

Trastornos de personalidad en pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria

Vanesa Carina Gongora*

Resumen:

El interés por el estudio sistemático de los trastornos de personalidad en pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria comienza con la aparición de la clasificación multiaxial del DSM III en 1980. Desde entonces numerosas publicaciones se han centrado principalmente en la prevalencia y efectos en el tratamiento de los trastornos de la personalidad en pacientes bulímicas y anoréxicas. Estos estudios han tenido resultados inconsistentes debidos, en buena medida, a divergencias conceptuales y metodológicas. En este artículo, se presentan las conclusiones más relevantes de dichas investigaciones, y se analizan las posibles fuentes de discrepancias.

En términos generales, se puede afirmar que existe una comorbilidad moderada entre los trastornos de personalidad y los desórdenes de la conducta alimentaria. Los desórdenes más frecuentes son los trastornos borderline, histriónico, obsesivo-compulsivo, dependiente y evitativo de la personalidad. El trastorno borderline y el trastorno histriónico suelen presentarse con mayor frecuencia en la bulimia nerviosa, en tanto que el trastorno evitativo y el obsesivo compulsivo es más característico de la anorexia nerviosa. Sin embargo, el efecto de la relación entre trastornos de personalidad y de la conducta alimentaria en el tratamiento es aún poco clara, dando lugar a numerosas controversias e investigaciones.

Palabras clave: trastornos de personalidad – trastornos de la conducta alimentaria – comorbilidad

Abstract:

Personality Disorders in patients with disorders in eating behaviors

The interest for the systematic study of personality disorder in patients with eating disorders starts in 1980 with the edition of the DSM III multiaxial classification system. Since then, several publications have been focused on the prevalence and the effect on treatment of personality disorders in bulimic and anorexic patients. These researches

* Licenciada en Psicología. Becaria de postgrado del CONICET. Ayudante de Primera, Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico, módulo I, cátedra II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Tronador 3891, 15E. Buenos Aires (1430). Argentina. e-mail: vgongora@psi.uba.ar

showed inconsistent results due to conceptual and methodological divergences. In this paper, the more relevant findings of these studies are presented and the possible sources of discrepancy are analyzed.

In general, there is a moderate comorbidity between personality disorders and eating disorders. The most frequent disorders are borderline, histrionic, obsessive-compulsive, dependent and avoidant personality disorders. Borderline and histrionic personality disorders are more frequently associated with bulimia, whereas avoidant and obsessive-compulsive personality disorders are more characteristic of anorexia nervosa. Nevertheless, the effect of the relationship between eating disorders and personality disorders in treatment remains uncertain, giving raise to several controversies and researches.

Key words: personality disorders – eating disorders - comorbidity

Introducción:

La relación entre las características de personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria ha intrigado a clínicos e investigadores durante largo tiempo, antes aún de la aparición de la clasificación diagnóstica del DSM III. Por ejemplo, Freud (1896) se refirió a las características melancólicas de la anorexia, en tanto que Janet (1919) realizó una temprana descripción de formas histéricas y obsesivas de anorexia nerviosa. Con posterioridad, autores psicoanalíticos enfatizaron la importancia de las fantasías eróticas y agresivas primitivas en la etiología de la anorexia nerviosa (Benedek 1936; Waller et al., 1940) en tanto que los teóricos de las relaciones objetales e interpersonales destacaron el desamparo y la sumisión de las anoréxicas en su relación con los otros (Bruch, 1973; Selvini-Palazolli, 1978). Recientemente, autores cognitivos sugirieron que los autoesquemas de insuficiencia, perfección, y ascetismo junto a creencias culturalmente derivadas sobre la virtud de la delgadez, constituirían el aspecto central de la anorexia nerviosa (Garner & Bemis, 1982; Vitousek & Ewald, 1993).

La introducción del diagnóstico multiaxial en el DSM III y sus posteriores revisiones, DSM III R y DSM IV, han estimulado el estudio de los patrones de personalidad en diferentes síndromes clínicos. Los trastornos de la conducta alimentaria no han escapado a dicho interés y durante los últimos 20 años, los estudios sobre comorbilidad con el Eje II han sido abundantes y divergentes.

El DSM IV se refiere a los trastornos de personalidad como un continuo de los rasgos de personalidad: «sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y maladaptativos y causan un impedimento significativo en el funcionamiento o estrés subjetivo, constituyen un trastorno de personalidad» (American Psychiatric Association, APA, 1994, p. 630). En su definición, el rasgo central que caracteriza a los desórdenes de personalidad es «un patrón duradero de pensamiento, sentimiento y comportamiento que es relativamente estable en el tiempo» (APA, 1994, p. 632).

El concepto de comorbilidad fue originalmente descrito por Feinzen (1970) como “cualquier entidad clínica adicional que exista o pueda ocurrir durante el curso clínico de una enfermedad que padece un paciente en estudio”. Si bien, el uso actual de este término dista del original, su utilización alude al cumplimiento de los criterios diagnósticos de, al menos, dos trastornos en forma simultánea. La coexistencia de tales desórdenes, puede referirse tanto a síndromes clínicos como a un síndrome clínico y un trastorno de personalidad, es decir, dos síndromes del Eje I o un trastorno del Eje I y uno del Eje II. Por ejemplo, es común encontrar un diagnóstico de depresión en pacientes con anorexia nerviosa, así como un desorden obsesivo-compulsivo de personalidad en esta clase de pacientes. Por otro lado, en pacientes con bulimia nerviosa, suele diagnosticarse depresión, ansiedad o abuso de sustancias en forma concomitante. En este artículo nos centraremos específicamente en la comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria (principalmente bulimia y anorexia nerviosa) y trastornos de personalidad.

Modelos de comorbilidad:

El estudio de la relación entre los trastornos del Eje I del DSM y los trastornos de personalidad han sido objeto de diversos debates teórico – metodológicos (Wonderlich & Mitchell, 1992). En su aspecto teórico el debate se centra en los modelos explicativos de dicha relación, es decir en la relación causal existente entre los trastornos de personalidad y el síndrome clínico.

