

Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

Francisco Manuel Martín Murcia, Adolfo J. Cangas Díaz*, Eugenia M^a Pozo Pérez,
Margarita Martínez Sánchez y Manuel López Pérez**
Instituto de Ciencias del Comportamiento, * Universidad de Almería y ** Hospital Torrecárdenas (Almería)

Se diseñó un estudio de seguimiento para analizar la relación entre los trastornos de personalidad (TT.PP) y la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en 34 mujeres que requirieron tratamiento por las alteraciones de la conducta alimentaria. El tratamiento se realizó a lo largo de 4 años y medio. Se encontró una prevalencia de TT.PP del 91% en la muestra clínica en la evaluación inicial, frente al 36% en la de seguimiento y una reducción significativa en las puntuaciones en el MCMI-II. La resolución del TCA se relacionó significativamente con la resolución de los TT.PP y éstos mejoraron en mayor proporción en el grupo con bulimia (61%) que en el grupo con anorexia (34%). Las pacientes que presentaban trastornos de personalidad esquizoides y por evitación fueron las más resistentes y menos adherentes al tratamiento. Se comenta la prevalencia de los TT.PP en la muestra clínica y su relación con el curso del TCA desde un modelo centrado en la noción de persona.

Personality disorders in eating disorder patients. A follow-up study was designed to analyze the relation between personality disorders (PD) and the course of eating disorders (ED) in 34 patients who required treatment over 4 years and half. 91 % of the clinical sample met the criteria for PD at the initial assessment and 36% at the end of treatment, with a significant reduction in MCMI-II scores at follow-up. The outcome of the ED was significantly related to the PD outcome. There was a higher rate of improvement of PD in the bulimic group (61%) than in anorexic group (34%). The patients who presented schizoid and avoidant personality disorders were the most resistant and they adhered less to treatment. The prevalence of PD in the clinical sample and its relation to the course of ED from a person-centered model is discussed.

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son dos de los trastornos psicológicos de mayor relevancia clínica tanto por el aumento en la última década de su incidencia (0,37 a 6,3 casos por 100.000 habitantes para la AN, y de 6 a 9,9 casos para la BN) y prevalencia (0,5-1% en AN, 1-3% en BN y 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados) (Fernández y Turón, 2002; Peláez, Labrador y Raich, 2005), como por la refractariedad de los tratamientos a largo plazo y la morbimortalidad que presentan (Saldaña, 2001). Por otro lado, existen en la literatura diversos estudios que muestran una alta comorbilidad entre los trastornos de comportamiento alimentario (TCA) y los trastornos de personalidad (TT.PP). Se han mencionado prevalencias que oscilan entre el 27% hasta el 77% (Braun, Sunday y Halmi, 1994; Gargallo, Fernández y Raich, 2003; Garner, Marcus, Halmi y Lorranger, 1989; Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992; Ro, Martinsen, Hoffart y Rosenvinge, 2005). La comorbilidad de TT.PP en pacientes con TCA parece sustancialmente mayor que en otras patologías psiquiátricas (Marañón, Echeburúa y Grijalvo,

2007). Las diferencias encontradas en la prevalencia podrían ser debidas, entre otros aspectos, a la muestra utilizada (ingresados/ambulatorios), a las edades (adolescentes/adultos), a la naturaleza esquiva en el diagnóstico de TT.PP o a los distintos instrumentos de medida utilizados. Así, parece evidenciarse un sesgo de sobre-estimación de éstos en evaluaciones de la personalidad realizadas con medidas de autoinforme frente a las realizadas por entrevista clínica (Rosenvinge, Martinussen y Ostensen, 2000; Marañón, Grijalvo y Echeburúa, 2007). Por otro lado, las propias consecuencias físicas de la anorexia nerviosa (malnutrición y bajo peso) puede afectar a la personalidad al exacerbar los patrones de conducta desadaptativos muy resistentes, dadas las complejas interacciones entre restricción, estado de ánimo y *craving* (Rodríguez, Mata, Moreno, Fernández y Vila, 2007). Se podría dar así una falsa comorbilidad que no sería sino una exageración sintomática debida a la propia condición física de la AN (Graell, García, López y Guzmán, 2006).

