

PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Laura González Macías*, Claudia Unikel*, Carlos Cruz*, Alejandro Caballero*

SUMMARY

Eating disorders are characterized by severe disturbances in eating behavior. This section includes two specific diagnoses: anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN). AN is characterized by the refusal to maintain a minimally normal body weight. There are two subtypes: the restricting type (RAN) and the binge-eating/purging type (BPAN).

BN is characterized by repeated episodes of binge eating followed by inappropriate compensatory behaviors such as self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics or other medications; fasting, or excessive exercise. Disturbances in body shape and weight perception are an essential feature of both diagnoses.

Studies of AN among females in late adolescence and early adulthood have found a prevalence rate between 0.5%-1.0% in the general population. In recent decades, the incidence appears to increase.

The prevalence of BN among adolescent and young adult females is approximately 1%-3%; the rate of occurrence of this disorder in males is approximately one-tenth of that in females.

The argument for the study of the personality in the eating disorders is based in the observation of specific patterns of behaviors: in BN, a low tolerance for frustration and a peer impulse control; on AN, inflexibility and the need for having a severe control.

Psychometric studies have consistently linked AN to a cluster of moderately heritable personality and temperamental traits, specifically: obsessiveness, perfectionism, and harm avoidance.

In this regard, it has been speculated that phenotype similarities between these traits of the anorexic's dietary restraint may be based upon shared genetic and environmental factors. While such traits may be exaggerated by starvation, their persistence after recovery supports the speculation that such traits may be risk factors for AN, rather than merely consequences of the disorder.

Several analogies between eating disorders and depression, borderline personality, and obsessive-compulsive personality traits have been found. Nevertheless, it is very difficult to detect a single personality disturbance related to eating disorders.

The presence of personality disorders in patients with eating disorders goes from 53% to 93%, and it has been observed that

the presence of one or more personality disorders is more frequent in eating disorders than in the general population, but still more present in BN patients with a previous history of AN.

Different studies in eating disorders patients had shown the presence of obsessive traits in approximately 27% to 61%, shy and dependence in 21% to 48%, and anxiety in 51% to 64% of the cases. Several studies had concluded that the predominant personality traits in eating disorders (69% to 87%) are a combination of obsessive traits, inhibition, and conformism.

It has been described that almost 30% of the patients present obsessive personality traits and it has been demonstrated that the RAN presents a lower psychiatry comorbidity compared to any other eating disorder, even though these patients are more isolated and do not accept hunger sensations or distress.

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Eysenck Personality Questionnaire (Eysenck) and Temperament and Character Inventory (TCI) had been used to rate personality traits of patients diagnosed with eating disorders.

It has been found that social phobia disorder was more frequent in AN patients (14%-16%), followed by the dependent disorder (5%-10%), and finally, the obsessive-compulsive disorder (6% to 7%).

It has been described that 30% of the patients have an obsessive personality. In fact, there are clinical similarities between obsessive personality and eating disorders with restrictive behaviors.

It is more common to detect several personality disorders in patients with BPAN while patients with RAN suffer of more anxiety and isolation.

Typically, individuals with BN are within the normal weight range, although some may be slightly under or overweight. The disorder is uncommon among moderately and morbidly obese individuals. There is an increased frequency of depressive symptoms or mood disorders (43.5%), particularly dysthymic disorder and major depressive disorder. There may be also an increased frequency of anxiety symptoms or anxiety disorders (69%). Substance abuse, or dependence (18.5%), particularly involving alcohol and stimulants, occurs in about one-third of the individuals with BN. Probably between one-third and one-half of the individuals with BN also have personality features that meet the criteria for one or more personality disorders, specially the borderline personality disorder.

* Correspondencia: Psic. Laura González Macías. División Investigaciones Clínicas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco, 101, Tlalpan, 14370. México D.F. Tel: 5655 2811 ext 172, Fax: 5513 3722. E-mail: macias@imp.edu.mx. Recibido: 4 de abril de 2003. Aceptado: 6 de mayo de 2003.

Several clinical personality instruments agree to characterize BN patients as impulsive persons with a high sensibility toward interpersonal relationships with low self-esteem, unpredictable behaviors, aggressiveness, and poor impulse control.

In conclusion, there are several personality risk factors for anorexia nervosa and bulimia nervosa, some of which are shared with other psychiatric disorders. Factors that increase the likelihood of impulsivity seem to have more influence for bulimia nervosa than for anorexia nervosa. Perfectionism and negative self-evaluation appear to be particularly common and characteristic of both eating disorders.

