



# ANOREXIA Y BULIMIA: PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

---

**Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y  
Metodología**

Autora: Mariana González Pita

Tutores: Pablo García Medina y María Concepción Cristina Ramos

Trabajo de Fin de Grado. Universidad de La Laguna

Curso 2016/2017

## **RESUMEN**

El siguiente trabajo persigue establecer la relación existente entre los diversos factores de personalidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria, concretamente en pacientes con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

Para ello, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos en los que se investigue dicha relación, hallándose en los mismos unos patrones característicos de personalidad en estos pacientes, entre los que se destacan los rasgos obsesivos, ansiosos y dependientes.

También se ha puesto de manifiesto la relación entre los Trastornos de Personalidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria, encontrándose una coexistencia de ambos. En concreto se estableció que solía darse junto con el Trastorno Evitativo, el Trastorno Obsesivo Compulsivo o el Trastorno Dependiente.

Palabras clave: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastornos de Personalidad, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Personalidad.

## **ABSTRACT**

Following research aims to establish the existing connection between the different factors of personality and the eating disorders, specifically on patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa.

For that purpose, a bibliographic revision has been done of articles that embrace said correlation, finding in them certain characteristic patterns of personality in these patients, in which stands out the obsessive, anxious and dependent traits.

It has also been shown the relation between the personality disorders and eating disorders, finding a coexistence of both. More specifically it showed that it used to appear together with Avoidant Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder or Dependent Personality Disorder.

Key-words: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Eating Disorders, Personality Disorders, Personality.

## **INTRODUCCIÓN**

### **ANOREXIA Y BULIMIA: BREVE HISTORIA DE DOS CONCEPTOS**

Durante siglos las referencias a los comportamientos anoréxicos se han centrado en las conductas alimentarias que presentaban algunas santas. Esto llevó a algunos historiadores como Bell o Bynum a interpretar ese ayuno como similar al que manifiestan las paciente anoréxicas actuales.

El culto que practicaban tenía como motivo valores místicos. No existen evidencias de que las santas hacían “dietas” por el miedo de ser obesas, ni por una obsesión por su apariencia externa.

Artistas o personajes famosos como la reina María de Escocia, Emily Brontë, Lord Byron o Kafka, también fueron considerados por los historiadores haciendo mención especial a sus comportamientos alimenticios, sin embargo, al igual que sucedía con las santas, no se ha podido establecer conexiones reales entre el ayuno, la delgadez y las relaciones familiares.

Tras la conceptualización de la anorexia como trastorno o enfermedad es cuando los factores familiares empiezan a adquirir importancia. El primer hito en la historia médica de este trastorno se sitúa en el Siglo XVII cuando Morton (1637-1698) incluye en su tratado una descripción del cuadro psicofisiológico en el que se encontraban dos de sus pacientes aquejados de lo que él denominó atrofia o “ptisis” nerviosa (rechazo a comer, caquexia corporal, amenorrea y resistencia a la recuperación).

Durante el Siglo XIX, se da el segundo hito con el surgimiento del interés científico por la anorexia nerviosa. Se concluye que las personas que se oponen a comer padecen una enfermedad y necesitan recibir un tratamiento. En este siglo, durante la época victoriana, surge una gran preocupación por la

esbeltez entre las jóvenes. Al tratarse de adolescentes la mayoría de las afectadas, da lugar a que los expertos se cuestionen la posible relación con el tipo de ambiente familiar en el que se hallan inmersas.

El tercer hito lo establecen personalidades como Gull (1816-1890) y Laségue (1816-1883). Gull enfatiza la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial, buscando las diferentes explicaciones causales alternativas a los síntomas que manifestaba el enfermo. Por otro lado, Laségue es reconocido en este ámbito por la publicación “De l’anorexie hysterique”, donde hace alusión al trastorno tal y como se conoce en la actualidad. Este autor considera que es fundamental para que la paciente se recupere, la modificación de las relaciones que establecía con sus allegados.

