

# Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

## *Mexican Journal of Eating Disorders*

<http://journals.iztacala.unam.mx/>

### ARTÍCULO ORIGINAL

## Personality in patients with eating disorders depending on the presence/absence of comorbidity with borderline personality disorder

### *Personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad*

Rosa M. Molina-Ruiz<sup>a</sup>, Íñigo Alberdi-Páramo<sup>b</sup>, María de Castro Oller<sup>a</sup>,  
Noelia Gutiérrez Fernández<sup>b</sup>, José Luis Carrasco Perera<sup>b</sup>, Marina Díaz-Marsá<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup> Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid, España

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 3 de Julio de 2017

Revisado: 30 de Agosto de 2017

Aceptado: 20 de Mayo de 2018

Título breve: Eating disorders and borderline personality disorder

Autor de correspondencia: [ialberdi.1@alumni.unav.es](mailto:ialberdi.1@alumni.unav.es) (I. Alberdi-Páramo)

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

#### Abstract

Studies on comorbidity between eating disorders (ED) and personality disorders yield rates of 20-80%, a condition that makes difficult the diagnosis and complicates prognosis, especially regarding their comorbidity with borderline personality disorder (BPD). The objective of this study was to assess whether pathological personality alterations make it possible to distinguish not only between different types of ED, but also in terms of their comorbidity with BPD. Participants included 29 patients with ED, 10 with comorbid ED with BPD (EDc), 27 with BPD and 22 healthy controls, who completed the Millon Multiaxial Clinical Inventory (MCMI-II), and two other measures, one on impulsivity and other aimed at assess symptoms of bulimia nervosa (BN). The ED group was characterized by greater compulsivity, mainly in the subgroup with anorexia nervosa vs. BPD and EDc groups; however, these last two groups shared many features that show emotional instability, although less that the subgroup with BN. These findings support a continuum of severity in terms of compulsivity-impulsivity, with important etiopathogenic, diagnostic and psychotherapeutic implications.

**Keywords.** Personality; Eating disorders; Borderline personality disorder; Compulsivity; Impulsiveness.

#### Resumen

Los estudios sobre comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos de la personalidad reportan tasas del 20-80%, condición que dificulta el diagnóstico y ensombrece el pronóstico, especialmente respecto a su comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad (TLP). El objetivo de este estudio fue valorar si las alteraciones patológicas de la personalidad permiten distinguir no solo entre distintos tipos de TCA, sino además en función de su comorbilidad con el TLP. Participaron 29 pacientes con TCA, 10 con TCA comórbido

con TLP [TCAC], 27 con TLP y 22 controles sanas, quienes completaron el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y otras dos medidas, una sobre impulsividad y otra dirigida a evaluar síntomas de bulimia nerviosa (BN). El grupo TCA se caracterizó por mayor compulsividad, principalmente el subgrupo con anorexia nerviosa vs. los grupos TLP y TCAC; no obstante, estos dos últimos compartieron un amplio número de rasgos indicativos de inestabilidad emocional, y también –aunque en menor medida– con el subgrupo con BN. Los hallazgos apoyan un continuum de gravedad en función de la compulsividad-impulsividad, con importantes implicaciones etiopatogénicas, diagnósticas y psicoterapéuticas.

**Palabras clave.** Personalidad; Trastornos alimentarios; Trastorno límite de la personalidad; Compulsividad; Impulsividad.

## INTRODUCCIÓN

El estudio de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es de gran importancia, por sus implicaciones clínicas y su repercusión tanto en el pronóstico como en la respuesta al tratamiento (Díaz-Marsá, Alberdi-Páramoy Niell-Galmés, 2017; Levallius, Roberts, Clinton y Norring, 2016; Rossiter, Agras, Telch y Schneider, 1993; Sohlberg y Strober 1994; Steiger, Jabalpurwala y Champagne, 1996; Wildes et al., 2011). Algunos estudios refieren mayor psicopatología específica y severidad del TCA en aquellos pacientes que presentan comorbilidad con trastornos de la personalidad (TP), asociándose a mayor frecuencia de conductas purgativas, intentos de suicidio y síntomas ansioso-depresivos (Bussolotti et al., 2002; O'Brien y Sher, 2013; Steiger, Leung, Thibaudeau y Houle, 1993; Wonderlich, Swift, Slotnick y Goodman, 1990; Zaitsoff y Grilo, 2010). En cuanto a su prevalencia, los estudios de comorbilidad entre TCA y TP arrojan resultados muy variables, encontrándose cifras que van desde 0% hasta 58% (Cassin y von Ranson, 2005). Un metanálisis reciente, entre pacientes con cualquier tipo de TCA, señala una proporción promedio de TP de 0.52 vs. 0.09 en controles sanos (Martinussen et al., 2017). A su vez, se ha visto que los pacientes con TP tienen una mayor prevalencia de TCA (Magallón-Neri et al., 2014; Reas, Rø, Karterud, Hummelen y Pedersen, 2013; Zanarini et al., 1998).

Tanto los TP del clúster B como del C son claramente más prevalentes en los pacientes con TCA que en población general (Friborg et al., 2014). En cuanto a qué subtipos de TP son los más frecuentes en comorbilidad con los TCA, se encuentran el evitativo y el

trastorno límite de la personalidad ([TLP]; Cassin y von Ranson, 2005; Martinussen et al., 2017; von Lojewski, Fisher y Abraham, 2013). Por su parte, el TLP y el trastorno histriónico tienen una mayor prevalencia en pacientes que presentan semiología purgativa, tanto en anorexia nerviosa compulsivo-purgativa (ANcp) como en bulimia nerviosa (BN), aunque con gran variabilidad en las tasas encontradas (2-57%), en las que influye principalmente la variabilidad en las muestras, la metodología y los instrumentos utilizados (Cassin y von Ranson, 2005; Díaz-Marsá, Carrasco y Sáiz, 2000; Gartner, Marcus, Halmi. y Loranger, 1989; Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992; Johnson y Wonderlich, 1992; Levin y Hyler, 1986; Skodol et al., 1993; von Lojewski et al., 2013; Wonderlich et al., 1990; Wonderlich, Fullerton, Swift y Klein, 1994). Por el contrario, otros estudios no encuentran diferencias significativas por subtipos de TCA, exceptuando la personalidad obsesivo-compulsiva, que es mayor en las pacientes con AN (Grilo et al., 2003; Martinussen et al., 2017).

