

# El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria

DÍAZ MARSÁ, M.; CARRASCO PERERA, J. L.; PRIETO LÓPEZ, R. y SÁIZ RUIZ, J.

\* Servicio de Salud Mental. Área 5. Alcobendas. Madrid. \*\* Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. \*\*\* Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

## *The role of the personality in the feeding behavior disorders*

### Resumen

Los trastornos de personalidad son frecuentes en la anorexia y en la bulimia nerviosa y su presencia parece condicionar una mayor gravedad y un peor pronóstico del trastorno de la conducta alimentaria. En la anorexia restrictiva prevalecen los trastornos del grupo C (ansioso-temerosos), preferentemente el trastorno evitativo y el trastorno dependiente de la personalidad, mientras que las pacientes anoréxicas de tipo compulsivo/purgativo y las pacientes bulímicas presentan trastornos de personalidad más severos y generalmente del grupo B (dramático-emoivos), principalmente el trastorno límite y el trastorno histriónico de la personalidad. Por otra parte, el temperamento de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria podría contribuir a la forma de presentación clínica del trastorno, dando lugar a las formas anoréxicas y bulímicas. Ambos subgrupos parecen caracterizarse temperamentalmente por un elevado neuroticismo y por una elevada evitación del peligro. Sin embargo, la dimensión persistencia parece asociarse al fenómeno anoréxico mientras que el temperamento impulsivo se asocia a la sintomatología bulímica. Caracterialmente tanto anoréxicas como bulímicas se caracterizan por una baja autosuficiencia en el modelo de Cloninger.

**Palabras clave:** Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Personalidad. Temperamento. Impulsividad.

### Summary

Personality disorders are common in eating disorders and preliminary reports indicate that this type of disorders implicate a poor prognosis in anorexia and bulimia nervosa. Cluster C personality disorders, particularly avoidant and dependent personality disorder are the most frequent in anorexia nervosa. In bulimia nervosa, however, cluster B personality disorders, including borderline and histrionic personality disorders, are more frequent. Furthermore, temperament could differentiate anorectic patients from bulimic patients. Eating disorders seem to be associated with high scores in neuroticism and harm avoidance. However, while anorexia nervosa patients might have higher persistence, bulimia nervosa patients seem to have an impulsive temperament. According to the character model of Cloninger, both anorexia and bulimia present lower scores in the dimension self-directedness.

**Key words:** Eating disorders. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Personality. Temperament. Impulsivity.

El concepto de la personalidad de los trastornos de la conducta alimentaria constituye un área de importancia creciente en los últimos años por su potencial implicación en el desarrollo y mantenimiento de los mismos. El estudio de la personalidad en relación con los trastornos de la alimentación persigue tres objetivos fundamentales: conocer su implicación en la génesis del trastorno, averiguar su repercusión sobre la respuesta al

tratamiento y sobre el pronóstico y permitir la detección de adolescentes con riesgo de desarrollar estas enfermedades. Recientemente, este interés en la personalidad se ha centrado en el eje de la impulsividad compulsividad del trastorno bulímico. La impulsividad sería entonces compartida con algunos trastornos de personalidad, pudiendo reflejar una fisiopatología común en los sistemas de neurotransmisión. Por el contrario, la obsesión por la

delgadez y el rechazo a la alimentación observada en las anoréxicas pudiera constituir un signo de compulsividad, compartido con otros trastornos de personalidad encuadrados en el polo opuesto del espectro de los sistemas de neurotransmisión.

Los datos de comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y de personalidad procedentes de diferentes investigaciones resultan inconsistentes. En general, los trastornos de personalidad aparecen de forma relativamente frecuente pero la proporción de individuos afectados varía ampliamente entre unos estudios y otros (1). A pesar de que las investigaciones empíricas acerca de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria han estado metodológicamente limitadas, se han podido obtener algunas conclusiones válidas. Se estima que la presencia de alteraciones de la personalidad en pacientes con conducta alimentaria anómala oscila, según diferentes estudios entre un 53 y un 93% (2-5), pudiendo sugerirse una media de un 59% y variando ésta en función de que se valoren pacientes ingresados (74%) o ambulatorios (54%). De igual manera se observa que la manifestación simultánea de más de un trastorno de la personalidad tiene lugar con una frecuencia muy superior a la de la población general y esta frecuencia estaría principalmente incrementada en las pacientes bulímicas con historia previa de anorexia o con clínica mixta, es decir, la que correspondería al diagnóstico de Anorexia Nerviosa (AN) tipo compulsiva/purgativa o Bulimia Nerviosa (BN) del DSM IV (7, 8).