Los objetivos del presente estudio se centraron en describir los TT.PP presentes en la muestra de pacientes con TCA según las distintas topografías e indagar en la relación de los TT.PP en la evolución clínica de dichos pacientes una vez sometidos a tratamiento. Diversos trabajos plantean que los trastornos de personalidad podrían aportar información relevante sobre la forma de desarrollo de los TCA, apuntando tanto hacia el pronóstico (Bell, 2002; Bulik, Sullivan, Fear y Pickering, 2000; Matsunaga, Kaye, McCona-

ha, Plotnicov, Pollice y Rao, 2000; Johnson y Wonderlich, 1992), como a formas de intervención más eficaces, habida cuenta de la modesta respuesta a las terapias al uso y los habituales abandonos en el tratamiento (Fassino, Daga, Pireò y Rovera, 2002; McIntosh et al., 2005; Saldaña, 2001).

Método

Participantes

Participaron pacientes de sexo femenino que solicitaron tratamiento psicológico en un centro ambulatorio privado especializado en TCA. Para el presente estudio se escogieron todas las pacientes que requirieron tratamiento por presentar un TCA y que cumplieron además los siguientes criterios: (1) un historial de al menos un año de tratamiento por TCA; (2) puntuaciones válidas en las escalas de validez y sinceridad del MCMI-II en la evaluación inicial (se excluyeron 5 pacientes por este motivo). La investigación abarcó desde 2002 hasta 2007, siendo el intervalo medio de seguimiento de 4.56 años (tabla 1).

Instrumentos

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (Millon 1998a, versión en español publicada por TEA). Es un cuestionario que consta de 175 ítems de respuesta dicotómica, que informa sobre 10 escalas básicas de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizotípica, límite y paranoide), 6 síndromes clínicos de intensidad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y drogas) y 3 síndromes clínicos graves (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). Cuenta con escalas de control como medidas de validez, sinceridad, deseabilidad y exageración deliberada de la sintomatología.

Procedimiento

Todas las participantes y tutores legales fueron informados acerca de la investigación, sin explicitar directamente los detalles de la misma pero sí señalando los objetivos generales. La evaluación clínica y el diagnóstico (tanto de la sintomatología alimentaria como de la personalidad) se realizó a través de entrevistas clínicas individuales y familiares con ajuste a criterios DSM IV-TR, mientras que la aplicación y corrección del MCMI-II fue realizada en las primeras sesiones del tratamiento por un investigador ajeno al presente estudio. Idéntica evaluación fue realizada a todas las pacientes tras el período de seguimiento (incluso en aquellos casos que abandonaron el tratamiento o cuyo TCA se resolvió de forma precoz).

Tabla 1
Características de la muestra

TCA	N	Edad	Desv. típ.
AN CP	6	22,33	2,251
AN R	15	21,73	4,818
BN P	13	22,62	3,355
Total	34	22,18	3,857

El tratamiento psicológico (que tuvo una duración media de 58 sesiones) se centró en un encuadre ambulatorio en sesiones de 60 minutos de duración, enmarcado en un enfoque conductual contextual tanto en el ámbito individual como familiar. Las primeras sesiones (de la 1 a la 6) se realizaron siguiendo la estrategia de la Entrevista Motivacional (Miller, 1985), cuyos objetivos fueron generar una relación empática, aumentar la conciencia del trastorno, clarificar las consecuencias positivas y negativas de la conducta patológica, así como hacer visible para el paciente la *disonancia cognitiva* entre lo que quiere y lo que hace. La filosofía general se centró en movilizarlo para promover la aceptación de la responsabilidad y el compromiso en el proceso de cambio, en línea con el trabajo de Heffner y Eifert (2004) y favorecer el aumento tanto de la autocrítica como de la autoeficacia en la gestión de su vida (Beato y Rodríguez, 1998; Wilson y López, 2002)). Por otra parte, dadas las dificultades relacionales que habitualmente presentaron muchas de estas pacientes, se utilizó la relación *terapéutica* como un escenario en el que se ponían en juego interacciones clínicamente significativas, siendo pues el propio encuadre terapéutico un contexto de cambio en línea con el trabajo de Kohlenberg y Tsai (1994). La tabla 2 ofrece un resumen del plan de tratamiento general.