Parece que el hallazgo diferenciador más consistente entre AN y BN es la presencia del rasgo impulsivo en las pacientes con BN, ya sea considerado éste como una dimensión independiente (impulsividad), o bien, incluido en los constructos búsqueda de novedades o extraversión (Basurte, Díaz-Marsá, Martín y Carrasco, 2004). De hecho, la elevada comorbilidad entre la BN y el abuso de sustancias y alcohol, la cleptomanía y una cierta promiscuidad sexual, sustenta también la relación de la impulsividad con este TCA (Fahy y Eisler, 1993; Pearson et al., 2016); aspecto que puede tener implicaciones importantes en el tratamiento (Becker y Grilo, 2015). Además, al considerar a la impulsividad no como un rasgo aislado, sino en el contexto de una estructura

de personalidad, algunos autores consideran que su asociación con los TCA podría venir determinada por la existencia de rasgos límites de la personalidad más extensos que solo la impulsividad (Koepp, Schildbach, Schmager y Rohner, 1993; Pearson, Riley, Davis y Smith 2014), siendo la manifestación alimentaria una expresión más de rasgos patológicos de personalidad como diagnóstico principal. Sin embargo, para otros autores, el TLP no es frecuente en pacientes con BN y, por el contrario, son los trastornos depresivos asociados los que se manifiestan con un patrón similar al TLP (Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy y Brouillette, 1988; Zanarini et al., 1990), dando esto lugar a confusión diagnóstica.

Por tanto, las dificultades en el diagnóstico, dadas las factibles comorbilidades en estos pacientes, son muy importantes. En esta línea, y en un intento de clarificación, algunos investigadores señalan la necesidad de considerar sistemáticamente la dimensión de personalidad en la valoración de los pacientes bulímicos, y analizar su utilidad como criterio para la subtipificación, en especial con relación al TLP (Pisetsky et al., 2015; Vaz-Leal, Rodríguez-Santos, García-Herráiz y Ramos-Fuentes, 2011; Wonderlich et al., 1994).

En cuanto a las pacientes diagnosticadas con AN, en comparación con aquéllas con BN, presentan con mayor frecuencia rasgos de personalidad restrictivos, alta persistencia y baja búsqueda de novedad (Cassin y von Ranson, 2005). Además, como ya se mencionó, el subtipo restrictivo (ANr) presenta con más frecuencia rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva (Herzog et al., 1992; Johnson y Wonderlich, 1992; Martinussen et al., 2017; Vervaet, van Heeringen y Audenaert, 2004; Wonderlich y Swift, 1990; Wonderlich et al., 1990), a diferencia de los otros grupos. Los datos reportados documentan que las diferencias de personalidad son más marcadas entre la ANr y la BN, mientras que los rasgos caracteriales de la ANcp son más parecidos a los de las pacientes con BN (Vervaet et al., 2004).

Millon, Grossman, Millon, Meagher y Ramnath (2012) conciben la personalidad como el patrón de funcionamiento adaptativo que los seres humanos

presentan para relacionarse con su ambiente y, en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon ([MCMI]; Millon, 1987), se postulan 10 patrones básicos de personalidad, que son: esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo y autodestructivo. Sin embargo, pese a la utilidad de este instrumento en la detección de los patrones disfuncionales de personalidad, son pocos los estudios que lo han utilizado en la evaluación de pacientes diagnosticados con TCA, lo que podría ser de notable utilidad para su clasificación.

Al respecto, Kennedy, McVey y Katz (1990) encontraron que las pacientes diagnosticadas con AN + BN puntuaban más alto en los rasgos esquizoide y esquizotípicos, mientras que las diagnosticadas con BN se caracterizaron fundamentalmente por la presencia de un mayor número de rasgos límites. Kruegelbach, McCormick, Schulz y Grueneich (1993) encontraron que pacientes con BN obtuvieron mayor puntuación en las escalas dependiente e histriónica, mientras que aquéllas con AN o con AN + BN las presentaron en las escalas esquizoide y evitativa. Posteriormente, Wiederman y Pryor (1996) encontraron elevadas puntuaciones de compulsividad en ANr y ANcp y, solo en las primeras, de dependencia; mientras que las pacientes con BN, en comparación con los grupos con AN, puntuaron más alto en las escalas del clúster B (narcisista, pasivo-agresiva, histriónica y límite). Finalmente, también con el MCMI-II, Espelage, Mazzeo, Sherman y Thompson (2002) clasificaron a pacientes con TCA, y encontraron que 16.9% correspondían a un clúster de alto funcionamiento (ninguna escala patológica), 49% con uno descontrolado/desregulado, y 34% con otro hipercontrolado/evitativo. Sin embargo, ninguno de estos estudios comparó entre grupos con elevada comorbilidad diagnóstica, como es el caso del TCA con TLP.

Por ende, el propósito de este estudio fue valorar si las alteraciones patológicas de la personalidad, evaluadas a través del MCMI-II, permiten distinguir no solo entre distintos tipos de TCA, sino además en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con el TLP.

## MÉTODO

### Participantes

Considerando pacientes mujeres, adultas, estabilizadas y con evolución crónica de la enfermedad de 5-20 años, fueron aplicados los criterios de exclusión siguientes: 1. no haber requerido hospitalización en los seis meses previos; 2. no presentar ninguna condición médica inestable; 3. no presentar comorbilidad con patología del eje I con significación clínica activa en los últimos seis meses, esto definido con base a los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV, texto revisado* ([DSM-IV-TR]; American Psychiatric Association [APA], 2000); y 4. tener un índice de masa corporal (IMC)  $\geq 16$ .

En total fueron reclutadas 66 pacientes, 29 diagnosticadas con TCA (20 con AN y 9 con BN), 10 diagnosticadas con TCA y comorbilidad con TLP (TCA + TLP), y 27 con TLP. Las pacientes con TCAc (TCA + TLP) tenían diagnóstico de BN, salvo tres que tenían ANcp. Además fue incluido un grupo control de 22 mujeres sanas, en las que se descartó presencia de TCA o de TLP, mediante evaluación clínica con base a los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000). Cabe mencionar que del primer grupo (solo TCA), 13 tenían ANr y siete ANcp; sin embargo, debido a su pequeño tamaño muestral, ambas formas de AN solo fueron analizadas conjuntamente.

