente decidirse siempre por *una* de las opciones, procurando no dejar ninguna respuesta sin contestar.

PREGUNTAS

- | | |
|---|---|
| 1. Me gusta comer con otras personas. | 21. Cada día como los mismos alimentos. |
| 2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como. | 22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio. |
| 3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca las horas de las comidas. | 23. Tengo la menstruación regular. |
| 4. Me da mucho miedo pesar demasiado. | 24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a. |
| 5. Procuero no comer aunque tenga hambre. | 25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo. |
| 6. Me preocupo mucho por la comida. | 26. Tardo en comer mas que las otras personas. |
| 7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer. | 27. Disfruto comiendo en restaurantes. |
| 8. Corto mis alimentos en trozos pequeños. | 28. Tomo laxantes (purgantes). |
| 9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como. | 29. Procuero no comer alimentos con azúcar. |
| 10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. pan, arroz, patatas, etc.). | 30. Como alimentos de régimen. |
| 11. Me siento lleno/a después de las comidas. | 31. Siento que los alimentos controlan mi vida. |
| 12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más. | 32. Me controlo en las comidas. |
| 13. Vomito después de haber comido. | 33. Noto que los demás me presionan para que coma. |
| 14. Me siento muy culpable después de comer. | 34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida. |
| 15. Me preocupa el deseo de estar mas delgado/a. | 35. Tengo estreñimiento. |
| 16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías. | 36. Me siento incómodo/a después de comer dulces. |
| 17. Me peso varias veces al día. | 37. Me comprometo a hacer régimen. |
| 18. Me gusta que la ropa quede ajustada. | 38. Me gusta sentir el estomago vacío. |
| 19. Disfruto comiendo carne. | 39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas. |
| 20. Me levanto pronto por las mañanas. | 40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas. |

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

⁴ El número hace referencia al orden de presentación del cuestionario a las participantes, el nombre del cuestionario (entre paréntesis) no se incluyó en el original.

CUESTIONARIO Nº3**(BSQ)****INSTRUCCIONES**

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar. Luego marque todas sus contestaciones en la hoja de respuestas.

Este cuestionario contiene una lista de frases. Lea cada frase con atención y piense si lo que dice describe o no su forma de sentir y actuar respecto a la comida u otros aspectos relacionados.

Si usted está de acuerdo con ella, escoja la respuesta que considera más apropiada en su caso, rodeándola con un círculo en la hoja de respuestas. Anote *una sola* respuesta a todas las frases y asegúrese de que marca cada respuesta en el n° de pregunta correspondiente a la misma frase y en la opción que mejor se ajusta a su caso.

Intente decidirse siempre por *una* de las opciones, procurando no dejar ninguna respuesta sin contestar.

PREGUNTAS

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuándo te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura? 2. Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta? 3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo? 4. ¿Has tenido miedo de engordar? 5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme? 6. Sentirte lleno/a (después de una gran comida), te ha hecho sentir <i>gordo/a</i>? 7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar? 8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara? 9. Estar con chicos/as delgados/as, ¿te ha hecho sentir <i>gordo/a</i>? 10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas? 11. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir <i>gordo/a</i>? 12. Al fijarte en la figura de otros/as chicos/as, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente? 13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)? 14. Estar desnudo/a (por ejemplo cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir <i>gordo/a</i>? 15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura? | <ol style="list-style-type: none"> 16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo? 17. Comer dulce, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir <i>gordo/a</i>? 18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura? 19. ¿Te has sentido excesivamente <i>r gordo/a</i> o <i>redondeado/a</i>? 20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo? 21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta? 22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)? 23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol? 24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea <i>michelines</i> alrededor de tu cintura o estómago? 25. ¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tu? 26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a? 27. Cuando estas con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)? 28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (<i>celulitis</i>)? 29. Verte reflejado/a en un espejo o escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura? |
|---|--|

- | | |
|--|--|
| <p>30. ¿Te has pellizado zonas del cuerpo para ver tanta grasas tenias?</p> <p>31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en vestuarios comunes de piscinas o duchas)</p> | <p>32. ¿Has tomado laxantes para sentirte mas delgado/a?</p> <p>33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?</p> <p>34. La preocupación pro la figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?</p> |
|--|--|

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

CUESTIONARIO Nº 4**(EDI-2)****INSTRUCCIONES**

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar. Luego marque todas sus contestaciones en la hoja de respuestas.

Este cuestionario contiene una lista de frases. Lea cada frase con atención y piense si lo que dice describe o no su forma de sentir y actuar respecto a la comida u otros aspectos relacionados.

Si usted está de acuerdo con ella, escoja la respuesta que considera más apropiada en su caso, rodeándola con un círculo en la hoja de respuestas. Anote *una sola* respuesta a todas las frases y asegúrese de que marca cada respuesta en el nº de pregunta correspondiente a la misma frase y en la opción que mejor se ajusta a su caso.

