

Trabajo de Fin de Grado

**FACTORES PRECIPITANTES COMUNES  
ENTRE TRASTORNO LÍMITE DE LA  
PERSONALIDAD, CRAVING Y BULIMIA**

Universidad de Zaragoza (Campus de Teruel)

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Grado en Psicología (2012)

**Sara Escriche Martínez**

**Tutora: Elena Espeitx Bernat**

## FACTORES PRECIPITANTES COMUNES ENTRE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, CRAVING Y BULIMIA

### Resumen

En la actualidad, se ha producido un auge en la publicación de documentos que relacionan e incluso afirman, la existencia de comorbilidad entre Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante TCA) y Trastornos de la Personalidad (en adelante TP). En el presente trabajo, se realiza una revisión teórica de la literatura publicada durante los últimos 12 años, a fin de encontrar factores precipitantes comunes a estas tres patologías: Trastorno Límite de la Personalidad (en adelante TLP), Bulimia (en adelante BN) y Craving (en adelante C). Para ello, se trabajó con bases de datos especializadas, utilizando publicaciones realizadas por profesionales. En esta investigación se han hallado tres factores precipitantes, que según los documentos revisados, son comunes a las patologías elegidas. Es importante mencionar que existe una gran diversidad de factores precipitantes, ya que cada autor especifica unos diferentes y no constan factores precipitantes estandarizados en ninguna de las publicaciones revisadas.

### Palabras clave:

Trastorno Límite de la Personalidad, Craving, Bulimia, factor precipitante, comorbilidad.

### Abstract

Nowadays, the papers publications' that connect and even confirm the comorbidity between Eating Disorders (TCA) and Personality Disorders (TP) are increasing. The present essay is made by a theoretical review of the last 12 years' publications, to find common factors which precipitate these three chosen pathologies: Borderline Personality Disorder (TLP), Bulimia nervosa (BN) and Craving (C). Specialized data bases and publications by professionals were used.

According to reviewed papers, three precipitating factors were found in this research, that are common in the chosen pathologies. It's important to notice the diversity of existing precipitating factors, because different ones are specified by each author and standardized precipitating factors aren't included in any revised publications.

### Key words:

Borderline Personality Disorder, Craving, Bulimia Nervosa, precipitating factor, comorbidity.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2 – 4</b>
-Justificación .....	2
-Objetivos .....	2
-Hipótesis .....	3
-Método .....	3
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>5 – 10</b>
-Descripción de los trastornos .....	5
-Modelos teóricos .....	7
-Comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de personalidad .....	9
<b>FACTORES PRECIPITANTES .....</b>	<b>10 – 12</b>
-Trastorno de la Conducta Alimentaria .....	10
-Bulimia .....	11
-Craving .....	11
-Trastorno límite de la personalidad .....	12
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>12 – 14</b>
-Análisis de resultados .....	12
-Hipótesis refutadas y confirmadas .....	13
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>14 – 15</b>
-Conclusiones .....	14
-Propuestas de mejora .....	14
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>15 – 18</b>
<b>ANEXOS</b>	
-Anexo I. Ficha para vaciado de tesis	
-Anexo II. Ficha para vaciado de artículos	

## **INTRODUCCIÓN**

### **-Justificación**

Tanto desde la psicología, como en campos relacionados con la misma (neurociencia, medicina, etc.) se han investigado intensivamente los trastornos de la personalidad (en adelante TP) y los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA), ya sea por separado o en su forma comórbida. Por ello, en la literatura existen multitud de artículos y tesis tanto de temática referida a TP como a TCA, así como múltiples estudios que demuestran la existencia de un vínculo entre ellos, es decir, la comorbilidad entre estas psicopatologías, que oscila entre el 22% y el 97% según los autores (Torres, 2004).

Por esta razón, se planteó la necesidad de centrarse en la parte específica de los factores precipitantes comunes a tres de estas patologías: Trastorno Límite de la Personalidad (en adelante TLP), Bulimia (en adelante BN) y Craving (en adelante C). Esta elección se realizó porque no había sido abordada de forma conjunta por la literatura, y porque tal vez, poner en conocimiento los posibles hallazgos de factores precipitantes comunes, pudiera ser de ayuda para la prevención de estos trastornos en su forma comórbida. La elección de estos trastornos, se realizó en base a la posible existencia de factores comunes, dada su alta comorbilidad. Durante la realización de este trabajo, se revisaron un total de 35 artículos científicos y 8 tesis doctorales relacionadas con el objeto de estudio, siendo un 79% de ellos en inglés y el 21% restante en castellano. La mayor limitación que ha presentado esta búsqueda, ha sido el uso de diferentes tipos de cuestionarios, test o pruebas psicológicas en los diversos estudios revisados. Al no poder controlar esta variable, se ha tratado de certificar la validez de los mismos, a través de su búsqueda en bases de datos especializadas y asegurando la profesionalidad de los autores.

### **-Objetivos TFG**

El objetivo principal de este trabajo es evidenciar la existencia de uno o varios factores comunes a los tres trastornos (Bulimia, Craving y Trastorno Límite de la personalidad) a través de una revisión de la literatura científica sobre esta temática. Este objetivo central se desglosa en los siguientes:

- a) Identificar los factores precipitantes de cada uno de los trastornos por separado.