Para esta investigación la consideración de resolución del TCA implicó la ausencia total de sintomatología relacionada con dietas restrictivas, atracones, purgas, amenorrea y consecución y mantenimiento de un IMC >17 al menos durante el último año. La resolución completa del trastorno de personalidad (TP) se estableció a través de la ausencia de criterios diagnósticos DSM IV-TR. Por su parte, la mejoría requirió la desaparición del costo personal o familiar clínicamente significativo debida al mismo. En ambos casos se constataron además los cambios en las puntuaciones del MCMI-II. Como se ha señalado, la información sobre la evolución clínica se obtuvo contrastando fuentes personales y familiares.

Resultados

Evolución del TCA

Cabe destacar que 22 de los 34 casos resolvieron el TCA y un paciente de cada grupo clínico pasaron a ser diagnosticados de trastorno del comportamiento alimentario no especificado (TCA NE) (figura 1). Un total de 8 pacientes abandonaron el tratamiento, de los cuales 7 presentaban un TP (figura 2).

Tabla 2
Plan de intervención terapéutica

Sesiones 1-6: Entrevista motivacional (técnicas socráticas, paradójicas y empáticas) Evaluación clínica y psicométrica Evaluación dinámica familiar	Sesiones 8-16: Proyecto de vida Manejo de contingencias familiar Modelado contexto verbal Aceptación en padres
Sesiones 6-8: Psicoeducación TCA Análisis funcional topográfico (prevención de respuesta, control de estímulos, exposición, modificación de pautas alimentarias)	Manejo y extinción de disruptivas Sesiones 16- 40: Relación terapéutica (FAP) Aceptación y Autoconciencia (metáforas, paradojas y ejercicios de contacto con emociones) Cese de soluciones ensayadas Grupo de autoayuda para padres

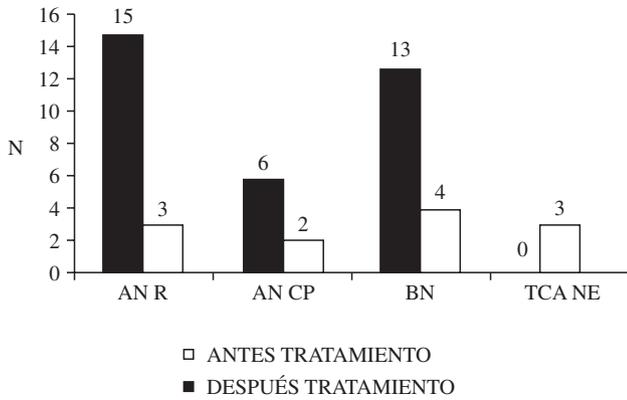


Figura 1. Número de pacientes con TCA antes y después del tratamiento

Evolución del TP

Inicialmente el 91% de los pacientes manifestaban comorbilidad entre ambos diagnósticos. Tras el tratamiento, la presencia de TP disminuyó en un 33-36% en aquellos casos que resolvieron el TCA (incluyendo tres casos que abandonaron el tratamiento pero que en la evaluación postratamiento ya no presentaban TCA). Sin embargo, aquellos pacientes que fueron resistentes al tratamiento (que lo abandonaron o que no tuvo éxito) el porcentaje de TP se mantuvo entre el 80-100% (tabla 3).