Intente decidirse siempre por *una* de las opciones, procurando no dejar ninguna respuesta sin contestar.

PREGUNTAS

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme. 2. Creo que mi estomago es demasiado grande. 3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro. 4. Suelo comer cuando estoy disgustado. 5. Suelo hartarme de comida. 6. Me gustaría ser mas joven. 7. Pienso en ponerme a dieta. 8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes. 9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos. 10. Me considero una persona poco eficaz. 11. Me siento muy culpable cuando como en exceso. 12. Creo que mi estomago tiene el tamaño adecuado. 13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes. 14. La infancia es la época más feliz de la vida. 15. Soy capaz de expresar mis sentimientos. 16. Me aterroriza la idea de engordar. 17. Confío en los demás. 18. Me siento solo en la vida. 19. Me siento satisfecho con mi figura. | <ol style="list-style-type: none"> 20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida. 21. Suelo estar confuso sobre mis emociones. 22. Preferiría ser adulto a ser niño. 23. Me resulta fácil comunicarme con los demás. 24. Me gustaría ser otra persona. 25. Exagero o doy demasiada importancia al peso. 26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento. 27. Me siento incapaz. 28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer. 29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores. 30. Tengo amigos íntimos. 31. Me gusta la forma de mi trasero. 32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada. 33. No sé que es lo que ocurre en mi interior. 34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás. 35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas. 36. Me fastidia no ser el mejor en todo. 37. Me siento seguro de mí mismo. 38. Suelo pensar en darme un atracón. |
|---|--|

- | | |
|---|--|
| 39. Me alegra haber dejado de ser un niño. | 67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable. |
| 40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no. | 68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales. |
| 41. Tengo mala opinión de mí. | 69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo. |
| 42. Creo que puedo conseguir mis objetivos. | 70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento. |
| 43. Mis padres esperaban de mi resultados sobresalientes. | 71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer. |
| 44. Temo no poder controlar mis sentimientos. | 72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas. |
| 45. Creo que mis caderas son demasiado anchas. | 73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente. |
| 46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van. | 74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado. |
| 47. Me siento hinchado después de una comida normal. | 75. La abnegación me hace sentir mas fuerte espiritualmente. |
| 48. Creo que las personas son más felices cuando son niños. | 76. La gente comprende mis verdaderos problemas. |
| 49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso. | 77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza. |
| 50. Me considero una persona valiosa. | 78. Comer por placer es signo de debilidad moral. |
| 51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado. | 79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira. |
| 52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas. | 80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco. |
| 53. Pienso en vomitar para perder peso. | 81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol. |
| 54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado. | 82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo. |
| 55. Creo que el tamaño de mis muslos es el adecuado. | 83. Los demás dicen que me irrito con facilidad. |
| 56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior. | 84. Tengo la sensación de que todo me sale mal. |
| 57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos. | 85. Tengo cambios de humor bruscos. |
| 58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto. | 86. Me siento incomodo por las necesidades de mi cuerpo. |
| 59. Creo que mi trasero es demasiado grande. | 87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás. |
| 60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo. | 88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor. |
| 61. Como o bebo a escondidas. | 89. Sé que la gente me aprecia. |
| 62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado. | 90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo. |
| 63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos. | 91. Creo que realmente se quien soy. |
| 64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer. | |
| 65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome. | |
| 66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas. | |

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

CUESTIONARIO Nº 2

(MCMI-II)

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar. Luego marque todas sus contestaciones en la hoja de respuestas.

1. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. SEA LO MAS SINCERO POSIBLE.
2. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que pueden tener la gente.
3. SI ESTÁ DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, en la hoja de respuestas RODEE CON UN CÍRCULO la letra "V" (Verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, RODEE CON UN CÍRCULO la letra "F" (Falso).
4. Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe rodear la letra F (Falso).
5. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

PREGUNTAS

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no se por dónde empezar.12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia. | <ol style="list-style-type: none">13. Tengo poco interés en hacer amigos.14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.18. Últimamente siento un nudo en el estómago que me invade un sudor frío.19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.20. A menudo hago las cosas sin ninguna razón sólo porque pueden ser divertidas.21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.22. Si mi familia me obliga o me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren. |
|---|--|

26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para “dramatizar” las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción por las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi “mal carácter”.
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectas posible muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas “sabihondas”, que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme del medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas “ilegales” puede ser indeseable o nocivo. Pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.

75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga intencionadamente mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a esta muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.

124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completa-mente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.

172. Prefiero estar con gente que me protegerá.
173. Soy el tipo de persona que puede abordar cualquiera y echarle una bronca.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado

tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

FIN DEL CUESTIONARIO.