- b) Identificar las coincidencias y establecer diferencias entre los factores precipitantes señalados por la literatura, para cada uno de los citados trastornos.
- c) Proponer una explicación a la coincidencia de factores comunes entre los trastornos, basada en los hallazgos.

### **-Hipótesis**

Las hipótesis propuestas para esta revisión teórica son las siguientes:

- 1- Los precipitantes comunes están relacionados con sintomatología del estado de ánimo y el control de impulsos.
- 2- La precipitación de una crisis por la aparición de ansiedad es común en los tres trastornos.
- 3- Existen otros factores precipitantes además de la ansiedad.

### **-Método**

Para realizar una revisión teórica, de la literatura que comprende este tipo de psicopatología, se realizaron los siguientes pasos:

Se comenzó con una revisión de las patologías de forma genérica, se estableció una búsqueda en manuales diagnósticos y de psicopatología general. El objetivo de este primer paso, fue conocer más a fondo los tres trastornos elegidos (BN, C y TLP). Para ello se consultaron los manuales diagnósticos DSM-IV-TR y CIE-10, en ellos se presentan las características y criterios diagnósticos, los diferentes subtipos, la sintomatología y trastornos asociados, además del curso y patrón característico de cada trastorno. Para obtener una información más específica de los aspectos psicosociales, las bases neurobiológicas, factores socioculturales, antecedentes, precipitantes y mantenedores de los trastornos se utilizaron algunos manuales de psicopatología general (ver bibliografía).

Tras ello, el foco de búsqueda se estrechó a artículos y tesis, se trabajó con bases de datos especializadas (ScienceDirect, Dialnet y PsycINFO) y con una página web de tesis doctorales (<http://www.tdx.cat/>). Como primera búsqueda, se sondearon todos aquellos documentos que abordaran de un modo u otro estas patologías. Al obtener una cantidad de información excesiva, puesto que no se podía trabajar adecuadamente con ella por ser de

temática demasiado diversa, se optó por reducir el círculo de búsqueda a través de un cribado. Se seleccionaron sólo aquellos textos en los que se referenciaran, de una forma u otra, los factores precipitantes de cada trastorno. La mayoría de los artículos, únicamente nombraban algunos de los factores precipitantes de cada trastorno por separado. De este modo se decidió realizar una búsqueda más específica, utilizando como criba “factor precipitante” y “comorbilidad”, además de añadir los trastornos objeto de estudio. El resultado fue negativo, no existía en las bases de datos consultadas ningún artículo o tesis que cumpliera todos los criterios de búsqueda. Tras este último e infructuoso sondeo, se optó por revisar la búsqueda anterior, ya que cumplía casi todos los objetivos. La información era abundante pero no excesiva y la temática de los artículos y tesis estaba relacionada con nuestro objeto de estudio.

Al ser una revisión teórica, para controlar la búsqueda de literatura, se decidieron previamente unos criterios de inclusión y exclusión.

Como primer paso, se eligieron las bases de datos en las que se realizaría el sondeo, se incluyeron aquellas que ofrecían garantías con respecto a la científicidad del texto y a la profesionalidad del autor o autores del mismo. También se determinó que los artículos y tesis a consultar no excedieran los 12 años de antigüedad, por lo que la búsqueda se limitó a documentos publicados entre el 2000 y el 2012. Este criterio, que en un principio se limitaba a las publicaciones de los últimos cinco años, se modificó posteriormente, ampliándose hasta los 12 años para incluir un mayor número de escritos.

En el *screening* se incluyó toda la literatura que tuviera como objeto de estudio, de una forma u otra, el TLP, la BN o el C, además de toda aquella que proporcionase información acerca de la comorbilidad entre TCA y TP. No fueron incluidos los textos que trabajasen con terapias psicodinámicas, puesto que este enfoque no proporciona los datos científicos buscados.

Se eliminaron de la búsqueda, todos aquellos escritos cuya temática se limitaba únicamente a la Anorexia Nerviosa u otras patologías alimentarias que no fuesen los trastornos seleccionados para el estudio. También se descartaron, los documentos que hicieran referencia a algún trastorno de la personalidad concreto, siempre que este no fuese el TLP.

## MARCO TEÓRICO

### -Descripción de los trastornos

Según el manual diagnóstico DSM-IV-TR, la **bulimia nerviosa** se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Conforme a este manual, la BN se divide en dos subtipos (purgativo o no purgativo), que implican la presencia o no de purga compensatoria. La CIE-10, añade a los criterios generales de este síndrome “la preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.”

La etimología de dicho trastorno proviene del griego, cuyo significado es “hambre desmesurada”. Lo llamativo de esta traducción es que no implica conductas purgativas, de este modo se puede ver que la definición de BN ha ido cambiando a lo largo del tiempo. De hecho, a día de hoy no existe una definición general, ya que según varían los autores también lo hacen los criterios diagnósticos que distinguen entre ésta y la anorexia.

Para algunos, la BN es un trastorno en el cual los enfermos ingieren grandes cantidades de comida que vomitan después. En cuanto a sus variantes; para el autor existe la bulimia como parte de la anorexia, describiéndola como episodios de vómito sin atracón previo (Carrillo, 2001, cit. a Schütze, 1983). Para Fainburn y Garner, (1989, cit. en Borra, 2008) las conductas compensatorias no sólo implican vómitos, sino también el consumo de diuréticos y/o laxantes, el ejercicio físico intenso y la dieta extrema llegando incluso al ayuno.