Por otra parte, los pacientes con trastornos del eje II suelen presentar otro trastorno del eje I adicional al trastorno alimentario, estimándose tasas de comorbilidad en algunos estudios de hasta un 91-93% (7). En este sentido, se conoce que aproximadamente el 73% de las pacientes con anorexia de tipo restrictivo, el 82% de las anoréxicas de tipo compulsivo/purgativo y el un 60% de las bulímicas presentan otro diagnóstico en el eje I (8). Los trastornos del eje I más comúnmente asociados son los afectivos, principalmente depresión mayor, y los de abuso de sustancias (8-10). Además, en los pacientes con trastorno de personalidad y depresión mayor se han observado probabilidades hasta dos veces superiores de tener antecedentes de intento de suicidio, y en aquellos trastornos de la alimentación con trastorno de personalidad del grupo C, las tasas de comorbilidad con depresión mayor aparecen incrementadas. En lo que respecta a la comorbilidad, los pacientes diagnosticados de trastorno límite presentan altas tasas de alcoholismo, de abuso de sustancias y de intentos de suicidio (11).

A continuación y en primer lugar, se revisarán los aspectos conceptuales y metodológicos de los estudios de personalidad de los trastornos alimentarios. Posteriormente se revisarán los rasgos y trastornos de personalidad más relevantes en la anorexia y en la bulimia, así como su relevancia clínica y evolutiva.

## ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

La relación conceptual entre los trastornos alimentarios y los de personalidad es muy compleja. Así, la alteración de la personalidad puede ser considerada como un factor predisponente, como una complicación, como una influencia patoplástica o como una entidad independiente del trastorno alimentario. Desafortunadamente, la ausencia de estudios prospectivos a largo plazo no ha permitido desentrañar esta incógnita. Los aspectos metodológicos han constituido otro sesgo importante en las investigaciones realizadas. Factores como los efectos de la desnutrición o de las alteraciones del humor en los resultados de las valoraciones de la personalidad, la ausencia de escalas adecuadas de personalidad en la adolescencia, la falta de muestras suficientemente amplias o la conocida controversia entre los métodos de valoración de la personalidad (autoinformado vs entrevista, estructurado vs información de personas próximas al paciente) han limitado las conclusiones obtenidas (12, 13). Entre otros factores metodológicos de confusión añadidos podríamos citar los diseños con diferentes tipos de muestra (pacientes ambulatorios y hospitalizados) (7) en diferentes estadios evolutivos (clínica actual, remisión, diagnóstico según antecedentes) y la ausencia de criterios operativos mantenidos (DSMIII, DSMIIIR, DSMIV, CIE 10). Sin embargo, a pesar de que la desnutrición y la psicopatología propia del trastorno de la conducta alimentaria pudieran constituir un sesgo en la valoración de la personalidad y sus trastornos, no todas las investigaciones llevadas a cabo en este sentido encuentran que estos factores sean determinantes. En esta línea, algunos estudios que valoran el impacto que el aumento de peso y que el tratamiento ejercen sobre la personalidad, demuestran escasos cambios y, por tanto, permiten suponer que la alteración de la personalidad no es tan sólo una consecuencia del trastorno anorexia o bulimia (12, 14). No obstante, hasta el momento no existen conclusiones definitivas a este respecto, dada la existencia de resultados que, por el contrario, avalan una mejoría paralela de los síntomas propios del trastorno alimentario y de los característicos del trastorno de personalidad (8, 15).

En cuanto a las implicaciones clínicas, por lo general, los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria que presentan comorbilidad con trastornos de la personalidad no suelen diferir de los pacientes sin dicho trastorno en lo que respecta a la historia del peso y de los atracones, aunque sí parece existir una relación con una mayor duración de la enfermedad y con un mayor número de conductas de purga. La presencia de un trastorno de personalidad, y más específicamente el límite, se ha asociado con una afectividad más alterada, con mayor índice de gestos suicidas y parasuicidas, con mayor grado de disfunción familiar y con mayores probabilidades de hospitalización (13). Muchos de estos síntomas no pare-

cen relacionarse con la severidad de la anorexia o bulimia sino con el grado de depresión.