En este periodo también surge la teoría de Freud, y en ésta relaciona la anorexia histérica con la melancolía y, también, con temas de contenido sexual (asimila la desgana alimentaria con la pérdida de libido). Por tanto, la inmadurez sexual de las pacientes con anorexia histérica daba lugar a la melancolía y pérdida de apetito. Posteriormente sitúa tanto el masoquismo como el odio a uno mismo como factores a destacar en estos casos.

En lo que concierne a la Bulimia Nerviosa, hasta los años setenta el número de descripciones fue escaso, situándose todas en el Siglo XX. Destacan los casos descritos por Janet en 1903 y Binswanger en 1958. Este trastorno desde el punto de vista histórico no es tan conocido, tal vez porque cursa con una evolución menos dramática y quienes lo padecen suelen ocultarlo más fácilmente. No obstante, las conductas de purga y la ingesta voraz y descontrolada se manifiestan desde la antigüedad, utilizándose en la civilización romana, tanto el vómito como otras formas de purga, como medio para vaciar el estómago y así seguir con una ingesta abundante y descontrolada.

Es en los años setenta, con el surgimiento de los modelos cognitivo-conductual, cuando se considera un cambio de paradigma en la interpretación de estos trastornos. Se le otorga gran importancia tanto a los aspectos personales como ambientales. Los tratamientos que se aplican tienen su base en las teorías del aprendizaje y se elaboran programas de refuerzo. También

se hace hincapié en los factores cognitivos que propiciaban y mantenían estos trastornos.

En la actualidad se establece un enfoque más pragmático, considerando que la familia se siente poco capaz de afrontar estos trastornos sin apoyo terapéutico explícito, por ello se persigue su implicación en la terapia ya que esto contribuye a una mejora en las expectativas de recuperación. Por otra parte, se intenta evitar el sentimiento de culpa en las familias que proliferaban los enfoques anteriores. La falta de participación de la familia puede conllevar a una baja motivación de quien padece el trastorno a cambiar, con el riesgo a que se cronifique la enfermedad.

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) engloban una serie de problemas que tienen como característica principal la presencia de creencias, comportamientos y emociones disfuncionales respecto a la alimentación, el peso y la forma corporal.

Fairburn y Walsh (2002) definen estos trastornos como una alteración de los hábitos alimentarios y de las conductas de control de peso que dañan significativamente la salud o el funcionamiento psicosocial de la persona.

Los TCA están incorporados en los dos manuales diagnósticos oficiales, el DSM-V (American Psychiatric Association) y en la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades).

En el DSM-V, la Anorexia Nerviosa junto con la Bulimia Nerviosa y otros tres trastornos (pica, rumiación y evitación/restricción de los alimentos) pertenecerían a la categoría de “trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos” pues en ella están todas aquellas alteraciones que tienen relación con el acto de comer que generan dificultades en la consumición o absorción del alimento, dañando tanto la salud como el funcionamiento psicosocial de la persona que lo padece.

En relación a los aspectos conductuales presentes en estos trastornos, se encontrarían todos aquellos comportamientos cuyo fin es adelgazar o controlar el peso (periodos de restricción alimentaria, ejercicio intenso, rituales relacionados con la comida, atesorar recetas, contar calorías, realizar numerosas dietas,...). Asimismo, es habitual que aparezcan episodios de irresistible urgencia por ingerir alimentos, normalmente los que son considerados como “prohibidos” que suelen ser los de gran valor energético. Otro comportamiento que puede estar presente son las purgas, pues algunas pacientes aprenden técnicas para poder vomitar voluntariamente tras darse los atracones (tanto objetivos como subjetivos). El consumo de diuréticos y laxantes, las conductas de evitación a la hora de pesarse o mirarse al espejo y el aislamiento social estarían englobadas dentro de estos aspectos conductuales.

Dado que en el presente trabajo se hará especial hincapié a la Anorexia Nerviosa y a la Bulimia Nerviosa, es conveniente establecer las características clínicas más relevantes de ambos trastornos.

#### Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa según el DSM-5 (APA, 2013):

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

Especificar:

-En remisión parcial/total

-Gravedad actual:

Leve: IMC  $\geq$  17 kg/m<sup>2</sup>

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m<sup>2</sup>

Grave: IMC 15–15,99 kg/m<sup>2</sup>

Extremo: IMC < 15 kg/m<sup>2</sup>

Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa según el DSM-5 (APA, 2013):

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
  - 1. Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
  - 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de AN.

