

# COMORBILIDAD DE LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA CON LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Enrique Echeburúa<sup>1</sup> e Izaskun Marañón  
*Universidad del País Vasco (España)*

## Resumen

En este artículo se presenta una revisión sobre el estado actual de la comorbilidad entre las alteraciones de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad. Los trastornos de personalidad ensombrecen el pronóstico terapéutico de la anorexia y de la bulimia nerviosa. Los trastornos de personalidad del grupo C, especialmente el obsesivo, el evitador y el dependiente, son los más frecuentes en la anorexia. Por el contrario, en la bulimia, la multi-impulsividad y el trastorno límite son los cuadros clínicos más significativos. Por último, se comentan las implicaciones de estos estudios para el avance en la investigación.

**PALABRAS CLAVE:** *Trastornos de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, comorbilidad.*

## Abstract

The aim of this paper was to review the current knowledge about comorbidity between personality disorders and eating disorders. Personality disorders implicate a poor prognosis in anorexia and bulimia nervosa. Cluster C personality disorders, particularly obsessive, avoidant and dependent personality disorders, are the most relevant in anorexia. However, in bulimia, an impulsive temperament and borderline personality seem to be the most significant psychopathological features. Finally, implications for further research in this field are commented upon.

**KEY WORDS:** *Personality disorders, eating disorders, comorbidity.*

## Introducción

La comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad ha comenzado a estudiarse recientemente, sobre todo a partir de la inclusión de estos últimos en el eje II del *DSM* y de desarrollo específico para su valoración de entrevistas estructuradas, como el IPDE (Loranger, 1995) o el SCID-11 (Spitzer, Williams y Gibbon, 1987), y de pruebas de autoinforme, como el MCM-11 (Millon, 1997) (Matsunaga, Kiriike, Nagata y Yamagami, 1998).

La estética de la belleza-delgadez-juventud (la sociedad sataniza hoy como nunca la obesidad y el envejecimiento) se ha impuesto en la moda como un factor

---

<sup>1</sup> Correspondencia: Enrique Echeburúa, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, Avda. de Tolosa, 70, 20018 San Sebastián (España). Correo electrónico: [ptpodece@ss.ehu.es](mailto:ptpodece@ss.ehu.es)

asociado al atractivo y al éxito. No es de extrañar, por ello, que las alteraciones de la conducta alimentaria se hayan convertido en un problema en ascenso, sobre todo entre las chicas adolescentes y jóvenes. Las tasas de prevalencia de estos cuadros clínicos oscilan del 0,2% al 0,8% de la población general. Pero en las chicas jóvenes estas tasas son más altas: del 1% al 2%, en el caso de la anorexia nerviosa, o del 2% al 3%, en el caso de la bulimia (Chinchilla, 1995; Toro, 1996; De la Puente y Gómez, 1998). Asimismo estos trastornos son diez veces más frecuentes en mujeres que en hombres (Carlat y Camargo, 1991; Hoek, 1993).

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por las graves alteraciones que presentan estas pacientes en lo que a sus pautas de alimentación se refiere. En concreto, la principal característica de la anorexia nerviosa es el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales ( $IMC^2 > 17,5$ , según el criterio de la Organización Mundial de la Salud) y se puede manifestar en forma de dietas drásticas y de ejercicio físico excesivo (*anorexia restrictiva*) o en forma de atracones y conductas de purga inadecuadas (*anorexia compulsiva/purgativa*). A su vez, la bulimia se caracteriza por constantes atracones y el uso de métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, como los vómitos o el uso inadecuado de laxantes y diuréticos (*bulimia purgativa*) o, en otros casos, el ayuno y la práctica de ejercicio excesivo (*bulimia no purgativa*). Por último, hay otras alteraciones de la conducta alimentaria no especificadas, como la sobreingesta compulsiva o ciertos tipos de obesidad mórbida.