### Procedimiento

Las pacientes con TCA fueron reclutadas de una Unidad especializada del Hospital Clínico San Carlos, a la que acudían, de forma consecutiva, a la consulta ambulatoria. Esta Unidad incluye visitas semanales y comedor terapéutico, atendiendo a todo tipo de pacientes con TCA, así como a pacientes con TLP comórbido. Las pacientes con TLP fueron reclutadas de una Unidad especializada del mismo hospital, quienes estaban bajo seguimiento en el hospital de día. Todas las pacientes fueron entrevistadas mediante la Escala Clínica Estructurada para el DSM-IV ([SCID-II]; First et al., 2008), para excluir el cumplimiento de los criterios diagnósticos para trastorno depresivo o de ansiedad en los últimos seis meses. Además, las pacientes fueron evaluadas

físicamente para excluir cualquier enfermedad médica concomitante significativa.

Las participantes control fueron reclutadas mediante un anuncio en el hospital de referencia en donde se realizó el estudio, con el objetivo de emparejarlas por características sociodemográficas con las pacientes (sexo, edad, nivel de estudios y área sociodemográfica de la que procedían).

Todas las participantes fueron evaluadas por psiquiatras y psicólogos del hospital entrenados en el uso de cuestionarios de la personalidad, y con una coincidencia contrastada en cuanto a fiabilidad en su empleo.

### Consideraciones éticas

El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Adicionalmente, todas las participantes firmaron el formato de consentimiento informado, autorizando su participación.

### Instrumentos

*Inventario Multiaxial de Personalidad de Millon* (MC-MI-II, por sus siglas en inglés; Millon, 1999), retomando la edición española de 2004. Es un cuestionario autoaplicable de 175 ítems, bajo un formato dicotómico de respuesta: verdadero-falso, utilizado para la evaluación de los TP. La versión II contiene dos tipos de escalas: I) 10 escalas de TP de gravedad moderada (esquizoide, evitativa, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva); y II) tres escalas de los TP de mayor gravedad (esquizotípica, límite y paranoide). No obstante, en el presente estudio únicamente se retomaron las escalas básicas mencionadas en el punto I. Las puntuaciones fueron analizadas según los niveles propuestos por Millon (2004), siendo: elevado ( $> 85$ ), moderado (75-84), sugestivo (60-74), bajo (35-59), y nulo ( $< 35$ ).

Adicionalmente, para la descripción de las participantes, se utilizaron otras dos escalas autoadministrables, que fueron:

*Escala Barrat de Impulsividad* (BIS, por sus siglas en inglés; Patton, Stanford y Barrat, 1995), considerando

la versión española propuesta por Orozco-Cabal, Rodríguez, Herin, Gempeler y Uribe (2010). Es un cuestionario de 30 ítems agrupados en tres dimensiones: Atención, Comportamiento motor e Impulsividad no planificada; aunque en el presente estudio únicamente se retomó la puntuación total en la escala.

*Test de Investigación Bulímica de Edimburgo* (BITE, por sus siglas en inglés; Henderson y Freeman, 1987), que permite valorar los comportamientos bulímicos. En este estudio se retomó la versión española propuesta por Rivas, Bersabé y Jiménez (2004), la cual incluye 33 afirmaciones divididas en dos subescalas, una de síntomas y otra de severidad, siendo esta última la utilizada en este estudio.

### Análisis de datos

El análisis estadístico se hizo mediante el programa STATA-9. El propósito era determinar si los diferentes grupos de pacientes podían considerarse extraídos de una misma población o, por el contrario, presentaban diferencias estadísticamente significativas. Para las variables categóricas se realizó el análisis de tabla de contingencia 2 x 2, utilizando la prueba Chi-cuadrada. Para las variables cuantitativas, dada la imposibilidad de asumir una distribución normal, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. En función de ello, las variables se describen a partir de media y desviación estándar, o bien, de mediana y rango intercuartílico. En todos los casos se aceptó un valor de significancia de  $p < .05$ .

## RESULTADOS

Las características de las participantes se describen en la tabla 1. No se encontraron diferencias en edad y nivel educativo, pero sí en IMC (menor en AN vs. el resto de grupos, ubicándose en un punto intermedio tanto el grupo TCAC como el control), BIS (mayores puntuaciones en los grupos BN, TLP y TCAC) y BITE (mayores puntuaciones en BN y TLP vs. el resto de grupos).

La tabla 2 muestra la distribución de las participantes en función del punto de corte ( $> 85$ ) en las escalas del MCMI-II. De las pacientes con TCA, solo 8.5% no presentaron alguna escala por encima de dicho punto. Por el contrario, considerando a aquellas participantes que si lo rebasaron, en el grupo AN (ANr + ANcp) destacaron la personalidad compulsiva y la autodestructiva (ambas con 25%); en el grupo ANr la compulsiva (31%) y la narcisista (23%); y en BN la histriónica (56%), la narcisista y la antisocial (ambas con 44%). En las pacientes con TLP destacaron la pasivo-agresiva (74%) y la autodestructiva (63%). En el grupo TCAC las escalas autodestructiva (70%) y antisocial (60%). Finalmente, en el grupo control destacaron la dependiente (27%) y la compulsiva (18%).