La evolución más habitual del TP fue su desaparición, pérdida de criterios específicos (mejoría en algunas dimensiones) para ser re-diagnosticados en TP NE o en otro TP dentro de su cluster (por ejemplo, del esquizotípico a esquizoide o de límite a histriónico) (tabla 4). Ningún sujeto que inicialmente no presentara TP desarrolló criterios diagnósticos a lo largo del tratamiento.

Evolución del TP en grupo AN

El 95% de las pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa (agrupando ambas topografías) presentaron un TP al inicio del tratamiento frente al 71% tras la conclusión del mismo. Destaca la especial frecuencia en el inicio de los TT.PP esquizoide, narcisista, por evitación y obsesivo, siendo los más resistentes al cambio el esquizoide y el TP por evitación (figura 2).

Evolución del TP en grupo BN

El 84% de pacientes presentaba un TP al inicio del tratamiento frente al 23% a la conclusión del mismo. Como puede apreciarse en la figura 3, los TT.PP más prevalentes fueron el narcisista y por evitación, teniendo este último trastorno un curso más favorable que en el grupo de AN (con mejorías en 4 de

Inicio	Finalizaron		Abandonos	
	TCA resuelto	TCA resistente	TCA resuelto	TCA resistente
34 (91%)	19 (36%)	5 (80%)	3 (33%)	7 (100%)

los 5 casos). El TP narcisista fue el que tuvo peor evolución en este grupo.

Cambios en MCMI-II

Se realizó prueba t de Student para muestras relacionadas, analizando la existencia de diferencias entre el inicio y la conclusión del estudio. Se observó una evolución con significatividad estadís-

AN R	Inicio	Seguimiento
NO TTTP	1	1 NO TTTP
TTTP esquizoide	4	2 esquizoide 1 evitativo 1 TTTP NE
TTTP esquizotípico	1	1 TTTP NE
TTTP límite	0	0
TTTP histriónico	1	1 histriónico
TTTP narcisista	1	1 narcisista
TTTP evitación	3	2 evitación 1 NO TTTP
TTTP dependencia	1	1 dependencia
TTTP OC	3	2 TTTP OC 1 NO TTTP
TTTP NE	0	0
Total	15	15
AN CP		
NO TTTP	0	0
TTTP esquizoide	0	0
TTTP esquizotípico	1	1 Esquizoide
TTTP límite	2	1 Límite 1 NO TTTP
TTTP histriónico	0	0
TTTP narcisista	2	1 narcisista 1 NO TTTP
TTTP evitación	0	0
TTTP dependencia	0	0
TTTP OC	0	0
TTTP NE	1	1 NO TTTP
Total	6	6
BN		
NO TTTP	2	2 NO TTTP
TTTP esquizoide	0	0
TTTP esquizotípico	0	0
TTTP límite	1	1 histriónico
TTTP histriónico	1	1 NO TTTP
TTTP narcisista	3	1 narcisista 2 NO TTTP
TTTP evitación	5	4 NO TTTP 1 evitación
TTTP dependencia	1	1 NO TTTP
TTTP OC	0	0
TTTP NE	0	0
Total	13	13

tica en forma de decremento en casi todas las escalas a excepción de dependiente, histriónica, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, hipomanía y abuso de alcohol. Las escalas narcisista y compulsiva experimentaron un aumento en las puntuaciones de la evaluación final (tabla 5).

Duración del TCA y pronóstico

Por último, los datos acerca del tiempo de evolución previo al tratamiento realizados para determinar la posible relación entre el pronóstico y el tiempo total de afectación del TCA, orientan a que existe una relación negativa entre la mejoría clínica y el tiempo de duración del trastorno (tabla 6).

