República Dominicana

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

RELACION ENTRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

OCTUBRE 2019-ENERO 2021

Monografía de grado presentada por Rangeli Felix Bravo y Lugénesis López Taveras

para optar por el título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Santo Domingo (DN),Rep.Dom: 2021

CONTENIDO

Agradecimientos
Dedicatoria
Resumen y palabras claves
Abstract and keywords

I. INTRODUCCIÓN 11

I.1 Antecedentes: 13

I.2 Justificación 15

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 16

III. OBJETIVOS 18

III.1. General 18

III.2. Específicos 18

IV. MARCO TEÓRICO 19

IV. 1 Trastorno de la conducta alimentaria 19

IV.1.1 Definición 19

IV.1.2 Clasificación 19

IV.1.3 Trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el trastorno límite de la personalidad 20

IV. 1.4 Comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y trastorno límite de la personalidad 21

IV.2. Anorexia nerviosa 24

IV.2.1 Definición 24

IV.2.2 Epidemiología 25

IV.2.3 Etiología. 26

IV.2.3 Diagnóstico y cuadro clínico. 28

IV.2.4 Criterios diagnósticos 28

IV.2.5 Subtipos 29

IV.2.6 Evolución y pronóstico.....30

IV.2.7 Tratamiento.....30

IV.3 Bulimia nerviosa.....32

IV.3.1 Definición.....32

IV.3. 2 Epidemiología.....33

IV.3.3 Etiología 34

IV.3.4 Diagnóstico y cuadro clínico. 34

IV.3.4 Criterios diagnósticos.....35

IV.3.5 Subtipos.....36

IV.3.6 Tratamiento.....37

IV. 4 Pica 38

IV. 4.1 Definición.....38

IV. 4.2 Criterios diagnósticos.....38

IV.5 Trastorno de rumiación 39

IV.5.1 Criterios diagnósticos.....39

IV. 6 Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.....40

IV. 6.1 Criterios diagnósticos.....40

IV.7 Atracones y otros trastornos alimentarios 41

IV.7.1 Trastorno de atracones. 41

IV.8 Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado. 42

IV. 9 Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado 43

IV.10 Trastornos de la personalidad.....43

IV.10.1 Definición.....43

IV.10.2 Clasificación 44

IV.11 Trastorno de la personalidad límite.....46

IV.11.1. Definición. 46

IV.11 .2 Epidemiología y curso....47

IV. 11.3 Etiología 49

IV.11.4 Psicodinámica 50

IV.11.5 Diagnóstico. 51

IV.11.6 Criterios diagnósticos 51

IV.11.7 Comorbilidad 52

IV.11.8 Evolución y pronóstico....53

IV.11.9 Tratamiento....53

V. CONCLUSION 55

VI. RECOMENDACIONES 56

VII. REFERENCIAS....57

VIII. ANEXOS....62

VIII.1. Cronograma 62

VIII.4 Costos y recursos 63

VIII.5 Evaluación 64

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a Dios por protegerme, darme la fuerza y el valor para culminar con esta etapa de mi vida.

A mis padres Lucho López y Ursula Taveras, por ser mi motor y mi inspiración a seguir luchando cada día. Quiero agradecer de manera muy especial a mi madre, por creer y confiar en mí y por trabajar incansablemente para que pudiera culminar mi profesión.

A mi compañero de vida José Manuel Batista por darme su apoyo y amor incondicional cada día y celebrar conmigo mis éxitos y fracasos.

A mis asesores la Dra. Natalia Montero, el Dr. Luis Ortega y la Dra. Claridania Rodríguez, por su orientación, sus consejos, su tiempo y su guía en todo el camino.

A mi alma máter, la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y a todos mis profesores que con esfuerzo y dedicación aportaron su granito de arena para mi formación.

A mi compañera de monográfico y amiga Rangeli Félix, por depositar su confianza en mí para llevar a cabo este proyecto, por su paciencia y su amistad sincera a lo largo de estos años.

A todos mis amigos y futuros colegas por su ayuda y amistad incondicional.

Finalmente quiero agradecer a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente a la realización de este proyecto.

Lugénesis P. López Taveras

Quisiera iniciar estas líneas expresando mi gratitud hacia Dios, porque al otorgarme salud y vida me ha permitido culminar esta etapa tan importante de mi vida, ser médico.

A mis padres, Rosa y Rafael, sin duda alguna han sido mi motor durante todo este tiempo, gracias infinitas por siempre estar y nunca dudar de mis capacidades, los amo.

A mi prima Cinzia, por ayudarme desinteresadamente cada vez que lo necesite y motivarme a siempre dar lo mejor de mi, eres especial.

A mis hermanos, Nairoby, Rafael y Escaila, por siempre ser mis admiradores número 1, los quiero.

A mis tíos y tías, en especial Anny, Nereida y Gilberto, por el apoyo y la confianza que siempre han tenido en mí.

A mis abuelos, Luisa y Felix, por estar siempre al tanto de mi trayectoria, su preocupación e interés me impulsan a ser cada día mejor.

A toda mi familia por el apoyo incondicional que me han brindado en todos estos años.

A mi amiga y compañera de trabajo de grado, Lugénesis, por su disposición, entrega y amistad, gracias por permitirme ser tu soporte durante esta etapa de nuestra vida profesional y por ser el mío.

A mi mejor amiga, Nicole, por el apoyo brindado durante estos 15 años de amistad.

A mi colega, amiga, compañera y cómplice que me regaló la UNPHU, Camila, gracias por los consejos, afecto y apoyo que me has brindado siempre.

A mis amigas que se han convertido en familia, Gloris y Uddy, sin ustedes este camino no hubiese sido tan placentero.

A todas mis compañeras de la universidad, colegas, cuanto les agradezco su amistad y complicidad durante estos 6 años de carrera.

A nuestra asesora, Dra. Nathalia Montero, quien a pesar de su apretada agenda siempre estuvo dispuesta a brindarnos su sabiduría, gracias por ser una maestra.

A personas cruciales para que esto fuese posible, Dra. Jeannette Báez, Dr. Luis Ortega y Dra. Claridania Rodriguez, por sus consejos y aportes a este proyecto.

A docentes que considero mis verdaderos maestros, Dra. Belisa Soriano, Dr. Jiménez Then y Dra. Elisa D' Ángelo, gracias por su entrega al transmitir sus conocimientos.

A mi Alma Mater, por fungir como la puerta de entrada a la profesión que elegí para mí, gracias por permitirme ser hoy una doctora en medicina y servir a mi país.

Rangeli Felix Bravo

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mis padres, porque con su amor, cariño, esfuerzo y tolerancia he concluido una de las etapas más importantes de mi vida, gracias por formarme con buenos sentimientos y valores y por darme los consejos más sabios y sinceros.

A mis hermanas, por brindarme su apoyo y manifestar su admiración hacia mí.

A mi pareja, por sus consejos y palabras de aliento y por siempre estar ahí para mí en todo momento.

A mis abuelos, tíos y primos por preocuparse por mi bienestar y por el apoyo brindado durante todo el proceso.

Lugénesis P. López Taveras

Dedico este trabajo única y exclusivamente a mis padres, Rosa y Rafael, por haberme regalado la dicha de ser su hija, por mi educación y todos mis logros que gracias a ustedes es que han sido posible. Todo lo que hago y soy es por y para ustedes, gracias infinitas.

Rangeli Felix Bravo

RESUMEN

Con el pasar de los años se ha podido apreciar la estrecha relación que existe entre el Trastorno Límite de la Personalidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria. El trastorno límite de la personalidad (TLP) se define como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales; dadas sus características, este puede aumentar el riesgo de quienes lo padecen de presentar otras comorbilidades dentro de las que destacan los Trastornos de la Conducta Alimentaria. El análisis de la relación entre el Trastorno Límite de la Personalidad y la conducta alimentaria es de suma importancia por su asociación con el tratamiento y el pronóstico de los pacientes, así como las repercusiones clínicas que esto podría implicar.

Este trabajo busca recopilar y acoplar la información actual sobre la influencia del trastorno límite de la personalidad en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria y las repercusiones en el pronóstico de dichos pacientes.

Palabras claves: Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno de la conducta alimentaria, relación, comorbilidad, pronostico

ABSTRACT

Over the years, the close relation between Borderline Personality Disorder and Eating Disorders has been appreciated. Borderline personality disorder (BPD) is defined as a dominant pattern of instability in interpersonal relationships; given its characteristics, it can increase the risk of those who suffer from it of presenting other comorbidities, among which Eating Disorders stand out. The analysis of the relation between Borderline Personality Disorder and eating behavior is of utmost importance due to its association with the treatment and prognosis of patients, as well as the clinical repercussions that this could imply.

This work seeks to collect and combine current information on the influence of borderline personality disorder on the development of eating disorders and the repercussions on the prognosis of these patients.

Key words: Borderline personality disorder, Eating disorders, relation, comorbidity, prognosis.

I. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Personalidad representan un grupo de trastornos clínicos los cuales han sido englobados en el DMS-V bajo el concepto de un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo, manifestándose dicho patrón en ámbitos tales como la cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal o control de los impulsos[1].

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se define como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa [1]. El uno punto siete por ciento de la población mundial padece de TLP y este constituye de un 15 a 28 por ciento de los pacientes diagnosticados en clínicas y hospitales con algún tipo de enfermad mental, por lo que supone un problema importante de salud[2.] Aunque las estadísticas en la población adolescente son escasas, según un estudio francés realizado por Chabrol y col, se reportó una alta incidencia en adolescentes con un 10 por ciento en chicos y 18 por ciento en chicas de la muestra estudiada [3].

Dadas las características del TLP, este puede aumentar el riesgo de quienes lo padecen de presentar otras comorbilidades dentro de las que destacan los Trastornos de Ansiedad, Trastornos del estado de ánimo y Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), entre otros[4].

La apariencia física es un componente esencial en el desarrollo de la personalidad y de la conducta de un individuo, por lo que es uno de los factores comunes que caracterizan tanto al TLP como a los TCA. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son patologías de carácter biopsicosocial, asociadas a severas complicaciones físicas. Se caracterizan por la dificultad y tiempo prolongado de tratamiento, el riesgo de cronificación, recaídas, angustia, depresión, trastornos de ansiedad y elevada comorbilidad [5].

El análisis de la relación entre el Trastorno Límite de la Personalidad y la conducta alimentaria es de suma importancia por su asociación con el tratamiento y el pronóstico de los pacientes, así como las repercusiones clínicas que esto podría implicar.

González y col. destacan la influencia de la personalidad en el inicio y expresión sintomática de los desórdenes de la conducta alimentaria [6].

A pesar de la alta tasa de comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad, que puede oscilar entre 51 por ciento y 84 por ciento de los casos, el interés por la investigación de este tema es muy reciente. La comorbilidad del trastorno límite de la personalidad puede estar mediada por el sexo de los pacientes. En concreto, la impulsividad característica de este trastorno se expresa en los hombres en forma de abuso de alcohol o drogas y en las mujeres en forma de atracones o de problemas alimentarios no especificados[6].