However, while anorexia nervosa patients might have a higher persistence, bulimia nervosa patients seem to have an impulsive temperament. According to the conceptual model proposed by Cloninger, both anorexia and bulimia present lower scores in the self-directness dimension.

Key words: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, personality, character, temperament.

RESUMEN

En este artículo se reúne la información que existe sobre los factores de personalidad implicados en la patogénesis de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA); estos últimos se han relacionado con rasgos obsesivos, histéricos e impulsivos.

El DSM-IV subdivide los TCA en anorexia nervosa y bulimia nervosa. La primera se asocia con conductas obsesivas y con un exceso de control; la segunda se asocia con conductas más histéricas vinculadas con la impulsividad.

Se han encontrado conductas similares entre este tipo de trastornos y la depresión, el trastorno límite de personalidad y los rasgos obsesivo-compulsivos. Sin embargo, se sabe que es muy difícil detectar un trastorno puro, ya que se confunden sus respectivos cuadros clínicos.

Los rasgos de personalidad ocupan un lugar muy importante en el origen de los TCA. No obstante, los estudios encaminados a valorar la relación entre estas dos variables han arrojado resultados muy diferentes. A pesar de ello, se han obtenido datos convincentes al relacionar los TCA con determinados rasgos del temperamento y carácter, que aparentemente pueden ser determinantes en la presentación, el origen, el curso y la evolución de los mismos.

A partir de los estudios de la personalidad realizados, se pretende detectar determinados factores que intervienen en el desarrollo de los TCA, y que hacen que ciertas mujeres sean propensas a desarrollarlos, o bien pueden ser factores concomitantes. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que la presión del medio para que una mujer se mantenga delgada puede ser un factor importante. La evidencia general es que se trata de un trastorno multifactorial.

Las dificultades para establecer una relación entre los TCA y los trastornos de personalidad radica en que estos últimos pueden comportarse como un factor predisponente, una influencia en el pronóstico y la evaluación, una complicación influida por el daño físico o una entidad completamente independiente, que de cualquier manera afectaría la relación del individuo con su medio.

Entre los potenciales factores predisponentes se encuentran las características de la personalidad, los trastornos perceptivo-conceptuales, la tendencia a engordar, los patrones familiares patológicos de interacción, las características de la personalidad de los padres y las actitudes y preocupaciones de éstos hacia el peso, la forma del cuerpo y el control.

Investigaciones actuales consideran a los rasgos de personalidad, de acuerdo con su intensidad y forma de expresión, como factores importantes, que influyen en la conducta alimentaria, y determinantes para el origen, la evolución, el pronóstico y el tratamiento.

El objetivo de este trabajo es describir las características de la personalidad que pudieran condicionar la conducta alimentaria y su comorbilidad con otros padecimientos psiquiátricos.

Palabras clave: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, personalidad, carácter, temperamento.

ANTECEDENTES

El DSM-IV (1) divide los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en: anorexia nervosa restrictiva (ANR) o anorexia nervosa compulsivo-purgativa (ANCP); y bulimia nervosa purgativa (BNP) o no purgativa (BNNP). En 1996, Kaye y colaboradores (29) observan que en la AN y la BN se presenta como característica primordial un gran rechazo a mantener el peso corporal en un nivel de normalidad y un temor intenso a subir de peso, así como una excesiva preocupación por la silueta y una insatisfacción con la imagen corporal.

Los recursos que emplean las pacientes de estos padecimientos para evitar el aumento de peso o provocar su disminución, van de la restricción de la ingesta de alimentos hasta el ayuno prolongado, la autoinducción del vómito y el uso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, así como el ejercicio compulsivo (1).

Cuando los elementos sintomáticos no son suficientes para integrar los diagnósticos de AN o BN, entonces se habla de un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE). Uno de éstos es el trastorno por "atracción", el cual comparte algunas características con la BN, aunque no se observan en él conductas compensatorias encaminadas a la eliminación de calorías; otro es la eliminación de alimentos después de masticarlos, para evitar deglutirlos (22).

La prevalencia de AN entre la población general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que en la BN alcanza 3%; la distribución por sexo es de 10:1, donde las mujeres adolescentes son la población más vulnerable (22).

El sustento para estudiar la personalidad en los TCA se fundamenta en la observación de patrones específicos de comportamiento, como la baja tolerancia a la frustración y el deficiente control de impulsos de las pacientes con BN, o la inflexibilidad y la necesidad de control estricto en las pacientes con AN (41).