Discusión

En primer lugar, se destacaría la alta prevalencia de TT.PP en la muestra clínica estudiada, incluso por encima de los trabajos consultados (Ro et al., 2005; Rosenvinge et al., 2000). Sin perjuicio de la intrínseca dificultad diagnóstica que podría conducir a una sobre o infraestimación de los TT.PP, dada la poca concreción

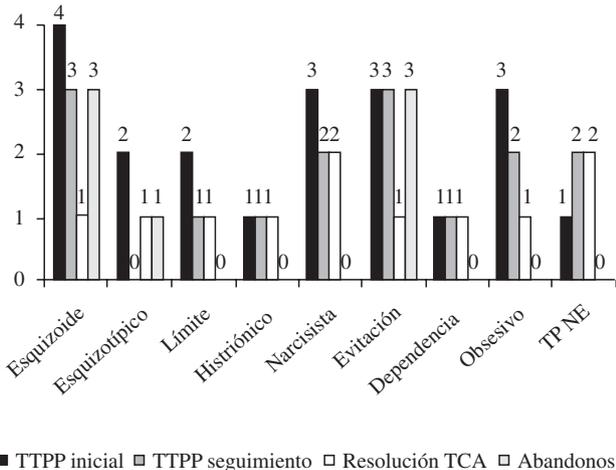


Figura 2. Evolución de los TT.PP y TCA en pacientes con AN

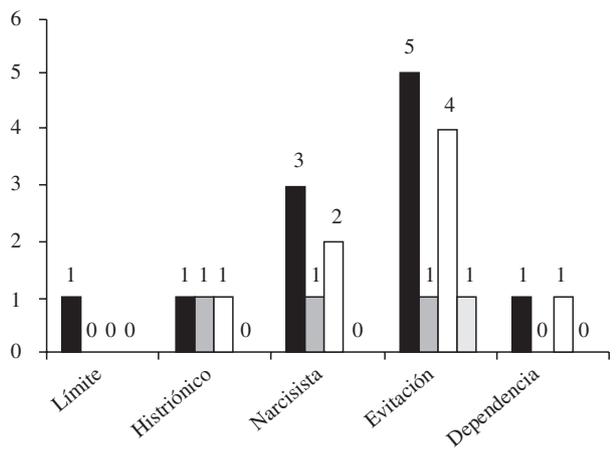


Figura 3. Evolución de los TT.PP y TCA en pacientes con BN

de los criterios diagnósticos al uso y la acentuación de patrones de adaptación de conducta cuando concurren con alteraciones del estado de ánimo y de alimentación, debe tenerse en cuenta también que existe un importante sesgo en la elección muestral debido a que las pacientes recibidas han sido generalmente derivadas

Tabla 5
T de Student para muestras relacionadas del MCMI-II

	Medias	N	Desviación típ.	Error	t	gl	Sig. bilateral
Esquizoide	81,29	34	25,194	4,321	4,804	33	0,000
esquizoide post	56,21	34	34,148	5,856			
Fóbica	68,35	34	32,172	5,517	5,661	33	0,000
fóbica post	39,38	34	32,974	5,655			
Dependiente	56,12	34	32,727	5,613	0,228	33	0,821
dependiente post	54,82	34	36,634	6,283			
Histriónica	59,03	34	27,682	4,747	1,084	33	0,286
histriónica post	53,71	34	35,473	6,084			
Narcisista	48,59	34	31,033	5,322	-1,823	33	0,077
narcisista post	57,74	34	35,719	6,126			
Antisocial	53,79	34	25,743	4,415	0,227	33	0,821
antisocial post	52,56	34	35,097	6,019			
Agresivosádica	54,85	34	27,739	4,757	1,051	33	0,301
agresivosádica post	48,74	34	34,566	5,928			
Compulsiva	59,74	34	28,437	4,877	-1,792	33	0,082
compulsiva post	68,97	34	38,819	6,657			
Pasivoagresiva	67,85	34	25,460	4,366	5,759	33	0,000
pasivoagresiva post	38,97	34	29,291	5,023			
Autodestructiva	70,12	34	25,397	4,356	6,927	33	0,000
autodestructiva post	36,68	34	27,332	4,687			
Esquizotípica	61,59	34	24,418	4,188	3,004	33	0,005
esquizotípica post	45,85	34	27,622	4,737			
Límite	59,94	34	23,389	4,011	4,022	33	0,000
límite post	39,68	34	23,496	4,029			
Paranoide	58,15	34	19,150	3,284	2,142	33	0,040
paranoide post	48,97	34	30,317	5,199			
Ansiedad	56,65	34	21,878	3,752	2,207	33	0,034
ansiedad post	45,00	34	22,459	3,852			
Histeriforme	52,68	34	16,302	2,796	2,006	33	0,053
histeriforme post	43,68	34	23,551	4,039			
Hipomanía	56,15	34	23,264	3,990	1,539	33	0,133
hipomanía post	49,24	34	34,857	5,978			
Neurosis depresiva	53,53	34	26,397	4,527	2,260	33	0,031
neurosis depresiva post	42,79	34	21,051	3,610			
Abuso de alcohol	32,94	34	23,761	4,075	-0,506	33	0,616
abuso de alcohol post	35,88	34	26,835	4,602			
Abuso de drogas	53,03	34	20,860	3,577	2,018	33	0,052
abuso de drogas post	43,53	34	31,226	5,355			
Pensamiento psicótico	57,65	34	20,327	3,486	2,633	33	0,013
pensam. psicótico post	44,03	34	29,097	4,990			
Depresión mayor	55,56	34	22,820	3,914	4,219	33	0,000
depresión mayor post	31,06	34	30,050	5,154			
Delirios psicóticos	61,47	34	15,926	2,731	2,474	33	0,019
delirios post	50,94	34	29,914				