Finalmente, se debe hacer hincapié en la sintomatología asociada, ya que es frecuente la presencia de síntomas de ansiedad, depresión e irritabilidad, así como ideación suicida, conductas adictivas y falta de control de los impulsos (1ª ed., texto rev.; DSM-IV-TR; ed. Española de la American Psychiatric Association, 2002) (Borra, 2008, cit. a Perpiñá, 1995).

El **craving** por la comida, según Alsö et al. (Alsö, Olszewski, Levine y Schiöth, 2012) es un deseo irrefrenable de comer ciertos alimentos. Es un fenómeno muy frecuente que experimentan los individuos de una forma bastante regular. Por su parte, Moreno et al.

(Moreno, Warren, Rodríguez, Fernández y Cepeda-Benito, 2009) definen esta patología como un deseo de “all-consuming” o intenso anhelo de comer.

A diferencia de la BN, el C no se considera como trastorno en ninguno de los dos manuales diagnósticos, de uso por excelencia en España (DSM-IV-TR y CIE-10). Pese a ello, diferentes autores hacen referencia a esta “conducta” en sus estudios y artículos. Algunos de ellos, definen al craving como un apetito cognitivo-emocional, que se debe distinguir de estados fisiológicos como la nutrición y el hambre. (Pelchat & Schaeffer, 2000 y Lafay et al., 2001, cit. en Andrade, Pears, May y Kavanagh, 2012). Otros autores lo definen como un estado motivacional subjetivo, que en teoría promueve comportamientos de ingestión (Cepeda-Benito, Fernández y Moreno, 2003).

Es importante, que al hablar de C se haga una clara distinción con el Trastorno por Atracón, descrito en el apéndice B del DSM-IV-TR, cuya característica principal es la presencia de atracones sin conductas compensatorias. La conducta de C implica un deseo intenso por comer ciertos tipos de alimentos, los más comunes son salados, en forma de snack; y dulces, siendo el chocolate el más habitual. Esta conducta no implica comer en grandes cantidades, como si lo hace el trastorno por atracón.

El **Trastorno Límite de la Personalidad** es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una notable impulsividad (APA, 2002). Para la CIE-10, cuya definición es bastante similar al DSM-IV-TR, la denominación del trastorno ya implica relación con las emociones, puesto que en el manual aparece como “Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite”.

El TLP es un término muy controvertido, ya que debido, entre otros factores a las diferentes teorías de la personalidad, existe un desacuerdo entre los autores sobre su definición. Desde los años 40 a 1980, diferentes términos relacionados con el espectro esquizofrénico fueron utilizados como denominación del actual TLP. Entre otros destacan, la “esquizofrenia ambulatoria”, “esquizofrenia pseudoneurótica” y “carácter psicótico”. No fue hasta la publicación del DSM-III (APA, 1980) cuando se incorpora el término vigente. En la actualidad y como refiere Berdahl (2010), el TLP consiste en un *cluster* de síntomas caracterizados por un comportamiento inestable e impulsivo. Este criterio también lo



comparten otros autores (Baer, Peters, Eisenlohr-Moul, Geiger y Sauer, 2012), que a su vez suman también al diagnóstico, los intensos afectos negativos y dificultades interpersonales, haciendo especial hincapié en la desregulación emocional, como característica principal de este patrón.

### **-Modelos teóricos**

Existen multitud de modelos para el abordaje de los TCA, a continuación se comentan brevemente, los más importantes según la revisión teórica realizada en este trabajo.

Desde el *modelo multidimensional*, se abordan la génesis y desarrollo de los TCA como una interconexión entre factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Depende del sujeto concreto, su historia personal y genética, que el protagonismo sea más de unos u otros. La Terapia Cognitivo-Conductual tiene en cuenta este modelo, por ello trabaja el tratamiento a través de la sintomatología, en lugar de seguir el sistema de la perspectiva estandarizada (Farrera, 2011).

En la aportación de Krug (2008) al *modelo etiopatológico de TCA*, los patrones sintomatológicos tienen un significado final distinto, según las diferentes vías que sigan, que resultan de la interacción de los factores de predisposición, precipitación y mantenimiento. Según este modelo, existe una red de mecanismos de interrelación cognitiva, comportamental e interpersonal, que podría explicar la persistencia del TCA. Los factores predisponentes, son los comportamientos precursores del trastorno, siendo los más importantes los genéticos, individuales y familiares. En cuanto a los factores precipitantes/predisponentes según el modelo, se combinan e interactúan con factores de riesgo, que provocan el desarrollo del TCA. Estos factores incluyen: distorsión emocional, actitudes negativas hacia la vida, trastorno alimentario no relacionado con la psicopatología general, comportamiento alimentario anormal y síntomas cognitivos y comportamentales de trastorno alimentario. Se debe tener en cuenta que para este modelo, algunos factores pueden ser tanto de riesgo como de protección, según la persona a la que le afectan.

La *teoría del afecto negativo*, refiere que una perturbación emocional elevada, provocará un incremento en la probabilidad de que una persona inicie la alimentación compulsiva (León y cols., 1995, cit. en Sierra, 2005). Por ello, esta teoría defiende que los individuos con afecto

negativo elevado comen compulsivamente, debido a que creen que esta práctica les proporcionará mayor comodidad y les distraerá de sus emociones negativas.