I.1 Antecedentes:

Leticia Camarillo Gutiérrez llevo a cabo en el 2015, en la Universidad Complutense de Madrid, un análisis de tipo transversal con el objetivo de valorar el grado de influencia que, la presencia de determinados rasgos patológicos de la personalidad pueda ejercer en la gravedad de los síntomas que presenten las pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria. En dicho estudio, la muestra estuvo representada por 212 pacientes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. El protocolo consto de un Cuestionario de Recogida de Datos Sociodemográficos (CRD) así como una batería de instrumentos de evaluación , dentro de estos el cuestionario para TCA del DMS-V, EDI (Eating Disorder Inventory),BITE (Bulimic Investigatory Test Edinburgh), BIS-11 (Barrat Impulsiveness Scale), EAT (Eating Attitudes Test), ACTA (Cuestionario de Actitudes frente al cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria), IPDE (Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad), AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), BDI (Inventario de Depresión de Beck), STAI (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo), 14 pacientes fueron diagnosticadas de anorexia nerviosa tipo restrictivo (6,6%); 34 de anorexia nerviosa tipo compulsivo-purgativa (16%); 132 de bulimia nerviosa (62,3%) y 32 de trastorno por atracón (15.1%). Los rasgos de personalidad que mostraron tener influencia en el tipo de diagnóstico de TCA fueron el histriónico y el límite que se encontraron en la Bulimia Nerviosa y los que tuvieron influencia en las pacientes purgativas fueron los mismos[7].

Mónica Pando y Margaret Hurtado en el año 2011, en la Universidad Católica Boliviana, mediante una investigación de tipo descriptiva, comparativa y transversal, buscaban identificar las características patológicas de la personalidad en un grupo de mujeres mayores de 18 años de edad que padecían de un TCA. Utilizaron como instrumento de recolección de datos el test EDI-2 y el cuestionario IPDE del DSM-IV, en una muestra de 14 mujeres que se encontraban asistiendo a la consulta psicológica o que asistían a consultorios de nutricionista, endocrinológicos o psiquiatras, reconocidos en la ciudad de La Paz, diagnosticadas con TCA. De la totalidad de la muestra se observó que la bulimia nerviosa purgativa se relacionó en un 50 por ciento con el trastorno de la personalidad, una relación de 20 por ciento con el trastorno límite de la personalidad y

un 30 por ciento con el trastorno de la personalidad evitativo. En lo que a la anorexia nerviosa restrictiva se refiere, se observó una relación con el trastorno obsesivo-compulsivo en un 100 por ciento, pero cabe resaltar que se presentan como trastornos de la personalidad asociados en un 50 por ciento de las mujeres, el trastorno de la personalidad esquizotípico (25%), y el trastorno de la personalidad Evitativo(25%) [8].

Ignacio Jáuregui Lobera, María José Santiago Fernández y Sonia Estébanez Humanes, realizaron en el año 2011 un estudio retrospectivo, de comorbilidad, en la unidad de TCA del Instituto de Ciencias de la Conducta y del Hospital Infanta Luisa, Sevilla, España, con el objetivo de estudiar las características de personalidad en pacientes con trastornos alimentarios y la influencia de dichas características y ciertos síndromes clínicos en la evolución de esos trastornos. Para dicho estudio utilizaron una muestra de 147 pacientes con trastornos alimentarios, en tratamiento ambulatorio, con peso normal con una media de edad que oscilaba entre los 22 y 24 años. De los mismos el 95.9 por ciento eran mujeres, y el 4,1 por ciento, varones. Se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millón (MCMI-II), en su adaptación y validación española, considerándose que había un trastorno de la personalidad cuando el valor de la Tasa Base fuese >84 por ciento. Los resultados revelaron que en pacientes con anorexia se detecta al menos un trastorno de personalidad en el 25.33 por ciento; en bulimia nerviosa llega al 30.44 por ciento y en el trastorno por atracón al 32.13 por ciento. . El TLP se presentó como comorbilidad en un 20.5% de los pacientes con Anorexia, 26.5% de los pacientes con Bulimia y 35.7% de los pacientes con trastorno por atracón. De todas formas, en la anorexia el trastorno obsesivo fue el más frecuente (39,77 %) y en bulimia lo fue el trastorno histriónico (46,66 %)[9].

En la Republica Dominicana no se dispone en la actualidad de estudios donde se relacionen los Trastornos de la Conducta Alimentaria con el Trastorno Límite de la Personalidad.

I.2 Justificación

La adolescencia por si sola es una etapa crítica de la vida, ya que en estas edades la apariencia física es uno de los temas que causa mayor inquietud, la cual está determinada por factores internos y externos, por el género y por las normas de belleza de la sociedad [10], si agregamos a esto las alteraciones en la imagen y demás síntomas propios del TLP, podríamos plantear que estos pacientes son más vulnerables a padecer algún tipo de TCA que aquellos adolescentes que no tengan ningún tipo de trastorno de la personalidad. Los trastornos de la conducta alimentaria aunados al trastorno límite de la personalidad, representan una carga importante tanto para el paciente como sus familiares ya que cada uno de estos, de forma independiente, supone un gran riesgo para el desarrollo y vida del afectado.

Las personas con TLP tienen altas tasas de trastornos concurrentes, como depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de la alimentación, así como la automutilación, los comportamientos suicidas y lo más temido, los suicidios [11]. La coexistencia de uno o más de estos trastornos dificulta el diagnóstico y tratamiento precoz y correcto de cada uno de ellos conllevando a un peor pronóstico para el paciente. Muchos estudios reportan altas tasas de comorbilidad entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y los Trastornos de la Personalidad con una prevalencia que oscila entre el 27 por ciento y el 77 por ciento de los casos[12].

Con esta revisión se expondrán diversos estudios que relacionan los trastornos de la personalidad, en especial el TLP, con los trastornos de la conducta alimentaria, buscando las posibles implicaciones que dicha coexistencia podría tener en el pronóstico y evolución de los pacientes.

Es importante que los médicos conozcan las herramientas básicas que le permitan identificar los signos y síntomas de cualquier trastorno de la conducta alimentaria de forma adecuada, ya que añadiéndose a estos últimos un trastorno de la personalidad de base, se convertiría en un reto aun mayor para el profesional de la salud.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la práctica clínica a menudo se observa que los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Trastorno Límite de la Personalidad se presentan de manera concomitante, esto representa un empeoramiento en el pronóstico del paciente, así como en el tratamiento. A esto se le añade la dificultad de un diagnóstico preciso pues es necesario identificar si se trata de la presentación de síntomas de la misma patología o si realmente se está frente a dos trastornos distintos[12].

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) actualmente constituyen una problemática importante de salud, esto por la gravedad con la que pueden evolucionar en muchos casos y a la necesidad de crear un tratamiento especializado y multidisciplinar, a menudo complejo; de esta manera, existe una asociación significativa entre comorbilidad psiquiátrica y pronóstico [13]. En el año 2012, Stice y Cara Bohon encontraron que a nivel mundial entre 0.9 por ciento - 2.0 por ciento de las mujeres y 0.1-0.3 por ciento de los hombres van a desarrollar anorexia; la anorexia subclínica ocurre en 1.1-3.0 por ciento de las chicas adolescentes y entre 1.1 por ciento y 6 por ciento de mujeres y 0.1 por ciento a 0.5 por ciento de los hombres van a desarrollar bulimia; y la Bulimia subclínica ocurre en 2 - 5 por ciento de las chicas adolescentes[14].

Se estima que la presencia de alteraciones de la personalidad en pacientes con TCA va de 53 a 93 por ciento. Los distintos estudios realizados en pacientes con diferentes tipos de trastorno alimentario señalan la presencia de rasgos obsesivos de 27 a 61 por ciento de las diversas muestras descritas; timidez y dependencia, de 21 a 48 por ciento, y ansiedad de 51 a 64 por ciento de los casos [15].

Dentro de los factores predisponentes a desarrollar un TCA se encuentran las características de la personalidad, los trastornos perceptivos conceptuales, la tendencia a engordar, los patrones familiares patológicos de interacción, las características de la personalidad de los padres y las actitudes y preocupaciones de éstos hacia el peso, la forma del cuerpo y el control [15].

Los pacientes con TLP presentan episodios donde el motivo de asistencia al centro de salud es una automutilación o un comportamiento constante realizado con el objetivo de producirse un daño o de cambiar un aspecto de su imagen o persona con el

que no se sienten satisfechos; este último en numerosas ocasiones es la imagen corporal, adoptando actitudes características de los TCA.

El TLP de la personalidad es una patología que, a pesar de no poseer estadísticas en la Republica Dominicana, forma parte de los trastornos mentales más frecuentes en la consulta psiquiátrica, mostrando un incremento cada vez más marcado. Según el Análisis de Situación de Salud, realizado por el Ministerio de Salud Pública en 2014, un 20 por ciento de la población dominicana sufre de trastornos mentales, por lo que debe ser de interés para toda la comunidad médica.[16] Por su parte, según profesionales del área, los TCA también han presentado un incremento sustancial en la Republica Dominicana en los últimos años y deben ser tomados en cuenta pues la anorexia nerviosa es el trastorno mental que más muerte causa en adolescentes, afectando tanto a chicos como a chicas.[17]

A raíz de esta problemática surge la siguiente interrogante:

¿Cómo influye el trastorno límite de la personalidad en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria?

III. OBJETIVOS

III.1. General

Exponer la influencia del trastorno límite de la personalidad en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

III.2. Específicos

1. Identificar la población etaria más vulnerable.
2. Distinguir los principales TCA que se asocian al TLP
3. Discriminar el sexo más frecuente

IV. MARCO TEÓRICO

IV. 1 Trastorno de la conducta alimentaria

IV.1.1 Definición

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. [18]

Este grupo de enfermedades es complejo y comprende a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales [19].

Estos trastornos se caracterizan por presentar un temor excesivo a la ganancia ponderal que se produce durante este periodo, sienten que su imagen corporal puede verse deteriorada. Las conductas que suelen acompañar a este tipo de trastornos se caracterizan por una restricción nutricional y realizar ejercicio físico de manera excesiva [20].

De acuerdo con la Asociación Nacional de Anorexia Nerviosa y Trastornos Alimenticios Asociados:

- Al menos 30 millones de personas de todas las edades y géneros sufren un trastorno alimentario en los Estados Unidos.
- Cada 62 minutos, al menos una persona muere como resultado directo de un trastorno alimentario.
- Los trastornos alimentarios tienen la tasa de mortalidad más alta de cualquier enfermedad mental [21]

IV.1.2 Clasificación

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria se incluye:

- Anorexia Nerviosa
- Bulimia Nerviosa
- Trastorno por atracones

- Otro trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos especificado (antes TANE)
- Pica
- Trastorno de rumiación
- Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos
- Trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos no especificado.

IV.1.3 Trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el trastorno límite de la personalidad

Los trastornos alimentarios y de personalidad Límite con frecuencia se presentan juntos, pero hasta hace poco, muy poco se sabía sobre la relación entre el trastorno límite de personalidad (TLP) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Investigaciones recientes, sin embargo, han revelado la frecuencia de afectados por TLP y a la vez por TCA[22].

En los afectados por TLP son normales las fluctuaciones de peso, también hay evidencia de que las personas con trastorno límite de la personalidad tienen una mayor prevalencia de trastornos de la alimentación que las personas en la población general[21].

Por ejemplo, un estudio muy citado por la Dra. Mary Zanarini y sus colegas en el Hospital McLean encontró que 53,8% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad también cumplieron con los criterios de un trastorno de la alimentación (comparado con el 24,6% de los pacientes con trastornos de la personalidad). En este estudio, el 21,7% de los pacientes con TLP cumplieron con los criterios para la anorexia nerviosa y 24,1% para la bulimia nerviosa[22].