Los modelos de comorbilidad principales son:

- *Predisposicional o de vulnerabilidad:* este modelo sostiene que los rasgos de personalidad predisponen a los individuos a desarrollar síndromes clínicos. En el área de los trastornos de la conducta alimentaria los rasgos premórbidos de personalidad son considerados como factores etiológicos del desarrollo de trastorno. Por ejemplo, en estudios de seguimiento con pacientes anoréxicas, Casper (1990) encontró que una disposición a la restricción emocional y comportamental, junto con valores tradicionales rígidos pueden ser un factor de riesgo en la anorexia nerviosa.
- *Complicación:* en este modelo, los trastornos de personalidad son una complicación o consecuencia del síndrome del Eje I. Por ejemplo, Strober (1985) reportó que pacientes anoréxicas, después de recuperar su peso, se volvieron menos introvertidas y obsesivas, por lo que estos rasgos de personalidad serían mas bien una consecuencia o complicación de la anorexia nerviosa y tendrían una mínima o ninguna significación predisposicional.
- *Coefecto:* desde esta perspectiva, los trastornos de personalidad y los síndromes clínicos son considerados como entidades psicobiológicas distintas y ambas son causadas por un tercer factor, como podría ser la estructura familiar o un trauma infantil. Por ejemplo, estructuras y procesos familiares particulares podrían originar tanto la anorexia nerviosa como un trastorno de personalidad dependiente.
- *Heterogeneidad o atenuación:* este modelo, similar al anterior, considera que la interacción de varios factores de tipo constitucional y socioambiental serían los causantes de los trastornos de personalidad y de los síndromes clínicos. En esta perspectiva, serían varias las fuentes, y no uno una sola, las que contribuirían en la estructuración de las patologías.
- *Interacción o modificación:* en este enfoque, los síndromes clínicos y los trastornos de personalidad se originarían en forma independiente, pero cuando ambos coexisten, interactuarían para alterar o modificar los rasgos de cada uno de ellos. Esta perspectiva, también llamada efecto patoplástico, sostiene que la forma de manifestarse y la respuesta al tratamiento estarán influenciadas por los rasgos de personalidad. Por ejemplo, la impulsividad y el caos interpersonal de la personalidad borderline podrían crear circunstancias de vida que, independientemente, precipiten un episodio bulímico. Asimismo, la interacción

Trastornos de personalidad en pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria continua de la personalidad borderline y la bulimia demuestran fuertes influencias patoplásticas en la forma de manifestarse de cada trastorno.

- *Atenuación o continuidad*: este modelo sostiene que el trastorno de personalidad es simplemente una versión subclínica de un síndrome clínico, ambos con iguales orígenes genéticos o constitucionales. Por ejemplo, un desorden de personalidad esquizotípico sería una forma atenuada de esquizofrenia. Sin embargo, resulta difícil imaginar un trastorno de personalidad que sea una forma atenuada de anorexia o bulimia nerviosa. La especificidad e instrumentalidad de las conductas asociadas a los desordenes de alimentación deja a este modelo como menos aplicable a los trastornos alimentarios.
- *Solapamiento o superposición*: esta perspectiva implica que la apariencia de comorbilidad podría ser artificialmente producida por el solapamiento o superposición en los criterios de los síndromes clínicos y los trastornos de personalidad. Por ejemplo, existe una considerable superposición entre el criterio de personalidad borderline y la bulimia nerviosa. Una persona bulímica cumple con el criterio de impulsividad e inestabilidad afectiva del trastorno de personalidad borderline. Por lo tanto, la superposición de criterios puede llevar a sobreestimar tal comorbilidad. Desde esta perspectiva, Widiger (1989) sostiene que la personalidad borderline y la bulimia cuando coexisten son, de hecho, un solo desorden de tipo borderline, que se manifiesta a través de sintomatología bulímica. La idea que subyace a este modelo es que la distinción entre el eje I y el eje II del DSM es claramente paradigmática y no refleja una distinción real de la naturaleza entre síndromes clínicos y desórdenes de personalidad (Gunderson & Elliot, 1985; Widiger & Frances, 1989).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, sólo seis de los modelos presentados son relevantes para el estudio de la comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria. Por otro lado, si bien el modelo predisposicional o de vulnerabilidad ha sido propuesto tiempo atrás (Bruch, 1973), las restantes perspectivas han sido recientemente consideradas de importancia. El interrogante generado sobre qué modelo resulta más aplicable, es aún difícil de responder, siendo objeto de numerosos debates teóricos y estudios empíricos. Lo que resulta probable es que no sea un modelo sino varias las perspectivas explicativas aplicables a la relación entre trastornos de personalidad y desordenes de la alimentación.

Rasgos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria:

En la introducción se ha mencionado el concepto de trastorno de personalidad de acuerdo al DSM IV, en el se destacaba la continuidad entre los rasgos de personalidad y la conformación de un trastorno propiamente dicho. Por ejemplo, numerosos estudios empíricos y clínicos se han referido a rasgos de obsesividad en la anorexia, sin embargo

no por ello se puede afirmar una prevalencia general de un trastorno de personalidad obsesivo compulsivo en pacientes con anorexia nerviosa, ya que sólo cuando estos rasgos sean inflexibles y maladaptativos para el individuo e interfiera en su funcionamiento cotidiano, se puede considerar la presencia de un verdadero trastorno de personalidad. Esta aclaración resulta conveniente hacerla, ya que muchas veces se confunden los conceptos de rasgos y trastornos de personalidad, lo que dificulta la comprensión y elaboración de estudios.

Dentro de las investigaciones referidas a rasgos de personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Strober, 1985; Garner et.al, 1985; Casper et al, 1992), los estudios se han centrado por un lado en las diferencias entre anoréxicas purgativas y restrictivas y, por otro lado, entre pacientes bulímicas y anoréxicas. Las anoréxicas restrictivas son pacientes que han logrado y mantienen un bajo peso corporal por medio de una dieta rigurosa y ejercicio físico mientras que las anoréxicas purgativas experimentan más descontrol y alterna atracones voraces con métodos purgativos, como el vómito autoprovocado, abuso de diuréticos, laxantes, a los efectos de eliminar las calorías indeseadas.

Las evidencias empíricas llevarían a la conclusión que las anoréxicas purgativas poseen menor control de impulsos, mayor confusión emocional y mayores niveles de actividad sexual que las anoréxicas restrictivas. Por su parte, estas últimas tendrían un menor nivel de incorporación de experiencias emocionales pero mayor autocontrol, restricción general, conformidad, ideación obsesiva, inhibición emocional y escrupulosidad que las anoréxicas purgativas.