Desde la antigüedad, los clínicos han implicado los factores de la personalidad en la patogénesis del trastorno alimentario. Por ejemplo, se ha clasificado a las pacientes con anorexia nervosa en dos grupos: obsesivas e histéricas. Posteriormente se integró un tercer grupo con características mixtas de obsesividad e histeria (24). Otros autores relacionaron la conducta impulsiva con la anorexia del tipo bulímico, diferenciándola del tipo restrictivo, la cual no presenta características de impulsividad (10, 17).

Se han descrito analogías entre los trastornos alimentarios y la depresión, el trastorno límite de personalidad y los rasgos obsesivo-compulsivos. Sin embargo, se sabe que es muy difícil detectar un trastorno puro, pues se confunden sus respectivos cuadros clínicos y, algunas veces, se presentan de manera simultánea. A pesar de ello, se han obtenido datos convincentes al relacionar los TCA con determinadas características del temperamento y el carácter que conforman la personalidad y que, aparentemente, determinan la evolución del trastorno.

Hilde Bruch planteó, en 1978, que los TCA se deben entender en términos de todo el proceso de desarrollo de la personalidad dentro del contexto familiar (7).

A su vez, Gordon (19) propone que el origen de los TCA se ha asociado a menudo con acontecimientos estresantes en alguna etapa de la vida en que el individuo es más susceptible de padecerlos (abuso físico, psicológico o sexual; sobreprotección; control excesivo; carencia de figuras de autoridad o reglas establecidas); con fenómenos ambientales determinantes (medios de comunicación, modas, estereotipos y prototipos de belleza), y con rasgos de carácter que dificultan el manejo de los estresores y las influencias emocionales (baja autoestima, inestabilidad emocional, conductas obsesivas).

En la actualidad, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que los trastornos alimentarios pudieran ser una dificultad propia del desarrollo de la adolescencia como resultado de la falta de habilidad para afrontar las demandas propias del proceso de crecimiento, lo que se complica particularmente ante la necesidad de definir la identidad y el sentido de la propia capacidad (43).

No podemos dejar de lado la importancia que tienen la fisiología y la influencia del medio en el ser humano. Estudios recientes han demostrado que los neurotransmisores cumplen un papel muy importante en la regulación del hambre y la saciedad, sobre todo en las vías de la serotonina y la noradrenalina, lo que contribuye a la expresión de conductas alimentarias específicas. Ejemplo de una disfunción

en estas vías pueden ser los factores biológicos que indiquen la vulnerabilidad a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (8, 29).

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA

Según Hamer, la personalidad es la suma total de las características mentales, emocionales, sociales y físicas de un individuo: es la forma de reaccionar ante los demás, de comunicarse, de pensar y de comunicar las emociones (21). Un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Se inicia en la adolescencia o al principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y provoca malestar o perjuicios para el sujeto. Los rasgos se tornan inflexibles e impiden que el individuo pueda adaptarse al medio, lo que causa un deterioro y un malestar significativos en su vida. Los sujetos con trastornos de la personalidad se apartan considerablemente de las expectativas de su entorno, con lo que queda en evidencia su incapacidad para integrar los aspectos cognoscitivos, afectivos o interpersonales, que son vitales para una buena adaptación (1).

Se estima que la presencia de alteraciones de la personalidad en pacientes con TCA va de 53 a 93% (18). Por otro lado, se observa que la manifestación simultánea de más de un trastorno de la personalidad se da con una frecuencia superior a la de la población general, sobre todo en las pacientes bulímicas con historia previa de AN (5, 23).

Los distintos estudios realizados en pacientes con diferentes tipos de trastorno alimentario señalan la presencia de rasgos obsesivos de 27 a 61% de las diversas muestras descritas; timidez y dependencia, de 21 a 48%, y ansiedad de 51 a 64% de los casos. Las primeras investigaciones realizadas están de acuerdo en que el tipo de personalidad predominante, que va de 69 a 87%, queda comprendido por la combinación de rasgos obsesivos, de inhibición y conformismo (44).

Entre los instrumentos utilizados para evaluar la personalidad en los TCA está el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI). Se trata de un instrumento autodescriptivo que permite comparar de forma controlada al individuo con el grupo al que pertenece, con lo que se obtienen rasgos finos y completos de la personalidad del sujeto. La prueba arroja información sobre las características generales del estado afectivo (tristeza, pesimismo, euforia, etc.), la calidad de las relaciones interpersonales (dificulta-

tades para establecer compromisos afectivos profundos, dependencia a las relaciones, etc.) y las características de demanda y expresión de afecto. Sirve asimismo para detectar dificultades en el control de los impulsos, conocer la capacidad de introspección y, por último, saber qué tipo de mecanismos de defensa utiliza el sujeto (36).