En cuanto al **TPL**, también se han encontrado varios modelos que tratan de abordarlo, seguidamente se comentan los más relevantes para este trabajo.

La revisión de *modelos de comorbilidad* realizada por Vaz (2003) (cit. en Torres, 2004), propone que la personalidad y sus trastornos son un factor patoplástico específico para el TCA, es decir, que pese a que tienen orígenes diferentes, al coexistir se influyen mutuamente, provocando alteraciones. En algunas investigaciones (Casper, Hedecker, y McClough, 1992, cit. en Torres, 2004), esta hipótesis contempla el caso específico de la relación entre TCA y TLP.

Una de las más novedosas es la *teoría biosocial de la personalidad* de Linehan (1993, cit. en Navarro, 2011), que se basa en la relación existente entre una alta vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante, como claves principales en el desarrollo del TLP.

Por ello, el núcleo es una disfunción en la regulación emocional y cuya base es con alta probabilidad, de origen psicosocial. Según este modelo, las disfunciones comportamentales, interpersonales, cognitivas y de identidad personal, son intentos de mantener bajo control la emoción existente o conseguir apoyo del ambiente, por ello, son precisamente los intentos desadaptativos de solución, los que pasan a ser el origen de la problemática, ya que provocan la aparición de crisis continuas.

Por otro lado, la *teoría de la personalidad* de Millon (2001), autor del famoso inventario de personalidad MCMI (cit. en Torres, I., 2004), afirma que la estructura y características de la personalidad, se convierten en la base para la capacidad individual de actividad, tanto sana como enferma, debido a que cada tipo de personalidad actúa con un estilo de afrontamiento diferente. La diferencia entre una estructura de personalidad funcional o disfuncional, radica en la flexibilidad adaptativa que esta posea. Desde este punto de vista, la personalidad está compuesta por categorías o pautas de afrontamiento al medio que han sido aprendidas, estas formas de manejarse en el entorno conllevan refuerzos y evitan castigos. El refuerzo forma, según este modelo, las tres polaridades (conducta instrumental, fuente del refuerzo y naturaleza del refuerzo), que en su naturaleza defectuosa organizan los distintos TP. Según la

gravedad del tipo de personalidad, estos se clasifican en: leve-ligera (histriónico, dependiente, antisocial y narcisista), intermedia (pasivo-agresivo, obsesivo-compulsivo, evitador y esquizoide) y alta (esquizotípico, límite y paranoide).

### **-Comorbilidad entre TCA y TP**

El estudio de la comorbilidad es un área importante de la psicopatología, tanto para el diagnóstico y tratamiento clínico, como para la ampliación y actualización de teorías o el desarrollo de nuevos modelos etiopatológicos de los trastornos mentales. Según Torres (2004), a partir de los años 80 la investigación empírica, contribuyó a que este concepto emergiera como una de las áreas de estudio principales. Fue entonces, cuando se empezó a considerar la existencia de distintos significados de comorbilidad:

- Concurrencia aleatoria de trastornos independientes.

- Concurrencia de diferentes trastornos que comparten una etiología común o patofisiología.

- Diferentes trastornos que tienen algún tipo de relación causal entre ellos.

Se debe incidir en que el término comorbilidad, puede referirse tanto a los sistemas de clasificación de trastornos mentales, como al resultado del método de investigación y muestreo utilizado en un estudio.

Para Farrera (2011), los TP en pacientes que han sido a su vez diagnosticados de TCA, tienen una frecuencia muy superior a la población general. La manifestación comórbida oscila según los estudios, entre un 53% y un 91%. Concretamente, la BN presenta una mayor comorbilidad con las patologías de personalidad del cluster B (Histriónico, Narcisista, antisocial y límite), con especial incidencia en TLP y patrón histriónico. Según un estudio reciente (Ilkjaer, 2004, cit. en Navarro, 2011), el TLP sólo se presenta en personas con sintomatología bulímica. Según González et al. (González, Unikel, Cruz y Caballero, 2003), la existencia de una fuerte relación entre BN y TLP, ha sido puesta de manifiesto en múltiples estudios (Braun, Sunday, y Halmi, 1994; Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992 y Kaye, Lilenfeld y Plotnikov, 1996). Sohlberg y Strober (1994, cit. en Farrera, 2011) han observado que en la personalidad de las pacientes, el impacto del aumento de peso y el tratamiento, muestran pocos cambios a comparación con las mediciones previas, por tanto,

esto permite suponer que el TP no es sólo una consecuencia más del TCA, sino una manifestación comórbida de ambos trastornos.

La gran diversidad de datos, que existe sobre los porcentajes de comorbilidad entre TCA y TP, encontrada en los diferentes estudios, puede ser debida a las diferencias entre cuestionarios y tipos de medida, al método utilizado, los criterios diagnósticos o la muestra seleccionada (Navarro, 2011). Por ello, no se puede afirmar con seguridad el porcentaje exacto o con leve oscilación en cuanto a la comorbilidad de TCA y TP.