Siguiendo con el análisis comparativo entre los grupos (Tablas 3 y 4), se identificó una diferencia significativa entre TCA (AN + BN) vs. TLP, de modo que las primeras pacientes presentaron mayor compulsividad ( $p = .02$ ); por el contrario, en las segundas

**Tabla 1.** Caracterización de las participantes.

Variable	AN (n = 16)	BN (n = 9)	TLP (n = 27)	TCAC (n = 7)	Control (n = 22)	p
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	
Edad	30.1 (9.2)	28.4 (10.2)	29.3 (7.1)	32.0 (10.4)	23.1 (2.4)	.05
IMC	16.9 (2.8)	25.9 (7.5)	22.9 (5.9)	19.7 (5.1)	19.7 (1.5)	.002
Educación (años)	15.1 (2.5)	14.6 (2.4)	13.7 (3.4)	13.2 (1.7)	16.3 (1.4)	.16
BIS	35.0 (5.3)	52.8 (9.9)	62.8 (17.9)	63.4 (15.4)	33.9 (5.8)	.001
BITE	13.4 (8.9)	26.8 (6.4)	23.3 (8.7)	21.7 (7.9)	3.5 (3.2)	.001

*Notas.* AN = Anorexia nerviosa, BIS = Escala de Barrat de Impulsividad; BITE = Test de Investigación Bulímica de Edimburgo; BN = Bulimia nerviosa, IMC = Índice de masa corporal, TCAC = Trastorno de la conducta alimentaria comórbido con trastorno límite de la personalidad, TLP = Trastorno límite de personalidad.

**Tabla 2. Porcentaje de participantes de cada grupo que rebasaron el punto de corte (> 85) en las escalas de personalidad.**

Escalas de personalidad	TCA (n = 29)	AN (n = 20)	ANr (n = 13)	BN (n = 9)	TCAC (n = 10)	TLP (n = 27)	Control (n = 22)
Esquizoide	16.0	12.5	0	22.2	11.1	11.1	4.5
Fóbica	17.2	20.0	7.7	11.1	30.0	40.7	4.5
Dependiente	16.0	18.7	10.0	22.2	44.4	40.7	27.3
Histriónica	27.6	15.0	15.4	55.6	40.0	48.1	9.1
Narcisista	27.6	20.0	23.1	44.4	40.0	29.6	4.5
Antisocial	27.6	20.0	15.4	44.4	60.0	48.1	0
Agresivo-sádica	20.7	15.0	7.7	33.3	30.0	22.2	0
Compulsiva	20.7	25.0	30.8	11.1	10.0	14.8	18.2
Pasivo-agresiva	24.1	20.0	7.7	33.3	40.0	74.1	0
Autodestructiva	20.7	25.0	15.4	11.1	70.0	63.0	0

*Notas.* AN = Anorexia nerviosa, ANr = Anorexia nerviosa restrictiva, BN = Bulimia nerviosa, TCA = Trastorno de la conducta alimentaria (AN + BN), TCAC = TCA comórbido con trastorno límite de la personalidad, TLP = Trastorno límite de personalidad.

fueron mayores sus puntuaciones en las escalas antisocial, pasivo-agresiva y autodestructiva ( $p < .05$ ).

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos AN vs. BN. Sin embargo, al comparar al primero vs. la conjunción de los tres grupos más impulsivos (BN + TLP + TCAC), se observó que éste presentó puntuaciones más elevadas en las escalas histriónica, antisocial, pasivo-agresiva y autodestructiva ( $p < .05$ ); no obstante, el grupo AN presentó mayor compulsividad ( $p < .05$ ). Por otra parte, en cuanto a la comparación entre los grupos TLP vs. BN, el primero obtuvo

mayores puntuaciones en las escalas pasivo-agresiva y autodestructiva ( $p < .01$ ). Respecto a la comparación entre los grupos TCAC (TCA + TLP) vs. TCA (AN + BN), el primero obtuvo mayores puntuaciones en las escalas narcisista, antisocial, pasivo-agresiva y autodestructiva ( $p < .05$ ); mientras que, nuevamente, el grupo TCA solo se caracterizó por mayor compulsión ( $p = .006$ ). Finalmente, el grupo control presentó puntuaciones menores en todas las escalas vs. todos los grupos clínicos, excepto en las escalas esquizoide, dependiente, histriónica y compulsiva.

**Tabla 3. Comparación entre grupos mediante medianas.**

Escalas de personalidad	TCA (n = 29)	AN (n = 16)	ANr (n = 10)	BN (n = 9)	Control (n = 22)	TLP (n = 27)	TCAC (n = 10)
	<i>Mdn (RI)</i>	<i>Mdn (RI)</i>	<i>Mdn (RI)</i>				
Esquizoide	68 (32-77)	36 (17-72)	35 (10-72)	70 (35-79)	50 (13-64)	66 (54-74)	63 (51-70)
Fóbica	67 (39-78)	71 (39-80)	61 (35-78)	65 (29-74)	33 (11-52)	74 (65-100)	76 (69-92)
Dependiente	69 (24-84)	73 (28-84)	54 (20-78)	32 (13-73)	66 (49-78)	70 (58-92)	82 (31-92)
Histriónica	61 (25-90)	49 (31-83)	55 (22-70)	90 (59-91)	65 (40-77)	78 (56-95)	83.5 (80-95)
Narcisista	58 (31-88)	58 (38-78)	58 (38-98)	69 (24-92)	43 (21-67)	70 (40-94)	77 (68-95)
Antisocial	61 (45-86)	57 (46-76)	60.5 (49-76)	62 (57-108)	32 (11-51)	85 (59-100)	90 (77-97)
Agresivo-sádica	68 (42-75)	68 (53-75)	60.5 (53-71)	73 (56-104)	35 (11-56)	72 (64-82)	75.5 (48-104)
Compulsiva	68 (56-85)	68 (56-85)	64.5 (56-89)	63 (36-71)	61 (46-82)	41 (19-63)	44 (35-60)
Pasivo-agresiva	69 (34-85)	73 (35-85)	70.5 (35-84)	72 (52-89)	35 (13-52)	100 (82-113)	81.5 (77-110)
Autodestructiva	74 (66-81)	78 (71-86)	76.5 (71-83)	68 (48-74)	30 (11-44)	93 (81-101)	94 (83-97)

*Notas.* AN = Anorexia nerviosa, ANr = Anorexia nerviosa restrictiva, BN = Bulimia nerviosa, Mdn = Mediana, RI = Rango intercuartílico; TCAC = Trastorno de la conducta alimentaria comórbido con trastorno límite de personalidad, TLP = Trastorno límite de personalidad.