Otro instrumento es el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE), el cual se basa en la observación de tres dimensiones de la personalidad: el neuroticismo, el psicoticismo y la extroversión, junto con una cuarta área denominada “deseabilidad social o mentiras”. Cada una de estas áreas alude a conductas normales que se vuelven patológicas sólo en casos extremos (3).

El último es el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). Este consiste en un instrumento autoaplicable que describe la personalidad dentro de un modelo psicobiológico elaborado por Cloninger. En este instrumento, el temperamento se describe como un rasgo altamente heredable y permanente en el individuo, que se divide en cuatro dimensiones: búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia. En cambio, los rasgos de carácter, que se encuentran influidos moderadamente por el aprendizaje socio-cultural y maduran de manera progresiva a lo largo de la vida, se conforman de tres dimensiones: autodirección (responsabilidad, dirección hacia objetivos *vs.* inmadurez, integración deficiente e inseguridad), la cooperación (ser útil, empático *vs.* oportunista) y la autotranscendencia (creativo, poco convencional *vs.* controlado, pragmático). Cada uno de estos aspectos del carácter interactúa para promover una adaptación a las experiencias de la vida y ejerce a la vez influencia en la susceptibilidad del individuo hacia los trastornos emocionales y del comportamiento (13, 37).

Según Díaz Marsá y colaboradores, las dificultades para establecer una relación entre los TCA y los trastornos de la personalidad radican en que estos últimos pueden comportarse como un factor predisponente, una influencia en el pronóstico y la evolución, una complicación influida por el daño físico o una entidad completamente independiente (14).

Los estudios acerca de los rasgos de personalidad de los pacientes con TCA muestran la presencia de un cúmulo de rasgos “neuróticos”.

Patton y colaboradores encontraron, en 1990, que los síntomas neuróticos y depresivos, así como las características obsesivas de la personalidad, se asocian con factores de riesgo para el desarrollo del trastorno alimentario (34). En 1999, Díaz y su equipo encontraron que a mayor duración de la enfermedad, existen más síntomas de depresión. Sin embargo, cuando se

encuentra un menor grado de ansiedad, fobia, obsesividad y somatización, el pronóstico suele ser más favorable (14).

ANOREXIA NERVOSA

Dos estudios realizados para determinar la prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con AN mostraron que el trastorno por evitación fue más frecuente (14–16%); en segundo lugar se ubicó el trastorno dependiente (5–10%) y, finalmente, el trastorno obsesivo compulsivo (6–7%) (27, 38).

Se ha descrito que hasta 30% de las pacientes anoréxicas presentan características obsesivas en su personalidad; de hecho, existen similitudes clínicas entre la personalidad obsesiva y los trastornos alimentarios restrictivos (28). Sin embargo, Braun y colaboradores mencionan que la ANR presenta muy baja comorbilidad psiquiátrica, comparada con cualquier otro trastorno alimentario (5).

La posibilidad de que pudieran exacerbarse por complicaciones nutricionales algunos rasgos propios de la AN, como la dependencia, la introversión y la obsesividad, genera confusión al intentar establecer una diferenciación entre los rasgos innatos y los surgidos a consecuencia de la pérdida ponderal (20).

Hallazgos de diversos estudios sobre la personalidad de pacientes con antecedentes de AN controlada, permitieron identificar patrones específicos de comportamiento, como una tendencia a la inhibición, una dificultad en la expresión emocional, una falta de iniciativa y un elevado grado de conformismo. Lo anterior sugiere que son inherentes a la AN y no una consecuencia de la inanición (12, 23, 40).

Estudios clínicos y familiares coinciden en la observación de las siguientes características comunes de comportamiento premórbido en las pacientes con ANR: obsesividad, rigidez, perfeccionismo, dependencia y tendencia a la evitación social (39).

El uso del MMPI para estudiar a los pacientes con trastornos alimentarios ha mostrado perfiles específicos para cada subcategoría de éstos. Cabe aclarar aquí que los sujetos con ANR muestran una buena adaptación educacional, pero un deficiente ajuste social, sexual y marital (15), así como perfiles que sugieren depresión, aislamiento social y ansiedad, donde la depresión es la escala más elevada y, algunas veces, la única clínicamente elevada. Las pacientes con ANCP muestran perfiles con mayor gravedad y menor precisión de rasgos. La depresión y la ansiedad son rasgos prominentes, pero la elevación en otras escalas muestra rasgos expresivo-dramáticos ausentes en las pacientes restrictivas (4).