González et al. (2003) mencionan que específicamente la BN se asocia con alta frecuencia al TLP, debido a que las pacientes comparten rasgos de personalidad comunes a ambos trastornos, estos son: la baja tolerancia a la frustración, la impulsividad, la autoagresividad y los sentimientos de vacío. Finalmente, en un estudio recientemente publicado, (Godt, 2008, cit. en Navarro, 2011) con una muestra de 545 pacientes con diagnóstico de TCA, un tercio de los mismos cumplieron los criterios para al menos un TP, teniendo el cluster B una prevalencia del 9'9% y explícitamente el TLP un porcentaje del 6'2%.

## **FACTORES PRECIPITANTES**

En este apartado se presentan diferentes tablas, en las que se especifican los factores precipitantes de cada trastorno, encontrados durante la revisión, incluyendo una en la que se recopilarán los de TCA en general (ver Tabla 1., Tabla 2., Tabla 3. y Tabla 4.)

*Tabla 1. Factores precipitantes de TCA*

<b>Factores Precipitantes</b>	<b>Fuente</b>
Idea de delgadez, aceptación social y eventos vitales negativos.	Carrillo (2001)
Acontecimientos estresantes y rasgos de carácter desadaptativos.	González, Unikel, Cruz y Caballero (2003)
Rabia, ansiedad, depresión, soledad, alegría y afecto negativo.	Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Waller y Meyer (2007)
Ansiedad, insatisfacción corporal, idea de delgadez, perfeccionismo.	Black, DeViva y Zayfert (2004)
Humor negativo y depresión.	Murphy, Straebl, Cooper y Fairburn (2010)

**Tabla 2. Factores precipitantes de BN**

<b>Factores Precipitantes</b>	<b>Fuente</b>
Situación estresante, trastornos emocionales y restricción alimentaria.	Cervera (1996, cit. en Farrera, 2011)
Distorsión emocional y actitudes negativas hacia la vida.	Krug (2004)
Burlas corporales, sobrepeso, maltrato no físico y maduración rápida.	Rodríguez y Gempeler (1999, cit. en Sierra, 2005)
Altos niveles de ansiedad, rasgos desadaptativos y acontecimientos interpersonales negativos.	Torres (2004)
Eventos vitales y estrés psicológico.	Nagata y Yamada (2006)
Idea de delgadez, neuroticismo, presión social y eventos negativos.	Broft, Berner, Martínez y Walsh (2011)
Situación social negativa, inestabilidad emocional y estrés.	Waller y Shelffield (2008)
Estrés (eventos vitales), malas estrategias de afrontamiento y baja satisfacción con apoyo social.	Schmidt (2005)
Situaciones estresantes y estado de humor negativo.	Tuschen-Caffier, Pook y Frank (2001)
Afecto negativo.	Bohon y Stice (2012); Spoor, Bekker, Van Strien y Van Heck (2007); y Waters, Hill y Waller (2001)
Afecto negativo, disforia, ansiedad, depresión y rabia.	Engel, Boseck, Crosby, Wonderlich, Mitchell, Smyth, Miltenberger y Steiger (2007)
Estados emocionales negativos y comportamientos impulsivos.	Mountford, Corstorphine, Tomlinson y Waller (2007)

**Tabla 3. Factores precipitantes de C**

<b>Factores Precipitantes</b>	<b>Fuente</b>
Ansiedad, estrés y humor negativo.	Tuschen-Caffier, Pook y Frank (2001)
Afecto negativo.	Bohon y Stice (2012); y Waters, Hill y Waller (2001)
Emociones negativas y ansiedad.	Touchette, Henegar, Godart, Pryor, Falissard, Tremblay y Côté (2011)
Depresión y estrés.	Kemps, Tiggeman y Hart (2005)
Pérdida de control.	Nederkoorn, Smulders, Havermans y Jansen (2004)
Ansiedad y pérdida de control.	(Alsiö, Olszewski, Levine y Schiöth (2012)
Pensamientos intrusivos, déficit fisiológico y afectos negativos.	May, Andrade, Batey, Berry y Kavanagh (2010)
Falta de control, emociones negativas, rabia y aburrimiento.	Nijs, Franken y Muris (2007)
Humor negativo, estrés y pensamientos intrusivos.	Tiggemann y Kemps (2005)
Pensamientos intrusivos.	Andrade, Pears, May y Kavanagh (2012)
Humor negativo.	Rogers y Smit (2000)

**Tabla 4.** Factores precipitantes de TLP

<b>Factores Precipitantes</b>	<b>Fuente</b>
Miedo e input táctil.	Berdahl (2010)
Vulnerabilidad emocional y relaciones emocionales intensas.	Limberg, Barnow, Freyberger y Hamm (2011)
Emociones negativas.	Baer, Peters, Eisenlohr-Moul, Geiger y Sauer (2012)
Ansiedad.	Skodol, Siever, Livesley, Gunderson, Pfohl y Widiger (2002)
Afecto negativo.	Reed, Fitzmaurice y Zanarini (2012)

## DISCUSIÓN

### -Análisis de resultados

**Tabla 5.** Inventario de factores precipitantes obtenidos en la revisión teórica

<b>Factor Precipitante</b>	<b>BN</b>	<b>C</b>	<b>TLP</b>
Estrés	✓	✓	✗
Actitud negativa	✓	✗	✗
Distorsión emocional	✓	✗	✗
Ansiedad	✓	✓	✓
Eventos vitales negativos	✓	✗	✗
Inestabilidad emocional	✓	✗	✓
Humor negativo	✓	✓	✓
Afecto negativo	✓	✓	✓
Rabia	✓	✗	✗
Comportamiento impulsivo	✓	✗	✗
Depresión	✗	✓	✗
Pérdida de control	✗	✓	✗
Pensamientos intrusivos	✗	✓	✗
Miedo	✗	✗	✓

A través de esta revisión teórica de la literatura, se han obtenido múltiples factores precipitantes de cada una de las patologías objeto de estudio. Todos ellos se han recopilado en esta tabla y se han sombreado sólo, aquellos que según los artículos y tesis doctorales estudiados, son coincidentes en BN, C, y TLP.