Por otra parte, los trastornos de personalidad se corresponden con pautas de conducta inflexibles y no adaptativas, denotan problemas en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento efectivas ante las dificultades cotidianas, generan conflictos interpersonales y conducen a limitaciones graves (sociales y laborales) en la vida cotidiana, así como a un aumento en el malestar subjetivo. A diferencia de los trastornos mentales, son estables temporalmente y reflejan alteraciones globales de la persona (Echeburúa y Corral, 1999; Sarason y Sarason, 1996; Vázquez, Ring y Avia, 1990).

Según el *DSM-IV* (APA, 1994), hay diez trastornos de personalidad, agrupados en tres grandes tipos (Kaplan, Sadock y Grebb, 1996) (véase Tablas 1, 2 y 3).

La indefinición de estos trastornos, la falta de homogeneidad de las poblaciones estudiadas y la ausencia hasta la fecha de unos instrumentos de evaluación adecuados explican la ausencia de datos epidemiológicos fiables (Echeburúa y Corral, 1999). La frecuencia es, sin embargo, alta. Las personas aquejadas de este tipo de trastornos pueden suponer el 6-12% de la población general y el 20-40% de los pacientes vistos en la práctica psiquiátrica ambulatoria, con un ligero predominio de mujeres. Los trastornos específicos con una mayor tasa de prevalencia son el límite, el de dependencia, el de evitación (estos tres primeros, más en mujeres) y el esquizotípico (este último, más en hombres). (Echeburúa y Corral, 1999) (Tabla 4).

---

<sup>2</sup> IMC = índice de masa corporal.

**Tabla 1**  
**DSMIV Grupo A: sujetos raros y excéntricos**  
 (Valdés, 1998, modificado)

<b>Diagnóstico</b>	<b>Características esenciales</b>	<b>Factores comunes</b>
Trastorno paranoide	Desconfianza excesiva e injustificada. Susplicacia. Hipersensibilidad. Restricción afectiva	INDEPENDIENTES
Trastorno esquizoide	Dificultad para las relaciones sociales. Ausencia de sentimientos cálidos. Indiferencia a la valoración y a los Sentimientos ajenos.	INTROVERTIDOS MAL SOCIALIZADOS
Trastorno esquizotípico	Anormalidades de la percepción, del pensamiento, del lenguaje y de la conducta, sin reunir los criterios de la esquizofrenia	INESTABLES EMOCIONALMENTE

**Tabla 2**  
**DSMIV Grupo B., Sujetos inmaduros**  
 (Valdés, 1998, modificado)

<b>Diagnóstico</b>	<b>Características esenciales</b>	<b>Factores comunes</b>
Trastorno histriónico	Conducta reactiva, expresada intensamente y con teatralidad. Egocentrismo y manipulación.	DEPENDIENTES EXTROVERTIDOS MAL SOCIALIZADOS INESTABLES EMOCIONALMENTE
Trastorno narcisista	Sentimiento de grandiosidad. Fantasías de éxito. Necesidad exhibicionista de admiración. Explotación de los demás.	
Trastorno antisocial	Conducta antisocial continua y crónica. Agresividad. Inicio antes de los 15 años y persistencia en la vida adulta.	
Trastorno limite	Inestabilidad en el estado de ánimo, en la identidad, en la autoimagen y en la conducta interpersonal.	

**Tabla 3**  
**DSMIV: Grupo C. Sujetos temerosos**  
(Valdés, 1998, modificado)

<b>Diagnóstico</b>	<b>Características esenciales</b>	<b>Factores comunes</b>
Trastorno por evitación	Hipersensibilidad al rechazo y a la humillación. Retraimiento social no deseado. Baja autoestima.	DEPENDIENTES  INTROVERTIDOS  MAL SOCIALIZADOS  INESTABLES EMOCIONALMENTE
Trastorno por dependencia	Dejación a los demás de las decisiones y responsabilidades. Pasividad y dependencia de los demás. Falta de confianza en uno mismo.	
Trastorno obsesivo-compulsivo	Perfeccionismo. Rigidez. Indecisión. Excesiva dedicación al trabajo, Dificultad para expresar emociones.	