Otros investigadores (11) observaron que las pacien-

tes con AN mantuvieron, tras recuperar el peso, conductas obsesivas y pensamiento inflexible, aislamiento social, sumisión y limitada espontaneidad. La persistencia de estos rasgos constituyó, para ellos, la base que permitiría el desarrollo ulterior de conductas alimentarias obsesivas durante la fase aguda de la enfermedad. Los autores mencionan que las pacientes que padecen ANR son más introvertidas, niegan las sensaciones de hambre y no manifiestan abiertamente su angustia.

Investigaciones previas permitieron formular la hipótesis de la influencia temperamental como causa de AN. La aplicación del instrumento de Eysenck (16) buscaba identificar el “temperamento anoréxico” en tres grupos de mujeres: anoréxicas, obesas y controles. Los hallazgos mostraron que las pacientes anoréxicas presentaban mayor inestabilidad emocional e introversión que los otros dos grupos (17).

El análisis que hizo Eysenck de las dimensiones de la personalidad (neuroticismo *vs.* estabilidad; extroversión *vs.* introversión) muestra diferencias entre las pacientes con ANR y ANCP. Aunque un elevado neuroticismo (alta emotividad) caracterizó a ambos subtipos, las pacientes con ANR calificaron más alto en introversión, mientras que aquellas con ANCP lo hicieron en extroversión (32). Dado que estas dimensiones de la personalidad parecen estar condicionadas biológica y genéticamente, se podrían tomar en cuenta como factores predisponentes para el desarrollo de AN (32).

Los niveles de ansiedad observados en pacientes con AN han resultado significativamente mayores comparados con grupos control. En este sentido se propone que la manera errónea en que estas pacientes afrontan los estímulos externos podría estar determinada biológicamente y fungir también como factor predisponente de la enfermedad (22).

De acuerdo con el ITC, Cloninger propone en 1980 un modelo para la AN, el cual considera a las pacientes ANRs con puntuaciones bajas en la escala de “búsqueda de la novedad” y puntajes altos en “evitación al peligro” y “dependencia a la recompensa” (40).

En 1999, Díaz Marsá y colaboradores (14) estudiaron la personalidad de estas pacientes según el mismo modelo de Cloninger. Así obtuvieron resultados que sugerían que las pacientes anoréxicas presentaban un perfil elevado de neuroticismo eysenckiano, menor en ANR en comparación con ANCP, además de una elevada tendencia a la “persistencia” y una baja “autodirección”.

Como analogía entre los estudios de la personalidad y la clínica, podemos decir que es más frecuente detectar trastornos de personalidad graves entre las

ANCP, además de una elevada emotividad e inestabilidad emocional, mientras que las ANR sufren de más cuadros ansiosos y conductas de aislamiento.

BULIMIA NERVOSA

La comorbilidad psiquiátrica de las pacientes con BN es muy alta, sobre todo en el caso de los trastornos afectivos (43.5%) (30,45), el abuso de sustancias (18.5%) y los trastornos de ansiedad (69%) (6, 9, 30). A su vez, la prevalencia de los trastornos de personalidad en pacientes bulímicas fluctúa entre 21 y 77%, siendo el límite y el histriónico los más comunes (2). Existen múltiples estudios (5, 23, 29), que ponen de manifiesto la contundente relación entre la BN y el trastorno de personalidad límite. Este ha mostrado ser más frecuente entre las pacientes bulímicas, así como en las pacientes con anorexia nervosa con clínica mixta (5).

De la misma forma que en las pacientes con AN, la desnutrición podría influir en la expresión de los rasgos de personalidad. La mayoría de los estudios se han hecho en pacientes que presentan el cuadro activo por lo que, al igual que en la AN, tampoco existen conclusiones definitivas (32).

La gran diversidad de instrumentos empleados para estudiar la personalidad coinciden en definir a las pacientes con BN como personas impulsivas, con elevada sensibilidad hacia las relaciones interpersonales, baja autoestima, decisiones y actos impulsivos, además de conductas impredecibles, agresivas y descontroladas (33).

Casper y colaboradores comentan que las pacientes bulímicas son más extrovertidas que las anoréxicas, pero manifiestan más ansiedad, culpa, sensibilidad interpersonal y más quejas somáticas (10).

Johnson y Larson compararon una muestra de 15 mujeres bulímicas de peso normal con mujeres sin trastorno alimentario. De este modo encontraron que presentaban un mayor grado de patología, que se expresaba a través de estados de ánimo disfóricos y fluctuantes. También observaron que pasaban más tiempo solas, dedicaban mucho tiempo a actividades relacionadas con la comida, y su estado psicológico general reflejaba más tristeza, soledad, debilidad, pasividad e irritabilidad que los controles. Los autores mencionan que aun cuando en las pacientes anoréxicas coexiste un trastorno afectivo con la bulimia, éste no se manifiesta en conductas de fatiga, aletargamiento y falta de motivación, sino que es de tipo activo, por lo que su estado de ánimo se mantiene en alerta y ellas muestran mayor labilidad emocional (25).