En el caso de esta revisión, los factores precipitantes comunes a BN, C y TLP han sido “ansiedad”, “humor negativo” y “afecto negativo”. La “ansiedad” es un factor muy importante en los TCA, influye en la precipitación de la conducta de BN, que provoca una conducta atracón-purga (Carrillo, 2001), en esta se incluye el C, ya que esta cognición precede al atracón bulímico. Este factor también influye en el TLP, debido a que es un

precipitante común a todas aquellas conductas desadaptativas de solución que utilizan los pacientes como intento de estabilización, puesto que son estas mismas las que impulsan la aparición de crisis. Los factores “*humor negativo*” y “*afecto negativo*”, son muy similares, ya que ambos hacen referencia a un proceso emocional de carácter negativo, es decir, un estado de ánimo desagradable que afecta de forma global a las experiencias del individuo. De modo que estos dos factores, debido a la relación que guardan, podrían unificarse en uno sólo que hiciese referencia a esta emocionalidad negativa.

Pese a haber encontrado coincidencias entre factores, se ha observado que la mayoría de autores que han abordado esta relación, señalan las dificultades existentes para encontrar la conexión concreta entre estos dos tipos de trastornos. Según Macías, et al. (Macías, Unikel, Cruz. y Caballero, 2003), las dificultades para establecer una relación entre los TCA y los TP radica en que estos últimos, pueden comportarse como un factor predisponente, una influencia en el pronóstico y la evaluación, una complicación influida por el daño físico o una entidad completamente independiente, que de cualquier manera afectaría la relación del individuo con su medio. Es posible, que esta dificultad resida en que la mayor parte de los enfoques, plantean la existencia de factores causales únicos, ya que, debido a la complicación característica de estos cuadros clínicos, ni los TCA ni los TP pueden verse restringidos a un único factor.

### **-Hipótesis refutadas y confirmadas**

En este trabajo se ha realizado una revisión teórica, con el fin de comprobar la existencia de factores precipitantes comunes a los tres trastornos objeto de estudio, BN, C y TLP. De las hipótesis propuestas para esta revisión teórica, dos de ellas se cumplen completamente y en la otra sólo se confirma uno de los supuestos.

En la hipótesis 1 “*Los precipitantes comunes están relacionados con sintomatología del estado de ánimo y el control de impulsos*”, solamente se confirma la primera parte del supuesto, ya que el control de impulsos, según los documentos científicos revisados, pese a estar relacionado con los tres trastornos no aparece como precipitante en dos de ellos.

La hipótesis 2 “*La precipitación de una crisis por la aparición de ansiedad es común en los tres trastornos*”, también resulta confirmada, debido a que la ansiedad es uno de los factores

precipitantes, que según la literatura revisada, es común a la BN, C y TLP.

En la hipótesis 3 “*Existen otros factores precipitantes además de la ansiedad*”, también se obtiene confirmación, ya que según esta revisión aparecen un total de tres factores precipitantes comunes.

## **CONCLUSIONES**

### **-Conclusiones**

Una vez finalizada la búsqueda y obtenida la información pertinente, se puede afirmar que: según la literatura publicada en los últimos 12 años, y obtenida en las bases de datos más relevantes en el campo de la psicología, existen tres factores precipitantes que coinciden en las tres patologías seleccionadas como objeto de estudio.

Al revisar los estudios de cada patología, se ha comprobado que la mayoría de los factores precipitantes obtenidos, aparecían como mínimo en dos de ellos. Este hecho, implica que los factores obtenidos pueden tomarse como “válidos”. Con respecto a la comorbilidad, cabe destacar que según la revisión realizada, el TLP suele presentar comorbilidad con uno o varios trastornos más, ya sean estos del Eje I o del Eje II, lo que da apoyo a la hipótesis de que existen factores comunes, incluidos los precipitantes, objeto de estudio de este trabajo.

Se debe seguir investigando para reducir las limitaciones encontradas durante este trabajo, ya que cada investigación y publicación destaca factores distintos y sólo en algunas ocasiones estos coincidían en más de un documento. El objetivo, sería lograr una estandarización de los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de estas patologías. Al tratarse de trastornos complejos, esta unificación contribuiría a una mejor clasificación de los pacientes y facilitaría el diagnóstico.

### **-Propuestas de mejora**

Para mejorar esta revisión y siguiendo la misma línea de trabajo y metodología, se podría incorporar en posteriores trabajos una búsqueda más amplia en fuentes, admitiendo libros y manuales y no ciñéndose a las publicaciones más recientes, sino incluir también estudios anteriores. El criterio de exclusión ha obligado a dejar de lado referencias interesantes, por lo que parece conveniente revisarlo y ampliar el margen temporal de la búsqueda.