En lo que se refiere a las pacientes bulímicas, los estudios han mostrado que tendrían mayores niveles de depresión, impulsividad y ansiedad que sus pares normales; así como menor autoestima, mayor comportamiento autodegradante, mayor egocentrismo, grandes niveles de enojo e irascibilidad y pensamiento negativista que pacientes no bulímicos. Por otro lado, las pacientes bulímicas en comparación con las anoréxicas despliegan mayores intentos de suicidio y conductas de robo.

Los trastornos de personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria:

Los estudios empíricos sobre prevalencia de trastornos de personalidad y desórdenes de la alimentación comenzaron en 1983, con una investigación de Gwirtsman et al. realizada con entrevistas clínicas; a partir de ese momento han sido numerosos los estudios destinados a evaluar la prevalencia de los trastornos de personalidad, particularmente del trastorno borderline y los desórdenes de alimentación (ver anexo con cuadro de síntesis de hallazgos de los principales estudios sobre prevalencia).

Las tasas de prevalencia de los trastornos de personalidad son muy variables entre las diversas publicaciones (en el próximo apartado se volverá sobre este tema). Las investigaciones que incluyen muestras mixtas de sujetos anoréxicos y bulímicos obtuvieron tasas de prevalencia de trastornos de personalidad de un 27% (Herzog,

Sacks, Yeh & Lavori, 1992) a un 93% (Kennedy, McVey & Katz, 1990). La prevalencia reportada en anoréxicas restrictivas y bulímicas oscilan en tasas bajas de un 23% (Herzog, Keller, Lavori, Kenny & Sacks, 1992) a tasas elevadas de un 80% (Wonderlich et al., 1990) y 93% (Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy & Brouillete, 1988), mientras que los porcentajes en bulimia nerviosa varían entre un 21% y un 85% (Herzog, Keller, Sacks et al., 1992; Ames-Frankel et al., 1992; Fahy, Eisler & Russell, 1993; Fahy, 1991; Rossiter, Agras, Telch & Schneider, 1993; Zanarini et al., 1990; Yates, Sieleni, Reich & Brass, 1989; Gartner, Marcus, Halmi & Loranger, 1989; Schmidt & Telch, 1990; Levin & Hyler, 1986; Wonderlich, Swift, Slotnick & Goodman, 1990; Powers et al., 1988). Esta variabilidad se observa también cuando se especifican los grupos o trastornos de personalidad específicos: por ejemplo, el trastorno de personalidad borderline ha sido identificado entre un 2% a un 47% de los bulímicos, entre un 0% a un 21% de los anoréxicos restrictivos y entre un 12% a un 55% de los anoréxicos bulímicos.

A continuación, presentaremos las características, prevalencia y relaciones con los trastornos de la conducta alimentaria de cada uno de los trastornos de personalidad agrupados por clusters o grupos. El DSM-IV reúne los diferentes desordenes de personalidad en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad y está conformado por sujetos que suelen ser descriptos como raros o excéntricos. El grupo B se conforma por los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista; los sujetos que reciben estos diagnósticos suelen ser dramáticos, emotivos o inestables. Por último, el grupo C, incluye los trastornos de personalidad por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo y caracteriza a sujetos ansiosos o temerosos.

Grupo A:

En términos generales, la prevalencia de un trastorno de personalidad esquizotípico, esquizoide y paranoide es bastante baja (menos de un 10%). Los trastornos del cluster o grupo A se caracterizan por el desinterés social, conducta y pensamiento excéntricos y raros y un tenue sentido de realidad. Asimismo, estos individuos pueden experimentar en momentos de alto estrés episodios psicóticos. Los sujetos con este tipo de trastornos no suelen presentar trastornos de la conducta alimentaria ya que tienden a mantener su propia realidad interna, por fuera de los valores y creencias de la cultura general. Por lo tanto, una patología que está en parte determinada con el contexto sociocultural resulta poco frecuente en esta clase de individuos.

Grupo B:

Aunque algunos autores han señalado asociaciones importantes entre el cluster B y la bulimia (Yates et al., 1989; Rossiter et al., 1993), esta asociación no ha sido confirmada en todos los estudios. La relación más importante encontrada hasta el momento es la

referida al trastorno de personalidad borderline y la bulimia (Ames-Frankel et al., 1992; Gartner et al., 1989; Kennedy et al., 1990; Schmidt & Telch, 1990; Zanarini et al., 1992; Skodol et. al., 1993).

Borderline:

Estos individuos tienen una autoestima notablemente baja, déficit en el comportamiento autoregulatorio y gran dificultad en mantener relaciones interpersonales estables. Suelen tener problemas en su funcionamiento diario particularmente en su medio social y laboral. Son extremadamente impulsivos con tendencia a excederse en el comer, robar en tiendas o actividad sexual autodestructiva. Su afectividad es bastante labil con variaciones que van del enojo incontenible al sentimiento de vacío depresivo. Poseen una imagen de sí inestable, y se sienten extremadamente deprimidos cuando están solos. Las relaciones interpersonales se caracterizan por una gran inestabilidad, oscilando entre el apego extremo al aislamiento.

Por las características antes enunciadas, no es sorprendente ver que las conductas relacionadas con los trastornos de la alimentación puedan tener funciones adaptativas en esta clase de pacientes. En primer lugar, la búsqueda de la delgadez a menudo se asocia con la baja autoestima del paciente, así como los atracones pueden servirle de mecanismo para tranquilizarse dada la limitada capacidad que tienen para encontrar la calma por sí mismos. De igual forma, los métodos purgativos les pueden ayudar a sentirse autocontrolados frente a sus dificultades para autoregularse. Por otro lado, las conductas de los desórdenes alimentarios (como el ayuno, la hiperactividad física, el abuso de laxantes y vómitos) son por naturaleza destructivos y pueden ser utilizados como una forma de autocastigo. Finalmente, para algunos pacientes borderline estas conductas les pueden servir para ocultar dolores emocionales intolerables o ayudarlos a evitar descompensaciones.

La tasas de prevalencia de dicho desorden de personalidad varían entre un 2 y un 75% dependiendo del tipo de investigación, el subtipo de desorden alimentario, y el instrumento de evaluación utilizado para medir los trastornos de personalidad.