desde otros dispositivos asistenciales públicos y privados, lo que significa que ya habían sido expuestas a otros tratamientos anteriores sin resultados terapéuticos satisfactorios. No obstante, dicha comorbilidad no sería extraña si se entiende la personalidad como el principio organizador que explicaría tanto su psicología como su psicopatología (Millon, T. Grossman, Millon, C., Meagher y Rammath, 2006) y, por tanto, los TT.PP como el contexto que daría sentido a los trastornos clínicos del eje I del DSM (Millon, 1998b).

El TP más prevalente que presentó la muestra del presente estudio fue el de evitación. Se sugiere que dicho patrón podría ser uno de los prototipos o estilos de personalidad más común a las pacientes TCA (Wilson y López, 2002), pudiendo considerarse como una topografía más del Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) expuesto por Hayes, Stroschal y Wilson (1999), y Wilson y Luciano (2002). En general, la asociación de TP y TCA parece relacionarse con una mayor resistencia al tratamiento (Ro, Martinson, Hoffart, Sexton y Rosenvinge, 2005). En esta línea, destacar que el TP por evitación en el grupo de AN fue más resistente al cambio que en el grupo BN. La literatura destaca que las personas con BN, en general, suelen valorar más las relaciones sociales que las personas con AN (Turón, 1997; Lehoux, Steiger y Jabalpurawa, 2000). En el presente estudio se apuntaría esta mejoría diferencial entre ambos grupos por la notable diferencia en el interés social, lo que haría al grupo BN contar con más expectativas y deseos de cambio en este área que en el grupo AN y, por tanto, tener más capacidad de aceptación de los eventos privados dolorosos secundarios al afrontamiento de la vida social.

Otro de los datos relevantes sería la gran prevalencia encontrada en el TP esquizoide, siendo por otra parte uno de los más resistentes al cambio. En el mismo sentido, se ha observado que han sido estas pacientes las que han mostrado menos cambios en las escalas de MCMI-II en el seguimiento, así como las más resistentes al cambio en el TCA, observándose particularmente en personas con AN R. Sin descuidar el tamaño muestral reducido en dicho grupo y, por tanto, la dificultad para la extracción de datos estadísticamente relevantes, se propondría a título reflexivo el paralelismo entre este determinado tipo de pacientes con AN R graves y tendencia a la cronificación, con algunos tipos de pacientes con esquizofrenia. Precisamente este encuadre teórico sería solidario con los enfoques centrados en la persona como el expuesto por García-Montes y Pérez Álvarez (2003), en el que primaría una