También se podría realizar un estudio, para comprobar si realmente los factores encontrados en la revisión teórica, aparecen en una muestra clínica. Para ello se dispondría de varias muestras: una de pacientes diagnosticados con TLP, C o BN, otra con pacientes comórbidos de TLP y TCA y un grupo control. A estas muestras se les administraría una batería de cuestionarios. Para el grupo de TLP, se administraría el *DIB-R* (Diagnostic Interview for Borderline Revised) detecta gravedad y evalúa cinco ámbitos de la patología (Pascual, 2008); para los TCA, la *entrevista clínica de trastornos alimentarios* (Perpiñá, Botella y Baños, 2006), que posibilita la valoración clínica y los aspectos característicos. Ambas entrevistas se administrarían en el grupo comórbido; y finalmente, el *cuestionario de ansiedad rasgo* adaptado al español (Spielberg, Gorsuch, y Lushene, 1970); la *escala de afecto positivo y negativo* en la versión española (Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999) y el *POMS* (Profile of Mood States) se aplicarían a todos los grupos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alsö, J.; Olszewski, P. K.; Levine, A. S. y Schiöth, H. B. (2012): Feed-forward mechanisms Addiction-like behavioral and molecular adaptations in overeating. *Frontier in Neuroendocrinology*, April;33(2):127-139. Recuperado el 20 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- American Psychiatric Association (2001) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4a. ed.). Barcelona: Masson.
- Andrade, J.; Pears, S. ; May, J. y Kavanagh, D. J. (2012): Use of a clay modeling task to reduce chocolate craving. *Appetite*, Jun;58(3):955-963. Recuperado el 18 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Austin, M. A.; Riniolo, T. C. y Porges, S. W. (2007) : Borderline personality disorder and emotion regulation Insights from the Polyvagal Theory. *Brain and Cognition*, Oct.;65(1):69-76. Recuperado el 20 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Baer, R. A.; Peters, J. R.; Eisenlohr-Moul, T. A.; Geiger, P. J. y Sauer, S. E. (2012): Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 32(5):359-369. Recuperado el 16 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Belloch, A. (2008): Manual de psicopatología (Vol. I). Madrid: McGraw-Hill.
- Berdahl, C. H. (2010): A neural network model of Borderline Personality Disorder. *Neural Networks*, March;23(2):177-188. Recuperado el 20 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Black, C.; DeViva J. C. y Zayfert, C. (2004): Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: The importance of anxiety comorbidity assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(3):255-274. Recuperado el 18 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.

- Bohon, C. y Stice, E. (2012): Negative affect and neural response to palatable food intake in bulimia nervosa. *Appetite*, Jun.;58(3):964-970. Recuperado el 18 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Borra, C. (2008): El atracón y sus trastornos: características psicopatológicas e implicaciones diagnósticas. Tesis doctoral, Universitat de Valencia, España.
- Broft, A. I.; Berner, L. A.; Martínez, D. y Walsh, B. T. (2011): Bulimia nervosa and evidence for striatal dopamine dysregulation: A conceptual review. *Physiology & Behavior*, Jul.;104(1):122-127. Recuperado el 17 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Caballo, V. E. (2006): Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Pirámide.
- Carrillo, M. V. (2001): La Influencia de la Publicidad, entre otros Factores Sociales, en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia Nerviosa. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Cepeda-Benito, A.; Fernández, M. C. y Moreno, S. (2003): Relationship of gender and eating disorder symptoms to reported cravings for food: construct validation of state and trait craving questionnaires in Spanish. *Appetite*, Feb.;40(1):47-54. Recuperado el 17 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Cervera, M. (2005): Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. Madrid: Pirámide
- CIE-10 (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Mediator.
- Crispo, R.; Figueroa, E. y Guelar, D. (1994): Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio. Barcelona: Editorial Herder.
- Corstorphine, E.; Mountford, V.; Tomlinson, S.; Waller, G. y Meyer, C. (2007): Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*, Jan.;8(1):91-97. Recuperado el 17 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Declercq, F. y Audenaert, A. (2011): A case of mass murder Personality disorder, psychopathology and violence mode. *Aggression and Violent Behavior*, March–April;16(2):135-143. Recuperado el 15 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Engel, S. G.; Boseck, J. J.; Crosby, R. D.; Wonderlich, S. A.; Mitchell, J. A.; Smyth, J.; Miltenberger, R. y Steiger, H. (2007): The relationship of momentary anger and impulsivity to bulimic behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, March;45(3):437-447. Recuperado el 19 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Farrera, S. (2011): Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona. Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, España.
- González Macías, L.; Unikel, C.; Cruz, C. y Caballero, C. (2003): Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*;26(3):1-8. Recuperado el 11 de Abril de 2012, de la base de datos Dialnet.
- Jiménez, S. (2004): Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la alimentación: Estudio comparativo de casos. Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, España.
- Kemps, E.; Tiggeman, M. y Hart, G. (2005): Chocolate cravings are susceptible to visuo-spatial interference. *Eating Behaviors*, Feb.;6(2):101-107. Recuperado el 20 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Kerr, I. B. (2005): Cognitive analytic therapy. *Psychiatry*, May;4(5):28-33. Recuperado el 15 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.