Por supuesto, esto no quiere decir que las personas con trastornos de la alimentación tienen el trastorno límite de personalidad. De hecho, la inmensa mayoría de las personas con trastornos de la alimentación no tienen TLP. Parece que la tasa de trastorno límite de la personalidad en personas con trastornos de la alimentación es algo elevada en comparación con la población general (de 6 a 11%, en comparación con 2-4% de la población general). Algunos trastornos de la alimentación, sin embargo, están asociados con un mayor riesgo de TLP que otros. Por ejemplo, un estudio encontró que las personas con bulimia nerviosa utilizando la purga puede tener un riesgo mayor para

los afectados por el TLP (con alrededor del 11% cumplen los criterios de TLP) que las personas que padecen anorexia nerviosa, tipo / purgante (con cerca de 4% reunión TLP criterios)[22].

Los cuatro trastornos alimentarios más comunes que se encuentran en las personas con TLP son: 1) Bulimia nerviosa, 2) Trastorno por atracón, 3) Anorexia nerviosa y 4) OSFED (trastorno de alimentación y alimentación específico; trastornos alimentarios atípicos)[21].

IV. 1.4 Comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y trastorno límite de la personalidad

En la práctica clínica se ha observado, que, con frecuencia, los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos Límite de la Personalidad se presentan juntos, esta coexistencia presenta dificultades diagnósticas y de pronóstico, debido a la presencia de síntomas comunes. Los estudios en esta línea eran escasos hasta hace poco, sin embargo, trabajos recientes, han revelado la evidencia de comorbilidad existente entre estos diagnósticos.

La posibilidad de que en un mismo paciente se cumplan criterios para ambos diagnósticos se convierte en la regla más que en la excepción.

Los principales modelos de aproximación al problema de la comorbilidad son los siguientes:

- Modelo de diátesis o vulnerabilidad: Los rasgos del Trastorno de Personalidad hacen al paciente más vulnerable para la aparición de determinados diagnósticos.
- Modelo de espectro o de continuidad: Se considera que el Trastorno de Personalidad y la patología asociada comparten una base etiológica común, de modo que los trastornos del Eje I (Trastornos de la Conducta Alimentaria) vienen a ser una desviación extrema del propio Trastorno de Personalidad.
- Modelo de atenuación: Se contempla que uno y otro trastorno tienen los mismos síntomas, que se manifiestan de manera más o menos intensa según del momento evolutivo.

- Modelo de co-ocurrencia: a pesar de contar con bases patogénicas diferentes, ambos trastornos comparten expresiones sintomáticas.
- Modelo de complicación: se considera al Trastorno de Personalidad una complejidad causada por un trastorno procedente del eje I.
- Modelo de modificación. Este modelo supone que ambos trastornos difieren en su etiopatogenia, pero la ausencia de uno modifica el curso y la expresión clínica del otro.

Estos modelos no son excluyentes entre sí, pudiendo incluso encontrar asociaciones entre ellos. Sin embargo, debido a la elevada comorbilidad de los Trastornos de Personalidad con otros diagnósticos, uno de sus puntos distintivos, los modelos explicativos más defendidos son los de vulnerabilidad o de complicación. Por lo tanto, se cree que las raíces de ambos trastornos pueden ser entendidas como un conjunto formado por las influencias genéticas y por las experiencias en la vida temprana. Esto indica que el Trastornos de la Personalidad puede preceder al desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. La cuestión fundamental es encontrar si la existencia de un Trastorno de personalidad puede aumentar el riesgo de desarrollo de un Trastorno de la Alimentación, y / o si el Trastorno de Personalidad forma parte de la patología alimentaria.

Con el fin de limitar las diferentes y múltiples asociaciones, las aproximaciones dimensionales más aceptadas inciden en tres factores nucleares para la explicación de la asociación entre ambos trastornos: la inestabilidad afectiva, los problemas interpersonales y la dificultad del control de las conductas impulsivas. Los estudios ofrecen elevadas tasas de comorbilidad entre los Trastornos de Personalidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria con una prevalencia que oscila entre el 27 por ciento y el 77 por ciento. Existe gran diversidad en los datos de las revisiones de la literatura sobre la asociación entre Trastorno Conducta Alimentaria y Trastorno de Personalidad. Esta discrepancia puede ser atribuida al uso de instrumentos de evaluación y métodos divergentes, así como la heterogeneidad de la población (ambulatorios versus hospitalizados), las edades (adolescentes, adultos) y a las diferencias en los criterios diagnósticos utilizados. Por otro lado, las propias consecuencias físicas de la anorexia nerviosa (malnutrición y bajo peso) pueden afectar a la personalidad, al exacerbar

patrones de conducta desadaptativos muy resistentes, dadas las complejas interacciones entre restricción y estado de ánimo. Se podría dar así una falsa comorbilidad que no sería sino una exageración sintomática debida a la propia condición física de la Anorexia Nerviosa. En general, estos trabajos encuentran una alta asociación entre trastornos de la Personalidad del grupo B del DSM-IV y la Bulimia Nerviosa y los Trastornos de Personalidad del clúster C y la Anorexia Nerviosa. Respecto al Trastorno Límite de personalidad, los estudios revelan que un 53,8 por ciento de los pacientes cumplen también con los criterios de un trastorno de la alimentación.

A su vez, el 21,7 por ciento de los pacientes con Trastorno Limite cumplen con criterios para la Anorexia Nerviosa y 24,1 por ciento para la bulimia nerviosa. En concreto, parece que el Trastorno Límite de Personalidad presenta una alta comorbilidad con la Bulimia Nerviosa, oscilando entre el 2 por ciento y el 47 por ciento de los casos. Aparecen estudios que señalan que una posible explicación es que el Trastornos Limite de Personalidad y los Trastornos de la Alimentación (especialmente la Bulimia Nerviosa) comparten un factor de riesgo común: ambas están asociadas con antecedentes de trauma infantil, tales como el abuso físico, sexual y emocional. Otros trabajos apoyan que es posible que los síntomas del Trastorno Límite ayuden a desarrollar un trastorno alimentario. Por ejemplo, la impulsividad crónica y la autoagresión pueden converger en involucrarse en comportamientos alimentarios problemáticos, que pueden con el tiempo convertirse en trastorno alimentario. También puede ser que padeciendo un Trastorno Conducta Alimentaria, puedan aparecer experiencias estresantes (por ejemplo, la vergüenza intensa, la hospitalización, la ruptura familiar), que pueden desencadenar Trastorno Límite de Personalidad en alguien con una vulnerabilidad genética para el trastorno. Un aspecto importante, es que las anoréxicas y bulímicas que presentan trastornos de la personalidad poseen una mayor frecuencia de atracones, vómitos y síntomas ansioso depresivos, mayores dificultades de integración social y mayor número de intentos de suicidio. También la presencia del Trastorno Límite de Personalidad, en personas con patología alimentaria se ha asociado a distorsiones más graves en actitud a la comida, más frecuencia de hospitalizaciones, y presencia de otros problemas como las conductas autoagresivas.

El trastorno límite, marcado por la impulsividad y la inestabilidad emocional, es uno de los más comunes entre personas que tienen atracones, confirmando los estudios previos sobre la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, y la búsqueda de novedad que son características típicas de síndromes de comer impulsivo. También se señala que las conductas alimentarias restrictivas, purgativas y los atracones constituirían, en parte, intentos desadaptativos de regular las emociones intensas propias del Trastorno Límite.

En una revisión realizada por Turón (2004) sobre la comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria ha estimado su prevalencia entre el 35 y 77% de la población estudiada, resultando los T.L.P más frecuentemente asociados: el trastorno de la personalidad Borderline (entre el 13 y 44%) y el trastorno histriónico de la personalidad (entre el 33 y 50%)[23].

Respecto a la comorbilidad entre la bulimia y el Trastorno Límite, un aspecto de interés es la posible existencia de abusos sexuales en la infancia. En diversos estudios anteriores se había señalado que los antecedentes de abuso sexual eran tres veces más frecuentes en las bulímicas que en las personas normales (Garfinkel et al., 1995) y que en las anoréxicas restrictivas (Coovert, Kinder y Thompson, 1989). Más recientemente, sin embargo, se ha indicado que las bulímicas antecedentes de abuso sexual presentan una mayor gravedad del cuadro clínico y una mayor tasa de comorbilidad con el trastorno límite (Claridge, Davis, Bellhouse y Kaptein, 1998)[13].

Desde el punto de vista de la evolución terapéutica, el peor pronóstico para una alteración de la conducta alimentaria es la comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad, que es predictora de mayor severidad en problemas psicosociales y de conducta (abuso de alcohol y drogas), así como. de intentos de suicidio, de menor capacidad para trabajar y de menor satisfacción en las relaciones sociales (Johnson, Tobin y Enright, 1989; Matsunaga et al. 1998)[13].

IV.2. Anorexia nerviosa

IV.2.1 Definición

El término anorexia nerviosa deriva del término griego para «pérdida de apetito» y una palabra latina que implica un origen nervioso. Es un síndrome caracterizado por tres criterios fundamentales: (1) inanición autoinducida de intensidad significativa, (2)

búsqueda implacable de la delgadez o un miedo mórbido a la obesidad y (3) presencia de signos y síntomas médicos debidos a la inanición. Suele asociarse con distorsiones de la imagen corporal: la percepción de ser de un tamaño alarmantemente grande, a pesar de haber una delgadez evidente [21].

IV.2.2 Epidemiología

El promedio de la edad de inicio de la anorexia nerviosa está alrededor de los 15 a los 19 años. Es la causa más frecuente de pérdida de peso en las adolescentes y la causa más frecuente de ingreso en los servicios hospitalarios de niños y adolescentes. Eric Stice y sus colegas en el año 2013, descubrieron que alrededor del uno por ciento de las mujeres de 20 años de edad tenían antecedentes de anorexia nerviosa o anorexia atípica [24].

La incidencia de anorexia nerviosa es de 0,3%-1% en mujeres y 0,1% en hombres. Aunque puede diagnosticarse en menores de 13 años, presentan mayor riesgo los adolescentes entre 15 y 19 años, que representan hasta 40 por ciento de los casos. Existen dos picos de incidencia: entre los 13 a 14 y entre los 16 a 17 años [25].

Es una enfermedad típica de las mujeres (90-95%) que se presenta principalmente en la adolescencia y afecta a un uno por ciento de la población. En los últimos años se ha observado que la incidencia tiende a aumentar en los varones [26].

Si bien más del 90 por ciento de las personas que padecen anorexia son mujeres; cuando la prevalencia se mide a lo largo de la vida, en los niños pequeños la diferencia de género en la prevalencia se reduce (Madden et al, 2009). También existe una creciente conciencia de que las preocupaciones sobre la imagen corporal pueden tomar una forma diferente en los adolescentes varones. Algunos hombres describen esforzarse por conseguir un cuerpo musculado en lugar de uno delgado. En estos casos, el signo más temprano del trastorno puede ser el ejercicio compulsivo, en lugar de la restricción alimentaria. Algunos niños se vuelven adictos al ejercicio, sin presentar preocupación por su imagen corporal en un inicio, aunque suelen desarrollarla posteriormente [24].

Se ha estimado una prevalencia cercana al cinco por ciento en mujeres jóvenes con algunos síntomas de anorexia nerviosa y que no cumplen con los criterios diagnósticos. Al parecer, es más habitual en países desarrollados y puede verse con

mayor frecuencia entre mujeres jóvenes con profesiones que exigen delgadez (p. ej. moda, danza). Se asocia con depresión, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo [21].

La población en mayor riesgo es la formada por atletas, modelos, deportistas, aquellos con antecedentes familiares de trastornos de la alimentación o con antecedentes de obesidad en la niñez, historia de abuso sexual, de maltrato, antecedentes de depresión y alexitimia. También los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad limítrofe o inestable [27].

IV.2.3 Etiología.