Especificar:

-En remisión parcial/total

-Gravedad actual:

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

En lo referente al método de evaluación psicológica de la AN y BN es necesario (Fernández-Ballesteros, 1994):

- 1) Utilizar la entrevista como método de evaluación y diagnóstico. Existen diversas entrevistas estructuradas muy apropiadas para una aplicación inicial (IDED, SEDC, EDE, CEDRI, SCID). Dado que la negación de la problemática es una constante en las personas que padecen TCA, es importante cuidar y establecer una buena relación terapéutica desde la primera toma de contacto con el paciente.
- 2) Establecer una breve historia del peso corporal, esto es, preguntar desde cuándo se ha manifestado la variación de peso, durante cuánto tiempo se ha mantenido el estado actual, si estos cambios pueden estar debidos a algún acontecimiento vital estresante o cambios en la dieta/hábitos alimentarios, cuál ha sido el peso máximo y mínimo que ha tenido el sujeto y cuál es el peso ideal que desea tener.
- 3) Evaluar los hábitos y actitudes alimentarias, el seguimiento de dietas, los atracones y las conductas purgativas mediante: entrevistas estructuradas, entrevista conductual del tipo A-B-C (antecedentes-conducta-consecuentes), los autoinformes y cuestionarios generales o específicos y además, también son muy útiles los métodos de observación directos (a través de test conductuales) o indirectos (mediante autorregistros realizados por el propio sujeto).



- 4) Aplicar métodos de evaluación de la imagen corporal mediante entrevistas, cuestionarios, autoinformes y medidas de estimación de la imagen corporal. Es necesario clarificar la representación mental y/o actitud que el paciente tiene respecto a la apariencia física de su cuerpo y de su silueta. La percepción corporal de las anoréxicas y bulímicas purgativas (no en bulímicas compulsivas) suele estar distorsionada.
  
- 5) También se debe evaluar el deseo de adelgazar (motivación exagerada por alcanzar un peso corporal bajo y una figura muy delgada) y la insatisfacción con el tamaño del cuerpo (desajuste entre el peso y silueta ideal deseada por el sujeto).

## **FACTORES DE RIESGO DE LOS TCA**

Los factores de riesgo de TCA con mayor apoyo empírico Smolak (2006) son la presión social por tener una imagen delgada, la interiorización de un ideal de modelo estético delgado, la dieta restrictiva, la insatisfacción corporal, el sobrepeso, la historia de burlas relacionadas con la apariencia física, la autoestima baja y el perfeccionismo. Al interactuar los factores nombrados entre sí y con predisponentes genéticos, puede dar lugar al desarrollo de un TCA.

Los factores específicos encontrados para la AN y la BN son el afecto negativo, el neuroticismo, preocupaciones por el peso y la figura, dieta, complicaciones durante el embarazo, factores perinatales y aumento de eventos vitales negativos.

Por otra parte, a pesar de no existir una familia específica o típica de anorexia o bulimia, sí que se ha podido establecer aspectos familiares que pueden influir en la aparición de estos trastornos, entre ellos se encuentran: familiares de primer grado que padecen o han padecido trastornos alimentarios, trastornos afectivos, abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas, obesidad materna, estatus socio-económico medio-alto y, en el caso de la AN, edad de los padres más elevada. Por lo que, se puede concluir que

en las familias en las que surge un TCA, existen más trastornos de este tipo entre sus miembros, más depresión y más psicopatología en general.

En la literatura (Peláez, Raich, & Labrador, 2010) también se establecen los factores atendiendo a si son precipitantes o mantenedores. Entre los primeros se hallan la existencia de acontecimientos vitales importantes, sufrir abuso sexual, físico y emocional en la infancia y la maduración o menarquía temprana. Por otro lado, entre los factores mantenedores se encuentran los cognitivos y conductuales como son la evitación de la situación fóbica (“estar gorda”), tener creencias disfuncionales y la autovaloración errónea. Tanto el afecto negativo, como haber experimentado conductas purgativas y unas actitudes desfavorables por parte de los familiares y amigos, como puede ser una excesiva atención social, favorecen el mantenimiento del TCA.