Las investigaciones que utilizaron autoinventarios de desórdenes de personalidad como el MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory) o de personalidad borderline como el BSI (Borderline Syndrome Index) encontraron tasas de prevalencia entre un 40% (Johnson et al., 1989) y un 84% (Norman, et al., 1993). La variabilidad y, en buena parte, la alta prevalencia se deben a la naturaleza de esta clase de instrumentos. Si bien, los autoinventarios son fáciles de administrar y ofrecen la ventaja de observar la distribución dimensional de los rasgos, también tienen sus limitaciones en lo referente a la agudeza del diagnóstico. Los inventarios de trastornos de personalidad, como el MCMI o el más específico BSI, tienden a sobredimensionar la prevalencia de los trastornos, conduciendo a una gran cantidad de diagnósticos falsos positivos. Por otro lado, la confiabilidad test-retest se ha puesto en cuestión en relación con estos instrumentos en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Kennedy et al.

(1990) encontró que la prevalencia de los trastornos de personalidad en pacientes anoréxicos y bulímicos era alrededor de un 79% al inicio del tratamiento, sin embargo al finalizar el mismo la tasa descendió al 32% (MCMI) y 43% (BSI). Estos autores sugieren que la evaluación de los trastornos de personalidad con autoinventarios pueden estar altamente influenciadas por el estado de la patología alimentaria. Por lo tanto las tasas de prevalencia de los trastornos de personalidad borderline utilizando este tipo de instrumentos tienden a estar sobrestimados y deben ser tomados con cautela.

Por otro lado, las investigaciones que utilizaron entrevistas estructuradas para trastornos de personalidad como son el SCID II (Structured Clinical Interview for DSM) y la PDE (Personality Diagnostic Interview) o para trastornos borderline de la personalidad como la DIB (Diagnostic Interview for Borderlines) encontraron tasas de prevalencia entre un 21 % (Sansone et al., 1989) a un 42 % (Piran et al, 1988). En general, los estudios han demostrado que el trastorno de personalidad borderline se halla presente en una considerable minoría de casos, sin embargo algunos autores como Pope y Hudson (1989) han afirmado que existe un importante solapamiento entre los trastornos borderline y la sintomatología depresiva, presente también en gran cantidad de pacientes. Para estos autores, los estudios han tendido a sobrestimar la patología produciendo diagnósticos falsos positivos en pacientes con una depresión concomitante. En un estudio realizado (Pope et al., 1987) por estos autores, encontraron que el diagnóstico de personalidad borderline solía presentarse con mayor frecuencia en pacientes bulímicas depresivas que en aquellas que no tenían un diagnóstico de depresión.

Con respecto a los rasgos clínicos, los estudios han indicado que los pacientes borderline no difieren de los otros pacientes con trastornos de la alimentación en peso corporal, frecuencia de vómitos o edad de inicio del trastorno (Wonderlich & Swift, 1990; Braun et al., 1994). Sin embargo estos pacientes reportan mayores niveles de estrés emocional, abuso sexual, automutilación, intentos de suicidio y percepción de problemas familiares que el resto de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

El estado de las investigaciones sugiere que, si bien la comorbilidad entre el trastorno de personalidad borderline y los trastornos de la conducta alimentaria, parece ser importante, los estudios están plagados de limitaciones metodológicas, incluyendo características de las muestras e instrumentos utilizados. Asimismo, las tasas de prevalencia parecen estar particularmente influenciadas por la severidad de la enfermedad representada por muestras de pacientes internos y externos. Los estudios que han utilizado pacientes internos suelen mostrar mayor prevalencia de diagnóstico borderline que las que han empleado pacientes externos. Por otro lado, la controversia mayor se refiere al constructo de personalidad borderline, en sí mismo. Anteriormente, se ha hecho mención a la postura de Pope & Hudson sobre el solapamiento entre el constructo borderline y depresión. Sin embargo, para otros teóricos existe una clara distinción entre un trastorno afectivo y un desorden de personalidad borderline (Gunderson & Elliot, 1985). Según otros autores, la patología borderline sería una manifestación caracterológica de un desorden afectivo (Widiger, 1989). El debate está aun presente y es objeto de continuas controversias teóricas y estudios empíricos.

Histriónico:

El rasgo principal de este diagnóstico es la excesiva emotividad en la percepción y expresión de los afectos. Estos individuos necesitan constante atención, aceptación y aprobación de los demás por lo que suelen actuar en forma excesivamente dramática, exhibicionista o interpersonalmente seductora para lograrlo.

La sensibilidad de estos pacientes frente a la valoración de los otros hace que se sean vulnerables a la presión social para ser delgados y atractivos. Su deseo de actividad y estimulación hace que las pautas restrictivas de alimentación sean difíciles de mantener y los atracones les pueden servir de estimulación necesaria. Estos atracones pueden ser originados por eventos menores, pero que el paciente dramatiza a través de una conducta alimentaria caótica. La sintomatología de los trastornos alimentarios también les pueden ayudar a manejar sentimientos negativos y aliviar la disforia crónica.

El trastorno de personalidad histriónico suele presentarse con mayor frecuencia en pacientes con bulimia nerviosa, más que en anorexias restrictivas. Las tasas de prevalencia varían entre un 25% a un 53% en muestras de pacientes bulímicas de peso normal (Yates, Sieleni, Reich & Brass, 1989; Levin & Hyler, 1986; Wonderlich, Swift, Slotnick & Goodman, 1990; Powers et al., 1988). En el caso de pacientes anorexicas, restrictivas y bulímicas, las tasas de prevalencia disminuyen a un 0% a un 20% (Piran et al. 1988; Wonderlich et al., 1990).

Narcisista:

Este tipo de trastorno es poco frecuente en pacientes con desórdenes de alimentación. Sin embargo, debe destacarse que algunos pacientes particularmente, con un trastorno histriónico de personalidad, suelen presentar algunos rasgos de tipo narcisista. Individuos con esta clase de trastorno de personalidad tienden a focalizarse exclusivamente en sus propios deseos y necesidades internas y a excluir los sentimientos de los otros, por lo que valores culturales como las expectativas sobre el peso y la apariencia son rápidamente descartadas y poco tenidas en cuenta ya que no gratifican sus propias necesidades.

Antisocial:

Este tipo de trastorno también es poco frecuente en pacientes con desórdenes de alimentación, aunque algunos pacientes, particularmente con un trastorno borderline, pueden presentar rasgos antisociales prominentes. Estos individuos suelen estar en contra de los valores culturales y viven en función de su propio sistema de valores que se centra en la gratificación personal inmediata y la búsqueda hedonista de estimulación y placer. Tienden a atacar activamente a otros en lugar de intentar modificar su propia conducta a los fines de ser aceptados. Por lo tanto, esta clase de individuos no tienden a sucumbir a desordenes que están en parte determinados culturalmente.