En las causas de la anorexia nerviosa intervienen factores biológicos, sociales y psicológicos. Algunas pruebas indican tasas de concordancia mayores entre gemelos monocigóticos que entre dicigóticos. Los principales trastornos del estado de ánimo se presentan con mayor frecuencia en miembros de la familia que en la población general.

1. Factores biológicos. La inanición ocasiona muchos cambios bioquímicos, algunos de los cuales también se presentan en la depresión, como hipercortisolemia y falta de supresión con dexametasona. Se ha observado un aumento en los antecedentes familiares de depresión, dependencia del alcohol y trastornos de la alimentación. También se han registrado indicios de un mayor riesgo de anorexia nerviosa entre hermanas. Desde el punto de vista neurobiológico, la reducción de las concentraciones de 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) en orina y líquido cefalorraquídeo sugiere una disminución del recambio y actividad de la noradrenalina. Como consecuencia de la inanición se observa una menor actividad de los opioides endógenos. En un estudio de tomografía por emisión de positrones, el metabolismo del núcleo caudado fue mayor durante el estado anoréxico que después del aumento de peso. La resonancia magnética (RM) puede mostrar pérdida de volumen de la sustancia gris durante la enfermedad, que puede mantenerse durante la recuperación. Puede haber una predisposición genética.

   Cuando se estudia en mujeres adolescentes y adultas jóvenes el efecto de la Anorexia Nerviosa en las concentraciones plasmáticas de las adipocitocinas (leptina y adiponectina) y la reserva de la glucosa estimulada por la insulina,

se observa que las anoréxicas muestran concentraciones plasmáticas más altas de adiponectina al compararlas con las no anoréxicas; en tanto, las de leptina se encuentran disminuidas. La deficiencia de cinc, también está íntimamente asociada con la anorexia nerviosa, no solo por ella misma, sino también ligada a otros macronutrientes como la tiamina.

2. Factores sociales. Los pacientes con anorexia nerviosa respaldan su comportamiento gracias al énfasis que pone la sociedad en la delgadez y el ejercicio. Las familias de los niños que presentan trastornos de la conducta alimentaria, en especial los subtipos con atracones o purgas, pueden mostrar niveles elevados de hostilidad, caos y aislamiento, así como niveles bajos de atención y empatía. Los intereses profesionales y no profesionales interactúan con otros factores de vulnerabilidad para aumentar la probabilidad de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (p. ej., el ballet en las chicas y la lucha grecorromana en los chicos del bachillerato).

2. Factores psicológicos y psicodinámicos. Los pacientes sustituyen las actividades propias de los adolescentes normales con sus preocupaciones por la alimentación y el aumento de peso, que parecen obsesiones. Como regla general, tienen una falta de sentido de autonomía y de identidad personal.

Podemos decir que a nivel psicológico hay tres áreas afectadas:

- Un trastorno de proporciones delirantes en la imagen y concepto corporales (se siente normal cuando está emanciado, niega enfermedad y anormalidad).
- Percepción e interpretación cognoscitivas inadecuadas y confusas de los estímulos que se inician en el cuerpo, que lo llevaría a no darse cuenta de la sensación de hambre.
- Una sensación paralizante de inefectividad que produce la convicción de que actúa solamente en respuesta a las demandas de los otros y no por su propia iniciativa [18].

IV.2.3 Diagnóstico y cuadro clínico.

El inicio de la anorexia nerviosa suele producirse entre los 10 y 30 años de edad. Está presente en los siguientes casos: (1) si una persona reduce y mantiene de forma voluntaria un grado de pérdida de peso peligroso para su salud, o no aumenta de peso de forma proporcional a su crecimiento; (2) si un individuo tiene un miedo intenso a convertirse en obeso, un deseo implacable de delgadez, a pesar de una desnutrición médica evidente, o ambos; (3) si un individuo experimenta síntomas clínicos significativos relacionados con la desnutrición, en general, pero no de forma exclusiva, como alteraciones de la actividad hormonal reproductiva, hipotermia, bradicardia, hipotensión ortostática y reducción grave de las reservas de grasa del organismo; y (4) si las conductas y la psicopatología están presentes durante al menos 3 meses. Además, presentan un peso significativamente menor al mínimo normal y miedo marcado a aumentar de peso. La conducta obsesivo-compulsiva, la depresión y la ansiedad son síntomas psiquiátricos de la anorexia nerviosa que a menudo destacan en la bibliografía médica. Con frecuencia se describe una mala adaptación sexual en los pacientes que sufren el trastorno [21].

IV.2.4 Criterios diagnósticos

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

- Leve: IMC ≥ 17 kg/m2
- Moderado: IMC 16–16,99 kg/m2
- Grave: IMC 15–15,99 kg/m2
- Extremo: IMC < 15 kg/m2 [2].

IV.2.5 Subtipos

1. Tipo restrictivo. Se presenta en alrededor del 50% de los casos. En este tipo, la ingesta de alimentos está muy restringida (en general, se consumen menos de 300-500 cal/día, sin ningún gramo de grasa), y el paciente puede mostrarse implacable y compulsivamente hiperactivo, con lesiones deportivas por sobreesfuerzo. Los pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictivo a menudo muestran rasgos obsesivo-compulsivos en relación con los alimentos y con otros aspectos.

2. Tipo con atracones/purgas. Los individuos alternan intentos de seguir una dieta rigurosa con episodios intermitentes de atracones o purgas. Cuando están presentes, las purgas pueden ser subjetivas (mayores a lo que pretendía el paciente, o por presión social,

pero no muy importantes) u objetivas. Las purgas representan una compensación secundaria de las calorías no deseadas; por lo general, se llevan a cabo mediante el vómito autoinducido, a menudo con el abuso de laxantes, con menor frecuencia mediante diuréticos y, en ocasiones, a través de eméticos. La tasa de suicidio es más elevada que entre los de tipo restrictivo[21].

IV.2.6 Evolución y pronóstico.

La evolución varía mucho: recuperación espontánea sin tratamiento, recuperación después de varios tratamientos, evolución fluctuante con aumento de peso seguido de recaída, evolución con deterioro gradual que produce la muerte por las complicaciones de la inanición. La respuesta a corto plazo en casi todos los programas de tratamiento hospitalario es favorable. Sin embargo, aquellos que han recuperado un peso suficiente a menudo mantienen su preocupación por los alimentos y el peso corporal, tienen malas relaciones sociales y presentan depresión. En general, el pronóstico no es favorable. Los estudios muestran un rango en las tasas de mortalidad del 5-18%. Aproximadamente la mitad de los pacientes con anorexia nerviosa presentan síntomas de bulimia, casi siempre en el primer año.

Un mayor seguimiento del paciente y la edad temprana de inicio del trastorno parecen ser factores favorables en el pronóstico, mientras que la presencia de vómitos, empleo de laxantes, personalidad obsesiva-compulsiva y la cronicidad de la enfermedad se consideran factores desfavorables para el pronóstico [21].

IV.2.7 Tratamiento

1. Hospitalización. La primera consideración en el tratamiento es restaurar el estado nutricional del paciente; la deshidratación, la inanición y los desequilibrios electrolíticos pueden conducir a un grave compromiso de la salud y, en ocasiones a la muerte. La decisión de hospitalizar a un paciente se basa en su estado médico y en el grado de estructuración que se necesita para asegurar su cooperación. En general, los pacientes con peso menor del 20 por ciento del que le corresponde para su altura, deberían ingresar a un hospital; y aquellos con peso inferior al 30 por ciento del esperado requerirán ingreso psiquiátrico de 2 a 6 meses. Los programas de tratamiento psiquiátrico

hospitalario suelen basarse en una combinación de terapia conductual, psicoterapia individual, educación y terapia familiares y, en algunos casos, psicofármacos. El éxito del tratamiento radica en la capacidad del equipo médico de mantener un apoyo firme con el paciente, y a la vez requiere ser flexible para individualizar los tratamientos y ajustarlos a las necesidades y capacidades cognoscitivas de cada paciente. El manejo de los pacientes durante la hospitalización requiere: ser pesados todos los días por la mañana; controlar diariamente la ingesta de líquidos y su posterior evacuación; determinar regularmente los niveles séricos de electrolitos y vigilar el riesgo de hipocalcemia. Se aconseja dar una dieta de solo 500 calorías por encima de las requeridas para mantener el peso que tienen (normalmente entre 1500 y 2000 cal/d.), repartiéndose éstas entre 6 comidas iguales a lo larga del día y suplementos nutritivos en forma líquida [27].

2. Psicológico

a. Terapia cognitivo-conductual (TCC). Los principios de la terapia cognitiva y la conductual se pueden aplicar en entornos tanto ambulatorios como hospitalarios. La terapia conductual ayuda a inducir un aumento de peso; sin embargo, no se han publicado estudios controlados de gran tamaño sobre los efectos de la terapia cognitivo-conductual en los pacientes con anorexia nerviosa. Se enseña a los pacientes a vigilar la ingesta de alimentos, sus sentimientos y emociones, sus conductas compulsivas y purgativas, y sus problemas de relación interpersonal. También se les instruye sobre técnicas de reestructuración cognitiva para identificar los pensamientos automáticos y enfrentarse a sus creencias básicas. Los pacientes aprenden a pensar y elaborar estrategias para afrontar los problemas relacionados con su alimentación y con sus relaciones interpersonales (solución de problemas).

b. Psicoterapia dinámica. Esta forma de psicoterapia se torna difícil y penosa con la resistencia del paciente. Debido a que el paciente considera sus síntomas como la esencia de lo que los hace especiales, los terapeutas no deben invertir esfuerzos innecesarios tratando de modificar las conductas alimentarias. La fase inicial del proceso de psicoterapia debe orientarse a la creación de una alianza terapéutica. Los pacientes pueden percibir las primeras interpretaciones como si alguien intentara decirles que es lo que sienten de verdad, minimizando e invalidando sus propias experiencias. Los

terapeutas que enfatizan la perspectiva del paciente y se interesan de forma activa por lo que piensa y siente le transmiten respeto por su autonomía. Sobre todas las cosas, los clínicos deben mostrar flexibilidad y constancia ante la tendencia de los pacientes a frustrar cualquier ayuda que se les ofrezca.

c. Terapia familiar. Es necesario realizar un análisis familiar de todos los pacientes con anorexia que vivan en su familia. A partir de este análisis, el clínico puede determinar qué tipo de terapia o de asesoramiento familiar se requiere. Cuando no es posible la terapia familiar, se recurre a la terapia individual para abordar los problemas en la relación familiar. En ocasiones, la intervención de la terapia familiar se limita a sesiones breves de asesoramiento con los parientes más cercanos [21].

3. Farmacológico. Algunas publicaciones respaldan el empleo de la ciproheptadina, un fármaco con propiedades antihistamínicas y antiserotoninérgicas, en los pacientes con anorexia nerviosa del tipo restrictivo. También se han descrito algunos beneficios obtenidos con la amitriptilina. Existe preocupación con respecto al empleo de fármacos tricíclicos en pacientes deprimidos con anorexia nerviosa y de bajo peso, quienes pueden ser vulnerables a la hipotensión, arritmia cardíaca y deshidratación.

Una vez que se alcanza un estado nutricional adecuado, puede disminuir el riesgo de efectos adversos 394 graves asociado con el empleo de antidepresivos tricíclicos; en algunos casos, la depresión mejora con el aumento de peso y la normalización del estado nutricional. Otros fármacos que se han probado en individuos con anorexia nerviosa con resultados variables incluyen clomipramina, pimozida y clorpromazina. Los estudios con fluoxetina han descrito un incremento de peso, y los serotoninérgicos pueden proporcionar respuestas positivas en el futuro. En los pacientes con anorexia nerviosa y trastornos depresivos comórbidos, también debe tratarse la enfermedad depresiva [21].