Con el fin de distinguir entre los factores familiares y ambientales se han realizado diversos estudios de gemelos monocigóticos y dicigóticos, pues permiten identificar la magnitud relativa de uno u otro factor (ver resultados de la investigación de Díaz, Carrasco, Prieto & Saiz, 1998).

Entre las habilidades protectoras ante el desarrollo de un TCA se encuentra la capacidad asertiva, esto es, ser capaz de expresar tanto los sentimientos positivos como los negativos, de defender los propios derechos sin usar la agresividad ni infravalorar a los demás, saber cómo desenvolverse en los contextos sociales, tener una buena autoeficacia y poder resistir presiones.

## **ORGANIZACIÓN DE SIGNIFICADO PERSONAL Y FAMILIAR RELACIONADOS CON LOS TCA**

La transformación social en la sociedad postmoderna otorga mayor importancia a la imagen que a la persona, la cual tiene que conseguir regularse para lograr la confirmación de su imagen. Éste es el tema fundamental que caracteriza a los desórdenes alimentarios, pues los que lo padecen construyen su identidad basándose en criterios externos. Se reconoce al sí mismo a través de los otros, por lo que la persona se da cuenta de lo que es y de sus

capacidades a través de cómo se comportan los otros con ésta. El sentido de uno mismo es definido por el contexto externo, a partir de conductas mínimas procedentes de personas significativas o desconocidas.

En relación con los patrones vinculares familiares, lo que caracteriza a las personas con TCA es el patrón de apego evitante-compulsivo-complaciente. Este se genera cuando el niño consigue un acceso emocional de sus padres de forma estable y segura, siempre y cuando corresponda con las expectativas que presentan ellos. Por lo que cuando cumple estas expectativas tiene un sentido de ser querido, competente y aceptado, no obstante, cuando esto no es así cambia al extremo opuesto esta valoración.

Las características más típicas de las familias donde se genera este patrón de apego, es la presencia de ambigüedad entre la imagen que se pretende dar y lo que ocurre en realidad, esto se refleja por ejemplo, en la proyección de una imagen de “pareja perfecta” por parte de los padres. Otro aspecto a destacar es la relación de las madres con los hijos, pues también prevalece el intento constante de ser “madres perfectas”, por lo que tienden a concentrar toda su atención y esfuerzo no tanto al cuidado de los hijos en sí sino con el objetivo de cumplir con esa imagen de perfección.

A su vez, el patrón familiar se caracteriza por comportarse como si fueran actores, ya que le dan más valor a la apariencia que a la calidad de la relación que establecen con los demás. Por lo que, suelen camuflar aquellas situaciones, problemas o adversidades que no favorezcan una visión positiva de la imagen que se quiere aparentar. Se crea por tanto una “identidad colectiva” entre la familia, sin que se puedan expresar opiniones o emociones propias. Esto favorece el control de los integrantes de la familia, pues se amenaza con la retirada de afecto en caso de que haya disparidad en las ideas u opiniones puesto que entienden que “se quieren porque piensan igual y no hay diferencias en el contenido de los pensamientos entre ellos”. Esto da lugar a que no se respete la individualidad y haya un sentimiento de incertidumbre en los niños ya que no saben lo que sienten o perciben realmente.

Muchos casos de anorexia y bulimia se inician con la decepción que ocurre en la pubertad/adolescencia, como consecuencia del cambio de imagen

de los padres y el consiguiente cambio de imagen de sí mismo. Por tanto, esto pronostica que la bulimia y la anorexia que empieza en la pubertad sea más persistente en el tiempo.

## **PREDISPOSICIÓN PERSONAL EN TCA**

A continuación se expondrán una serie de factores que suelen relacionarse con los TCA, de modo que éstos están presentes en la mayoría de los pacientes antes del desarrollo de TCA:

### 1) El temperamento

El temperamento, determinado genéticamente, influye en la sensibilidad que experimentan las personas ante la estimulación ambiental, determina el nivel de actividad de ésta y condiciona su interacción con el medio y la manera en que regula las emociones. Las personas con predisposición a desarrollar un TCA muestran una posición extrema en estas características temperamentales. Su respuesta a la estimulación ambiental y el nivel de actividad que desarrollan fluctúa desde una posición extremadamente evitadora en la anorexia, hasta la necesidad continua de estímulos novedosos e impulsividad en la bulimia. Por tanto, se utiliza la comida como un mecanismo compensatorio del desequilibrio existencial o como medio de estabilización emocional.