Grupo C:

Los primeros estudios sobre prevalencia de trastornos de personalidad (Levin & Hyler, 1986) encontraron una menor incidencia de trastornos del grupo C (trastornos evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo y, para las versiones III y III R del DSM el trastorno pasivo agresivo), que del grupo B. Sin embargo, investigaciones posteriores (Wonderlich, 1990; Gartner et al., 1989) indicaron que los trastornos del cluster C solían ser más frecuentes, especialmente en la anorexia nerviosa.

Evitativo:

Los individuos con esta clase de trastornos se caracterizan por un desinterés activo y ambivalente en su relación con los otros. Si bien, se interesan y desean participar en relaciones, experimentan un profundo temor a la crítica y rechazo que los hacen evitar los vínculos interpersonales. Suelen ser hipersensibles a las críticas y dudan permanentemente de su propio valor.

Los trastornos de la conducta alimentaria, particularmente la anorexia nerviosa, pueden tener diversas funciones adaptativas en estos individuos. En primer lugar, una pérdida de peso significativa puede permitirles “desaparecer” aun más de sus ambientes sociales y los puede ayudar a sentirse menos expuestos o vulnerables a críticas o menosprecios. De igual forma, las conductas de los desordenes alimentarios pueden ser sustitutos de las relaciones sociales, ya que las mismas son predictivas, se realizan en forma privada, ocupan tiempo y a menudo resultan confortables y, al mismo tiempo, les puede servir como métodos para degradarse a sí mismos. Finalmente, algunos individuos fantasean que el resultado de las conductas de los trastornos alimenticios como podría ser un nuevo cuerpo que les ofrecería una esperanza renovada de contacto social.

Este trastorno se halla presente en un 30 a un 35% de los casos y aparece con mayor frecuencia en grupos con anorexia. Sin embargo, las tasas no parecen variar en función del subtipo de anorexia correspondiente, restrictiva o bulímica (purgativa), siendo similar en ambos grupos (Piran et al. 1988; Wonderlich et al., 1990)

Obsesivo compulsivo:

Estos individuos se caracterizan por la rigidez, empecinamiento, perfeccionismo, la excesiva devoción al trabajo, la exclusión de actividades recreativas o placenteras y una autoestima basada en lo que culturalmente se considera productivo. Asimismo, su conducta se basa en aceptar figuras de autoridad, reglas y normas que muchas veces son interferidas por detalles triviales, pérdida de tiempo en la organización de las actividades, y una tendencia a la postergación. A menudo son inflexibles, escrupulosos, moralistas y rígidos.

En individuos con este trastorno de personalidad, un desorden de alimentación puede cumplir funciones adaptativas tales como la oportunidad para rebelarse y

oponerse a personas de autoridad, lo que podría estar justificado dentro de un contexto de logro de objetivos como la pérdida de peso. De igual forma, les permitiría manejarse en un mundo predecible de números, medidas, normas y reglas que nunca cambian y al mismo tiempo, protegerse y evitar las demandas de las relaciones en la adolescencia y temprana adultez. Por otro lado, podrían ver las restricciones dietarias como medios para suprimir las tentaciones personales en favor de identificarse con una imagen importante y ampliamente aceptada de belleza; al actuar de esta forma se ubicarían del lado de los valores sociales que sostiene la autorestricción como virtud y la delgadez como belleza.

Las tasas de prevalencia de este tipo de trastorno varían entre un 4 a un 37%. En general, la asociación más fuerte parecería estar con la anorexia nerviosa, particularmente el subtipo restrictivo, aunque algunas investigaciones (Gartner, 1989) no han confirmado esta relación. Es importante destacar, que dentro de los rasgos de personalidad de la anorexia nerviosa se halla la obsesividad, no obstante, la naturaleza de la relación de un verdadero trastorno obsesivo compulsivo de personalidad y los diferentes subtipos de anorexia es aun objeto de investigaciones.

Dependiente:

Los individuos que poseen este trastorno se caracterizan por un profundo sentido de inferioridad, sumisión, desamparo, asociado con un abrumador miedo al abandono. Estos individuos creen que no pueden tomar decisiones adecuadas y manejar eficazmente sus vidas por lo que suelen apegarse a personas que les proveen de seguridad, guía y protección, relaciones en las que tienden a negar su individualidad, subordinando sus deseos y necesidades a los de los otros.

En estos individuos los síntomas de los desórdenes de alimentación, los puede ayudar a evitar la separación de sus padres o personas a las que se encuentran apegadas, evitar la maduración social, educativa u ocupacional y eliminar la posibilidad de un funcionamiento independiente futuro.

Este trastorno de personalidad ha mostrado una consistente asociación con los desórdenes alimenticios, con tasas que varían entre un 16 a un 33%. Asimismo los estudios sugieren que el trastorno de personalidad dependiente se presenta en forma similar en todos los grupos de trastornos de la alimentación.

Consideraciones metodológicas sobre los estudios de prevalencia:

Anteriormente se ha hecho mención de los numerosos debates generados en torno a la relación de los trastornos del Eje I y los desórdenes de personalidad desde un punto de vista teórico. Sin embargo, las confrontaciones no se limitan a este campo y tal como lo ilustra las discrepancias encontradas en los estudios sobre prevalencia, el debate también hace referencia a los aspectos metodológicos. Específicamente en relación con los trastornos de la conducta alimentaria, algunos autores afirman que diversas limitaciones metodológicas han sido inherentes a los primeros estudios. Algunas

de estas limitaciones se refieren a las características de los instrumentos, tipo de muestra utilizada y criterios de exclusión empleados tales como:

- confiabilidad y/o validez cuestionable en los diagnósticos de trastornos de personalidad;
- uso de instrumentos que pueden estar influenciados por estados del Eje I;
- numerosos diagnósticos falsos positivos;
- diferencias en los términos psiquiátricos referidos a rasgos y desórdenes y entre las distintas versiones del DSM;
- falla en evaluar todos los trastornos de personalidad;
- inclusión de sujetos con edades inferiores a los 18 años;
- muestra con número insuficiente de sujetos;
- uso de muestras no-representativas como el reclutamiento por avisos publicitarios, muestra de estudiantes no pacientes,
- uso de sujetos fuera del rango de peso normal;
- criterios de exclusión como uso intenso de drogas o alcohol en el año previo o ideación suicida;
- falta de un grupo control con el que comparar a los pacientes;
- falla en separar las distintos subtipos de trastornos de la conducta alimentaria;

Otra característica de los estudios que debe tenerse en cuenta es la dificultad en diferenciar los rasgos de personalidad de un estado persistente del eje I, como depresión o fobia social en pacientes adultos que han pasado buena parte de sus vidas con sintomatología relacionada a los trastornos de la conducta alimentaria. De igual forma, Vitousek & Manke (1994) señalaron la dificultad de reconstruir en forma confiable los rasgos premórbidos a través de los atributos postmórbidos.