IV.3 Bulimia nerviosa

IV.3.1 Definición

La bulimia nerviosa se caracteriza por atracones (comer grandes cantidades de alimentos en poco tiempo, junto con la sensación de pérdida de control) seguido de un tipo de comportamiento que compensa el atracón, como purgas (por ejemplo, vómitos, uso excesivo de laxantes o diuréticos), ayuno y / o ejercicio excesivo. A diferencia de la anorexia nerviosa, las personas con bulimia pueden caer dentro del rango normal de su

peso. Pero al igual que las personas con anorexia, a menudo temen aumentar de peso, desean perder peso desesperadamente y están muy descontentos con el tamaño y la forma de su cuerpo [28].

Por lo general, el comportamiento bulímico es secreto, dado que va acompañado de un sentimiento de indignación o vergüenza. El ciclo de atracón y purga puede darse varias veces a la semana e incluso varias veces al día [29].

En la bulimia nerviosa se encuentran personas con un peso dentro de lo normal, según su Índice de Masa Corporal (IMC), pero lo que buscan es no engordar a la vez que si consumen los alimentos que deseen sin prohibición alguna. Posteriormente por sentimiento de culpa esta enfermedad hace que vomite todo, para mantener su peso; pero a su vez no toman en cuenta las consecuencias que en su cuerpo se presentan a lo largo del tiempo de la presencia de la enfermedad, viéndose sumamente afectado su sistema tracto digestivo, por la exposición a los ácidos propios del estómago [29].

IV.3. 2 Epidemiología

La bulimia nerviosa es más prevalente que la anorexia nerviosa, y oscila entre el uno y cuatro por ciento en las mujeres jóvenes. Al igual que con la anorexia nerviosa, este trastorno es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres, pero comienza en etapas más avanzadas de la adolescencia, e incluso puede producirse durante las primeras fases de la vida adulta. Alrededor del 20 por ciento de las mujeres universitarias tienen síntomas bulímicos transitorios en algún momento de sus años de estudio. Aunque la bulimia nerviosa generalmente se presenta en mujeres jóvenes con peso normal, en ocasiones puede haber antecedentes de obesidad. En los países industrializados, la prevalencia se sitúa en torno al uno por ciento de la población general.

El pico de edad de aparición es similar al de la anorexia nerviosa – 15-20 años (Kessler et al, 2013). Sin embargo, los síntomas son más fáciles de encubrir que en la anorexia nerviosa, y la consulta a un especialista en promedio no ocurre hasta que el paciente ha sido consciente del trastorno por alrededor de un promedio de 10 años [30].

IV.3.3 Etiología

1. Factores biológicos. Se ha propuesto la participación de la serotonina y la noradrenalina. En algunos pacientes con bulimia nerviosa que presentan vómitos, las concentraciones séricas de endorfinas están elevadas, por lo que la sensación de bienestar que experimentan después de vomitar puede estar mediada por las concentraciones elevadas de estos neurotransmisoras. La frecuencia de la bulimia nerviosa es mayor en los familiares de primer grado de los individuos con el trastorno.

2. Factores sociales. Al igual que con la anorexia nerviosa, los pacientes con bulimia nerviosa tienden a mostrar un alto rendimiento y a responder a las presiones de la sociedad a favor de la delgadez. Asimismo, muchos individuos se encuentran deprimidos y tienen un mayor grado de depresión familiar, como ocurre en los pacientes con anorexia nerviosa, pero las familias de los primeros suelen ser menos cercanas y más conflictivas que las de estos últimos. Los pacientes con bulimia nerviosa describen a sus padres como negligentes y dados al rechazo.

3. Factores psicológicos. Los pacientes con bulimia nerviosa, al igual que los afectados por anorexia nerviosa, tienen problemas con las exigencias de la adolescencia, pero los primeros son más extrovertidos, irascibles e impulsivos que los segundos. La dependencia del alcohol, los hurtos en tiendas y la labilidad emocional (incluyendo las tentativas de suicidio) se asocian con la bulimia nerviosa. En general, experimentan descontrol de su conducta alimentaria de un modo más egodistónico; por lo tanto, están más dispuestos a buscar ayuda [21].

IV.3.4 Diagnóstico y cuadro clínico.

Existe bulimia nerviosa cuando: (1) los episodios de atracones se producen con relativa frecuencia (dos veces a la semana o más) durante por lo menos 3 meses; (2) después de los atracones se practican conductas compensatorias para evitar el aumento de peso, sobre todo mediante la provocación de vómitos y el abuso de laxantes, diuréticos o eméticos (80% de los casos) y, con menor frecuencia, dieta estricta y ejercicio extenuante (20% de los casos); (3) la reducción de peso no es tan grave como en la anorexia nerviosa; y (4) el paciente tiene un miedo patológico a la obesidad, un deseo implacable de delgadez, o ambos, y una parte desproporcionada de la autovaloración

depende del peso y la silueta corporal. Al realizar el diagnóstico de bulimia nerviosa, los médicos deben explorar la posibilidad de que el paciente haya experimentado un ataque previo, breve o prolongado de anorexia nerviosa, presente en alrededor de la mitad de los individuos con bulimia nerviosa. Los atracones suelen preceder a la provocación de vómitos en aproximadamente 1 año, y con frecuencia ocurren después de un episodio de depresión, a veces denominado angustia post atracón. Durante los atracones, los pacientes ingieren alimentos dulces, ricos en calorías y, por lo general, de textura blanda o lisa, como los pasteles y bollería. La comida se ingiere en secreto y de manera rápida, y en ocasiones ni siquiera se mastica. La mayoría de los pacientes son sexualmente activos. A veces, la historia de los pacientes con bulimia nerviosa revela la existencia de pica y discusiones durante las comidas [21].

IV.3.4 Criterios diagnósticos

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana [1].

IV.3.5 Subtipos

1. Tipo purgativo. Estos pacientes se provocan regularmente el vómito o emplean laxantes o diuréticos; presentan riesgo de sufrir complicaciones médicas, como hipocalemia causada por vómito o abuso de laxantes, y alcalosis hipoclorémica. Los individuos que vomitan de forma repetida pueden sufrir desgarros gástricos y esofágicos, aunque estas complicaciones son raras.

2. Tipo no purgativo. Los pacientes recurren a dietas estrictas, ayuno o ejercicio vigoroso, pero no suelen llevar a cabo purgas. Estos pacientes suelen ser obesos. E. Patología y pruebas analíticas. Se pueden presentar alteraciones electrolíticas y varios grados de inanición. En general, la función tiroidea se conserva intacta, pero los pacientes pueden mostrar una falta de supresión en la prueba de supresión con dexametasona. Es probable que quienes recurren regularmente a las purgas muestren deshidratación y

desequilibrios electrolíticos, y presenten hipomagnesemia e hiperamilasemia. Aunque no es una de las características diagnósticas esenciales, muchas pacientes con bulimia nerviosa tienen alteraciones menstruales. En ocasiones hay hipotensión y bradicardia [21].

IV.3.6 Tratamiento

1. Hospitalización. La mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa no complicada no necesitan ingresar al hospital. En algunos casos (cuando los atracones están fuera de control, el tratamiento ambulatorio no funciona o un paciente muestra síntomas psiquiátricos adicionales, como tendencias suicidas y abuso de sustancias), puede ser necesario recurrir al ingreso hospitalario. Además, los desequilibrios electrolíticos y metabólicos producidos por las purgas graves pueden requerir hospitalización.

2. Psicológico

a. Terapia cognitivo-conductual. Esta terapia debe considerarse como tratamiento principal y de primera elección para la bulimia nerviosa. La terapia cognitivo-conductual implementa una serie de intervenciones cognitivas y conductuales para: (1) interrumpir el ciclo de conductas automantenidas de atracones y dietas, y (2) modificar los pensamientos disfuncionales del individuo: creencias en torno a la comida, el peso, la imagen corporal y el autoconcepto general.

b. Psicoterapia dinámica. El tratamiento psicodinámico para la bulimia nerviosa ha puesto de manifiesto una tendencia a concretar mecanismos de defensa introyectivos y proyectivos. De forma análoga a la escisión, los pacientes dividen la comida en dos categorías: elementos nutritivos y elementos poco saludables. Es posible ingerir y retener los alimentos que se consideran nutritivos, pues a nivel inconsciente, simbolizan introyecciones positivas. Sin embargo, la comida chatarra se asocia de forma inconsciente con introyecciones negativas y, en consecuencia, se expulsa mediante el vómito, con la fantasía inconsciente de que se evacúa toda la destructividad, odio y maldad. Después de vomitar, los pacientes pueden sentirse bien durante un tiempo gracias a la fantasía de evacuación, pero la sensación de “ser completamente bueno” dura poco, porque se sustenta en una combinación inestable de escisión y proyección.

3. Farmacológico. Se ha demostrado que los antidepresivos son útiles para tratar la bulimia, los cuales incluyen inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, pero en dosis altas (60-80 mg/día). La imipramina, desipramina, trazodona e inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) también son útiles. Por lo general, la mayoría de los antidepresivos han demostrado eficacia en las dosis que suelen utilizarse para tratar los trastornos depresivos. La carbamazepina y el litio no han mostrado resultados destacables como tratamiento de los atracones, pero se han empleado en pacientes con bulimia nerviosa y trastornos del estado de ánimo comórbidos, como el trastorno bipolar I [21].

IV. 4 Pica

IV. 4.1 Definición

Según la CIE-10 consiste en la ingestión persistente de sustancias no nutritivas (sobre todo yeso, pintura, desconchones de la pared, tiza, etc). Puede ser un síntoma de un trastorno psíquico más severo (como el autismo y/o la psicosis infantil, deficiencia mental) o bien como un trastorno psicopatológico relativamente aislado. En este último caso suelen tener inteligencia normal, aparece en el curso de la primera infancia y suele detectarse un trastorno vincular como base relacional. La pica suele presentar clínica asociada de expresión hematológica (anemias por déficits diversos en la nutrición por la ingesta de los componentes derivados del yeso y la tiza).

El trastorno de pica es el único que puede ser diagnosticado en presencia de cualquier otro trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Debido a que la ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias puede suceder en el transcurso de algunas presentaciones de anorexia nerviosa que cursan con la ingestión de pañuelos de papel como forma de intentar controlar el apetito, en esos casos el diagnóstico primario debe ser anorexia nerviosa [31].

IV. 4.2 Criterios diagnósticos

A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.

B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.

C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.

D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado [2].

IV.5 Trastorno de rumiación

IV.5.1 Criterios diagnósticos

A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.

B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.

D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Especificar si: En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado [1].

IV. 6 Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos

IV. 6.1 Criterios diagnósticos

A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).

2. Deficiencia nutritiva significativa.

3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.

4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si: En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado [1].

IV.7 Atracones y otros trastornos alimentarios

IV.7.1 Trastorno de atracones.

IV.7.1.1 Definición

El trastorno por atracón se caracteriza por un patrón de comportamiento alimentario alterado, en que el individuo que lo padece presenta episodios recurrentes de alimentación compulsiva. En dichos episodios se realizan ingestas alimentarias que son, en cantidad y voracidad, superiores a lo que normalmente comería cualquier persona en el mismo período de tiempo, y se viven con una sensación de pérdida de control. En un atracón un paciente puede llegar a ingerir una cantidad enorme de calorías, alcanzando en algunos casos las 20.000 kcal [32].