**Tabla 4**  
**Tasas de prevalencia en función del tipo de trastorno de la personalidad**  
(Echeburúa y Corral, 1999)

<b>Tipología</b>	<b>Trastornos de personalidad</b>	<b>Población normal</b>	<b>Muestras clínicas</b>
<b>A</b> <b>Raros y excéntricos</b>	T. paranoide	0,5%-2,5%	10%-30%
	T. esquizoide	0,5%-4,5%	1,4%-16%
	T. esquizotípico	3%-5%	2%-20%
<b>B</b> <b>Inmaduros</b>	T. histriónico	2%-3%	2%-15%
	T. narcisista	<1 %	2%-16%
	T. antisocial	1%-3%	3%-30%
	T. límite	2%-3%	10%-40%
<b>C</b> <b>Temerosos</b>	T. por evitación	0,5%-1%	10%
	T. por dependencia	15%	2%-22%
	T. obsesivo-compulsivo	1 %	3%-10%

La frecuente comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los trastornos mentales del eje I puede darse porque la alteración de la personalidad actúa como un factor predisponente del trastorno mental, porque la alteración de la personalidad es una secuela residual del trastorno mental o, finalmente, porque cursan de forma independiente (Medina y Moreno, 1998). En cualquier caso, las alteraciones de personalidad aparecen frecuentemente asociadas a problemas de

conducta que tienen mucha importancia en la clínica diaria (Dowson y Grounds, 1995).

De este modo, la presencia de un trastorno de la personalidad junto a una alteración de la conducta alimentaria complica el cuadro clínico. En concreto, hace más difícil la detección temprana del problema, dificulta el tratamiento y ensombrece el pronóstico terapéutico (Díaz, Carrasco; Prieto y Saiz, 1999).

El objetivo de este trabajo es revisar la comorbilidad de los trastornos de personalidad con las alteraciones de la conducta alimentaria, así como precisar el tipo de trastorno existente en función de la alteración y señalar las implicaciones clínicas existentes.

### **Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con otros trastornos del eje I**

Según el estudio de Grilo, Levy, Becker, Edell y Mcglahan (1996) -uno de los pocos llevados a cabo con un grupo de control de, la población general-, el 97% de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria cumplía criterios para, al menos, un diagnóstico adicional del eje I del *DSM-IV*. Las categorías diagnósticas más frecuentes, como también aparece en otros estudios (Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan y Woodside, 1995; Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens, 1995), fueron los trastornos del estado de ánimo, el consumo de sustancias adictivas, los problemas de ansiedad y la fobia social, así como las disfunciones sexuales (deseo sexual inhibido y anorgasmia, especialmente).

La relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y las alteraciones del estado de ánimo tiene diversas direcciones. A veces, la depresión es una consecuencia de la inanición y del aislamiento social presentes en la anorexia (depresión secundaria). Otras veces, sin embargo, la depresión puede ser primaria. Así, por ejemplo, según el estudio de Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy, y Brouillette, (1988), en un 44% de las 18 pacientes diagnosticadas de depresión mayor el inicio de la depresión se dio al menos un año antes de iniciarse la alteración de la conducta alimentaria; en el 22% uno y otro trastorno comenzaron a la vez; y, por último, en el 34% restante la sintomatología depresiva fue posterior al trastorno de la conducta alimentaria. En cualquier caso, la relación entre anorexia y depresión es muy estrecha. De hecho, no es infrecuente incluso que anoréxicas recuperadas mantengan niveles altos de depresión (Toro y Vilardell, 1989).

En muchos estudios se ha encontrado una tasa de comorbilidad relativamente alta (del 11 % al 37%) entre las alteraciones de la conducta alimentaria y el trastorno obsesivo-compulsivo (Laessle, Wittchen, Fitcher y Pirke, 1989; Thiel, Broocks, Ohlmeier, Jacoby y Schuessler, 1995; Toro y Vilardell, 1989). En general, la comorbilidad con este último cuadro clínico aparece más en la anorexia que en la bulimia. Un dato de interés, según el estudio de Thornton y Russell (1997), es que, en el 86% de la muestra, el trastorno obsesivo-compulsivo es anterior a la

aparición de la anorexia. Por ello, en algunas pacientes tratadas con éxito del trastorno obsesivo-compulsivo la anorexia puede remitir sin un tratamiento específico (Toro y Vilardell, 1989).