privilegiada reconsideración del ecosistema cultural versus el biológico (Fuentes y Quiroga, 2004). De entrada, se trata de trastornos devastadores, persistentes y con debut adolescente (donde la construcción de la identidad personal con una marcada ausencia de contacto social —y por tanto con una pérdida sustancial del *sentido común*— generaría un importante déficit de cognición social). Por otra parte, ambos suelen compartir un TP esquizoide de base, existe un elevado nivel de hiperreflexividad, suelen presentar síntomas positivos (alucinatorios y delirantes), comparten un extraordinariamente elevado nivel de estrés (en AN por perfeccionismo y evitación y en esquizofrenia por la lucha contra las alucinaciones), se observa una alta prevalencia de antecedentes previos al debut de críticas sociofamiliares, presentan alteraciones de la conciencia de sensaciones corpóreas, es frecuente la extremada susceptibilidad (sensibilidad a críticas) y, en definitiva, aparece un fracaso en la consecución de un proyecto de vida adaptativo (Martín Murcia, 2006; Pérez, 2003; Olivencia y Cangas, 2005).

En otro orden de cosas, tras el período de seguimiento un porcentaje significativo de pacientes que resolvieron su TCA habían mejorado en los criterios del TP. Este dato podría estar en consonancia con el planteamiento teórico de los TT.PP, no como una entidad patológica independiente, sino como el contexto en el que situar a los cuadros clínicos del eje I (Millon et al., 2006). En este sentido, no debería desecharse el efecto del tratamiento psicológico, aunque el trabajo presentado carece del riguroso control metodológico necesario para determinar la efectividad del tratamiento dado que no se contempló dicho objetivo en el diseño. Respecto a las puntuaciones del MCMI-II, las escalas con valores más bajos en la evaluación inicial fueron las que no mostraron una significativa disminución. En definitiva, cabe destacar ya no sólo la alta comorbilidad de los TCA y TT.PP, sino la evolución conjunta en el pronóstico y tratamiento, lo que plantea la necesidad de un análisis riguroso de esta relación y quizá, como plantea Stanghellini (2005), la necesidad de nuevas teorías para explicar la construcción de la identidad personal en este cambio de época en el que existe un espectacular aumento en la prevalencia de este tipo de trastornos.

Por último, debiera considerarse éste como un trabajo inicial exploratorio, con la única finalidad de sistematizar y organizar algunas variables relevantes en juego. No puede excusarse como limitación la cuestionable validez de constructo de los «trastornos de personalidad» y de los instrumentos (basados en criterios DSM IV-TR). Por otra parte, el pequeño tamaño muestral podría estar provocando un elevado error beta y no permite análisis estadísticos más rigurosos de correlación o relación predictiva entre algunas de las variables cualitativas estudiadas. También se cuenta con las limitaciones generales de los diseños prospectivos longitudinales, fundamentalmente la mortalidad de la muestra (lo que aumentaría el error tipo II) y la dificultad para objetivar causalmente la eficacia de los distintos componentes del tratamiento. Una importante limitación sería la presencia de factores de confusión (por ejemplo, la presencia de otros trastornos del Eje I y el efecto iatrogénico de la desnutrición en las medidas de personalidad y en la realización de autoinformes). Por otro lado, no disponer de grupo control reduce completamente la potencia experimental y dificulta la obtención de relaciones causales.