El trastorno por atracón o *binge eating disorder* (BED) aparece en un 30 por ciento de los pacientes que están en programas para perder peso y en un dos a cinco por ciento en la población general. Es más común en mujeres con sobrepeso que son más jóvenes que las obesas sin BED y mayores que las pacientes con bulimia nerviosa. Presentan una obesidad importante, fluctuaciones en el peso, grandes dificultades para perder peso y mantener el peso perdido. La ingesta de comida es mayor en la alimentación diaria y en los atracones, fundamentalmente de grasa, dulces y comida rápida (a diferencia de la bulimia nerviosa que aumenta el consumo de todo tipo de comida y principalmente ocurre en los atracones) [33].

IV.7.1.2 Criterios diagnósticos

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.

4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

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

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

IV.8 Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado.

Incluye a los trastornos de la conducta alimentaria que pueden producir sufrimiento significativo, pero que no cumplen todos los criterios establecidos para un trastorno estipulado. Entre las afecciones que se incluyen en esta categoría se encuentran

el síndrome de ingesta nocturna de alimentos, el trastorno por purgas y casos subclínicos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de atracones [1].

IV. 9 Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

IV.10 Trastornos de la personalidad

IV.10.1 Definición

Los trastornos de la personalidad representan un patrón perdurable de comportamiento y experiencias internas que se desvían de forma significativa de los estándares culturales del individuo; son rígidamente penetrantes; tienen su inicio en la adolescencia o en la adultez temprana; son estables a través del tiempo y llevan a la infelicidad y el deterioro, y se manifiestan en al menos dos de las siguientes cuatro áreas: cognición, afectividad, función interpersonal o control de impulsos. Cuando los rasgos de la personalidad son rígidos e inadaptados y producen deterioro funcional o angustia subjetiva, se puede diagnosticar un trastorno de la personalidad [21].

Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición, son 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 [34].

IV.10.2 Clasificación

La 5.a edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) clasifica los trastornos de personalidad en tres grupos:

1. Grupo A. El grupo extraño y excéntrico comprende los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. Estas afecciones implican el uso de la fantasía y la proyección, y se asocian con una tendencia al pensamiento psicótico. Los pacientes pueden tener una vulnerabilidad biológica a la desorganización cognitiva cuando están estresados [1].

1.1 Trastorno de la personalidad esquizotípico.

El sujeto con un TP esquizotípico muestra una deficiencia de relaciones sociales asociadas a conductas extravagantes, creencias extrañas (magia, supersticiones, tener un "sexto sentido"), lenguaje extraño (por ejemplo, uso de metáforas, o palabras inhabituales), suspicacia. En la CIE-10 se le ha considerado como una variante de la esquizofrenia [1 21].

1.2 Trastorno de la personalidad esquizoide.

Es similar al anterior, pero aquí lo relevante es el distanciamiento de las demás personas y una restricción de las emociones, sin rasgos de extravagancia. Es un sujeto francamente solitario, que no disfruta de la compañía de los demás [21].

1.3 Trastorno de la personalidad paranoide.

Son sujetos desconfiados y susceptibles, interpretan como maliciosas las conductas de los demás, temen que se aprovechen de ellos, se preocupan de la lealtad, siempre ven significados ocultos amenazadores, son rencorosos, reacciona con ira [1 21].

2. Grupo B. El grupo dramático, impulsivo y errático incluye los trastornos de la personalidad histriónico, narcisista, antisocial y límite. Estos trastornos implican el uso de la disociación, negación, escisión y sobreactuación (acting out). Los trastornos del estado de ánimo pueden ser frecuentes [21].

2.1 Trastorno de la personalidad antisocial.

Desprecio y violación de los derechos de los demás, desadaptado a las normas sociales, deshonestos, impulsivos, irritables, imprudentes, irresponsables. Suelen carecer de remordimientos por lo que han hecho [1 21].

2.2 Trastorno de la personalidad límite.

Inestabilidad de las relaciones personales, de la autoimagen y de la afectividad, notablemente impulsivos. No soportan el abandono, tienden a conductas autodestructivas o francamente suicidas. Mal manejo de la agresividad. Largas épocas de vacío y cuestionamiento existencial; escasa identidad personal. La CIE-10 lo considera un grupo genérico que llama trastorno de inestabilidad emocional, y dentro de este distingue uno de tipo impulsivo (falta de control de impulsos) y otro de tipo límite, propiamente tal (con gran inestabilidad emocional, imagen de sí mismo confusa) [21].

2.3 Trastorno de la personalidad histriónica.

Excesiva emotividad y búsqueda de atención. Tiene que ser el centro de atención; suelen ser seductores o provocadores; llama la atención con su aspecto físico (atractivos); subjetivos en sus interpretaciones; muy dramatizadores, sugestionables; suelen pensar que sus relaciones son más íntimas que lo que son en realidad [21].

2.4 Trastorno de la personalidad narcisista.

Gran sentido de autoimportancia, necesidad de admiración y falta de empatía por los demás, fantasías de éxito, cree ser «especial», se relaciona con personas de «alto estatus»; pretencioso, preocupado por la apariencia, la vestimenta, el estatus; es explotador de los demás a quienes considera que tienen que estar a su disposición; envidioso [1 21].

3. Grupo C. El grupo ansioso o temeroso comprende los trastornos de la personalidad evasiva, dependiente y obsesiva-compulsiva. Estos trastornos implican el uso de aislamiento, agresión pasiva e hipocondría [1].

3.1 Trastorno de la personalidad evasiva.

Inhibición social, sentimientos de inferioridad, sensibles a la evaluación negativa, vergüenza. A veces hay que distinguirlo de un trastorno fóbico social[1 21].

3.2 Trastorno de la personalidad dependiente.

Necesidad excesiva de que se ocupen de uno; comportamiento de sumisión, temores de separación; dificultad para tomar decisiones, pide consejos constantes; hace tareas desagradables para lograr protección.

3.3 Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.

Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal. Detallistas, normativos, ética rígida. Gran autoexigencia. Reacio a delegar tareas; crítico cuando otros no se someten a su manera de hacer las cosas. La CIE-10 al trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad le llama anancástico [1 21].

4 Rasgos del trastorno de la personalidad: los individuos frecuentemente exhiben rasgos que no se limitan a un solo trastorno de la personalidad. Si un paciente cumple los criterios de más de un trastorno de la personalidad, el clínico debe diagnosticar cada uno de ellos; esta circunstancia no es rara [1].

IV.11 Trastorno de la personalidad límite

IV.11.1. Definición.

El trastorno límite de la personalidad es una afección mental que se caracteriza por un patrón continuo de estados de ánimo, autoimagen y comportamientos inestables. Estos síntomas a menudo resultan en acciones impulsivas y problemas en las relaciones con otras personas. Una persona con el trastorno límite de la personalidad puede tener episodios de ira, depresión y ansiedad que pueden durar desde unas horas hasta varios días[35].

Los pacientes con trastorno de la personalidad límite se sitúan en la frontera entre la neurosis y la psicosis, y se caracterizan por una extraordinaria inestabilidad afectiva, del estado de ánimo, conductual, de relaciones objetales y de autoimagen. Los intentos de suicidio y los actos de automutilación son frecuentes entre estos pacientes. Estos individuos son muy impulsivos y sufren de problemas de identidad, así como por sentimientos de vacío y aburrimiento. El trastorno de la personalidad límite también se ha llamado esquizofrenia ambulatoria, personalidad “como si”, esquizofrenia ambulatoria seudoneurótica y trastorno de carácter psicótico [21].

IV.11 .2 Epidemiología y curso

La prevalencia del trastorno de la personalidad límite se aproxima al 2% de la población, al 10% de los pacientes ambulatorios, al 20% de los pacientes ingresados y al 30-60% de los pacientes que tienen trastornos de la personalidad. De estos pacientes, el 90% tiene otro diagnóstico psiquiátrico y el 40% tiene dos.

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo y relacionados con sustancias, así como del trastorno de la personalidad antisocial, es más alta en las familias.

El trastorno es cinco veces más frecuente entre parientes de probandos con el trastorno. La prevalencia del trastorno de la personalidad límite es mayor en las madres de estos pacientes [21].

.

En un estudio de población general de aproximadamente 35,000 participantes se encontró una prevalencia a lo largo de la vida de cinco punto nueve por ciento de TLP haciendo uso de la Entrevista estructurada para el Trastorno por Consumo de Alcohol e Incapacidades Asociadas[36].

Los datos con niños y adolescentes son escasos y las muestras mucho más pequeñas. Un estudio francés encontró una alta prevalencia de TLP en adolescentes (10% en chicos y 18% en chicas) a través de la Entrevista Diagnóstica para Límites Revisada En un estudio con población china encuentran una prevalencia más modesta de un dos por ciento (Leung & Leung, 2009) [36].

Actualmente, la prevalencia en la población general se considera similar para ambos sexos (Leichsenring et al, 2011). En la población clínica, las mujeres representan las tres cuartas partes de todos los pacientes. Algunos expertos plantean que esto puede deberse a la dificultades de los hombres para acceder al sistema de salud mental, especialmente psicoterapéutico (Goodman et al, 2010). El mismo efecto puede verse en adolescentes (Cailhol et al, 2013). Esto no es específico para el TLP sino que aparece también en otros trastornos mentales (O'Loughlin et at, 2011) [36].

El DSM-5 recomienda no hacer el diagnóstico de TLP antes de los 18 años de edad. Aunque en la práctica clínica, si los síntomas son claros y persistentes, el diagnóstico se realiza antes [1].

El patrón habitual del curso de este trastorno comienza con una inestabilidad crónica al principio de la edad adulta, seguido por episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y recurrentes búsquedas de ayuda en centros de salud mental y general. Pero de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002), el deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en el comienzo de la edad adulta y van desapareciendo de forma gradual con el paso del tiempo. Además, se constata también, que pese a que en estos sujetos tiende a persistir la impulsividad, la vivencia intensa de las emociones y las relaciones inestables a lo largo de su vida; aquellos pacientes que reciben tratamiento muestran con frecuencia una mejoría, que tiene su inicio durante el primer año, logrando incluso alcanzar una cierta estabilidad en sus relaciones y actividad profesional a lo largo de la cuarta y quinta década de sus vidas [37].

Los estudios de seguimiento muestran que la remisión es común 74por ciento después de 6 años y 88 por ciento después de 10 (Zanarini et al, 2003 a 2006) cuestionando la idea de que es una condición crónica y sin remisión. Parece que hay dos clusters de síntomas: uno (caracterizado por el enfado y los sentimientos de abandono) tiende a ser estable o persistente, mientras que el otro (caracterizado por las autolesiones y los intentos de suicidio) es inestable o menos persistente. Debe clarificarse que en la mayoría de casos la remisión significa una reducción en el número de síntomas por debajo de los requeridos para el diagnóstico y no necesariamente la resolución completa del trastorno (Shea et al, 2002) [36].

El riesgo de fallecimiento por suicidio en pacientes con TLP se estima entre el 4% y el 10%, uno de los más elevados de todas las enfermedades psiquiátricas. El riesgo de suicidio se eleva si se da de forma conjunta con un trastorno del estado de ánimo o abuso de sustancias, así como con el aumento del número de intentos de suicidio (Paris, 2002). El suicidio parece ocurrir tarde en el curso del trastorno, alrededor de los 30-37 años de edad, y raramente durante el tratamiento (Paris, 2002)[36].