En relación con el subtipo de anorexia, hay una comorbilidad mayor de la anorexia restrictiva con el trastorno obsesivo-compulsivo y de la anorexia purgativa con la depresión mayor (Halmi *et al.* 1991).

A su vez, las pacientes bulímicas con comorbilidad con otros cuadros clínicos presentan frecuentemente antecedentes familiares psicopatológicos diversos (depresión, abuso de alcohol, trastornos emocionales, etc.) (Garfinkel *et al.* 1995).

### **Comorbilidad general de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad**

En algunos casos se han estudiado, de forma principal, las alteraciones de la conducta alimentaria y, de forma complementaria, los trastornos de personalidad presentes en ellos. En otros, por el contrario, se han analizado los trastornos de personalidad y se ha visto la comorbilidad existente con los trastornos del eje I del *DSM-IV*.

#### *a) Alteraciones de la conducta alimentaria y trastornos de personalidad*

En general, la personalidad de las anoréxicas ha sido descrita como obsesiva, introvertida, socialmente insegura y dependiente; por el contrario, las bulímicas tienden a ser más multi-impulsivas y con escasa capacidad de autocontrol. Asimismo las anoréxicas y bulímicas afectadas por un trastorno de la personalidad presentan una mayor frecuencia de atracones, vómitos y síntomas ansioso-depresivos, así como mayores dificultades de integración social e intentos de suicidio (Gartner, Marcus, Halmi y Loranger, 1989; Wonderlich, Swift, Slotnick, y Goodman, 1990; Braun, Sunday, y Halmi, 1994; Steiger y Stotland, 1996; Matsunaga *et al.*, 1998).

A pesar de la alta tasa de comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad, que puede oscilar del 51% al 84% de los casos, el interés por la investigación de este tema es reciente (*cf.* Dolan, Evans y Norton, 1994; Garner y Myerholtz, 1998; Grilo *et al.* 1996; Matsunaga *et al.*, 1998)

El primer estudio de referencia es el llevado a cabo por Gartner *et al.* (1989). La muestra estaba compuesta por 35 pacientes hospitalizadas diagnosticadas de anorexia (6), bulimia (8) o de anorexia y bulimia (21). Los principales resultados obtenidos fueron que el 57% de la muestra tenía uno o, lo que era relativamente común, más trastornos de personalidad, que los más frecuentes eran el límite, el evitador y el autodestructivo y que se repartían indistintamente entre los diversos tipos de trastornos alimentarios.

Una investigación más matizada es la llevada a cabo por Wonderlich *et al.* (1990) con 46 pacientes afectadas por diferentes alteraciones de la conducta alimentaria. En conjunto, el 72% de la muestra cumplía criterios diagnósticos para, al menos, un trastorno de personalidad. En concreto, la personalidad obsesiva era más característica de la anorexia restrictiva; la límite y la histriónica, de la bulimia.

En un trabajo de Grilo *et al.* (1996) con 136 pacientes hospitalizadas diagnosticadas de diversas alteraciones de la conducta alimentaria, el 84% tenían uno o más trastornos de personalidad. Entre éstos, los más frecuentes fueron el límite, el evitador y el dependiente.

Según el estudio de Matsunaga *et al.* (1998), con 108 pacientes con diferentes trastornos de la conducta alimentaria, el 51 % de la muestra estaba aquejada de trastornos de personalidad, especialmente de los grupos B (límite y antisocial, en el caso de la bulimia) y C (sin un predominio claro de uno u otro, en el caso de la anorexia y de la bulimia).