### 2) El perfeccionismo

Tanto la experiencia clínica como la evidencia experimental señalan que el perfeccionismo suele ser una característica común entre las personas que padecen TCA, incluso antes de presentarlo.

Aquellos que tienen un perfeccionismo clínico se valoran a sí mismos exclusivamente en términos de “trabajar duro para lograr determinados estándares” en las áreas de la vida que se describen como importantes para ellos. Al sufrir TCA, lo que sucede es que aplican estos estándares extremos al comportamiento de comer, peso y silueta y su control.

Entre las características del perfeccionismo clínico se encuentra la sobreevaluación del logro conseguido por uno mismo en diferentes ámbitos

importantes de la vida, por lo que aquellos que no se consideran como tal, tienden a marginalizarse. Existe también una persecución rigurosa por conseguir los estándares que se proponen, incluso si ello conlleva sufrir consecuencias adversas y deterioro en otras áreas de su vida. No se fijan en cada logro que alcanzan, pues inmediatamente es reemplazado por otro más exigente. Continuamente revisan su rendimiento y temen fallar, por lo que rechazan las evaluaciones de su rendimiento por miedo a que no sea el deseado. Esto les genera una preocupación constante por dicho rendimiento (Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn & Hawker, 2008).

### 3) El estilo cognitivo

El estilo cognitivo hace referencia a la manera en que las personas piensan y construyen los conceptos que tienen sobre sí mismas y el mundo que les rodea. Por lo que este es otro factor que predispone al desarrollo de un TCA.

Dependiendo de las enseñanzas con las que cuente la persona y las experiencias vividas, tendrá un sistema de creencias u otro acerca del mundo, esto determina la manera en la que piensa, siente y actúa. Esto da lugar a un entramado cognitivo que dirige y enfoca la atención.

El estilo cognitivo que predomina en la personas que padecen un TCA es el perfeccionismo. Este estilo favorece el razonamiento en términos absolutos, valorándose cualquier acontecimiento o experiencia atendiendo a categorías opuestas (bueno-malo, blanco-negro, acertado-equivocado). Se llegan a conclusiones generales partiendo de lo particular (Peláez et al., 2010)

### 4) La negligencia de las emociones

Las emociones están influenciadas en gran medida por el proceso cognitivo. Por esto pueden darse reacciones emocionales extremas ante situaciones que no representan una amenaza real. Esa sensación de amenaza depende del significado que la persona haya atribuido al hecho, por ello se precisa reevaluar la situación a través de un proceso cognitivo racional. En el caso de las personas con AN, un ejemplo podría ser la amenaza que perciben de estar gordas cuando presentan un bajo IMC.

#### 5) Sentimiento de falta de valía personal

Este estilo vital es característico de las personas que son proclives a desarrollar un TCA. Obtienen seguridad dependiendo de la consecución de los logros propuestos, por ello el control del peso corporal le otorga una sensación de que controlan un aspecto de su vida.

Las personas que presentan un estilo cognitivo perfeccionista, tienden a ser meticulosas y disciplinadas en las acciones, pudiendo incluso dar lugar a un Trastorno Obsesivo Compulsivo. Le dan gran importancia a las reglas, dejando a un lado el mundo emocional. Esta construcción emocional también les confiere seguridad ya que los sentimientos se valoran como una fuente de descontrol.

#### 6) Excesiva necesidad de aprobación externa

Las personas que muestran una personalidad dependiente, suelen verse dominadas por un sentimiento de inferioridad e indefensión generalizado. En las relaciones que establecen, suelen sacrificarse subordinando sus necesidades a las del otro ya que temen el abandono. Asimismo, dependen de la opinión de los demás, muy pocas veces expresan sus opiniones, discrepancias o quejas.