El funcionamiento de estas personas está significativamente deteriorado (p.e., puntuaciones de alrededor de 50 en la Escala del Funcionamiento Global), con frecuentes pérdidas de empleo, relaciones inestables e historia de violación (Zittel Conklin & Westen, 2005). El funcionamiento está más alterado que en otros trastornos de personalidad y depresión (Skodol et al, 2002; Zanarini et al, 2005). La remisión es más

elevada si el diagnóstico se realiza durante la adolescencia (Biskin et al, 2011); la frecuencia máxima de los síntomas de TLP parece darse a los 14 años (Chabrol et al, 2001b). Sin embargo, a pesar de la alta tasa de remisión, la presencia de TLP en adolescentes está lejos de ser inocua. Además de las ya mencionadas complicaciones inherentes al trastorno, el diagnóstico incrementa el riesgo de otras consecuencias negativas. Por ejemplo, el 80% de los adolescentes con TLP sufrirán un trastorno de la personalidad en la adultez, incluso aunque el TLP ocurra únicamente en el 16% de ellos (Deschamps & Vreugdenhil, 2008) [36].

IV. 11.3 Etiología

La causa del TLP es desconocida, sin embargo en la literatura médica pueden encontrarse varias hipótesis explicativas. Las teorías más ampliamente aceptadas son psicógenas, la mayoría siguiendo planteamientos psicoanalíticos. Una de las primeras explicaciones se basó en la teoría de las relaciones objétales, sobre todo defendida por Otto Kernberg. Más recientemente la teoría del apego de John Bowlby aportó mayor conocimiento de los posibles mecanismos subyacentes al TLP (Bateman & Fonagy, 2004), mientras que otras perspectivas enfatizan la importancia de la desregulación emocional (Linehan, 1993). Por último, las teorías cognitivas resaltan los patrones de pensamiento disfuncionales aprendidos en la niñez, los cuales se mantienen en la adultez (Young, 1999). Todas estas teorías ponen el acento en la importancia del desarrollo emocional del individuo, marcado por traumas y déficits emocionales, que subsiguen al fracaso en la adaptación del entorno a las necesidades del infante [36].

A nivel epidemiológico los estudios retrospectivos muestran una prevalencia significativa de trauma infantil, abuso sexual, separaciones prolongadas y negligencia en pacientes con TLP (Zanarini et al, 1997). Sin embargo, estas experiencias no se pueden interpretar como causas directas del TLP. Aunque la presencia de trauma infantil es alta en esta población, no está presente en todos los casos, y cuando se da, no causa siempre un TLP. Aun así, la elevada ocurrencia de trauma temprano se ha utilizado para apoyar un modelo alternativo – como un trastorno resultado de un trauma infantil crónico (Golier et al, 2003). Sin explicar completamente el trastorno, el trauma repetido durante la niñez parece ser un aspecto frecuente en las personas con TLP y entre los pacientes con

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). También se debe resaltar que alrededor de la mitad de los pacientes con TLP también cumplen los criterios de TEPT [36].

La separación materna temprana se asocia tanto con el TLP como con la persistencia de los síntomas de TLP en el tiempo (Crawford et al, 2009). Por último, el TLP también tiene un componente genético; la heredabilidad se estima en un 47% (Livesley, 1998). Como en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, la herencia en el TLP es poligénica. Además, la interacción entre genes y ambiente, tal y como se describió en los párrafos anteriores, hace difícil interpretar estos datos (Steele & Siever, 2010) [36].

IV.11.4 Psicodinámica

a) Escisión. El paciente divide a las personas en los que lo quieren y en los que lo odian, los "buenos" y los "malos". Estos sentimientos son variables y pueden llegar a ser un problema para el equipo que lo trata.

b) Idealización primitiva. El paciente ve a los otros como en la escisión, pero con idealización continua y, en cambio, se culpa a sí mismo.

c) Identificación proyectiva. El paciente atribuye rasgos idealizados positivos o negativos a otra persona y luego procura implicarla en diversas interacciones que confirman la creencia del paciente. El individuo intenta, de forma inconsciente, inducir al terapeuta a desempeñar el papel previsto.

d) El paciente posee unas necesidades intensas de agresión y una fuerte hambre objetal, que a menudo se alternan.

e) El paciente tiene un marcado temor de ser abandonado.

f) La subfase de acercamiento de la separación-individuación (teoría de M. Mahler) no está resuelta; la constancia del objeto se ve afectada, lo cual conduce a un fracaso de la estructuralización y el control internos.

g) Tornarse contra sí mismo. El odio y la aversión contra sí mismo son prominentes.

h) La disfunción generalizada del yo origina un trastorno de identidad [19].

IV.11.5 Diagnóstico.

Los pacientes con un trastorno de la personalidad límite se caracterizan por la inestabilidad generalizada y excesiva de sus afectos, imagen de sí y relaciones personales, así como su evidente impulsividad. Suelen manifestar episodios micropsicóticos, a menudo con síntomas de paranoia o disociación transitoria. Con frecuencia se observan gestos, amenazas o actos autodestructivos, automutilantes o suicidas. Son impulsivos en cuestiones de dinero y de actividad sexual, abuso de sustancias, conducción temeraria o alimentación compulsiva. Pueden manifestar una corta latencia de sueño con movimientos oculares rápidos (REM, *rapid eye movement*), alteraciones en la continuidad del sueño, resultados anómalos en la prueba de supresión con dexametasona (DST) y en la prueba con la hormona liberadora de tirotropina. Son frecuentes, además, la ansiedad generalizada y sexualidad caótica. Los pacientes con un trastorno límite de la personalidad siempre parecen estar en crisis. Los cambios en el estado de ánimo son frecuentes [21].

IV.11.6 Criterios diagnósticos

a) Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:

1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la repuesta emocional).
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de los impulsos.

b) El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.

c) El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

d) El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.

e) El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

f) El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal) [1].

IV.11.7 Comorbilidad

Las personas con TLP sufren a menudo de trastornos del control de los impulsos (Carrasco, 2002), alteraciones del pensamiento, abuso de alcohol (Fernández-Montalvo y Landa, 2003) y otras sustancias (Sánchez, 2001), así como toda una variedad de problemas de ansiedad. Por su parte, autores como Zimmerman y Mattia (1999) encontraron que los pacientes con TLP estudiados presentaban de forma más frecuente diagnósticos de depresión mayor, trastorno bipolar, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos somatoformos. Igualmente, Skodol, Gunderson, Pfohl, Eidiger, Livesly y Siever (2002) encontraron que un 75 por ciento de los pacientes afectos de este trastorno manifiestan sintomatología disociativa e ideación paranoide no de tipo delirante, constituyendo los síntomas cognitivos-perceptivos más frecuentes de estas personas [37].

El solapamiento del TLP con otros trastornos del Eje II se presenta también de manera frecuente (Caballo, 2001a; Fernández-Montalvo y Landa, 2003; Iglesias y Hernández, 2000). La concurrencia parece ser habitual según para el trastorno narcisista, evitativo, pasivo agresivo y paranoide, pero en mayor medida para el trastorno histriónico, antisocial, esquizotípico y dependiente. También se ha demostrado que hombres y mujeres con TLP exhiben patrones distintos de comorbilidad. La presencia comórbida tanto de trastornos de Eje I como otros trastornos del Eje II en pacientes diagnosticados de TLP refleja la necesidad de establecer claramente el diagnóstico diferencial.

En primer lugar, el clínico deberá analizar el patrón de comportamiento habitual, el inicio temprano de los síntomas y su curso, es decir, realizar un análisis longitudinal de los síntomas, no quedándose únicamente con un análisis transversal de los mismos.

De este modo, los trastornos del estado de ánimo son en la mayoría de los casos el grupo de trastornos con lo que resulta necesario realizar el diagnóstico diferencial, ya que las personas con TLP presentan variaciones importantes de su estado de ánimo, especialmente referido a síntomas depresivos pero también en relación a sintomatología maniaca o hipomaníaca, debido a que la excitabilidad general, la irritabilidad o la falta de control de los impulsos pueden hacer pensar al clínico que se encuentra ante una persona con trastorno bipolar. Por todo ello, es de especial importancia atender con detalle a la historia de desarrollo de la perturbación. Con respecto al diagnóstico diferencial del Eje II, son varios los trastornos de la personalidad que según el DSM-IV-TR, se pueden confundir con el TLP [38].

Un estudio de habla francesa en adolescentes dirigido por La Red Europea de Investigación en TLP, encontró que el TLP se asocia muy frecuentemente de forma comórbida a depresión (71.4%), anorexia (40.2%), bulimia (32.9%), abuso de alcohol (23.5%) y abuso de sustancias (8.2%) [36].

IV.11.8 Evolución y pronóstico.

El pronóstico es variable; puede haber cierta mejoría en los años posteriores. Entre las posibles complicaciones están el suicidio, autoagresiones, trastornos del estado de ánimo, trastornos somatomorfos, psicosis, abuso de sustancias y trastornos de la conducta sexual [21].

IV.11.9 Tratamiento.

Los pacientes con trastorno de la personalidad límite pueden ser problemáticos. El individuo puede sufrir “tormentas emocionales” y requiere atención considerable.

a) Psicológico. La psicoterapia es el tratamiento de elección, aunque es difícil para el terapeuta y el paciente. Los pacientes sufren regresiones con facilidad, llevan al acto sus impulsos y muestran transferencias lábiles o fijas, negativas o positivas, difíciles de analizar. La identificación proyectiva y la escisión también pueden hacer que el tratamiento sea problemático; por lo tanto, el enfoque orientado a la realidad es preferible a la exploración del inconsciente. La terapia conductual puede ser útil para el control de los impulsos y los arrebatos de ira, así como para disminuir la sensibilidad a la crítica y

al rechazo. El entrenamiento de las habilidades sociales es útil para mejorar su comportamiento interpersonal. La terapia conductual dialéctica puede utilizarse en casos de conducta parasuicida como la realización de cortes frecuentes a sí mismo. La psicoterapia intensiva en el ámbito hospitalario es útil de forma tanto individual como grupal.

b) Farmacológico. Los antipsicóticos son útiles en el control de la ira, la hostilidad y los episodios psicóticos breves. Los antidepresivos mejoran el estado de ánimo depresivo. Los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) pueden ser eficaces en la modulación de la conducta impulsiva. Las benzodiazepinas, especialmente el alprazolam, pueden ayudar con la ansiedad y la depresión, pero algunos pacientes muestran una desinhibición con estos fármacos. Los anticonvulsivos como la carbamazepina pueden mejorar el funcionamiento global. Los serotoninérgicos como la fluoxetina han demostrado ser de utilidad [21].

V. CONCLUSION

En relación a lo expuesto, podemos concluir que, las personas con trastorno límite de la personalidad tienen una mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria que el resto de la población general.

La asociación entre ambos trastornos se podría explicar mediante los siguientes factores: la inestabilidad afectiva, los problemas interpersonales y la dificultad del control de las conductas impulsivas así como distorsiones de autoconcepto, cambios físicos que experimentan, cambios de metas, valores, conductas autolesivas que caracterizan a los pacientes con TLP y que los hacen más propensos a desarrollar un TCA.

Pudimos encontrar que los tres trastornos alimentarios más comunes que se encuentran en las personas con trastorno límite de la personalidad, en orden de frecuencia son: 1) Trastorno por atracón, 2) Bulimia nerviosa 3) Anorexia nerviosa .De la misma forma, encontramos que el grupo etario con mayor vulnerabilidad es el de las edades comprendidas entre 15 y 20 años de edad aunque se ha visto que mujeres con edades por encima a los 40 años se han presentado TCA, aunque con poca frecuencia. De la misma forma, la coexistencia de ambos trastornos es más frecuente en el sexo femenino.

Cabe destacar que desde el punto de vista de la evolución terapéutica, el peor pronóstico para una alteración de la conducta alimentaria es la comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad, que es predictora de mayor severidad en problemas psicosociales y de conducta (abuso de alcohol y drogas), así como de intentos de suicidio, de menor capacidad para trabajar, de disfunción familiar y de menor satisfacción en las relaciones sociales.