Como consecuencia de estas limitaciones metodológicas, Vitousek & Manke (1994) destacan la importancia de separar los distintos subtipos de trastornos de la conducta alimentaria, seleccionar un tamaño de muestra suficientemente representativa y emplear entrevistas estructuradas para evaluar los trastornos de personalidad y alimentación. Con respecto a las entrevistas sugieren que sean administradas por clínicos entrenados en la técnica y evaluadas por expertos u observadores. Asimismo, proponen incluir datos dimensionales en adición a los categoriales y considerar siempre un grupo psiquiátrico de control para evaluar la especificidad de las relaciones hipotetizadas entre rasgos y sintomatología, como pueden ser personas que hacen dieta. Por último, recomiendan examinar la relación entre personalidad y sintomatología alimentaria en muestras comunitarias a fin de reducir el sesgo producido por la evaluación de individuos que buscan tratamiento.

Implicaciones en el tratamiento y controversias

Numerosos autores se han referido a la importancia e influencia de los trastornos de personalidad en el tratamiento. Los argumentos más recurrentes consideran que los

pacientes con un desorden de personalidad en adición a un desorden en el Eje I mejoran significativamente menos en terapias breves orientadas hacia los síntomas, comparados con pacientes sin trastornos de personalidad. Es decir, las terapias focalizadas, principalmente de tipo cognitivo conductual no serían las más adecuadas para ellos. Según muchos autores, entre ellos T. Millon (1996) los trastornos de personalidad requieren específicamente un modo de terapia integrativa en las que el eje del tratamiento se centre en el funcionamiento de la personalidad más que a un diagnóstico en particular. De igual forma, teóricos de los trastornos de la conducta alimentaria como Dennis y Sansone (1997) afirman que un tratamiento efectivo para esta clase de pacientes no puede ocurrir sin tratar simultáneamente el desorden de personalidad. De hecho, el tratamiento se debería centrar por momentos en el trastorno de personalidad más que en el de alimentación. Estos autores sostienen que el tratamiento suele ser más largo y dificultoso pero que puede concluir exitosamente si se logra una buena relación terapéutica, lo que no resulta fácil para algunos de estos pacientes (por ejemplo, aquellos con trastornos de personalidad paranoide, antisocial, esquizoide, esquizotípico o narcisista).

Coincidentemente, los estudios empíricos sugieren que la presencia de un desorden de personalidad complica la eficacia de los tratamientos de los trastornos alimentarios. Algunos estudios (Johnson, Tobin & Dennis, 1990; Rossiter et al. 1993, Sansone & Fine, 1992; Herzog et al., 1992) han comparado los resultados obtenidos en tratamientos sobre patología alimentaria en pacientes con y sin comorbilidad en el Eje II, asegurando que los desordenes de personalidad se asocian a resultados negativos en pacientes con trastornos de la alimentación. Asimismo, las investigaciones sobre pacientes que abandonan el tratamiento (drop outs) revelaron que estos tenían mayores niveles de patología borderline, que aquellos que lo completaban (Waller, 1997, van Strien et al., 1992, Vandereycken & Pierloot, 1983).

De forma contraria, otros investigadores (Steiger & Stotland, 1996; Steiger et al, 1994; Ames-Frankel et al, 1992; Garner et al, 1990) sugieren que una perturbación en el Eje II tiene una mínima relación con la eficacia del tratamiento. Estos autores postulan que una comorbilidad en el Eje II, particularmente un trastorno de personalidad borderline, se relaciona más con los síntomas psiquiátricos generales que con el curso de las perturbaciones alimentarias. Esto significa, que la patología de personalidad no afectaría el tratamiento focalizado en la sintomatología alimentaria, pero el paciente luego requeriría de un tratamiento adicional destinado a los síntomas psiquiátricos generales.

Esta nueva postura en relación al papel que juegan los desórdenes de personalidad en el tratamiento también es postulada en estudios con otro tipo de trastornos del eje I como en trastornos de ansiedad, depresión, o en abuso de drogas o alcohol (Tyrer et al., 1997). Los resultados de investigaciones sobre pacientes con estos trastornos permiten observar que un diagnóstico en el Eje II no sólo no obstaculizaría el tratamiento sino que en algunos casos podría ayudar a afianzar la relación terapéutica y la continuidad en la terapia.

En este punto los debates actuales se centran en cuestionar el papel negativo generalmente atribuido a la presencia de comorbilidad en el Eje II, postura que, aunque

Trastornos de personalidad en pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria requiera de mayores investigaciones, puede llevar a hacer replanteos teóricos sobre el concepto, características y tratamiento de los trastornos de personalidad.

Comentarios finales:

A lo largo de este artículo, se pudo observar que el estado del conocimiento con respecto a la relación de los trastornos de la conducta alimentaria y los desórdenes de personalidad, posee más inconsistencias que generalizaciones o conclusiones válidas, debidas en buena medida a problemas tanto de índole metodológico como conceptual. Muchos de estos problemas son producto del corto tiempo que este tema ha sido estudiado sistemáticamente, ya que es a partir de 1980 con la aparición del DSM III que comienza su estudio empírico, hasta entonces reservado particularmente a un enfoque teórico de tipo psicodinámico. Si se considera que el primer trabajo sobre este tema aparece en 1983 y que se tardó algunos años en sistematizar instrumentos validos y confiables para su uso, se puede entender el por qué de tantos interrogantes aún sin responder.