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Participantes con TCA)

Doy mi consentimiento informado para participar en este estudio sobre los distintos aspectos de la forma de ser habitual de las personas y sus hábitos y actitudes hacia la alimentación.

Consiento con la inclusión de los datos de mi participación en la publicación de los resultados del estudio, en medios de difusión científica, siempre que la información sea anónima y disfrazada de modo que no pueda llevarse a cabo identificación alguna.

Entiendo que, aunque se guardará un registro de mi participación en el estudio, todos los datos recogidos de mi participación sólo estarán identificados por un número clave. Este número clave me permitirá acceder, si así lo deseo, a la devolución de la información resultante de mi participación en el estudio, quedando asegurada en todo momento la confidencialidad de mi participación.

CONFIRMO QUE:

1. He sido informada de que mi participación en este estudio implicará utilizar los resultados de las pruebas psicológicas a las que he respondido durante la evaluación, previa al inicio del tratamiento en ADANER.
2. He sido informada de que el propósito general de esta investigación es estudiar los distintos aspectos de la forma de ser habitual de las personas en relación con los hábitos y actitudes hacia la alimentación.
3. He sido informada de que mi participación en este estudio no implica ningún riesgo o molestia conocidos o esperados. Esta opinión se basa en otras investigaciones ya realizadas con anterioridad.
4. He sido informada de que el investigador responderá gustosamente a cualquier pregunta respecto a los procedimientos de este estudio en el transcurso del mismo.
5. He sido informada de que mi participación en este estudio es independiente del programa terapéutico de terapia psicológica cognitivo-conductual grupal que se están llevando a cabo en ADANER, de manera gratuita.
6. He sido informada de que mi participación es totalmente voluntaria, y de que una negativa a no participar no conllevará ningún tipo de perjuicio para mi persona, ni para mi tratamiento.

7. He sido informada de que mi participación en este estudio será de una valiosa ayuda para el hallazgo, análisis, y comprensión de los factores de personalidad implicados en la predisposición, precipitación y mantenimiento de problemas relacionados con la alimentación, así como para la prevención y la futura creación de innovadores tratamientos para los mismos.

En, Sevilla a _____ de _____ de 2.00__

Firmado:

Investigadora principal

Participante voluntario

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Participantes de los grupos comparativos)

Doy mi consentimiento informado para participar en este estudio sobre los distintos aspectos de la forma de ser habitual de las personas y sus hábitos y actitudes hacia la alimentación.

Consiento con la inclusión de los datos de mi participación en la publicación de los resultados del estudio, en medios de difusión científica, siempre que la información sea anónima y disfrazada de modo que no pueda llevarse a cabo identificación alguna.

Entiendo que, aunque se guardará un registro de mi participación en el estudio, todos los datos recogidos de mi participación sólo estarán identificados por un número clave. Este número clave me permitirá acceder, si así lo deseo, a la devolución de la información resultante de mi participación en el estudio, quedando asegurada en todo momento la confidencialidad de mi participación.

CONFIRMO QUE:

1. He sido informada de que mi participación en este estudio implicará rellenar un cuadernillo con una serie de cuestionarios (preguntas relacionadas con mis actitudes actuales hacia la alimentación y la manera de ser y comportarme habitualmente) que serán respondidos con total sinceridad y en su totalidad.
2. He sido informado/a de que el propósito general de esta investigación es estudiar los distintos aspectos de la forma de ser habitual de las personas en relación con los hábitos y actitudes hacia la alimentación.
3. He sido informada de que mi participación en este estudio no implica ningún riesgo o molestia conocidos o esperados. Esta opinión se basa en otras investigaciones ya realizadas con anterioridad.
4. He sido informada de que el investigador responderá gustosamente a cualquier pregunta respecto a los procedimientos de este estudio en el transcurso de la complementación del cuadernillo.
5. He sido informada de que una vez corregido el cuadernillo, el investigador me informará gustosamente de los resultados obtenidos (a partir de 1 mes desde mi devolución). En este caso llamaré al teléfono más abajo indicado para confirmar mi interés en conocerlos.
6. He sido informada de que a través de mi llamada telefónica y aportando mi nº clave, optaré a una cita personal para recoger los resultados de mi participación.
7. He sido informada de que a cambio de mi participación en este estudio recibiré gratuitamente un estudio amplio y detallado que abarca:
 - a. Aspectos sobre mi personalidad (dos perfiles, uno de mis *estilos de personalidad* y otro de mis *rasgos de personalidad*).