Debido a la vulnerabilidad que existe en la BN, en

cuanto a estados de ánimo eufóricos y fluctuantes, similares a los del alcoholismo, puede darse el caso de que se adquieran conductas adictivas a fin de disminuir dichos síntomas. Por otro lado, se menciona que el tiempo que absorben las conductas que giran alrededor de la comida, como los atracones y la práctica de métodos de purga, provoca aislamiento social, además de que estas conductas pueden convertirse en un mecanismo de regulación de la ansiedad (26).

La evaluación de la BN con el MMPI presenta puntajes elevados en todas las escalas y muchas combinaciones entre ellos, por lo que no conforman una entidad homogénea en cuanto a rasgos de personalidad. Sin embargo, vale la pena señalar que las escalas más altas son la de depresión y la de desviación psicopática, y pareciera ser que la enfermedad es el resultado de diversas etiologías desarrolladas dentro de un amplio espectro de dinámicas de la personalidad (35).

Kleifield y su equipo (31) aplicaron el ITC de Cloninger (12) a pacientes con BN. Así encontraron que 63% de las pacientes con trastorno de personalidad asociado manifestaba una psicopatología más grave, mayor insatisfacción corporal y abuso de laxantes, además de puntuaciones elevadas en la dimensión de “evitación del daño”; por el contrario, mostraron una menor puntuación en la dimensión de “autodirección”. Para estos autores, una puntuación baja en ésta área podría identificar a aquellos casos con un trastorno de personalidad asociado.

Díaz y colaboradores observaron que la impulsividad, considerada como una dimensión independiente o asociada a la “búsqueda de la novedad” o a la “extroversión”, constituye el hallazgo más consistente para la BN (14).

Según el modelo de personalidad de Cloninger, en las pacientes bulímicas se han observado puntuaciones elevadas en las dimensiones de “búsqueda de la novedad” y “dependencia a la recompensa”(6). Sin embargo, algunos autores atribuyen las conductas impulsivas bulímicas a la existencia de un trastorno de personalidad límite de base (14). Bulik (9) aplicó la misma escala a pacientes con BN y encontró puntuaciones elevadas relacionadas con la “evitación del daño” y puntajes bajos en “autodirección”.

Díaz y colaboradores (14) observaron que el “temperamento bulímico” se caracterizaba por una elevada “evitación del daño” y por un elevado neuroticismo eysenckiano, lo que revela una personalidad aprensiva, temerosa, preocupada, tensa y ansiosa (21).

La impulsividad como variable determinante de este trastorno alimentario se sustenta en la comorbilidad con el abuso de sustancias, la promiscuidad

sexual, la cleptomanía y una diversidad de patologías relacionadas con personalidades encaminadas a la “búsqueda de la novedad” y una necesidad de reconocimiento y recompensa (31, 42).

Debido a que la baja tolerancia a la frustración, la impulsividad, la autoagresividad y los sentimientos de vacío crónico son los rasgos de personalidad más comunes en las pacientes con BN, se asocian con mayor frecuencia al trastorno límite e histriónico, y en menor proporción se describen rasgos que sugieren un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo o por evitación.

CONCLUSIONES

Las investigaciones más recientes nos permiten considerar ciertas características de la personalidad como factores que ejercen una importante influencia sobre los trastornos de la conducta alimentaria; se estima que son determinantes para el origen, la evolución y el pronóstico del padecimiento de acuerdo con la intensidad y la forma de expresión del mismo.

Entre los factores que intervienen en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, se encuentran determinados rasgos de personalidad que hacen que algunas mujeres sean más propensas a desarrollarlos; estos rasgos también pueden ser concomitantes. Hay autores que señalan que aunque la presión para mantenerse delgada es un elemento importante, la evidencia general indica que se trata de un trastorno multifactorial.

Entre los factores predisponentes se encuentran: la tendencia a engordar, los patrones patológicos de interacción familiares, las características de personalidad de los padres y sus actitudes hacia el peso, el control y la forma del cuerpo, así como los trastornos cognoscitivos que alteran las percepciones y las conductas.

En la anorexia nervosa restrictiva prevalecen los patrones de conducta temerosa y ansiosa, relacionados más comúnmente con los trastornos de personalidad por evitación y dependencia. Las pacientes anoréxicas compulsivo-purgativas comparten con las bulímicas formas de conducta impulsiva, expresivo-emotiva e inestable, que van de la mano con los trastornos de personalidad límite e histriónico.