Otro tema vigente es la implicación de los trastornos de personalidad en el pronóstico del trastorno de alimentación. En un principio, se consideraban por sí mismos como un factor de mal pronóstico, hasta que diferentes autores apuntaron que su efecto podría estar mediado en algunos casos por la desnutrición y el bajo peso (16). Hay algunos hallazgos que sugieren que tras un año de seguimiento la presencia de trastorno de personalidad en pacientes bulímicas se asocia con una recuperación más lenta y con una mayor probabilidad de seguir padeciendo la enfermedad (13). En un reciente estudio en el que se valoró la influencia de los trastornos de personalidad en la evolución de los trastornos de la conducta alimentaria a los cinco años de seguimiento, se observó que se mantenía una mayor gravedad de la psicopatología de las pacientes con un trastorno de la personalidad asociado, aunque no existían diferencias en cuanto al número de síntomas existentes. Por otra parte, encontraron que la influencia de la personalidad en la evolución variaba en función del tipo de cuestionario de personalidad que se utilizaba. Así, los trastornos de personalidad según los criterios del SCID-II no parecían tener influencia en la evolución, aunque sí se relacionaban con un mayor número de hospitalizaciones y con mayor administración de medicación psicotrópica. Por el contrario, la valoración de la personalidad con la Escala de Personalidad de Wisconsin (WISPI) tenía relación con el curso del trastorno alimentario, de forma que puntuaciones elevadas en los rasgos de neuroticismo y obsesividad, así como en los rasgos de inestabilidad interpersonal y afectiva, impulsividad, autodestrucción y sensibilidad al abandono, rasgos estos últimos que definen en la escala WISPI el trastorno de personalidad límite, constituían predictores de mal pronóstico. Estos resultados son congruentes con estudios realizados en otras patologías, como la depresión o el trastorno de pánico, en los que se ha observado que la comorbilidad con trastornos de personalidad constituye un predictor de mal pronóstico, y también con aquellas investigaciones previas que relacionan el curso negativo de los trastornos alimentarios con la comorbilidad con el trastorno límite de personalidad (13, 18, 19). En cualquier caso, dado el posible efecto cronificante de los trastornos de personalidad, su abordaje parece fundamental para lograr una evolución clínica (1, 20) y unos niveles de funcionamiento global satisfactorios (1, 8).

La presencia de trastornos de personalidad, especialmente del grupo B (dramático-emotivos), parece constituir un factor negativo en cuanto al abordaje psicoterapéutico, reduciendo la efectividad de las intervenciones de orientación cognitiva y conductual. En lo que respecta al tratamiento psicofarmacológico, los resultados son altamente dispares, y mientras que algunos describen una asociación entre la presencia de trastornos del grupo B y respuesta favorable a antidepresivos, otros encuentran lo contrario (13).

## PERSONALIDAD Y ANOREXIA NERVIOSA

### Rasgos dimensionales

Los estudios clínicos, psicométricos y familiares realizados coinciden en considerar la personalidad premórbida de la AN como obsesiva, rígida, meticulosa, perfeccionista, dependiente y socialmente inhibida (21, 22). Se caracterizan por presentar sentimientos de incompetencia, por su necesidad de controlar el entorno, por su poca espontaneidad social y por su escasa iniciativa. En nuestro medio, Chinchilla (23) las define como desinteresadas, con escaso tiempo de ocio por su elevado sentido de la responsabilidad y del deber, ambiciosas pero sin intereses definidos, con inadecuada vivencia de su rol sexual, espirituales y coquetas. De forma opuesta a las anoréxicas de tipo restrictivo, las anoréxicas de tipo compulsivo/purgativo suelen presentar trastornos relacionados con un mal control de impulsos, como el abuso de alcohol o de otras drogas o la tendencia a una promiscuidad sexual, y con una mayor labilidad emocional (24).

La posibilidad de que algunos rasgos propios de las anoréxicas, como la dependencia, la introversión y la obsesividad, pudieran ser exacerbados significativamente por el estado de desnutrición (25) genera una cierta confusión en la diferenciación de aquellos rasgos estables y propios del carácter y aquellos fenómenos agudos y secundarios a la pérdida de peso. Sin embargo, como ya comentamos previamente, hallazgos de estudios recientes en pacientes con antecedentes de AN en remisión estable han permitido identificar la personalidad de estas pacientes con niveles elevados de inhibición y evitación del riesgo, restricción en la expresión de las emociones y en la iniciativa y alto grado de conformidad, sugiriendo así que estos rasgos son propios de la AN y no el producto de la desnutrición (26). Resultados similares fueron encontrados por Strober et al (27), quienes observaron que las pacientes anoréxicas seguían manteniendo tras la recuperación del peso rasgos obsesivos con pensamiento inflexible, introversión social, conducta sumisa y limitada espontaneidad social, a pesar del aumento de la extroversión y de la disminución de la sintomatología de tipo obsesivo. Para estos autores, la persistencia de los rasgos obsesivos constituiría la base que permitiría el desarrollo ulterior de los síntomas obsesivos de la fase aguda de la enfermedad. Otros autores, critican esta consideración argumentando la posibilidad de que estos rasgos sean secuela de la enfermedad y no factores predisponentes (13). En nuestro ámbito, Toro sostiene que el cuadro anoréxico es lo suficientemente desorganizador desde todos los puntos de vista como para no sacar conclusiones en este sentido (28).