**Tabla 4.** Comparaciones entre subgrupos que resultaron estadísticamente significativas.

Escalas de personalidad	TCA <i>Mdn (RI)</i>	TLP <i>Mdn (RI)</i>	<i>p</i>
Compulsiva	68 (56-85)	41 (19-63)	.02
Pasivo-agresiva	69 (34-85)	100 (82-113)	.001
Autodestructiva	74 (66-81)	93 (81-101)	.001
Antisocial	61 (45-86)	85 (59-100)	.02
	AN <i>Mdn (RI)</i>	BN + TLP + TCAC <i>Mdn (RI)</i>	
Histriónica	49 (31-83)	83.5 (58-95)	.007
Antisocial	57 (46-76)	85 (60-100)	.006
Pasivo-agresiva	68.5 (29-84)	96.5 (74-110)	.01
Autodestructiva	75.5 (68-84)	88 (74-100)	.02
Compulsiva	68 (56-85)	41 (19-63)	.001
	BN <i>Mdn (RI)</i>	TLP <i>Mdn (RI)</i>	
Pasivo-agresiva	72 (52-89)	100 (82-113)	.01
Autodestructiva	68 (48-74)	93 (81-101)	.007
	TCA <i>Mdn (RI)</i>	TCAC <i>Mdn (RI)</i>	
Narcisista	58 (31-88)	77 (68-95)	.03
Antisocial	61 (45-86)	90 (77-97)	.006
Pasivo-agresiva	69 (34-85)	81.5 (77-110)	.003
Autodestructiva	74 (66-81)	94 (83-97)	.001
Compulsiva	68 (56-85)	44 (35-60)	.006

**Notas.** AN = Anorexia nerviosa, BN = Bulimia nerviosa, Mdn = Mediana, RI = Rango intercuartílico; TCA = Trastorno de la conducta alimentaria (AN + BN), TCAC = TCA comórbido con trastorno límite de la personalidad, TLP = Trastorno límite de personalidad.

## DISCUSIÓN

La relación entre los TCA y los TP es muy compleja, debido a que la alteración de la personalidad puede considerarse un factor predisponente, una complicación del TCA, o una entidad independiente (Casper, 1990; Johnson y Wonderlich, 1992; Martinussen et al., 2017; Sohlberg y Strober, 1994; Strober, 1985). A pesar de ello, y del reducido tamaño muestral de este trabajo, es posible hacer algunas inferencias relevantes respecto a la personalidad de las pacientes con TCA, aportando una perspectiva nueva.

La primera observación a destacar es que prácticamente nueve de cada 10 pacientes con TCA, e incluso por subgrupos (AN, BN y TCAC), tuvieron al menos un rasgo disfuncional de la personalidad, tal como identificaron estudios previos (Martinussen et al., 2017; Skodol

et al., 1993; Vitousek y Manke, 1994). En otros trabajos se han documentado cifras inferiores (Jáuregui, Santiago y Estébanez, 2009), aunque también relevantes. Por sí mismo este hallazgo es importante, ya que justificaría una obligada valoración de los rasgos de personalidad en estas pacientes, misma que oriente un mejor abordaje terapéutico. No obstante, también se ha advertido sobre la posibilidad de sobre-diagnosticar TP entre los pacientes con TCA, lo que disminuye cuando se aplican instrumentos estructurados (von Lojewski et al., 2013). Además, destaca el hecho de que 28% de las pacientes con TCA de este estudio mostraron altos rasgos de personalidad histriónica, narcisista y antisocial.

Con respecto a los tipos de TCA, se encontró que de las pacientes con BN, en 33-55% sobresalieron los rasgos narcisistas, histriónicos, antisociales, pasivo-agresivos y agresivo-sádicos. Todos relacionados con la

inestabilidad, la impulsividad y la búsqueda de estímulos, rasgos también inherentes al TLP (Díaz-Marsá et al., 2000; Herzog et al., 1992; Johnson y Wonderlich, 1992; Skodol et al., 1993). Sin embargo, a diferencia de estudios previos, en los que las pacientes con BN se caracterizaron por obtener puntuaciones elevadas en las escalas dependiente, evitativa y autodestructiva (Del Río, Torres y Borda, 2002; Kennedy et al., 1990; Wiederman y Pryor, 1997), esto no fue corroborado en el presente estudio. Por ende, este grupo con BN podría considerarse menos disfuncional que los grupos de otros estudios, en los que pueden no haber tenido en cuenta su elevada comorbilidad con el TLP.

En lo que refiere a las pacientes con AN, obtuvieron puntuaciones elevadas en las escalas compulsiva y autodestructiva (25%). La alta compulsividad resulta consistente con lo reportado en estudios previos (Gartner et al., 1989; Herzog et al., 1992; Jáuregui et al., 2009; Johnson y Wonderlich, 1992; Martinussen et al., 2017; Vitousek y Manke, 1994; Wiederman y Pryor, 1997), lo que se traduce en una conducta prudente, controlada y perfeccionista y, según Millon (1987), derivada de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social. A pesar de que en este grupo con AN se incluyó a pacientes restrictivas y compulsivo-purgativas, obteniendo las puntuaciones más elevadas, también destacaron en 31% de las pacientes restrictivas. Esto a diferencia de otros estudios, en los que el subgrupo compulsivo-purgativo se asemejó más a las pacientes con BN. Por ejemplo, Matsunaga, Kiriike, Nagata y Yamagami (1998) no hallaron estos mismos resultados en cuanto a la escala compulsiva, siendo la escala autodestructiva la más frecuentemente encontrada en el grupo con AN; misma que también destacó en las pacientes del presente estudio.

Asimismo, las pacientes con TCA comórbido con TLP concordaron con el grupo TLP en las altas puntuaciones en la escala autodestructiva, y con el grupo BN en la antisocial. Por tanto, este grupo (TCA + TLP), en lo que respecta a las escalas patológicas de la personalidad, según Millon (1987), compartiría características de ambos grupos, TCA y TLP.

Quizás más difícil de explicar resulte el hecho de que 27% y 18% de las participantes control presentaron niveles clínicamente relevantes de dependencia y compulsividad, respectivamente. Esto podría deberse a la inclusión de voluntarios sanos, lo que puede ir ligado a determinados rasgos, como la mayor necesidad de aprobación social, así como mayor nivel educativo y estatus social. Al respecto, Rosnow y Rosenthal (1976) ya advirtieron sobre las peculiaridades de la participación de voluntarios sanos como controles.

