



**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES**

**Comorbilidad entre Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos  
de la Personalidad: Una Revisión Sistemática.**

Trabajo de Fin de Máster  
Máster en Psicología General Sanitaria

**Autora: Carlota Fernández-Mayoralas Cayuela**  
**Tutora: María Esther Martín Iñigo**

Madrid  
2022/2023

## Resumen

El incremento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en los últimos años y la gravedad que suponen este tipo de enfermedades, ponen en evidencia la urgencia e importancia que existe acerca de su abordaje médico-psico-social. Es difícil encontrar TCA puros ya que, a menudo, se presentan de manera comórbida otros diagnósticos psicológicos. En particular, se ha encontrado una mayor asociación con Trastornos de la Personalidad (TP). Este hecho agrava de manera severa el diagnóstico y tratamiento de los TCA. El objetivo de la presente revisión sistemática fue evaluar y conocer la comorbilidad entre los TCA y los TP. Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos: *PubMed*, *Cochrane Library*, *Psychinfo* y *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. Se revisaron 10 artículos que cumplían las siguientes características: fueran (a) empíricos, (b) enfocados a población adolescente, joven y adulta, (c) en población clínica con diagnóstico de TCA, (d) que relacionasen de manera cuantitativa los TP con los TCA, (e) que utilizasen escalas validadas para la medición de los trastornos de personalidad y (f) en español o en inglés. Los resultados indicaron que existía una alta comorbilidad entre TCA y TP, y en concreto, indicaron una mayor prevalencia de Trastorno de la Personalidad Evitativo (TPE) y Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en TCA. Además, se analizaron y encontraron diferencias en la comorbilidad con los TP entre los grupos Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN), y entre los subgrupos Anorexia Nerviosa restrictiva (ANr) y Anorexia Nerviosa purgativa (ANp).

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

### Abstract

The increase in Eating Disorders (ED) in the recent years and the seriousness of this type of disease, highlight the urgency and importance of its medical-psycho-social approach. It is difficult to find pure EDs since they often present comorbidly with other psychological diagnoses, in particular with Personality Disorders (PD) has been found. This fact severely aggravates the diagnosis and treatment of ED. The aim of the present systematic review was to evaluate and report about the comorbidity between ED and PD. A research was conducted in the databases: *PubMed*, *Cochrane Library*, *Psychinfo* and *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. 10 articles that met the following characteristics were reviewed: were (a) empirical, (b) focused on adolescent, young, and adult populations, (c) in clinical populations with a diagnosis of ED, (d) that quantitatively related PD with ED, (e) that used validated scales for the measurement of personality disorders, and (f) in Spanish or English. The results indicated that there was a high comorbidity between ED and PD, and specifically, indicated a higher prevalence of Avoidant Personality Disorder (APD) and Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) in ED. In addition, differences in comorbidity with PD were analyzed and found between the Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN) groups, and between the restrictive Anorexia Nervosa (ANr) and purgative Anorexia Nervosa (ANp) subgroups.

**Key words:** Eating Disorders, Personality Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Comorbidity.

## Índice

<b>Introducción .....</b>	<b>4</b>
Prevalencia .....	5
Etiología.....	7
Tipos .....	9
<i>Anorexia Nerviosa</i> .....	9
<i>Bulimia Nerviosa</i> .....	11
Comorbilidad.....	12
Objetivos .....	14
<b>Método.....</b>	<b>15</b>
Estrategia de Búsqueda.....	15
Variables .....	17
Análisis de datos.....	18
<b>Resultados.....</b>	<b>19</b>
Características Metodológicas .....	19
Características de la muestra.....	20
Prevalencia de Trastornos de la Personalidad en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	21
Prevalencia de Trastornos de la Personalidad en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria clasificados por continentes (América vs. Europa).....	22
Proporción de Trastornos de la Personalidad en pacientes de Anorexia Nerviosa vs. Población no Clínica.....	24
Proporción de Trastornos de la Personalidad en pacientes de Anorexia Nerviosa vs. Bulimia Nerviosa.....	25
Proporción de Trastornos de la Personalidad en pacientes de Anorexia Nerviosa Restrictiva vs. Anorexia Nerviosa Purgativa.....	25
<b>Discusión.....</b>	<b>26</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>30</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>32</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>37</b>
Anexo A.....	37
Anexo B .....	38