En el último estudio de Matsunaga, Kaye, McConaha, Plotnicov, Pollice y Rao (2000), centrado en este caso en pacientes recuperadas de una alteración de la conducta alimentaria con un año sin síntomas, el 26% de una muestra de 54 pacientes cumplían criterios para el diagnóstico de, al menos, un trastorno de la personalidad. Este porcentaje es inferior al encontrado en otros trabajos con pacientes anoréxicas y bulímicas aún en tratamiento. Los trastornos de personalidad eran muy variables, pero predominaban los del grupo C (obsesivo, dependiente y evitador) y B (límite), por este orden.

Otras investigaciones se han centrado en la comorbilidad en función del sexo. Así, según el trabajo de Striegel-Moore, Garvin, Dohm y Rosenheck (1999) con una muestra de 161 ex combatientes (98 hombres y 63 mujeres) aquejados de alteraciones de la conducta alimentaria, un 49% de las mujeres y un 18% de los hombres presentaban algún trastorno de personalidad, por lo que esta comorbilidad era bastante más frecuente en mujeres que en hombres. Sin embargo, al ser la edad media de la muestra (hombres: 53,5 años; mujeres: 35,3 años) superior a la habitual en la clínica, estos datos no se pueden generalizar.

En general, cuando los pacientes están hospitalizados, las tasas de comorbilidad son más altas- oscilan del 69% al 74% del total - que en el caso de las pacientes tratadas ambulatoriamente (Wonderlich *et al.* 1990; Braun *et al.* 1994; Kennedy, Katz, Rockert, Mendlowitz, Ralevski y Clewes, 1995).

#### *b) Trastornos de personalidad y alteraciones de la conducta alimentaria*

Cuando los estudios se centran en los trastornos de personalidad y a partir de éstos, en la comorbilidad con los trastornos del eje I, las alteraciones de la conducta alimentaria correlacionan especialmente con los trastornos de personalidad del grupo B (Modestin, Oberson y Erni, 1997).

Más en concreto, el trastorno límite de la personalidad presenta una mayor tasa de comorbilidad con la bulimia, que puede oscilar del 2% al 47% de los casos, que

con el resto de la patología del eje I (Wonderlich, 1990). Esta amplitud de rango está relacionada con los problemas metodológicos de los estudios (por ejemplo, diagnósticos poco precisos y ausencia de grupos de control) y, sobre todo, con el solapamiento de algunos criterios diagnósticos que resultan comunes al trastorno límite (por ejemplo, el criterio 4: atracones, que son resultado de la impulsividad) y la bulimia. Por ese solapamiento en los criterios, hay un riesgo de sobrediagnóstico del trastorno de personalidad límite en los sujetos con bulimia. De hecho, suele haber un descenso de la tasa del trastorno de personalidad límite después de un tratamiento de corta duración, enfocado en los síntomas, de la bulimia.

La comorbilidad del trastorno límite de la personalidad puede estar mediada por el sexo de los pacientes. En concreto, la impulsividad característica de este trastorno se expresa en los hombres en forma de abuso de alcohol o drogas (hombres: 81,9%; mujeres: 59,1 %) y en las mujeres en forma de atracones o de problemas alimentarios no especificados (hombres: 10,8%; mujeres: 30,4%) (Zanarini, Frankenburg, Dubo, Sickel, Trikha, Levin, Reynolds, 1998).

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

### **Comorbilidad específica de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad**

En este apartado se analiza específicamente la comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria más prevalentes (como la anorexia y la bulimia), así como otros menos estudiados pero de gran significación clínica (como la obesidad mórbida y la sobreingesta compulsiva), con los trastornos de personalidad.

#### *a) Anorexia*

Aunque hay quien sugiere que los trastornos de personalidad son relativamente poco frecuentes en la anorexia (Herzog, Keller, Sacks, Yeh, y Lavori, 1992; Pope y Hudson, 1989), lo habitual es encontrar una comorbilidad relativamente elevada entre uno y otro tipo de cuadros clínicos.

Como las alteraciones de la personalidad no son uniformes en los trastornos de la conducta alimentaria, su presencia sugiere la necesidad de fijar subtipos significativos, que pueden ser relevantes a la hora de planificar el tratamiento y de establecer el pronóstico.