La coincidencia, en investigaciones previas ha permitido hipotetizar que factores temperamentales determinados constitucionalmente podrían jugar un papel etiológico en el desarrollo de la AN. Garner et al (29) intentaron definir mediante el EPQ de Eysenck el temperamento anoréxico comparando con el temperamento

de mujeres normales y obesas, encontrando que las anoréxicas eran más inestables emocionalmente y más introvertidas que los otros dos grupos. Aunque si tenemos en cuenta la existencia de ansiedad, obsesiones y depresión en las anoréxicas, resulta lógico que se encuadre en el polo de «introversión-inestabilidad» del modelo eysenckiano. Por otra parte, el análisis de las dimensiones de la personalidad de Eysenck (neuroticismo-estabilidad; extroversión-introversión) muestra diferencias entre pacientes anoréxicas restrictivas y anoréxicas vomitadoras. Así, mientras que el elevado neuroticismo (alta emotividad) caracteriza ambos subtipos (30), las anoréxicas con componente bulímico puntúan, preferentemente, en extroversión y las anoréxicas de tipo restrictivo en introversión (31). Dado que estas dimensiones de la personalidad parecen estar condicionadas biológica y genéticamente (32), podrían constituir un terreno predisponente para el desarrollo de una anorexia nerviosa.

Es preciso citar los trabajos realizados por Tejero et al (33), quienes aplicando los esquemas de Gray, que modifican y amplían las dimensiones de personalidad de Eysenck, concluyen que las anoréxicas presentan unos niveles de «ansiedad» —en términos de Gray— significativamente superiores a los controles. Ello se traduciría en la existencia de un condicionamiento determinado biológicamente, ante procedimientos de castigo y presentación de estímulos nuevos. Esta mayor «sensibilidad al castigo» sería de interés no sólo como posible factor predisponente aunque inespecífico sino también por su posible relevancia en los procesos terapéuticos de índole conductual (28).

Strober, siguiendo el modelo psicobiológico de la personalidad de Cloninger, constituido por rasgos temperamentales con suficiente base hereditaria y constitucional, ha desarrollado un modelo para la AN. Este autor considera que las anoréxicas restrictivas típicas se caracterizan por una baja búsqueda de novedades (*novelty seeking*), por una alta evitación del peligro (*harm avoidance*) y por una elevada dependencia del refuerzo (*reward dependence*) (22).

Recientemente, Díaz Marsá et al (34) estudiaron la personalidad de estas pacientes según el modelo de Eysenck y según el nuevo modelo tetradimensional de Cloninger. Los resultados obtenidos sugieren que el perfil de la paciente anoréxica se caracteriza por un alto neuroticismo eysenckiano, aunque menor en el subtipo restrictivo que en el subtipo compulsivo-purgativo y que en la bulimia, así como por una elevada persistencia (*perseverance*) y por una baja autosuficiencia (*self-directedness*).

La utilización de la *Escala multidimensional de personalidad* (MPQ, *Multidimensional Personality Inventory*) ha mostrado en las anoréxicas un alto grado de control (vs impulsividad) e inhibición y una receptividad de las experiencias sensoriales menor que en las pacientes bulímicas. Con respecto a un grupo control, presentaban menores puntuaciones en la sensación de bienestar (*well-being*), integración social (*social closeness*) y afectividad positiva (*positive affectivity*), así como pun-

tuaciones elevadas en la reacción al estrés (*stress reaction*), alienación (*alienation*) y en la afectividad negativa (*negative affectivity*) (4).

## TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. CLASIFICACIONES CATEGORIALES

Los estudios de personalidad categoriales realizados en pacientes con anorexia nerviosa encuentran resultados paralelos. Cuando se realiza una valoración postmórbida de la personalidad de las anoréxicas se obtiene que del 23% al 80% cumplen criterios para algún trastorno de la personalidad [Wonderlich et al, 1990 (80%) (4); Gartner et al, 1989 (33%) (2); Herzog et al, 1992 (23%) (8)]. De forma concordante con los estudios de rasgos de personalidad, las pacientes anoréxicas de tipo compulsivo/purgativo presentan trastornos de personalidad más severos y generalmente del grupo B (dramáticos-emotivos) mientras que las anoréxicas restrictivas tienden a recibir diagnósticos del grupo C (ansiosos-temerosos) (4, 8, 35). Herzog et al encontraron que los trastornos del grupo C se distribuían de forma diferente en el espectro de los trastornos alimentarios, con mayores tasas de incidencia en la anorexia nerviosa, tanto restrictiva como compulsivo-purgativa, que en la bulimia nerviosa (8). No obstante, otros estudios no han encontrado estos datos (7), pudiendo atribuirse la diferente distribución de estos trastornos a la utilización de criterios operacionales distintos (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV). En lo que respecta a los trastornos del grupo C, el más común parece ser el trastorno por evitación (14-16%) seguido del trastorno por dependencia (5-10%) y del trastorno obsesivo-compulsivo (6-7%) (1, 34, 36). El trastorno pasivo-agresivo, siguiendo criterios del DSM-III-R, aparecía en algunos pacientes con antecedentes de AN de tipo restrictivo, siendo independiente su aparición de la forma evolutiva del trastorno alimentario (1). Por otra parte, algunos autores han encontrado cierta comorbilidad entre el trastorno evitativo de personalidad en anoréxicas y la fobia social (7).

De entre los trastornos del grupo B, el trastorno límite parece ser el más frecuente en las pacientes del espectro compulsivo-purgativo, tanto anoréxicas como bulímicas (8, 15, 34, 37, 38). Algunos autores atribuyen la alta incidencia de trastorno límite al solapamiento entre la sintomatología propia de este trastorno y la del comportamiento bulímico, constituyendo un ejemplo de ello los atracones. No obstante, se ha observado que excluyendo los atracones como criterio del trastorno límite el diagnóstico se mantiene (8).

Los trastornos del grupo A (extraños-excéntricos) son infrecuentes en las pacientes anoréxicas excepto en aquellos casos en los que el diagnóstico se realice basándose en escalas autoinformadas, en cuyo caso se pudiera encontrar este diagnóstico de forma ocasional.

## PERSONALIDAD Y BULIMIA NERVIOSA

### Rasgos dimensionales

Aunque generalmente se considera que las pacientes bulímicas mantienen un peso «normal», en la práctica habitual se encuentra que el peso mantenido es inferior al peso ideal condicionado genéticamente. Consecuentemente, como en las anoréxicas, la desnutrición podría influir en los rasgos de personalidad, teniendo en cuenta, además, que la mayoría de los estudios realizados se han llevado a cabo en pacientes bulímicas sintomáticas. Sin embargo, tampoco en este caso existen conclusiones definitivas (14).

La multitud de escalas de personalidad utilizadas coinciden en definir a las bulímicas como personas impulsivas, con elevada sensibilidad interpersonal, baja autoestima y tendencia a tomar decisiones rápidas y a actuar de forma impredecible, poco meditada y, en definitiva, poco controlada (39). La utilización del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) en diferentes estudios arroja siempre un perfil de personalidad asociado con un pobre control de impulsos, depresión crónica, conductas de *acting-out* y disminuida tolerancia a la frustración (13). Esta misma escala ha revelado una importante variabilidad en el grado de funcionamiento personal de estas pacientes, hallándose una minoría de sujetos que puntúan dentro de límites normales en todas las escalas y otros que obtienen resultados indicativos de mayor grado de ansiedad, de rumiaciones y de retraimiento social.

El análisis de las principales dimensiones de personalidad descritas por Eysenck muestra que las pacientes bulímicas presentan puntuaciones elevadas en las dimensiones de neuroticismo y psicoticismo, escasas puntuaciones en la capacidad de integración social (*social desirability*) (30, 34) y una mayor de extroversión que las anoréxicas (40). No obstante, algunos estudios no han encontrado una alta extroversión en estas pacientes (11, 34). Por otra parte, las elevadas puntuaciones observadas en la escala de adicción, derivada del EPO, permitirían apoyar la hipótesis de aquellos autores que consideran la bulimia nerviosa como un comportamiento adictivo (40).