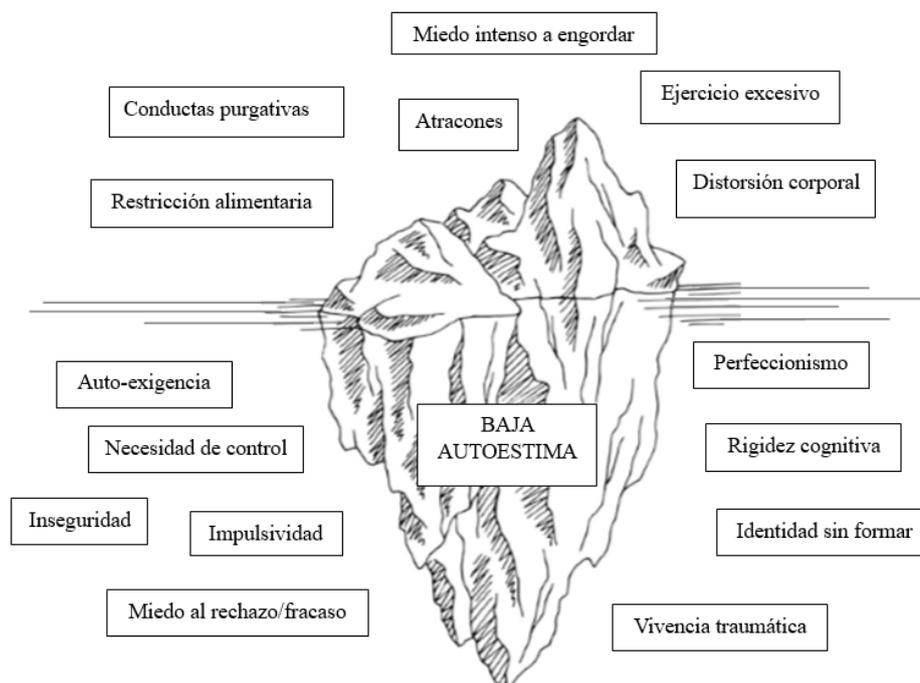
## Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos mentales graves que se caracterizan por un comportamiento alterado y patológico en la ingesta alimentaria y/o la aparición de conductas encaminadas a controlar el peso (Gómez del Barrio, 2012). Estas conductas patológicas suelen estar relacionadas con la comida, en un continuo que va desde la restricción alimentaria más absoluta hasta alimentación compulsiva, pasando por multitud de conductas de compensación y restricción como realización extrema de deporte, conductas de tipo purgativo como vómitos autoprovocados y/o consumo de laxantes, conductas alimentarias obsesivas, etc. (Arija-Val et al., 2022; Colegio Oficial de Psicología de Cataluña, 2020).

Todo ello termina derivando en patologías físicas muy visibles (desnutrición, obesidad, úlceras de estómago y esófago, desgaste dental, problemas cardíacos, amenorrea, etc.) que hacen saltar la alarma y actúan como cara de los TCA. Sin embargo, cuando se profundiza en estos trastornos se puede ver cómo, a pesar de ser lo más visible, la obsesión por el control del peso y la comida que lleva a las alteraciones de la salud mencionadas no es el problema sino el desencadenante. El problema bajo el que se encuentran las conductas y pensamientos patológicos está en la autopercepción e imagen corporal distorsionada y la baja autoestima que presenta y repercute en todas las áreas vitales de la persona. (Colegio Oficial de Psicología de Cataluña, 2020)

La *metáfora del iceberg* está muy extendida entre profesionales de la psicología para explicar cómo funcionan los TCA a los pacientes y a su entorno: La punta del iceberg, que sería la parte visible, está formada por los síntomas y las patologías físicas comentadas; en la profundidad o parte sumergida que no se aprecia a la vista, se encuentra el origen de la enfermedad, o, los factores por los cuales la persona ha llegado a desarrollar el TCA, como un perfil de personalidad en la que destaca una baja autoestima o una necesidad de control, entre otros (Colegio Oficial de Psicología de Cataluña, 2020).