En concreto, la mayor comorbilidad de la anorexia restrictiva se da con los trastornos de personalidad del grupo C, sobre todo con la personalidad obsesiva y evitadora (entre un 25% y un 35% de los casos) (Gartner *et al.*, 1989; Gillberg Rastam y Gillberg, 1995; Thornton y Russell, 1997). Por el contrario, el 40% de las anoréxicas purgativas presentan una comorbilidad con la personalidad límite (Piran *et al.*, 1988; Fahy y Eisler, 1993; Garner, y Sackeyfio, 1993). De hecho, en estos casos aparecen problemas relacionados con el control de los impulsos, como automutilaciones, intentos de suicidio, robos, etc.

En las pacientes anoréxicas tratadas con éxito se diagnostica una menor comorbilidad. Así, según el estudio ya citado de Matsunaga *et al.* (2000), sólo el 20% de las pacientes recuperadas de una anorexia nerviosa cumplía criterios para el diagnóstico de, al menos, un trastorno de la personalidad.

#### *b) Bulimia*

Según Bulik, Sullivan, Joyce, y Carter (1995) y Lenin y Hyler (1986), el 63% de los pacientes bulímicos cuentan con algún trastorno de personalidad, sobre todo el límite, así como también algún otro del grupo C (evitador, obsesivo o dependiente) o del grupo A (paranoide, esquizoide o esquizotípico). En un estudio de revisión (Dolan *et al.* 1994) se ha señalado la existencia de una tasa de comorbilidad del 24% al 44% de la bulimia con la personalidad límite.

La comorbilidad de la bulimia varía también con el sexo. Así, en los hombres bulímicos hay una mayor tasa de homosexualidad y aparecen con más frecuencia rasgos de perfeccionismo y de susceptibilidad (Herzog, Norman, Gordon, Chevron; 1984; Schneider y Agras, 1987); en las mujeres bulímicas, por el contrario, predomina fundamentalmente una preocupación por el peso e incluso una obsesión por la delgadez (Joiner, Katz y Heatherton 2000).

Tal como ocurre en las anoréxicas, en las pacientes bulímicas tratadas con éxito se diagnostica una menor comorbilidad. Así, según el estudio ya citado de Matsunaga *et al.* (2000), el 21 % de las pacientes recuperadas de una bulimia cumplía criterios para el diagnóstico de, al menos, un trastorno de la personalidad.

#### *c) Otros trastornos (obesidad mórbida y sobreingesta compulsiva)*

La obesidad mórbida ha sido objeto de estudio desde esta perspectiva. Según Black, Goldstein y Mason (1992), el 72% de los sujetos afectados presentan también trastornos de personalidad (el 50%, más de uno). Por lo que se refiere al tipo de alteraciones concretas, en general hay una cierta relación entre las características conductuales de la personalidad límite (impulsividad, conductas autodestructivas, etc.) y la obesidad mórbida, al menos en mujeres (Sansone, Sansone y Morris, 1996).

En otros estudios, sin embargo, los datos son más variables. Así, los trastornos presentados por la muestra de obesos del estudio de Black *et al.* (1992) son

diversos -histriónico, límite, pasivo-agresivo-, sin que haya un predominio claro de unos sobre otros. Por el contrario, en el estudio de Grana, Coolidge y Merwin (1989) con obesos mórbidos las personalidades más prevalentes son otras, pero con pocas diferencias entre ellas: evitadora, antisocial y obsesiva.

En conclusión, la tasa de prevalencia de los trastornos de personalidad en sujetos obesos es muy alta, pero variable en función de la metodología y del tipo de muestra utilizados en los diversos estudios. Sin embargo, no se puede establecer una asociación clara entre el tipo específico de trastorno y la obesidad mórbida.