En general, la comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria, sobre todo cuando vienen acompañadas de depresión o de consumo abusivo de alcohol o drogas, con los trastornos de personalidad, en especial con el trastorno límite de la personalidad, es muy alta: puede oscilar del 20% al 80% de los casos.

Por medio a los datos obtenidos mediante las diversas investigaciones recopiladas esta revisión sustenta, que la asociación de ambos trastornos se presenta con gran frecuencia, por lo que creemos que esta información pudiera ser de gran ayuda en el futuro, para comprender dicha comorbilidad y tratar de prevenirla o poder determinarla a tiempo y así ofrecer al paciente un mejor tratamiento y pronóstico de su enfermedad

VI. RECOMENDACIONES

Dentro de las recomendaciones que proporciona este trabajo están:

- Utilizar herramientas diagnosticas que ayuden al profesional de la salud a realizar un diagnóstico multiaxial a los pacientes
- Educar a los familiares de los pacientes sobre cómo identificar signos y síntomas de TCA
- Aumentar el número de estudios acerca de la relación entre el TLP de la personalidad y los TCA, ya que aún faltan muchas variables por analizar
- Ampliar el conocimiento en este tema, especialmente en el abordaje de ambos trastornos de manera concomitante.

Recomendaciones para la población

- Evitar poner excesivo interés en el peso y la apariencia física
- A los padres, evitar que los jóvenes realicen dietas excesivas o buscar ayuda en caso de no poder controlar la situación
- Incentivar al desarrollo de una autoestima adecuada
- Fomentar una alimentación saludable

VII. REFERENCIAS

1. Dsm-5. manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. Estados Unidos: ED MEDICA PANAMERICANA; 2018.
2. Gunderson J, Herpertz S, Skodol A, Torgersen S, Zanarini M. Trastorno Limite de la Personalidad. Nature. 2018.
3. Montovany A, Chouicha K, Chabrol H, Callahan S. Symptoms of DSM IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: study of a series of 35 patients [Internet]. PubMed. 2001. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11407263
4. Carrasco J, Palomares N, McMaster A, Diaz M, de la Vega I, Montes A. Comorbilidad con el eje II y funcionalidad en pacientes graves con trastorno límite de la personalidad. Actas Españolas de Psiquiatría [Internet]. 2016:212-221. Disponible en: https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/18/104/ESP/18-104-ESP-212-21-587994.pdf
5. Álvarez-Mal M, Bautista Castaño I, Serra Majem L. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria [Internet]. Scielo.isciii.es. 2015.Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n5/50originalotros04.pdf
6. Rivas Rodríguez G. Los Rasgos De Personalidad y su Influencia en Los Trastornos De La Conducta Alimentaria En los/las Adolescentes De Bachillerato De 16 a 17 Años Del Colegio De Bachillerato Beatriz Cueva De Ayora. [Internet]. Dspace.unl.edu.ec. 2017. Disponible en: https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18141/1/Gianella%20Marisol%20Rivas%20Rodríguez.%20Tesis.%20Pdf.pdf
7. Camarillo Gutiérrez L. Rasgos de personalidad en trastornos de la conducta alimentaria, evolución y gravedad de los síntomas [Doctorado]. Universidad Complutense de Madrid; 2015
8. Pando M, Hurtado M. Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con los Trastornos de la Personalidad [Internet]. Webcache.googleusercontent.com. 2011. Disponible en:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v3n1/v3n1_a06.pdf

9. Estébanez Humanes S, Santiago Fernández M, Jauregui Lobera I. Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II. 41st ed. Elsevier. España; 2009. p. 201-206.
10. Duno M, Acosta E. Scielo [Internet]. Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. 2019. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000500545
11. Trastorno Límite de la Personalidad. 13th ed. Estados Unidos: Instituto Nacional de la Salud Mental.
12. Vigil López C, González C, Gallo Delgado N, Ahijado Aguado G, Gómez López A, Ramos García S. *Comorbilidad entre Trastorno Limite de la Personalidad y Trastorno de la Conducta Alimentaria* [Internet]. Codem.es.
13. Echeburúa E, Marañón I. Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los Trastornos de Personalidad [Internet]. Trastornolimite.com. 2001. Disponible en: https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/comorbilidad-tca-tp.pdf
14. Estadísticas de los Trastorno de la Conducta Alimentaria [Internet]. National Eating Disorders Association. 2018. Disponible en: https://www.nationaleatingdisorders.org/estad%C3%ADsticas-de-los-trastorno-de-la-conducta-alimentaria
15. González Macias L, Unikel C, Caballero A. Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Medigraphic. 2014Jul3
16. Ovalles, A. (2019). OPS/OMS Rep. Dom. - República Dominicana reafirma nuevo paradigma de salud mental | OPS/OMS. Retrieved from https://www.paho.org/dor/index.php?option=com_content&view=article&id=2980:republica-dominicana-reafirma-nuevo-paradigma-de-salud-mental&Itemid=362#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20An%C3%A1lisis,y%20de%20las%20situaciones%20de

17. Especialista llama a los padres a prevenir Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2019). Retrieved from http://www.hirrc.gov.do/index.php/noticias/item/270-especialista-llama-a-los-padres-a-prevenir-trastornos-de-la-conducta-alimentaria
18. J. Sadock B, Ahmad S, A. Sadock V. Kaplan & Sadock Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. 6th ed. Philadelphia: Benjamin James Sadock,Samoon Ahmad y Virginia Alcott Sadock; 2019.
19. Méndez J, Vázquez-Velázquez V. Los trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. mediagraphic literatura médica. 2008. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086n.pdf
20. Rodriguez-Blanque R, Sánchez-García J. Trastornos alimentarios durante el embarazo [Internet]. journal of negative and no positive results. 2018. Disponible en: http://Dialnet-TrastornosAlimentariosDuranteElEmbarazo-6521488.pdf
21. Aschidamini B. The Connection Between Borderline Personality Disorder and Eating Disorders [Internet]. Clearview Women's Center | BPD Treatment Los Angeles.2020.Disponible en: https://www.clearviewwomenscenter.com/blog/BPD-eating-disorders/
22. Trastornos de la Alimentación y la relación con el Trastorno Limite de la Personalidad-Eating Disorders and BPD [Internet]. Webcache.googleusercontent.com. 2011.Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1_x796RZj_MJ:sfb55068d25a70fdb.jimcontent.com/download/version/1298379017/module/4715219760/name/trastorno%2520de%2520alimentacion%2520y%2520tlp.pdf+&cd=8&hl=es&ct=clnk&gl=do&client=avast
23. Soriano J, Ibanez Martinez N, Muñoz Cano D, Ortega Galera M. *Construcción del vínculo parental en patología alimentaria y Trastorno Limite de la Personalidad Asociado* [Internet]. Tcasevilla.com. 2006. Disponible en: https://www.tcasevilla.com/archivos/vinculo_parental_en_patologia_alimentaria_y_tlp_asociado.pdf
24. Hay P, Morris J. Trastornos alimentarios (Irarrazaval M, Martin A. eds Prieto-Tagle F, ed.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la

IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017

25. Bermúdez P, Machado K, García I. Trastorno del comportamiento.vol.87 no.3(1688-1249).
26. Jesús Vargas M. Trastornos de la conducta alimentaria. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2013 475 - 482. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf
27. Andrea Staudt M, Rojo Arbelo N. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa. Revisión bibliográfica. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina [Internet]. 2006 (156):24-30. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista156/6_156.pdf
28. Eating Disorders [Internet]. National Institute of Mental Health. 2017. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/eating-disorders.shtml
29. López Vinueza A. *Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y trastornos alimentarios en adultos jóvenes deportistas* [Internet]. 2015. Disponible en: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8034/ANDREA%20BELEN%20LOPEZ%20VINUEZA%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Gargallo Masjuán M. Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. International Journal of Clinical and Health Psychology [Internet]. 2001; vol. 3. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/337/33730208.pdf
31. Vásquez R, Aguilar X, Trinidad M. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [Internet]. 2015.Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152315000221
32. Baile Ayensa J. Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. Revista médica de Chile [Internet]. 2014; vol.142 no.1. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000100022&script=sci_arttext
33. Guisado J, J. Vaz F. Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 2001; no.77. Disponible

en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352001000100003

34. Magariños D, García D. GUÍA DE BOLSILLO DE LA CLASIFICACIÓN CIE-10 Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 10th ed. Madrid, España: Editorial médica panamericana; 1994
35. National Institute of Mental Health. Trastorno límite de la personalidad [Internet]. Nimh.nih.gov. 2018. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-limite-de-la-personalidad/19-mh-8087s-trastornolimitedelapersonalidad_158250.pdf
36. Cailhol L, Gicquel L, Raynaud J. Trastorno de Personalidad Limite en Adolescentes [Internet]. Iacapap.org. 2018. Disponible en: https://iacapap.org/content/uploads/H.4-TLP-Borderline-Spanish-2018.pdf
37. Escribano Nieto T. Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento [Internet]. 2006 [cited 11 January 2020]. Disponible en: https://hipnosis.es/documentos/clinica/patologias-abordables-hipnosis/Hipnosis-Trastorno-Limite-Personalidad-04.pdf
38. Ruiz Lázaro P. Medicina de la Adolescencia [Internet]. Agapap.org. 2010. Disponible en: http://www.agapap.org/druagapap/system/files/CuestionariosAnorexiaNerviosa.pdf

VIII. ANEXOS

VIII.1. Cronograma

Variables	**Tiempo**	
Selección de tema	2019	Agosto-Octubre
Búsqueda de referencias		Agosto-Diciembre
Elaboración del anteproyecto	2020	Enero-Marzo
Sometimiento y aprobación		Marzo- Enero
Redacción del informe	2021	Enero
Revisión del informe		Febrero
Encuadernación		Febrero
Presentación		Marzo

VIII.4 Costos y recursos

VIII.4.1. Humanos

- *2 sustentantes*
- *3 asesores (metodológico, clínico y externo)*

VIII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
– *Papel bond 20 (8 1/2 x 11)*	1 resmas	80.00	240.00
– *Papel Mistique*	1 resmas	180.00	540.00
– *Lápices*	2 unidades	3.00	36.00
– *Borras*	2 unidades	4.00	24.00
– *Bolígrafos*	2 unidades	3.00	36.00
– *Sacapuntas*	2 unidades	3.00	18.00
– *Computador*			
Hardware:			
Pentium III 700 Mhz; 128 MB R			
20 GB H.D.;CD-ROM Impresora HP			
932c Scanner: Microteck 3700			
Software:			
Microsoft Office 10			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Omnipage Pro 10			
Dragon Naturally Speaking			
Easy CD Creator 2.0			
VIII.3.3 Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas			
(ver listado de referencias)			
VIII.3.4. Económicos			
Papelería (copias)	900 copias	1.00	900
Encuadernación	5 informes	80.00	400
Alimentación			3,000.00
Gasolina			10,000
Imprevistos			3,000.00
			Total
			$18,194

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por las sustentantes.

VIII.5 Evaluación

Sustentantes:

_____ _____

Rangeli Felix Bravo Lugénesis López Taveras

Asesores:

_____ _____

Dra. Nathalia Montero Cruz (Clínico) Dr. Luis Ortega (Clínico)

_____

Dra. Claridania Rodríguez
(Metodológico)

Jurados

_____ _____

_____

Autoridades:

_____ _____

Dra. Jeannette Báez
Coordinadora de investigación

Dra. Claudia Scharf
Directora de la escuela de Medicina

_____

Dr. William Duke
Director de la facultad de las ciencias de la Salud

Fecha de presentación: _____

Evaluación: _____