Tabla 6
Tiempo de evolución previa al tratamiento y curso del TCA

Años de evolución previa	Frecuencia	Curso no TCA	Curso sí TCA
1	6	6	0
2	9	8	1
3	5	4	1
4	4	3	1
5	5	1	4
+6	5	0	5
Total	34	22	12

Referencias

- Beato, L., y Rodríguez, T. (1998). Aplicación de la entrevista motivacional en el tratamiento de la anorexia nerviosa. *Psiquis*, 19, 215-226.
- Bell, L. (2002). Does concurrent psychopathology at presentation influence response to treatment for bulimia nervosa? *Eat and Weight Disorders*, 7, 168-181.
- Braun, D.L., Sunday, S.R., y Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological medicine*, 24, 859-867.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L., y Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: Eating attitudes, personalit, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 139-147.
- Fassino, S., Daga, G.A., Pireò, A., y Rovera, G.G. (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 71, 200-206.
- Fuentes, J., y Quiroga, E. (2004). La relevancia de un planteamiento cultural de los trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 17, 422-429.
- García Montes, J.M., y Pérez Álvarez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 107-122.
- Gargallo, M., Fernández, F., y Raich, R. (2003). Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 3335-349.
- Garner, A.F., Marcus, R.N., Halmi, K., y Loranger, A.E. (1989). DSM III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.
- Graell, M., García, G., López, R., y Guzmán, L. (2006). Anorexia nerviosa del adolescente: evaluación con el inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI). 7º Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Hayes, S., Stroshal, K., y Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: The Guilford Press.
- Heffner, M., y Eifert, G. (2004). *The anorexia workbook: How to accept yourself, heal your suffering and reclaim your life*. Oakland: New Harbinger Publications.
- 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 disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.
- Johnson, C., y Wonderlich, S. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En Crowter, J.H.: *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familiar context*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 175-201.
- Lehoux, P.M., Steiger, H., y Jabalpurawa, S. (2000). State/trait distinction in bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 36-42.
- Marañón, I., Echeburúa, E., y Grijalvo, J. (2007). Are there more personality disorders in treatment-seeking patients with eating disorders than in other kind of psychiatric patients? A two control groups comparative study using IPDE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 283-293.
- Marañón, I., Grijalvo, J., y Echeburúa, E. (2007). Do the IPDE and the MCMI-II assess the same personality disorders in patients with eating disorders? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 587-594.
- Martín Murcia, F.M. (2006). Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del Psicólogo*, 27, 104-115.
- Matsunaga, H., Kaye, W.H., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C., y Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 353-357.
- McIntosh, V., Jordan, J., Carter, F., Luty, S., Mckenzie J., Bulik, C., Frampton, C., y Joyce, P. (2005). Tres psicoterapias para la anorexia nerviosa: un ensayo controlado aleatorizado. *American Journal of Psychiatry* (ed. española), 8, 429-435.
- Miller, W. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Millon, T. (1998a). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*. TEA: Madrid
- Millon, T. (1998b). *Trastornos de personalidad: más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., y Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Olivencia, J.J., y Cangas, A.J. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno esquizotípico de la personalidad: un estudio de caso. *Psicothema*, 17, 419-424.
- Peláez, M.A., Labrador Encinas, F.J., y Raich, R.M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 135-148.
- Pérez, M. (2003). The schizoid personality of our time. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 181-194.
- Ro, O., Martinsen, E., Hoffart, A., y Rosenvinge, J. (2005). Two-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 112-118.
- Ro, O., Martinsen, E.W., Hoffart, A., Sexton, H., y Rosenvinge, J. (2005). The interaction of personality disorders and eating disorders: A two-year prospective study of patients with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 106-111.
- Rodríguez, S., Mata, J.L., Moreno, S., Fernández, M.C., y Vila, J. (2007). Mecanismos psicofisiológicos implicados en la regulación afectiva y la restricción alimentaria de mujeres con riesgo de padecer bulimia nerviosa. *Psicothema*, 19, 30-36.
- Rosenvinge, J.H., Martinussen, M., y Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: Meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat and Weight Disorders*, 5, 52-61.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392.
- Stanghellini, G. (2005). For an anthropology of eating disorders. A pornographic vision of the Self. *Eating Weight Disorders*, 10, 21-27.
- Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación: anorexia, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Wilson, K.G., y López, M. (2002). Core principles in acceptance and commitment therapy: An application to anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 237-243.
- Wilson, K.G., y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: un tratamiento conductual centrado en los valores*. Madrid: Pirámide.