- Krug, I. (2008): Environmental risk factors and therapeutical implications in eating disorders. Tesis doctoral, Universitat de Barcelona, España.
- Limberg, A.; Barnow, S.; Freyberger, H. J. y Hamm, A. O. (2011): Emotional Vulnerability in Borderline Personality Disorder Is Cue Specific and Modulated by Traumatization. *Biological Psychiatry*, March;69(6):574–582. Recuperado el 20 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- May, J.; Andrade, J.; Batey, H.; Berry, L. y Kavanagh D. J. (2010): Less food for thought. Impact of attentional instructions on intrusive thoughts about snack foods. *Appetite*, Oct.;55(2):279-287. Recuperado el 16 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Mesa, P. J. (1999): Fundamentos de psicopatología general. Madrid: Pirámide.
- Moreno, S.; Warren, C. S.; Rodríguez, S.; Fernández, M. C. y Cepeda-Benito, A. (2009): Food cravings discriminate between anorexia and bulimia nervosa. Implications for success versus failure in dietary restriction. *Appetite*, Jun.;52(3):588-594. Recuperado el 20 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Mountford, V.; Corstorphine, E.; Tomlinson, S. y Waller, G. (2007): Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behaviors*, Jan.;8(1):48-58. Recuperado el 16 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Murphy, R.; Straebl, S.; Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (2010): Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, Sept.;33(3):611–627. Recuperado el 19 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Nagata, T. y Yamada, H. (2006): Psycho-neuro-immunological aspects of eating disorders. *International Congress Series*, Apr.;1287:279-284. Recuperado el 16 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Navarro, M. V. (2011): Eficacia de la Terapia Dialéctica Comportamental en el tratamiento de pacientes con comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis doctoral, Universitat Jaume I, Castellón, España.
- Nederkoorn, C.; Smulders, F.; Havermans, R. y Jansen, A. (2004): Exposure to binge food in bulimia nervosa finger pulse amplitude (FPA) as a potential measure of urge to eat and predictor of food intake. *Appetite*, Apr.;42(2):125-130. Recuperado el 20 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Nicholls, D. y Grindrod, C. (2000): Behavioural eating disorders. *Paediatrics and Child Health*, Febr;19(2):60- 66. Recuperado el 17 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Nijs, I. M. T.; Franken, I. H. A. y Muris, P.(2007): The modified Trait and State Food-Cravings Questionnaires: Development and validation of a general index of food craving. *Appetite*, Jul.;49(1):38-46. Recuperado el 15 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Pascual, J. C. (2008): Tratamiento del paciente con trastorno límite de la personalidad en urgencias: efectividad de los antipsicóticos atípicos. Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, España.
- Reed, L. I.; Fitzmaurice, G. y Zanarini, M. C. (2012): The course of dysphoric affective and cognitive states in borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Psychiatry Research*, March;196(1):96-100. Recuperado el 20 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Rogers, P. J. y Smit, H. J. (2000): Food Craving and Food “Addiction” A Critical Review of the Evidence From a Biopsychosocial Perspective. *Pharmacology Biochemistry and*

- Behavior, May;66(1):3-14. Recuperado el 17 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Ruíz, P. M. (2007): Guía práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia. Zaragoza: Calidad gráfica.
- Schmidt, U. (2005): Epidemiology and aetiology of eating disorders. *Psychiatry*, Apr.; 4(4):5-9. Recuperado el 28 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Sierra, M. (2005): La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Diversitas*, 79-87. Recuperado el 11 de Abril de 2012, de la base de datos Dialnet.
- Skodol, A. E.; Siever, L. J.; Livesley, W. J.; Gunderson, J. G.; Pfohl, B. y Widiger, T. A. (2002): The Borderline Diagnosis II: Biology, Genetics, and Clinical Course. *Biological Psychiatry*, Jun.;51(12):951–963. Recuperado el 18 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Spoor, S. T. P.; Bekker, M. H. J.; Van Strien, T. y Van Heck, G. L. (2007): Relations between negative affect, coping, , and emotional eating. *Appetite*, May;48(3), 368-376. Recuperado el 16 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Tiggemann, M. y Kemp, E. (2005) : The phenomenology of food cravings: The role of mental imagery. *Appetite*, Dec.;45(3):305-313. Recuperado el 16 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Torres, I. (2004): Comorbilidad de la Anorexia y Bulimia Nerviosas con los Trastornos de la Personalidad. Tesis doctoral, Universidad de Sevilla, España.
- Touchette, E.; Henegar, A.; Godart, N. T.; Pryor, L.; Falissard, B.; Tremblay, R. E. y Côté, S. M.(2011): *Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. Psychiatry Research*, Jan.;185(1–2):185-192. Recuperado el 19 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Tuschen-Caffier, B.; Pook, M. y Frank, M. (2001): Evaluation of manual-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa in a service setting. *Behaviour Research and Therapy*, March;39(3):299-308. Recuperado el 18 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Waller, G. y Shelffield, A. (2008): Causes of bulimic disorders. *Psychiatry*, Apr.;7(4):152-155. Recuperado el 17 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.
- Waters, A.; Hill, A. y Waller, G. (2001): Bulimics' responses to food cravings: is binge-eating a product of hunger or emotional state? *Behaviour Research and Therapy*, Aug.;39(8):877-886. Recuperado el 19 de Abril de 2012, de la base de datos ScienceDirect.