- b. Aspectos relacionados con mis actitudes, conductas y cogniciones sobre la alimentación, objetivados en diferentes perfiles y escalas, tales como *preocupación por la figura, insatisfacción con la imagen corporal*, etc.
8. He sido informada de que mi participación es totalmente voluntaria, y de que una negativa a no participar no conllevará ningún tipo de perjuicio para mi persona.
9. He sido informada de que mi participación en este estudio será de una valiosa ayuda para el hallazgo, análisis, y comprensión de los factores de personalidad implicados en la predisposición, precipitación y mantenimiento de problemas relacionados con la alimentación, así como para la prevención y la futura creación de innovadores tratamientos para los mismos.

En, Sevilla a ____ de _____ de 2.00__

Firmado:

Investigadora principal

Participante voluntario

Las dudas sobre cualquier aspecto relacionado con este estudio, así como la petición de una cita personal para recoger los resultados de su participación, pueden dirigirse al investigador principal: Inmaculada Torres de lunes a jueves de 17 a 20 hs. en el teléfono [REDACTED].

PRIMERA PARTE: DATOS DEMOGRÁFICOS

-N° CLAVE: (a rellenar por el investigador) _____ **Fecha actual:** _____

-Año de nacimiento: _____ **Edad:** _____

-Estado civil:

1. soltero/a (no ha estado casado nunca)	4. casado/a en 1° matrimonio
a. con novio/a	5. divorciado/a
b. sin novio/a	6. casado/a (1ª nupcias)
2. separado	7. Vive en pareja
3. viudo/a	8. Otros (especificar): _____

-Lugar de nacimiento: _____ **-Lugar de residencia:** _____

-Estudios: (marque el nivel mas alto que haya cursado):	-Situación laboral:
1. estudios primarios (hasta 6º educación primaria)	1. trabaja
2. 8º EGB ó graduado escolar	2. en desempleo
3. bachillerato no terminado	3. estudiante
4. bachillerato terminado	4. en formación laboral
5. COU	5. ama de casa
6. Formación profesional no terminada	
7. Formación profesional terminada.	
8. Estudios universitarios no terminados	
9. Estudios universitarios terminados	

-Grupo laboral:	-Situación de la vivienda:
1. trabajador/a no cualificado	1. vivo solo/a
2. Trabajador/a cualificado	2. con madre/padre
	3. funcionario/a
	3. con novio/cónyuge
4. administrativo/a	4. con hijos
5. empresario	5. con familiares (no padres)
6. profesional	
	7. otros
	6. con otros

-Profesión del padre (1) y madre (2):

1. tareas domésticas	5. administrativo/a
2. Profesión liberal cualificada	6. trabajador espedcoalista
3. empresario/a	7. trabajador no cualificado
4. funcionario/a	8. estudiante
9. Otras:	

en caso de dudas especificar: padre: _____ madre: _____

-N° de hermanos (incluido tu): _____ **Lugar que ocupas:** _____

-Pauta alimentaria diaria:

1. alimentación equilibrada
2. dietas hipocalóricas
3. dietas hipercalóricas
4. omite comidas

-Uso de laxantes: 1. Sí **frecuencia semanal:** _____
2. No

-Uso de diuréticos: 1. Sí **frecuencia semanal:** _____
2. No

- Actividad física realizada:** 1. más de 1 hora al día
2. entre 1 hora y menos de 4 horas a la semana
3. menos de 4 horas a la semana.

Por favor, si le es posible, le agradecemos que para rellenar estos datos (el peso y la altura) realice las medidas solicitadas en una farmacia y grape el ticket a este cuadernillo.

-Peso actual: _____ **-Talla (altura):** _____

-Nº de regímenes dietéticos realizados por cuenta propia:
-Nº de regímenes dietéticos realizados bajo supervisión médica:

-Independientemente de si ha hecho dietas o no, en los últimos 5-10 años (si tienes menos de 20-25 respectivamente) o en los últimos 15 años (si eres mayor de 25):

-Peso máximo conseguido: _____

-Peso mínimo conseguido: _____

-Peso que te gustaría tener: _____

-Edad de la primera menstruación: _____

-Obesidad Infantil: 1. Si 2. No

-Antecedentes familiares y/o personal (especificar parentesco):

- | | | | |
|------------------------------------|----|----|-------|
| 1. anorexia restrictiva | si | no | _____ |
| 2. anorexia purgativa: | si | no | _____ |
| 3. bulimia: | si | no | _____ |
| 4. obesidad: | si | no | _____ |
| 5. alcoholismo: | si | no | _____ |
| 6. trastorno afectivo (depresión): | si | no | _____ |

-Indique con los números 1, 2 y 3 sus tres principales problemas o grandes preocupaciones (por orden de importancia):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Matrimonial o familiar | <input type="checkbox"/> Confianza en sí mismo | <input type="checkbox"/> Trabajo, estudios o empleo |
| <input type="checkbox"/> Cansancio o enfermedad | <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Drogas | <input type="checkbox"/> Problemas mentales | <input type="checkbox"/> Conducta antisocial |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) | _____ | |

-Observaciones (si quiere añadir algo que le parezca importante):