La impulsividad, ya sea considerada como una dimensión independiente o como incluida en los conceptos de *búsqueda de novedades* o *extroversión*, constituye el hallazgo diferenciador más consistente descrito en la bulimia nerviosa. Siguiendo el modelo de personalidad de Cloninger en las pacientes bulímicas, obtienen elevadas puntuaciones en las dimensiones de búsqueda de novedades y de dependencia del refuerzo (41). El elevado grado de comorbilidad entre la bulimia y el abuso de sustancias y de alcohol, la cleptomanía y una cierta promiscuidad sexual sustenta también la relación de la impulsividad con este trastorno (16). Sin embargo, algunos autores atribuyen las conductas impulsivas bulímicas a la existencia de un trastorno límite de base (42). Re-

cientemente se valoró la posible asociación entre bulimia nerviosa e impulsividad. Los resultados dieron a conocer que aunque las bulímicas aparecían más rebeldes que los controles, no obtenían puntuaciones elevadas en impulsividad ni en la dimensión búsqueda de novedades. De modo que a pesar de que las pacientes bulímicas presenten conductas impulsivas, algunas de las escalas actuales parecen no discriminar este rasgo, o bien la impulsividad en estas pacientes no tiene la suficiente entidad como para ser detectada de forma significativa con las escalas actuales (13).

Buik et al (43) administraron el Cuestionario de Carácter y Temperamento de Cloninger (*Cloninger's Temperament and Character Inventory*) a pacientes con bulimia nerviosa, encontraron que el 63% de las enfermas que tenían algún trastorno de personalidad presentaban psicopatología más grave, mayor insatisfacción corporal, mayor abuso de laxantes, así como elevadas puntuaciones en la dimensión de evitación del peligro (*harm avoidance*) y disminuidas en la dimensión de autosuficiencia (*self-directedness*). Para estos autores, una menor autosuficiencia podría identificar a aquellos casos con un trastorno de personalidad asociado y/o con una psicopatología más grave.

Díaz Marsá et al (34) observaron que el temperamento bulímico se caracterizaba por una elevada evitación del peligro (*harm avoidance* de Cloninger), por un elevado neuroticismo eysenckiano, dimensiones que habitualmente se consideran en el polo opuesto de la impulsividad y por una autosuficiencia menor que un grupo control y que un grupo de pacientes anoréxicas.

Dada la disparidad de resultados en este sentido, se hacen indispensables futuros estudios con el objetivo de clarificar la relación existente entre el rasgo de la impulsividad y la BN.

### Trastornos de personalidad. Clasificaciones categoriales

La prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes bulímicas oscila entre un 21% y un 77% (13), observándose frecuentemente la existencia de dos o más trastornos de personalidad asociados, así como un mayor grado de comorbilidad con trastornos del eje I con tasas de hasta un 91-93% (7).

Los trastornos del grupo B (dramático-emotivos) del DSM-IV (7, 8, 44), principalmente el trastorno límite y el histriónico (4, 34, 45, 46) son los asociados de forma más específica con la bulimia nerviosa. Al igual que en la AN, la variabilidad dentro del grupo de pacientes bulímicas es una constante, observándose, aunque en menor proporción que en la AN, elevadas tasas de otros trastornos de personalidad tales como el trastorno obsesivo-compulsivo o el evitativo (2, 8, 38, 45, 46).

Ya apuntamos previamente la existencia de datos contradictorios acerca de la asociación del grupo C con los diferentes subtipos de trastornos de la conducta alimentaria, revelándose en algunos estudios una clara aso-

ciación con las formas anoréxicas, mientras que en otros la distribución encontrada es similar en todos los subgrupos (7, 8, 44). Se expuso, también, cómo los trastornos del grupo A parecen hallarse poco representados entre estas pacientes.

Es importante considerar de forma especial la relación de los trastornos alimentarios, y especialmente la bulimia nerviosa, con el trastorno límite ya que ha sido fuente de importante debate y de hallazgos dispares. Múltiples estudios han puesto de manifiesto una fuerte asociación entre la bulimia nerviosa y el trastorno límite (1, 2, 15, 17, 37). Sin embargo, en la diversidad de tasas encontradas, entre un 2% y un 57%, influye principalmente la variabilidad en la metodología y en los instrumentos utilizados, así como la confusión y desacuerdo existente en la conceptualización del trastorno límite. Para algunos autores, este no es frecuente en estos pacientes y son los trastornos depresivos asociados los que se malinterpretan como trastorno límite (47). Para otros, la bulimia es conceptualmente confundida con el trastorno límite de personalidad, dada la semejanza entre algunos de los síntomas bulímicos y dicho trastorno. Esta idea se encuentra apoyada en hallazgos que revelan la mejoría del trastorno límite con terapias breves y localizadas en los síntomas bulímicos, mejoría que no sería posible si el trastorno límite fuera independiente de la sintomatología aguda (13). Sin embargo, como ya comentamos antes, se ha observado que excluyendo los atracones como criterio del trastorno límite el diagnóstico se mantiene (8).