El temperamento de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria puede influir en la presentación clínica del trastorno, lo que a su vez puede dar lugar a comportamientos restrictivos o purgativos.

Con base en las características de elevado neuroticismo y evitación del daño, se vuelve notoria la diferencia temperamental entre los dos principales

tipos de trastorno alimentario. Así, mientras que en la anorexia nervosa predomina la dimensión de persistencia, en la bulimia nervosa, es más evidente la impulsividad.

Aunque muchas personas pueden reunir los antecedentes mencionados, solamente en algunas un comentario o suceso sin importancia aparente puede despertar la "idea fija" de que la pérdida de peso mejorará los sentimientos de ineficacia e inadecuación que se tienen de sí.

En conclusión, se encontró un alto porcentaje de factores de riesgo de la personalidad para desarrollar anorexia nervosa o bulimia nervosa; algunos de éstos se relacionan con otros trastornos psiquiátricos. Los factores que incrementan la probabilidad de conductas impulsivas parecen tener más influencia en el caso de la bulimia nervosa que en el de la anorexia nervosa. El perfeccionismo y la autoevaluación negativa parecen ser una característica particular como antecedente para ambos trastornos.

Sin embargo, mientras que las pacientes con anorexia nervosa parecen mostrar una alta persistencia, las pacientes bulímicas parecieran mostrar un temperamento impulsivo.

De acuerdo con el modelo de Cloninger, tanto la anorexia como la bulimia presentan bajos puntajes en autodirección.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. Washington, 1994.
2. AMES-FRANKEL J, DEVLIN MJ, WALSH T, STRASSER TJ, SADIK C, OLDDHAM JM, ROOSE SP: Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: Clinical correlates and changes with treatment. *J Clin Psychiatry*, 53:3, 1992.
3. APIQUIAN R, FRESAN A, NICOLINI H: Evaluación de la psicopatología (escalas en español). JGH Editores. México, 2000.
4. BIEDERMAN J, HABELOW W, RIVINUS T, HARMATZ J, WISE J: MMPI Profiles in anorexia nervosa patients with and without major depression. *Psychiatry Research*, 19:147-154, 1986.
5. BRAUN DL, SUNDAY SR, HALMI KA: Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24:859-867, 1994.
6. BREWERTON TD, LYDIARD RB, BALLENGER JC, HERZOG DB: Eating disorder and social phobia. *Arch Gene Psychiatry*, 50:70, 1993.
7. BRUCH H: *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Harvard University Press. Cambridge, 1978.
8. BULIK CM, SULLIVAN PF, EPSTEIN LH, MCKEE M, KAYE WE, WELTZIN TE: Drug use in women with anorexia and bulimia nervosa. *Inter J Eating Disorders*, 11:213-225, 1992.
9. BULIK CM, SULLIVAN PF, WELTZIN TE, KAYE WH: Temperament in eating disorders. *Inter J Eating Disorders*,