Algunas personas con un historial de represión o sometimiento previo, la vulnerabilidad para desarrollar un TCA viene dada por una necesidad de búsqueda de libertad o independencia.

#### 7) Hipersensibilidad a la crítica

Muchas personas que padecen AN suelen caracterizarse por su elevada timidez. Existe un miedo al rechazo, al ridículo y a la crítica, lo que hace que se mantengan alejadas de las relaciones sociales.

Por lo que la vulnerabilidad a los TCA surge cuando la delgadez, los logros académicos brillantes y los éxitos en los deportes son la vía para conseguir atractivo suficiente como para superar esta timidez.

## 8) La existencia “reflejada”

Aquellas personas que no son capaces de percibir su mundo interior, necesitan la información exterior para percibirse, por lo que cuando el otro no se encuentra sienten que se desvanece su existencia. Esto da lugar a que requieran continuamente de la atención de los demás.

## **PERSONALIDAD E INSTRUMENTOS DE MEDIDA**

Larsen y Buss (2002) proponen la siguiente definición de personalidad: “la personalidad es el conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables, los cuales influyen en sus interacciones y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social”.

Entre los instrumentos utilizados para evaluar la personalidad en los TCA está el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI). Este instrumento autodescriptivo permite extraer información del evaluado acerca de las características generales del estado afectivo (euforia, tristeza, pesimismo,...), de la calidad de sus relaciones interpersonales y las características en la demanda y expresión de afecto. Por lo que permite obtener rasgos finos y completos de personalidad, así como detectar problemas en el control de impulsos, saber la capacidad introspectiva del evaluado y los mecanismos de defensa utilizados.

Otro instrumento es el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE), este mide tres dimensiones de la personalidad: el neuroticismo, el psicoticismo y la extroversión. También se evalúa una cuarta área denominada “deseabilidad social o mentiras”. Las diferentes áreas se refieren a conductas normales que en casos extremos se consideran patológicas.

El Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) es otro de los instrumentos utilizados. En éste, el temperamento se considera un rasgo heredable y permanente en la persona y se divide en cuatro dimensiones: búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia. Sin embargo, los rasgos de carácter se encuentran mediados moderadamente por el aprendizaje sociocultural y cambian de forma progresiva

a lo largo del ciclo vital. Estos rasgos de carácter están compuestos por tres dimensiones: autodirección (responsabilidad, dirección hacia objetivos vs. inmadurez, integración deficiente e inseguridad), la cooperación (ser útil, empático vs. oportunista) y la autotrascendencia (creativo, poco convencional vs. controlado, pragmático). Se considera que existe una interacción entre los diversos aspectos del carácter, lo que da lugar a la capacidad adaptativa de la personas e influye en la vulnerabilidad para desarrollar trastornos emocionales o comportamentales.

## **OBJETIVO**

La siguiente revisión teórica persigue establecer si poseer ciertos factores de personalidad hace que la persona sea más vulnerable a padecer un TCA, concretamente AN y BN. Y en el caso de que haya relación, se pretende señalar qué factores específicos son los que presentan mayor evidencia empírica en los distintos estudios analizados. Asimismo, es importante diferenciar entre los factores de personalidad que predisponen al desarrollo del TCA, frente a los estados de personalidad que aparecen cuando la persona padece estos trastornos.

Para responder a estas cuestiones, se hará un análisis exploratorio de diversos artículos de investigación.

## **RELACIÓN ENTRE FACTORES DE PERSONALIDAD Y TCA (AN y BN)**

Diversas investigaciones ponen de manifiesto que las personas diagnosticadas con un TCA comparten ciertos rasgos de personalidad.

Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby & Mitchell, 2006 señalan que el perfeccionismo tanto intrapersonal como interpersonal, se ha determinado como un factor de riesgo (en muestras no clínicas) de manifestar un TCA. Distintos resultados señalan que, tanto las autoimposiciones poco reales sobre uno mismo (perfeccionismo auto-orientado) como la presión que se percibe por parte de los demás para alcanzar metas poco realistas, constituyen un factor de vulnerabilidad psicológica en el desarrollo de TCA (Pamies & Quiles, 2014).