Como resumen, se podría decir que la mayoría de los datos recogidos hasta el momento son indicativos de que los síntomas agudos de los individuos bulímicos reproducen una «fenocopia» inestable del trastorno límite que es altamente relacionable con el estado agudo de la enfermedad y fácilmente abordable con el tratamiento. Existiría, además, otro grupo de pacientes bulímicos con un trastorno límite más consistente en los que la sintomatología bulímica formaría parte de un patrón de conducta crónico y de una inestabilidad emocional patente.

## CONCLUSIONES

Los trastornos de personalidad son frecuentes en la anorexia y en la bulimia nerviosa y su presencia parece condicionar una mayor gravedad y un peor pronóstico del trastorno alimentario. En la anorexia restrictiva los trastornos de personalidad más frecuentes son los trastornos del grupo C (ansiosos-temerosos) del DSM-IV principalmente el trastorno evitativo y el dependiente. Por el contrario, la anorexia de tipo compulsivo/purgativo y la bulimia nerviosa se asocian a trastornos de personalidad del grupo B (dramáticos-emotivos) y de manera especial al límite y al histriónico. Junto a ello, los estudios de la personalidad de las pacientes con trastorno de la conducta alimentaria desde el punto de vista dimensional sugieren que el temperamento podría contribuir a

la forma de presentación clínica del trastorno, dando lugar a las formas anoréxicas y bulímicas. En este sentido, las pacientes anoréxicas parecen caracterizarse por una elevada persistencia de Cloninger y las pacientes bulímicas por una elevada impulsividad. A pesar de que la impulsividad parece ser un dato constante en las formas bulímicas, la extroversión no parece asociarse en todos los estudios a la bulimia nerviosa. Ambos subgrupos parecen caracterizarse por un alto neuroticismo y evitación del peligro y, caracterialmente, por una baja autosuficiencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Skodol AE, Oldham OM, Hyler SE, Kellman DH, et al. Comorbidity of DSM-III-R Eating disorders and personality disorders. *Int J Eating Dis* 1993;14(4): 403-16.
2. Garner AF, Marcus RF, Halmi K, Loranger AW. DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1989;146:1585-91.
3. Powers PS, Coovert DL, Brightwell DR, Stevens BA. Other psychiatric disorders among bulimic patients. *Comprehensive Psychiatry* 1988;9:502-8.
4. Wonderlich SA, Swift WJ, Slotnick HB, Goodman: DSM III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *Int J Eating Dis* 1990;9:607-16.
5. Yager J, Landsverk J, Edelstein CK, Hyler S. Screening for Axis II personality disorders. *Psychosomatics* 1989;30:255-62.
6. Zinarini MC, Frankenburg FR, Pope HG, Hudson JI, et al. Axia II comorbidity of normal-weight bulimia. *Comprehensive Psychiatry* 1990;30:20-4.
7. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Med* 1994;24:859-7.
8. Herzog DB, Keller MB, Lavori P, Kenni JM, Scaks NR. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *J Clin Psychiatry* 1992;53: 147-52.
9. Zimmerman M, Pfohl B, Coryell WH, Corenthal C, Stangl D. Major depression and personality disorders. *J Affect Disord* 1991;22:199-210.
10. Halmi KA: Basic biological overview of eating disorders. En: Bloom FE, Kupfer DJ, ed. *Psychopharmacology. The fourth generation of progress*. New York: Raven Press; 1995. p. 1609-16.
11. Verkes RJ, Pijl H, Meinders EA, Van Kempen GMJ. Borderline personality, impulsiveness and platelet monoamine measures in bulimia nervosa and recurrent suicidal behavior. *Biol Psychiatry* 1996;40: 173-80.
12. Sohlberg S, Strober M. Personality in anorexia nervosa: an update and a theoretical integration. *Act Psychiatr Scan* 1994;378(Supl):1-15.