Hasta el presente, las investigaciones se han centrado principalmente en la prevalencia de los desórdenes del eje II y su articulación con la bulimia y la anorexia nerviosa. En términos generales, se puede afirmar que existe una comorbilidad moderada entre los trastornos de personalidad y los desórdenes de la conducta alimentaria, siendo los desórdenes más frecuentes el trastorno borderline, histriónico, obsesivo-compulsivo, dependiente y evitativo de la personalidad. Por otro lado, se observaron asociaciones entre trastornos de personalidad específicos y los distintos tipos de desorden de la conducta alimentaria. El trastorno borderline y el trastorno histriónico suelen presentarse con mayor frecuencia en la bulimia nerviosa, en tanto que el trastorno evitativo y el obsesivo compulsivo es más característico de la anorexia nerviosa. En general, existiría una asociación entre todo el grupo C y la anorexia nerviosa. No obstante, el efecto de la relación entre trastornos de personalidad y de la conducta alimentaria en el tratamiento es aún poco clara, siendo objeto de numerosas controversias e investigaciones.

Bibliografía:

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, DC: American psychiatric Association.

Ames-Frankel, J., Devlin, M., Walsh, T., Strasser, T., Sadik, C., Oldham, J. & Roose, S. (1992). Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: clinical correlates and changes with treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 90-96.

Benedek, T. (1936). Dominant ideas and their relation to morbid cravings. *International Journal of Psychoanalysis*, 17: 40-56.

Braun, D., Sunday, R., & Halmi, K. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia and the Person Within*. New York, Basic Books, 1973.

Bulik, C., Sullivan, P., Joyce, P., & Carter, F. (1995). Temperament, character and personality disorder in bulimia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 593-598.

Carrol, J., Touyz, S. & Beumont, P. (1996). Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 159-170.

Casper, R. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia. *Psychosomatic Medicien*, 52: 156-170.

Casper, R., Hedeker, D & McClough, J. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 830-840.

Cooper, J., Morrison, T., Bigman, O., Abramowitz, S., Blunden, D., Nassi, A. & Krener, P. (1988). Bulimia and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 7,43-49

Dennis, A. & Sansone, R. (1997). Treatment of patients with personality disorders in Garner, D & Garfinkel, P. (Eds). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2nd Edition, New York, The Guildford Press.

Fahy, T. (1991). Obsessive compulsive symptoms in eating disorders. *Behavior Research and Therapy*, 29, 113-116.

Fahy, T., Eiler, I., & Russell, G. (1993). Personality disorder and treatment response in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 163, 765-770.

Feinstein, A. (1970). The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23, 455-462.

Freud, S. (1895). *Cartas a Fliess. Manuscritos. Manuscrito G: melancolía*. Ed. Fernandez Ballesteros.

Garner, D., & Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.

Garner, D., Garfinkel, P & O'Shaughnessy, M. (1985). The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 142, 581-587,

Garner, D., Olmstead, M. P., Davis, R., Rockert, W., Goldbloom, D. & Eagle, M. (1990). The association between bulimic symptoms and reported psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 1-16

Gartner, AF, Marcus, RN., Halmi K., & Loranger, AW. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.

- Gunderson, J. & Elliot, G. (1985). The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142: 277-288.
- Gwirtsman, H., Roy-Byrne, P., Yager, J. & Gerner, R. (1983). Neuroendocrine abnormalities in bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 140, 559-563.
- Herzog, D., Keller, M., Sacks, N., Yeh, C., & Lavori, P. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
- Herzog, D., Nussbaum, K & Marmor, A. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19, 843-859.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M., Sacks, N.R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.
- Janet, P. (1919). *Las obsesiones y la psicastenia*. Paris, Felix Alcan.
- Johnson, C., Tobin, D.L. & Dennis, A. (1990). Differences in treatment outcome between borderline and nonborderline bulimics at one-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 617-627.
- Kennedy, S., McVey, G. & Katz, R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of psychiatric research*, 24, 259-269.
- Levin, AP & Hyler, SE. (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 47-53.
- Millon, T. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and Beyond*. New York: Wiley
- Norman, D., Blais, M., & Herzog, D. (1993). Personality characteristics of eating-disordered patients as identified by the Millon Clinical Multiaxial Inventory, *Journal of Personality Disorders*, 7, 1-9.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P., Kennedy, S., & Broullete, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 589-599.
- Pope, H. & Hudson, J. (1989). Are eating disorders associated with borderline personality disorder? a critical review. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 1-9.
- Pope, H., Frankenburg, F. & Hudson, J. (1987). Is bulimia associated with borderline personality disorder? a controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 181-184.
- Powers, P., Coovert, D. Brightwell, D. & Stevens, B. (1988). Other psychiatric disorders among bulimic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 502-508.
- Rossiter, E. M., Agras, W. S., Telk, C.F. & Schneider, J.A. (1993). Cluster B personality disorder characteristics to predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 349-358.

Sansone, R. & Fine, M. (1992). Borderline personality as a predictor of outcome in women with eating disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 176-186.

Sansone, R., Fine, M., Seufferer, S. et al. (1989). The prevalence of borderline personality symptomatology among women with eating disorders, *Journal of Clinical Psychology*, 45, 603-610.

Schmidt, M. & Telch, M. (1990). Prevalence of personality disorders among bulimics, nonbulimic binge eater, and normal controls. *Journal of Psychopathological Behavioral Assessment*, 12, 169-185.

Selvini-Pallazoli, M. (1978). *Self-starvation*. New York, Jason Aronson.

Skodol, A., Oldham, J., Hyler, S., Kellman, H., Doidge, N., Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 403-416.

Steiger, H. & Stotland, S. (1996). Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis II comorbidity: long-term responses on eating and psychiatric symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 20 No 2, 149-161.

Steiger, H. Stotland, S., & Houle, L. (1994). Prognostic implications of "stable" versus "transient" borderline features in bulimic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 206-214.

Strober, M. (1985). Personality factors in anorexia nervosa. *Pediatrician: International Journal of Child and Adolescent Health*, 12: 134-138.

Swift, W.J. & Wonderlich, S.A. (1988). Borderline versus other personality disorders in the eating disorders clinical description. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 629-638.

Tyrer, P. Gunderson, J., Lyons, M. & Tohen, M. (1997). Special feature: extent of comorbidity between mental state and personality disorders, *Journal of Personality Disorders*, 11, 242-259.

Van Strien, D., van der Ham, T., & van Engeland, H. (1992). Drop-out characteristics in a follow-up study of 90 eating-disordered patients. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 341-343.

Vandereycken, W. & Pierloot, R. (1983). Long-term outcome research in anorexia nervosa. The problem of patient selection and follow-up duration. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 237-242.

Vitousek, K & Ewald, L. (1993). Self-representation in eating disorders: a cognitive perspective. In Segal, Z & Blatt (Eds), *The self in emotional distress: cognitive and psychodynamic perspectives* (pp.221-257). New York: Guilford Press.