En lo que respecta a la comparación entre los grupos en cuanto a las puntuaciones brutas, las pacientes con TCA mostraron mayor compulsividad vs. el grupo con TLP, lo que confirma su preponderancia en las pacientes con AN; tal como se ha evidenciado en estudios previos (Jáuregui et al., 2009; Martinussen et al., 2017; Wiederman y Pryor, 1997). Por el contrario, las pacientes con TLP presentaron mayores puntuaciones en las escalas antisocial, pasivo-agresiva y autodestructiva, lo que se traduce en baja responsabilidad y amabilidad, con alto neuroticismo (Nasiri, Abedi, Ebrahimi, Ameli y Samouei, 2013).

En la comparación entre los subgrupos BN vs. AN, aunque el análisis porcentual arrojó que las escalas patológicas predominaron en el primero, no se encontraron –contrariamente a lo esperado– diferencias significativas en cuanto a las puntuaciones registradas en escalas relacionadas con inestabilidad emocional. Posiblemente esto debido a que el grupo AN fue mixto, incluyendo formas tanto restrictivas como purgativas. En la literatura se encuentra que algunos autores han caracterizado a las pacientes con BN como personas con tendencia a exteriorizar el malestar (Zaitsoff y Grilo, 2010); mientras que a las pacientes con AN mayormente se les caracteriza dentro del espectro psicossomático, eficaces en el pensamiento lógico concreto, pero con dificultades para abstraerse del contexto global (Abbate-Daga et al., 2013), así como con mayor rigidez cognitiva, constricción afectiva, restricción en la expresión emocional, conformidad y pérdida de espontaneidad (Casper, 1990). Sin embargo, estas diferencias no se vieron reflejadas en este trabajo. En futuros estudios será

necesario aumentar el tamaño muestral, ya que algunas diferencias identificadas entre otros grupos parecen apuntar a que los grupos AN y BN podrían diferir en algunas de las escalas de personalidad.

Por otro lado, se encontró que las pacientes del grupo comórbido (TCAC) se diferenciaron de aquéllas sin comorbidez, ya que en las primeras predominaron las escalas indicativas de inestabilidad emocional (narcisista, antisocial, pasivo-agresiva y autodestructiva). Por ende, parece lógico pensar que la condición de comorbilidad condiciona los rasgos de personalidad de estas pacientes, posicionándolas en el espectro límite. Esto aunado a que si bien el grupo TCAC presentó menor compulsividad vs. el grupo TCA, en esta escala no difirieron los grupos TCAC vs. TLP, como hubiese sido esperable, lo que indica una preponderancia de los síntomas del TLP sobre los del TCA. Por tanto, es posible que en muchos casos las alteraciones de la conducta alimentaria sean secundarias a la inestabilidad propia del TLP, y realmente no correspondan a un TCA primario. Esto tendría implicaciones tanto en el diagnóstico como en la decisión terapéutica, de modo que tendría más sentido que se basaran también en los rasgos de personalidad, y no en la mera conducta alimentaria.

La mayor similitud entre los grupos BN y TLP, que parece estar condicionada por la impulsividad y la inestabilidad afectiva que caracterizan a ambos, podría explicar el que sólo se encontraran diferencias entre ellos en las escalas pasivo-agresiva y autodestructiva, posicionando a los TLP en un grado de mayor gravedad que la BN.

Finalmente, el hecho de que el grupo control no presentara diferencias estadísticamente significativas vs. los grupos clínicos en las escalas esquizoide, dependiente y compulsiva, pero sí en el resto de escalas, podría tener que ver con la participación totalmente voluntaria y altruista de las participantes control, asociada a ciertos rasgos de agradabilidad y autosacrificio.

En general, los resultados de este estudio apoyan la caracterización de las pacientes con BN como más emocionalmente inestables y cercanas a los grupos TCAC y TLP, frente a la mayor compulsividad del grupo TCA, aunque esto podría deberse a la mayor

representatividad de la AN en el grupo con TCA. Las pacientes con TCAC estarían más cercanas al espectro de rasgos de personalidad límite y, por ende, podría hipotetizarse –con base a los rasgos descritos– un continuum impulsividad-compulsividad (Hollander y Evers, 2004), en donde el grupo TCAC ocuparía una posición intermedia: AN > Control > BN > TCAC > TLP.

A partir de los datos de estudios previos, que resaltan la elevada prevalencia de rasgos de personalidad disfuncionales en presencia de TCA, y los resultados del presente estudio, podría sugerirse una estratificación que partiera de la intersección de dos grandes grupos de manifestaciones clínicas: la sintomatología alimentaria propia de los TCA y los rasgos disfuncionales de la personalidad, ya que estos últimos condicionan la conducta de la paciente más allá del ámbito de la alimentación. Por tanto, el conocimiento de estos rasgos parece clave en la elección de la intervención psicoterapéutica.

Por otra parte, en tanto limitaciones del presente estudio, es importante señalar las siguientes: 1) el tamaño reducido de la muestra que, especialmente en cuanto al análisis comparativo entre subgrupos, limita la potencia estadística de los resultados; 2) en tanto se trata de un estudio transversal, no permitió examinar la estabilidad o los cambios en los rasgos de la personalidad de las pacientes a lo largo de la enfermedad, en las distintas situaciones clínicas, y en función del ambiente en el que interactúa la paciente; 3) la variabilidad en el grado de introspección de los sujetos, la deseabilidad social, la posibilidad de engaño o el efecto “halo” en las respuestas, son limitaciones inherentes a los instrumentos de exploración clínica y de recogida de datos y; por último, 4) al tratarse de pacientes de una Unidad específica de TCA y otra específica de TLP, las participantes de este estudio podrían caracterizarse por presentar mayor patología que las referidas en otros estudios, lo que podría explicar, al menos en parte, la mayor comorbilidad con TP.