Con el objetivo de determinar los rasgos de personalidad que difieren entre hermanas (hermana que padece un TCA y hermana sin TCA), los resultados muestran que las hermanas que presentaban AN eran más persistentes, mostraban puntuaciones más altas en la necesidad de aprobación, auto-trascendencia, desconfianza interpersonal, inseguridad social y en compulsión alimentaria, en comparación con las hermanas que no estaban diagnosticadas con un TCA (Agüera, Jiménez-Murcia, Granero, Penelo, Wagner, Karwautz, & Fernández-Aranda, 2011).

Con el fin de establecer que los rasgos de personalidad que se encuentran en pacientes que padecen AN son un factor predisponente (es decir, no se desarrollan a causa de presentar la enfermedad), diversos estudios en los que se controló que estos rasgos se tenían antes del padecimiento de la AN, identificaron patrones específicos de comportamiento como una tendencia a la inhibición, dificultad en la expresión emocional, falta de iniciativa y un elevado grado de inconformismo. En especial, se encontró que las pacientes con ANR presentaban unas características comunes de comportamiento premórbido: obsesividad, rigidez, perfeccionismo, dependencia y tendencia a la evitación social (Díaz, Carrasco, Prieto & Saiz, 1998).

También se ha investigado acerca de la relación entre los distintos Trastornos de la Personalidad (TT.PP) y los TCA. Se llevó a cabo un estudio longitudinal, en el cual se halló que la desaparición del TCA se relacionó significativamente con la resolución de los TT.PP, siendo más significativa la mejora en el grupo de BN frente al de AN. El Trastorno de Personalidad de mayor prevalencia en la muestra fue el de Evitación pudiendo ser éste uno de los estilos de personalidad más común entre las pacientes diagnosticadas con AN o BN (este Trastorno por Evitación (TE) estaba presente en el 14-16% de las pacientes en la muestra del estudio realizado por Braun y colaboradores, 1991). Dicho TE mostró más resistencia al cambio en las pacientes con AN, esto puede deberse a un mayor deseo de mejora en las interacciones sociales por parte de las personas con BN, en comparación con las que padecían AN.

En este estudio también se encontró una gran prevalencia del Trastorno Esquizoide, siendo más resistente al cambio. En definitiva, los pacientes que

presentaban trastornos de personalidad esquizoide y por evitación fueron los más resistentes y menos adherentes al tratamiento (Lobera, Fernández, & Humanes, 2009).

Estudios actuales estiman una alta comorbilidad entre los TT.PP y los TCA. Garner (1993) halló que la presencia de algún tipo de alteración en la personalidad en aquellas personas con un diagnóstico de TCA está entre un 53% y 93%. Asimismo, se suma a los nombrados anteriormente, el Trastorno Límite de la Personalidad.

Podemos adelantar una proporción similar entre aquellos que tienen rasgos obsesivos, TOC y TAC. Esto difiere respecto al análisis de rasgos de ansiedad, timidez y dependencia, pues la presencia de un Trastorno Dependiente o un Trastorno de Ansiedad es mucho menor si se compara con la presentación de dichos rasgos ansiosos, dependientes o tímidos de forma aislada.

Vitousek, K., & Manke, F. (1994), llevan a cabo diversos estudios con pacientes que manifestaban TCA, estos señalan la presencia de rasgos obsesivos entre un 27-61% de la muestra (Braun y colaboradores, 1991 encuentran características obsesivas en un 30% de pacientes con ANR y TOC en un 6-7%); timidez y dependencia entre un 21-48% (Braun y colaboradores hallan el Trastorno Dependiente en 5-10%) y rasgos de ansiedad entre un 51-64%. Por lo que se establece un tipo de personalidad predominante en estos pacientes definido por la combinación de rasgos obsesivos, inhibitorios y ansiosos.

En pacientes que padecían AN o BN desde hacía más de siete años, se detectó que los pacientes con AN en el 25,33% de los casos presentaban al menos un trastorno de personalidad; en BN el porcentaje es mayor (30,44%). En la AN el trastorno obsesivo fue el más frecuente (39,77%) y en bulimia lo fue el trastorno histriónico (46,66%). En estos pacientes con más de 7 años de evolución también se encontró más ansiedad, neurosis depresiva y abuso de alcohol, en comparación con aquellos que tenían menor tiempo de evolución, es decir, menos años padeciendo el trastorno (Lobera, Fernández & Humanes, 2009).