- 17:251-261, 1995.
10. CASPER R, ECKERT E, HALMI K, GOLDBERG S, DAVIS J: Bulimia: Its incidence and importance in patients with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 34:87, 1980.
11. CASPER RC: Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Med*, 52:156-170, 1990.
12. CLONINGER CR: A systematic method for clinical description and classification of personality variant: a proposal. *Arch Gen Psychiatry*, 44:573-588, 1987.
13. CLONINGER CR, SIGVARDSSON S, BOHMAN M: Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism*, 12:494-505, 1988.
14. DIAZ MM, CARRASCO JL, PRIETO LR, SAIJZ RJ: The roll of the personality in the feeding behavior disorders. *Actas Esp Psiquiatría*, 27(1):43-50, 1999.
15. EDWIN D, ANDERSEN AE, ROSELL F: Outcome prediction by MMPI in subtypes of anorexia nervosa. *Psychosomatics*, 29(3):273-282, 1988.
16. EYSENK HJ, EYSENCK SBH: Manual of the Eysenck personality questionnaire. Hodder Stoughton Educational, Educational and Industrial. Testing Service. San Diego, 1975.
17. GARNER D, GARFINKEL P: Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10:647-656, 1980.
18. GARNER DM: Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 341:1631-1635, 1993.
19. GORDON RA: Anorexia y bulimia. *Anatomy of a Social Epidemic*. Basil Blackwell. Cambridge, 1990.
20. HALMI KA, ECKERT E, MARCHI P, SAMPUGNARO V, APPLE R, CHEN J: Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Inter Eat Disord*, 12:215-220, 1991.
21. HAMER D, COPELAN P: *El Misterio de los Genes*. Ed. Javier Vergara, Vitae. Buenos Aires, 1998.
22. HARVARD MENTAL HEALTH: *Eating Disorders (Part I)*. Vol. 14, no.4, From Harvard Medical School, Harvard, 1997.
23. HERZOG DB, KELLER MB, LAVORI PW, KENNY GM, SACKS NR: The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *J Clin Psychiatry*, 53(5):147-152, 1992.
24. JANET P: Les Obsessions et la Psychasthenie. Felix Alcan, París, 1903.
25. JOHNSON CL, LARSON R: Bulimia: an analysis of moods and behavior. *Psychosomatic Medicine*, 44:341-351, 1982.
26. JOHNSON CL, BERNDT D: Preliminary investigation of bulimia and life adjustment. *Am J Psychiatry*, 140:774-777, 1983.
27. JOHNSON C, CONNORS ME: *The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa*. p 81, Basic Books, Nueva York, 1987.
28. KAYE WH, GWIRSTMAN HE, GEORGE DT, EBERT MH: Altered serotonin activity in anorexia nervosa after long-term weight restoration: does elevated CSF 5HIAA correlate with rigid and obsessive behaviour? *Arch Gen Psychiatry*, 48:556-562, 1991.
29. KAYE WH, LILENFELD LR, PLOTNIVOK K: Bulimia nervosa and substance dependence: Association and family transmission. *Alcohol Clin Exp Res*, 20:878-881, 1996.
30. KENDLER KS, MACLEAN C, NEAL M, KESSLER R, HEATH A, EAVES L: The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 148:1627-1637, 1991.
31. KLEIFIELD EI, SUNDAY S, HURT S, HALMI AK: The Tridimensional Personality Questionnaire: an exploration of personality traits in eating disorders. *J Psychiat Res*, 28(5):413-423, 1994.
32. LORANGER AW, LENZENWEGER MF, GARTNER AF: Trait-state artifacts and diagnosis of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 48:720-728, 1991.
33. NEWTON JR, FREEMAN CP, MUNRO J: Impulsivity and

- dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87:389-394, 1993.
34. PATTON GC, JOHNSON-SABINE E, WOOD K, MANN AH, WAKELING A: Abnormal eating attitudes in London school girls –a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20:383-394, 1990.
 35. PENDLETON L, TISDALE MJ, MOLL AH, MARLER MR: The 4-5-6 configuration on the MMPI in bulimics vs. controls. *J Clinical Psychology*, 46:6, 1990.
 36. RIVERA O: *Interpretación del MMPI*, en *Psicología Clínica, Laboral y Educativa*. Ed. Manual Moderno. México, 1991.
 37. SANCHEZ DE CARMONA M, PAEZ F, LOPEZ J, NICOLINI H: Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). *Salud Mental*, 19 (suplemento):5-9, 1996.
 38. SKODOL AE, OLDHAM JM, HYLER SE, KELLMAN HD, DOIDGE N, DAVIES M: *Comorbidity of DSM-III-R Eating Disorders and Personality Disorders*. Columbia University College of Physicians and Surgeons, Nueva York, 1992.
 39. SOHLBERG S, STROBER M: Personality in anorexia nervosa: An update and theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scand*, 89(supl.378):1-15, 1994.
 40. STROBER M: Personality and symptomatological features in young nonchronic anorexia nervosa patients. *J Psychosomatics Res*, 24:353-9, 1980.
 41. STROBER M, SALKIN B, BURROUGHS J, MORRELL W: Validity of the bulimia–restrictor distinction in anorexia nervosa. *J Nervous Mental Disorders*, 170:345-351, 1982.
 42. THIEL A, ZUGER M, JACOBY GE, SCHUFSLER G: Thirty-month outcome in patients with anorexia or bulimia nervosa and concomitant obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 155:2, 1998.
 43. UNIKEL C: Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet. Tesis de Maestría UNAM. México, 1998.
 44. VITOUSEK KY, MANKE F: Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Abnormal Psychology*, 103(1):137-147, 1994.
 45. WALSH BT, ROOSE SP, GLASSMAN AH, GLADIS MA, SADIC C: Bulimia and depression. *Psychosomatic Medicine*, 47:123-131, 1985.

**RESPUESTAS DE LA SECCION
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación**

- 1. D**
- 2. D**
- 3. E**
- 4. E**
- 5. A**
- 6. C**
- 7. D**
- 8. E**
- 9. C**
- 10. D**
- 11. C**
- 12. B**
- 13. D**
- 14. D**
- 15. B**