En resumen, los hallazgos del presente estudio reflejan la elevada prevalencia de rasgos disfuncionales de la personalidad entre las pacientes con TCA, condición que en la práctica clínica complica su pronóstico

y tratamiento. Específicamente, las pacientes con AN presentaron un patrón caracterizado por la compulsión, mientras que aquéllas con BN presentaron uno más cercano al de las pacientes con TLP, aunque siguen diferenciándose en algunas variables que podrían indicar un *continuum* en la gravedad de estos trastornos (e.g., escalas pasivo-agresiva, autodestructiva). Bajo este contexto, las pacientes con TCAC (TCA + TLP) ocuparían una posición intermedia entre las pacientes con TLP y aquellas otras con TCA, en presencia de algunos rasgos distintivos que se esperaría permitieran vincular algunas variables de personalidad a la presentación clínica del TCA. Sin embargo, en este estudio el grupo TCAC destacó por su mayor similitud con el grupo TLP que con el de TCA, lo que respalda la importancia de considerar los rasgos de personalidad de cara al diagnóstico e intervención terapéutica.

## REFERENCIAS

- Abbate-Daga, G., Delsedime, N., Nicotra, B., Giovannone, C., Marzola, E., Amianto, F. et al. (2013). Psychosomatic syndromes and anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, *13*(1), e-14. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-14>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Basurte, E., Díaz-Marsá, M., Martín, O. y Carrasco, J. L. (2004). Traumatic childhood background, impulsiveness and hypothalamus-pituitary-adrenal axis dysfunction in eating disorders: A pilot study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *32*(3), 149-152.
- Becker, D. F. y Grilo, C. M. (2015). Comorbidity of mood and substance use disorders in patients with binge-eating disorder: Associations with personality disorder and eating disorder pathology. *Journal of Psychosomatic Research*, *79*(2), 159-164. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.01.016>
- Bussolotti, D., Fernández-Aranda, F., Solano, R., Jiménez-Murcia, S., Turón, V. y Vallejo, J. (2002). Marital status and eating disorders: An analysis of its relevance. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(6), 1139-1145. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00336-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00336-7)
- Casper, R. C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, *52*(2), 156-170.
- Cassin, S. E. y von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, *25*(7), 895-916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Del Río, C., Torres, I. y Borda, M. (2002). Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de la personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *2*(3), 425-438.
- Díaz-Marsá, M., Alberdi-Páramo, I. y Niell-Galmés, L. (2017). Nutritional supplements in eating disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *45*(1), 26-36.
- Díaz-Marsá, M., Carrasco, J. L. y Sáiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, *14*(4), 352-359. <http://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.352>
- Espelage, D. L., Mazzeo, S. E., Sherman, R. y Thompson, R. (2002). MCMI-II profiles of women with eating disorders: A cluster analytic investigation. *Journal of Personality Disorders*, *16*(5), 453-463. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.5.453.22127>
- Fahy, T. y Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, *162*(2), 193-197. <http://doi.org/10.1192/bjp.162.2.193>
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (2008). Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I). En A. J. Rush, M. B. First y D. Blacker (Eds.), *Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Martinussen, E. W., Schmierer, P. et al. (2014). Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *202*(2), 119-125. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000080>
- 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*(12), 1585-1591.
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Stout, R. L., Shea, M. T. et al. (2003). Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*, *33*(2), 155-164. <http://doi.org/10.1002/eat.10123>
- Henderson, M. y Freeman, C. P. (1987). A self-rating scale for bulimia: The "BITE". *British Journal of Psychiatry*, *150*(1), 18-24. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.1.18>
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M. y Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, *53*(5), 147-152.
- Hollander, E. y Evers, M. (2004). Review of obsessive-compulsive spectrum disorders: What do we know? Where are we going? *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, *1*(1), 32-51.
- Jáuregui, I., Santiago, M. J. y Estébanez, S. (2009). Eating behaviour disorders and personality: A study using MCMI-II. *Atención Primaria*, *41*(4), 201-206. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.06.002>
- Johnson, C. y Wonderlich, S. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En J. H. Crowther, S. E. Hobfoll, M. A. Stephens y D. L. Tennenbaum (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual*