## CONCLUSIONES

La siguiente revisión pone de manifiesto que existe una relación entre los factores de personalidad y el desarrollo de un TCA. Los rasgos de personalidad que manifiestan con más frecuencia los pacientes con AN y BN son de tipo ansioso, obsesivos y dependientes. Predominando en esta población un elevado perfeccionismo tanto interpersonal como intrapersonal.

Una limitación del estudio es que no se han llevado a cabo el número de investigaciones necesarias para determinar las características de personalidad de las pacientes con BN en comparación con las que presentaban AN. Por lo que, sólo de estas últimas, se ha podido establecer unas características comunes de personalidad halladas en diversos estudios, entre las cuales encontramos: dificultad en la expresión emocional, obsesividad, rigidez, necesidad de aprobación, persistencia y evitación social.

Los trastornos de personalidad que se han mostrado con mayor frecuencia asociados a TCA son: el Trastorno de Evitación, el Trastorno Obsesivo Compulsivo, el Trastorno Esquizoide y el Trastorno Límite de Personalidad.

Otra de las limitaciones se encuentra en que no existe la suficiente investigación para determinar si los rasgos son predisponentes o adquiridos, no obstante, las investigaciones que hay sobre este tema señalan que son factores predisponentes que suelen intensificarse con el desarrollo de TCA.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüera, Z., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Wagner, G., Karwautz, A., & Fernández-Aranda, F. (2011). Comparación de rasgos de personalidad entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y sus hermanas sanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(1), 53-61.
- Amianto, F., Abbate-Daga, G., Morando, S., Sobrero, C., & Fassino, S. (2011). Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Research*, 187(3), 401-408.
- Apiquían, R., Fresán, A., & Nicolini, H. (2000). Evaluación de la psicopatología. Escalas en español. *JGH Editores. México*.
- Badenes-Sastre, M., Navarro Haro, M. V., & García Palacios, A. (2016). Estrategias en la regulación emocional en la comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos alimentarios *AgoraSalut*. V.III. 29-36ISSN:2443-9827 (en <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2016.3.3>).
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24(04), 859-867.
- Caballo, V. E. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Ediciones Pirámide.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12(4), 494-505.
- Díaz, M. M., Carrasco, P. J., Prieto, L. R., & Saiz, R. J. (1998). The role of the personality in the feeding behavior disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(1), 43-50.

- Espinosa, J. C., & Herrera-Rojas, A. N. (2003). Evaluación psicométrica de un instrumento construido a través de enlace empírico (MMPI). *Avances en Medición, 1*(1), 91-104.
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F., & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema, 13*(4).
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). Evaluación de trastornos del comportamiento alimentario. En C. Saldaña. (Ed), *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud (537-567)*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, A. M. (2015). Historia de la anorexia nerviosa. *MoleQla, 20*, 15-17.
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet, 341*(8861), 1631-1635.
- Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., George, D. T., & Ebert, M. H. (1991). Altered serotonin activity in anorexia nervosa after long-term weight restoration: Does elevated cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid level correlate with rigid and obsessive behavior? *Archives of General Psychiatry, 48*(6), 556-562.
- Larsen, R. J., & Buss, D. M. (2008). Personality psychology. *Jastrebarsko: Naklada Slap, 269-71*.
- Lenoir, M., & Silber, T. J. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Archivos Argentinos de Pediatría, 104*(3), 253-260.
- Lobera, I. J., Fernández, M. J. S., & Humanes, S. E. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II. *Atención Primaria, 41*(4), 201-206.
- Macías, L. G., Unikel, C., Cruz, C., & Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental, 26*(3), 1.

- Martín Murcia, F. M., Cangas, A. J., Pozo, E. M., Martínez Sánchez, M., & López Pérez, M. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 21(1), 33-38.
- Pamies, L., & Quiles, Y. (2014). Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros. *Canales de Psicología*, 30(2), 620-626.
- Peláez Fernández, M. A., Raich Escursell, R. M., & Labrador Encinas, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 62-75.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137.