13. Wonderlich SA. Personality and eating disorders. En: Brownell KD, Fairburn CG, eds. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press; 1995.
14. Loranger AW, Lenzenweger MF, Gartner AF, et al. Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:720-8.
15. Ames-Frankel J, Devlin MJ, Walsh BT, et al. Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: clinical correlates and changes with treatment. *J Clin Psychiatry* 1992;53:90-6.
16. Fahy TA, Osacar A, Marks I. History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorder. *Int J Eating Dis* 1993;14(4):439-43.
17. Wonderlich SA, Fullerton D, Swift WJ, Klein MH. Five-years outcome from eating disorders: Relevance of personality disorders. *Int J Eating Dis* 1994;15(3):233-43.
18. Johnson C, Wonderlich. Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En: Crowther JH, Tennenbaum DL, Hobfoll SE, Stephhens MAP, eds. *The etiology of bulimia nervosa: the individual and familiar context*. New York: Hemisphere Publising Corporation; 1992.
19. Rosenvenge JH, Moulard SO. Outcome and prognosis of anorexia nervosa: A retrospective study of 41 subjects. *Br J Psychiatry* 1990;156:92-7.
20. Álvarez López P. Personalidad y Bulimia nerviosa. En: Turón Gil VJ, ed. *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson; 1997.
21. *Handbook of treatment of eating disorders*. En: Garner DM, Garfinkel PE, eds. New York: The Guilford Press; 1997.
22. Strober M: Personality and symptomatological features in young nonchronic anorexia nervosa patients. *J Psychosomats Res* 1980;24:353-9.
23. *Anorexia y Bulimia nerviosas*. En: Chinchilla Moreno A, ed. Barcelona: Masson; 1994.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third edition revised. Washington DC; 1987.
25. Heebink DM, Halmi KA. Eating disorders. En: Oldham JM, Riba MB, ed. *Review of psychiatry, volume 13*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994. p. 227-51.
26. Casper RC. Personality features in women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1990;52:156-70.
27. Strober M. Personality and symptomatological features in young nonchronic anorexia nervosa patients. *J Psychosomats Res* 1980;24:353-9.
28. Toro J, Vilardell E. *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1987.
29. Garner DM, Garfinkel PE, Swartz D, Thompson M. Cultural expectations of thinness in women. *Psychol Reports* 1980;47:483-91.
30. De Silva P, Eysenck S. Personality and addictiveness in anorexic and bulimic patients. *Personal Individual Diffe* 1987;8:749-51.
31. Casper RC, Hedeker D, McClough JF. Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31(5):830-40.
32. Eysenck HJ. *The biological basis of personality*. Springfield I, 11. Charles C Thomas; 1967.
33. Tejero A, Guimerá ME, Farré JM. Aplicación de la teoría de JA Gray al estudio de la anorexia nerviosa: datos preliminares y terapéutica conductual. *Rev Dep Psiquiatr Fac Med* 1986;13(4):169-74.
34. *Actividad MAO plaquetaria y personalidad en los trastornos de la alimentación*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad de Alcalá; 1998.
35. Kennedy SH, McVey J, Katz R. Personality disorders in anorexia and bulimia nervosa. *J Psychiatric Res* 1990;24:259-69.
36. Johnson C. Wonderlich: personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En: Crowther JH, Tennenbaum DL, Hobfoll SE, Stephhens MAP, eds. *The etiology of bulimia nervosa: the individual and familiar context*. New York: Hemisphere Publising Corporation; 1992.
37. Pope HG, Hudson JI. Are eating disorders associated with borderline personality disorder? A critical review. *Int J Eating Dis* 1989;8:1-9.
38. Sansone RA, Fine MA, Seufferer S, et al. The prevalence of borderline personality symptomatology among women with eating disorders. *J Clin Psychol* 1989; 45:603-10.
39. Newton JR, Freeman CP, Munro J. Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Act Psychiatr Scand* 1993;87:389-94.
40. Casper RC, Hedeker D, McClough JF. Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(5):830-840.
41. Brewerton TD, Hand LD, Bishop ER. The tridimensional personality questionnaire in eating disorder patients. *Int J Eating Dis* 1993;14(2):213-8.
42. Koepp W, Schildbach S, Schmager C, Rohner R. Borderline diagnosis and substance abuse disorder in female patients with eating disorders. *Int J Eating Dis* 1993;14(1): 107-10.
43. Koepp W, Schildbach S, Schmager C, Rohner R. Borderline diagnosis and substance abuse disorder in female patients with eating disorders. *Int J Eating Dis* 1993;14(1): 107-10.
44. Piran N, Lerner P, Garfinkel PE, Kennedy SH, et al. Personality disorders in anorexic patients. *Int J Eating Dis* 1988;7(5):589-99.

45. Yager J, Landsverk J, Edelstein CK, Hylar S. Screening for Axis II personality disorders. *Psychosomatics* 1989;30: 255-62.
46. Yates WR, Sieleni B, Reich J, Brass C. Comorbidity of bulimia nervosa and personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1989;50:57-9.
47. Piran N, Lerner P, Garfinkel PE, Kennedy SH, et al. Personality disorders in anorexic patients. *Int J Eating Dis* 1988;7(5):589-99.

Correspondencia:  
Marina Díaz Marsá  
Hospital Ramón y Cajal  
Servicio de Psiquiatría  
Ctra. Colmenar, km 9,1  
28034 Madrid  
E-mail: marinajl@intersalud.es