- and familial context (pp. 179-196). Nueva York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Kennedy, S. H., McVey, G. y Katz, R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 24(3), 259-269. [http://doi.org/10.1016/0022-3956\(90\)90015-1](http://doi.org/10.1016/0022-3956(90)90015-1)
- Koeppe, W., Schildbach, S., Schmager, C. y Rohner, R. (1993). Borderline diagnosis and substance abuse in female patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 107-110. [http://doi.org/10.1002/1098-108X\(199307\)14:1<107::AID-EAT2260140114>3.0.CO;2-Q](http://doi.org/10.1002/1098-108X(199307)14:1<107::AID-EAT2260140114>3.0.CO;2-Q)
- Kruedelbach, N., McCormick, R. A., Schulz, S. C. y Grueneich, R. (1993). Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7(3), 214-222. <http://doi.org/10.1521/pedi.1993.7.3.214>
- Levallius, J., Roberts, B. W., Clinton, D. y Norring, C. (2016). Take charge: Personality as predictor of recovery from eating disorder. *Psychiatry Research*, 246, 447-452. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.064>
- Levin, A. P. y Hyler, S. E. (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 27(1), 47-53. [http://doi.org/10.1016/0010-440X\(86\)90068-4](http://doi.org/10.1016/0010-440X(86)90068-4)
- Magallón-Neri, E., González, E., Canalda, G., Fornis, M., De la Fuente, J. E., Martínez, E. et al. (2014). Prevalence and severity of categorical and dimensional personality disorders in adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 176-184. <http://doi.org/10.1002/erv.2268>
- Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoffer, A. L. et al. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: A meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 201-209. <http://doi.org/10.1007/s40519-016-0345-x>
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Nagata, T. y Yamagami, S. (1998). Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 23(4), 399-408. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199805\)23:4<399::AID-EAT7>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199805)23:4<399::AID-EAT7>3.0.CO;2-D)
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1992). Millon Clinical Multiaxial Inventory: I & II. *Journal of Counseling and Development*, 70(3), 421-426. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1992.tb01627.x>
- Millon, T. (1999). *MCMI-II: Inventario Clínico Multiaxial de Millon, manual*. Madrid: TEA.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R. (2012). *Personality disorders in modern life*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Nasiri, H., Abedi, A., Ebrahimi, A., Ameli, S. S. y Samouei, R. (2013). Personality profile of women affected with borderline personality disorder. *Materia Socio-Médica*, 25(1), 60-63.
- O'Brien, B. y Sher, L. (2013). Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 25(3), 201-205. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0053>
- Orozco-Cabal, L., Rodríguez, M., Herin, D. V., Gempeler, J. y Uribe, M. (2010). Validity and reliability of the abbreviated Barratt Impulsiveness Scale in Spanish (BIS-15S). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 93-109. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60239-0](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60239-0)
- Patton, J. H., Stanford, M. S. y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Pearson, C. M., Pisetsky, E. M., Goldschmidt, A. B., Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D. et al. (2016). Personality psychopathology differentiates risky behaviors among women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49(7), 681-688. <https://doi.org/10.1002/eat.22570>
- Pearson, C. M., Riley, E. N., Davis, H. A. y Smith, G. T. (2014). Research review: Two pathways toward impulsive action. An integrative risk model for bulimic behavior in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(8), 852-864. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12214>
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H. y Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 7(5), 589-599. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198809\)7:5<589::AID-EAT2260070502>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198809)7:5<589::AID-EAT2260070502>3.0.CO;2-H)
- Pisetsky, E. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Mitchell, J. E., Engel, S. G. et al. (2015). Depression and personality traits associated with emotion dysregulation: Correlates of suicide attempts in women with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 537-544. <http://doi.org/10.1002/erv.2401>
- Reas, D. L., Rø, Ø., Karterud, S., Hummelen, B. y Pedersen, G. (2013). Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 801-809. <http://doi.org/10.1002/eat.22176>
- Rivas, T., Bersabé, R. y Jiménez, M. (2004). Reliability and validity of Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE). *Behavioral Psychology*, 12(3), 447-461.
- Rosnow, R. L. y Rosenthal, R. (1976). The volunteer subject revisited. *Australian Journal of Psychology*, 28(2), 97-108. <http://doi.org/10.1080/00049537608255268>
- Rossiter, E. M., Agras, W. S., Telch, C. F. y Schneider, J. A. (1993). Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13(4), 349-357. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199305\)13:4<349::AID-EAT2260130403>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199305)13:4<349::AID-EAT2260130403>3.0.CO;2-C)
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Kellman, H. D., Doidge, N. y Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 403-416. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199312\)14:4<403::AID-EAT2260140403>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199312)14:4<403::AID-EAT2260140403>3.0.CO;2-X)
- Sohlberg, S. y Strober, M. (1994). Personality in anorexia nervosa: An update and a theoretical integration. *Acta*

- Psychiatrica Scandinavica*, 89(378), 1-15. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05809.x>
- Steiger, H., Jabalpurwala, S. y Champagne, J. (1996). Axis II comorbidity and developmental adversity in bulimia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(9), 555-560.
- Steiger, H., Leung, F., Thibaudeau, J. y Houle, L. (1993). Prognostic utility of subcomponents of the borderline personality construct in bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(2), 187-197. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1993.tb01043.x>
- Strober, M. (1985). Personality factors in anorexia nervosa. *Pediatrician*, 12(2-3), 134-138.
- Vaz-Leal, F. J., Rodríguez-Santos, L., García-Herráiz, M. A. y Ramos-Fuentes, M. I. (2011). Neurobiological and psychopathological variables related to emotional instability: A study of their capability to discriminate patients with bulimia nervosa from healthy controls. *Neuropsychobiology*, 63(4), 242-251. <http://doi.org/10.1159/000323445>
- Vervaet, M., van Heeringen, C. y Audenaert, K. (2004). Personality-related characteristics in restricting versus bingeing and purging eating disordered patients. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 37-43. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2003.09.008>
- Vitousek, K. y Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137-147.
- Von Lojewski, A., Fisher, A. y Abraham, S. (2013). Have personality disorders been overdiagnosed among eating disorder patients? *Psychopathology*, 46(6), 421-426. <http://doi.org/10.1159/000345856>
- Wiederman, M. W. y Pryor, T. (1996). Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders. *Addictive Behaviors*, 21(2), 269-272. [http://doi.org/10.1016/0306-4603\(95\)00062-3](http://doi.org/10.1016/0306-4603(95)00062-3)
- Wiederman, M. W. y Pryor, T. L. (1997). MCMI-II personality scale scores among women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 69(3), 508-516. [http://doi.org/10.1207/s15327752jpa6903\\_6](http://doi.org/10.1207/s15327752jpa6903_6)
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Crosby, R. D., Ringham, R. M., Dapelo, M. M., Gaskill, J. A. et al. (2011). The clinical utility of personality subtypes in patients with anorexia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 665-674. <http://doi.org/10.1037/a0024597>
- Wonderlich, S. A., Fullerton, D., Swift, W. J. y Klein, M. H. (1994). Five-year outcome from eating disorders: Relevance of personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 15(3), 233-243. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199404\)15:3<233::AID-EAT2260150306>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199404)15:3<233::AID-EAT2260150306>3.0.CO;2-9)
- Wonderlich, S. A. y Swift, W. J. (1990). Borderline versus other personality disorders in the eating disorders: Clinical description. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 629-638. [http://doi.org/10.1002/1098-108X\(199011\)9:6<629::AID-EAT2260090605>3.0.CO;2-N](http://doi.org/10.1002/1098-108X(199011)9:6<629::AID-EAT2260090605>3.0.CO;2-N)
- Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slotnick, H. B. y Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating-disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 607-616. [http://doi.org/10.1002/1098-108X\(199011\)9:6<607::AID-EAT2260090603>3.0.CO;2-0](http://doi.org/10.1002/1098-108X(199011)9:6<607::AID-EAT2260090603>3.0.CO;2-0)
- Zaitsoff, S. y Grilo, C. (2010). Eating disorder psychopathology as a marker of psychosocial distress and suicide risk in female and male adolescent psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 142-150. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.005>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. et al (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739. <http://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Pope, H. G., Hudson, J. I., Yurgelun-Todd, D. y Cicchetti, C. J. (1990). Axis II comorbidity of normal-weight bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 31(1), 20-24. [http://doi.org/10.1016/0010-440X\(90\)90050-3](http://doi.org/10.1016/0010-440X(90)90050-3)