Vitousek, K. & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.

Waller, G. (1997). Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behavior therapy for bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 35-41.

Waller, J.V., Kaufman, M.R. & Deutsch, F. (1940). Anorexia nervosa: psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*, 2, 3-16.

Widiger, T & Frances, A. (1989). Epidemiology, diagnosis and comorbidity of borderline personality disorders, in *American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 8*. Tasman, A; Hales, J, Frances, A (Eds). Washington, DC, American Psychiatric Press, pp-8-24.

Widiger, T. (1989). The categorical distinction between personality and affective disorders, *Journal of Personality Disorders*, 3, 77-91.

Wonderlich, S. & Mitchell, J. (1992). Eating disorders and personality disorders in Yager, J, Gwirtsman, H.& Edelstein, C (Eds), *Special Problems in Managing Eating Disorders*. American Psychiatric Press.

Wonderlich, S., & Mitchell, J. (1992). The comorbidity of personality disorders in the eating disorders. In J. Yager (Ed.), *Special problems in managing eating disorders* (pp. 51-86). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

Wonderlich, S.A., Fullerton, D., Swift, W.J. & Klein, M.H. (1994). Five-year outcome from eating disorders: relevance of personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 233-244.

Wonderlich, S.A., Swift, W.J., Slotnick, H.B. & Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-616.

Yager, J. Landsverk, J., Edelstein, C. & Hyler, S. (1989). Screening for axis II personality disorders. *Psychosomatics*, 30, 255-262.

Yates, W., Sieleni, B., Reich, J., & Brass, C. (1989). Comorbidity of bulimia nervosa and personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 57-59.

Zanarini, M., Frankenburg, F., Pope, H. (1990). *Axis II comorbidity of normal- weight bulimia*. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 20-24.

Anexo:

Tabla 1: Estudios sobre prevalencia de trastornos de personalidad (TP) en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

Autores	Año	N	Tipo de muestra	Metodo de evaluación de TP	Espectro de TP	Espectro de TCA	Tasa de prevalencia TP	Tasa de prevalencia TP Borderline
Gwirtsman, Roy-Byrne, Yager & Gerner	1983	18	Pacientes internos y externos	Clinico	Todos los DSM-III	Bulimia	56%	44%
Levin & Hyler	1986	24	Pacientes internos y externos	PDQ y Clínico	Todos los DSM-III	Bulimia	63%	25%
Pope, Frankenburg, Hudson, Jonas & Yurgelun-Todd	1987	52	Pacientes externos y voluntarios	DIB	Borderline	Bulimia	-	2%
Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy & Brouillette	1988	68	Pacientes internos	DIB y clínico	Todos los DSM-III	AN-Restr. AN-Purg. Bulimia	93% 86.7% 97.7%	7-55%
Powers, Coovert, Brightwell, & Stevens	1988	30	voluntarios	SCID-II	Todos los DSM-III-R	Bulimia	77%	23%
Cooper, Morrison, Bigman, Abramowitz, Blunden, Nassi & Krener	1988	41	Pacientes externos	Clinico	Borderline	Bulimia	-	24%
Gartner, Marcus, Halmi & Loranger	1989	35	Pacientes internos	PDE	Todos los DSM-III-R	AN-Restr. AN-Purg. Bulimia	33% 61.9% 62.5%	34%
Yager, Landsverk, Edelstein & Hyler	1989	300	voluntarios	PQD	Todos los DSM-III	Bulimia	75%	47%
Sansone, Fine, Seuferer & Bovenzi	1989	28	Pacientes internos y externos	DIB, MCMI, BSI	Borderline	Todos	-	39%

Trastornos de personalidad en pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria

Autores	Año	N	Tipo de muestra	Metodo de evaluación de TP	Espectro de TP	Espectro de TCA	Tasa de prevalencia TP	Tasa de prevalencia TP Borderline
Johnson, Tobin & Enright	1989	94	Pacientes externos	BSI	Borderline	Todos	-	46%
Yates, Sieleni, Reich & Brass	1989	30	voluntarios	PDQ	Todos los DSM-III	Bulimia	53%	13%
Kennedy, McVey & Katz	1990	44	Pacientes internos	MCMI, BSI	Todos los DSM-III	Todos	93%	79%
Wonderlich, Swift, Slotnick & Goodman	1990	46	Pacientes internos y externos	SCID-II	Todos los DSM-III-R	AN-Restr. AN-Purg. Bulimia	80% 70% 69%	24%
Schmidt & Telch	1990	23	Estudiantes universitarios	PDE	Todos los DSM-III-R	Bulimia	61%	35%
Zanarini, Frnkenburg, Pope, Hudson, Yurgelum-Todd & Cichetti	1990	52	Pacientes externos y voluntarios	DIPD	Todos los DSM-III	Bulimia	48%	35%
Herzog, Keller, Lavori, Kenny & Sacks	1992	210	Pacientes externos	SIDP	Todos los DSM-III	AN-Restr. AN-Purg. Bulimia	23% 35% 21%	9%
Ames-Frankel, Devlin, Walsh, Strasser, Sadik, Oldham & Roose	1992	83	Pacientes internos y externos	PDE	Todos los DSM-III-R	Bulimia	33%	23%
Rossiter, Agras, Telch & Schneider	1993	71	Pacientes externos	PDE	Todos los DSM-III-R	Bulimia	43%	21.4%
Norman, Blais & Herzog	1993	87	Pacientes externos	MCMI	Todos los DSM-III	AN-Restr. AN-Purg. Bulimia	77.8% 92.7% 77.8%	25%
Braun, Sunday & Halmi	1994	105	Pacientes internos	SCID II	Todos los DSM-III-R	AN-Restr. AN-Purg. Bulimia	88% 63.6% 74.2%	19.5%

Autores	Año	N	Tipo de muestra	Metodo de evaluación de TP	Espectro de TP	Espectro de TCA	Tasa de prevalencia TP	Tasa de prevalencia TP Borderline
Bulik, Sullivan, Joyce & Carter	1995	76	Pacientes externos	SCID II	Todos los DSM-III-R	Bulimia	63%	37%
Carrol, Touyz & Beumont	1996	30	Pacientes externos	PDE	Todos los DSM-III-R	Bulimia	46.7%	20%
Steiger, & Stotland	1996	61	Pacientes externos	SCID II	Todos los DSM-III-R	Bulimia	72.13%	22.9%