La cosa está mucho más clara, sin embargo, cuando hay una asociación entre la obesidad mórbida y la sobreingesta compulsiva. Según Yanovski, Nelson, Dubbert y Spitzer (1993), los trastornos de personalidad aparecen en un 16% de la muestra de obesos, pero esta cifra asciende hasta un 35% en la de obesos con atracones. En este último caso las alteraciones de personalidad más frecuentemente implicadas son la límite (14%) y la evitadora (9%)

### **Conclusiones**

Los datos reseñados en los diferentes estudios son muy discordantes. Las discordancias obtenidas responden a razones diversas: el tipo de muestras utilizado (pacientes ambulatorias u hospitalizadas); el sexo y la edad de los pacientes; el grado de evolución del trastorno (en un período agudo, en una situación cronicada o en fase de remisión); y las diferencias entre los criterios diagnósticos utilizados. Una limitación metodológica importante es la ausencia de grupos de control clínicos (pacientes con trastornos mentales distintos de la anorexia o bulimia) y normativos (sujetos de la población normal). Todo ello impone una cierta cautela en las conclusiones obtenidas.

En general, la comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria, sobre todo cuando vienen acompañadas de depresión o de consumo abusivo de alcohol o drogas, con los trastornos de personalidad es muy alta: puede oscilar del 20% al 80% de los casos. En los casos de comorbilidad, el tratamiento es más complejo y el pronóstico más sombrío porque el trastorno es más duradero, la disfunción familiar es mayor, hay más intentos de suicidio y son más frecuentes las conductas purgativas.

En la anorexia la comorbilidad más frecuente es con alguno de los trastornos del grupo C (evitador, dependiente y obsesivo) y, en menor medida, con el trastorno límite, especialmente en el caso de las anorexias con conductas purgativas. A su vez, en la bulimia lo más llamativo es la comorbilidad simultánea con varios trastornos de personalidad, de los que los más frecuentes son los del grupo B (límite e histriónico) y en menor medida, del grupo C (evitador y obsesivo).

Cuando hay una comorbilidad entre un trastorno de la conducta alimentaria y un trastorno de la personalidad, suelen aparecer además otros síntomas psicopatológicos como depresión, ansiedad (Gartner *et al.* 1989; Matsunaga *et al.* 1998).

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

## Referencias

- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, D.C: APA.
- Black, D.W., Goldstein, R.B. y Mason, E.E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 227-234.
- Braun, D.L., Sunday, S.R. y Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, *24*, 859-867.
- Bulik, C., Sullivan, P., Joyce, P. y Carter, F. (1995). Temperament character, and, personality disorder in bulimia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *183*, 593-598.
- Carlat, D.J. y Camargo, C.A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 831-843.
- Chinchilla, A. (1995). *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson.
- Claridge, G., Davis, C., Bellhouse, M. y Simone, K. (1998). Borderline personality, nightmares, and adverse life events in the risk for eating disorders. *Personality and Individual Differences*, *25*, 339-351.
- Coovert, D.L., Kinder, B.N. y Thompson, J.K. (1989). The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, *9*, 169-180.
- De la Puente, M.L. y Gómez, M.A. (1998). Anorexia y bulimia. En M.A. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson.
- Díaz, M., Carrasco, J.L., Prieto, R. y Saiz, J. (1999). El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *27*, 43-50.
- Dolan, B., Evans, C. y Norton, K. (1994). Disordered eating behavior and altitudes in female and male patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *8*, 17-27.
- Dowson, J.H. y Grounds, A.T (1995). *Personality disorders. Recognition and clinical management*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento, cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, *25*, 585-614.
- Fahy, T y Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, *162*, 193-197.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. y Woodside, D.B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian

- community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
- Garner, D.M. y Sackeyfio, A.H. (1993). Eating disorders. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting*. Nueva York: Plenum.
- Garner, D.M. y Myerholtz, L.E. (1998). Eating disorders. En A.S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Comprehensive clinical psychology*. Oxford: Pergamon.
- Gartner A.F., Marcus, R.N., Halmi, K. y Loranger, A.W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.
- Gillberg, G. Rastam, M. y Gillberg, C. (1995). Anorexia nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 61-69.
- Grana, A.S., Coolidge, FL., Merwin, M.M. (1989). Personality profiles of the morbidly obese. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 762-765.
- Grilo, C.M., Levy, K.N., Becker, D.F, Edell. W.S. y McGlashan, T.H. (1996). Comorbidity of DSM-111-R Axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatric Services*, 47, 426-429.
- Halmi, K.A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. y Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.
- Herzog, D.B., Norman, D.K., Gordon, C. y Chevron, E.S. (1984): Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *American Journal of Psychiatry*, 141, 989-990.
- Herzog D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R., Yeh, C.J. y Lavori, P.W. (1992). Psychiatric morbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
- Hoek, H.W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61-74.
- Joiner, E.T, Katz, J. y Heatherton, T.F. (2000). Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 191-197.
- Johnson, C., Tobin, D. y Enright, A. (1989). Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in an eating-disordered population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 9-15.
- Kaplan, H.I. Sadock, B.J. y Grebb, J.A. (1996). *Sinopsis de psiquiatría*, 7ª edición: Madrid: Panamericana.
- Kennedy, S.H., Katz, R., Rockert, W., Mendlowitz, S. Ralevski, E. y Clewes, J. (1995). Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a comparison of self-report and structured interview methods. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 358-364.
- Laessle; R.G., Wittchen, H.L.I., Fitchter, M.M. y Pirke, K.M. (1989). The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: Lifetime frequency of psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 569-574.
- Levin, A.P. y Hyler S.E. (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 47-53.
- Loranger, A.W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Matsunaga, H., Kaye, W.H., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C. y Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 353-357.

- Matsunaga, H., Kiriiike, N., Nagata, T. y Yamagami, S. (1998). Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 399-408.
- Medina, A. y Moreno, M.J. (1998). *Los trastornos de la personalidad. Un estudio médico-filosófico*. Córdoba: Nanuk.
- Millon, T (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*. Minneapolis. National Computer Systems.
- Modestin, J., Oberson, B. y Erni, T (1997). Possible correlates of DSM-III-R personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 424-430.
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P.E. y Owens, M. (1995), Affective disturbance in eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 395-400.
- Piran, N., Lerner, P, Garfinkel, P.E., Kennedy, S.H. y Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexia patients. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 589-599.
- Pope, H.G. y Hudson, J.I. (1980). Are eating disorders associated with borderline personality disorder? A critical review. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 1-9.
- Sansone, R.A., Sansone, L.A. y Morris, D.W. (1996). Prevalence of borderline personality symptoms in two groups of obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 153, 117-118.
- Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (1996). *Psicología anormal*. México: Prentice-Hall.
- Schneider, J.A. & Agras, W:S. (1987). Bulimia in males; a matched comparison with females. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 235-242.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B. y Gibbon, M. (1987). *The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders*. New York: Biometric Research, New York State Psychiatric Institute.
- Steiger, H. y 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, 149-161.
- Striegel-Moore, R.H., Garvin, V, Dohm, F.A. y Rosenheck, R.A. (1999). Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: a national study of hospitalized veterans. *International Journal of Eating Disorders* 25, 399-404.
- Striegel-Moore, R.H., Garvin, V, Dohm, F.A. y Rosenheck, R.A. (1999). Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: detection rates and psychiatric comorbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 405-414.
- Thiel, A., Broocks, A., Ohlmeier, M., Jacoby G.E. y Schuessler, G. (1995). Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 72-75.
- Thornton, C. y Russell, J. (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 83-87.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1989). *Anorexia nerviosa*. Barcelona. Martínez Roca.
- Valdés, M. (1998). Trastornos de personalidad. En J. Vallejo (dir.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 4ª edición. Barcelona: Masson.
- Vázquez, C., Ring, J. y Avia, M.D. (1990). Trastornos de la personalidad. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (dirs.), *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid: Interamericana-McGraw Hill.

**Echeburúa, E, y Marañón, I.:** Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad

- Wonderlich, S.A., Swift, W.J., Slotnick, H.B. y Goodman,, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-616.
- Wonderlich, S.A. (1995). Personality and eating disorders. In K.D. Brownell y C.G. Fairburn (dirs.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Nueva York: Guilford.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Ginebra: Autor.
- Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K. y Spitzer, R.L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.
- Zanarini, M.C., Frankeburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. y Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.