**Figura 1**  
*Imagen de la Metáfora del Iceberg*



*Nota.* Adaptado de *El iceberg de los TCA*, de Colegio Oficial de Psicología de Cataluña, 2020, *Orientación y detección de casos con trastornos de la conducta alimentaria en casa. ¿Qué deberíamos saber en situación de confinamiento?*

## **Prevalencia**

Es difícil acceder a datos exactos sobre la prevalencia de los TCA ya que existe un gran número de pacientes que no están en tratamiento ya sea por la no conciencia o negación de la enfermedad, la dificultad de accesibilidad al sistema público, o la naturaleza costosa de un tratamiento privado. Este factor hace que los datos recabados por diferentes estudios puedan encontrarse subestimados. Si existieran estadísticas reales sobre los TCA se visibilizaría el riesgo que conllevan estos trastornos mentales y la urgencia de la ampliación de recursos para su prevención, detección y tratamiento.

La información disponible a cerca de la prevalencia de los TCA pone de manifiesto que la población más prevalente es en mujeres adolescentes y adultas jóvenes de nivel socioeconómico medio-alto (Hernández-Cortés et al., 2013) debido a factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Diferentes estudios avalan este hecho:

- Hoek et al. (2016) realizaron una revisión sistemática sobre diferentes metaanálisis que indicaban la prevalencia de los TCA en mujeres jóvenes de diferentes zonas geográficas e indica cifras de Anorexia Nerviosa entre el 0,1 y el 1,05%, y de Bulimia Nerviosa entre el 0,87 y el 2,98%. En Europa, la prevalencia de Anorexia Nerviosa estimada en las mujeres es de un 1-4% y la de Bulimia Nerviosa es del 1-2%. En hombres, la prevalencia de los TCA en Europa es del 0,3-0,7% (Keski-Rahkonen, 2016).
- En España, los primeros estudios sobre la prevalencia de los TCA se recogen en una publicación de Ruiz-Lázaro et al. (2010) que describen una prevalencia de los TCA superior en las mujeres que, en los hombres, siendo entre las mujeres del 3,4% al 6,4% y entre los hombres del 0,27 al 1,7%.

A pesar de estas dificultades en la obtención de datos exactos, se estima que la prevalencia de los TCA ha aumentado un 40% durante los últimos años en países desarrollados de Europa, América del Norte, Asia y Oceanía, alcanzando proporciones preocupantes en la población mundial (Smink et al., 2021).

Además, en estos últimos años ha ocurrido un acontecimiento que no deja relevante a nadie, y menos a los pacientes de TCA o personas con factores de riesgo para su desarrollo: la pandemia COVID-19. Un estudio de Graell et al. (2020), refiere que el 41,9% de adolescentes con TCA presentaron un aumento de su sintomatología identificando mayores comportamientos de restricción alimentaria, ejercicio excesivo, miedo a aumentar de peso y síntomas ansioso-depresivos. En pacientes con sintomatología grave, durante la pandemia aumentó el riesgo de autolesiones y suicidio (Huete, 2022).

Ante la cuestión sobre si durante la pandemia COVID-19 aumentaron no solo los síntomas en pacientes de TCA, sino los casos de TCA entre personas que previamente no habrían presentado síntomas, cabe decir que no existen estudios concluyentes al respecto. Sin embargo, sí que se han identificado factores de riesgo que favorecerían la aparición de TCA

tales como aislamiento y falta de contacto social, ansiedad y estrés, interrupción de la vida cotidiana, cambios en los patrones alimentarios y de la actividad física, mayor actividad en las redes sociales y acceso a información sobre dietas y pérdida de peso (Termorshuizen et al., 2021; Touyz et al., 2020)

Además, en función de la región geográfica en la que se evalúen los TCA, la prevalencia varía. En Europa, la prevalencia de TCA es del 2,2 % (0,2-13,1 %), en Asia del 3,5 % (0,6-7,8 %) y en América del 4,6 % (2,0-13,5 %) (Arija-Val et al., 2022). Es posible que esta variación en los porcentajes se deba a diferencias en la cultura, nivel socioeconómico y factores biológicos y genéticos.

### **Etiología**

Los TCA son enfermedades con etiología multifactorial, no existe un único origen ni es el mismo para todas las personas con este trastorno. Diferentes causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural entran en contacto, y provocan consecuencias para la salud física y mental de la persona (Molina-Ruiz et al., 2019). Existen varios tipos de factores de riesgo que interactúan entre sí dando lugar al TCA: predisponentes, precipitantes y de mantenimiento (León et al., 2005). Esta combinación no es la misma para todos los pacientes ni todos los pacientes presentan todos los factores, por lo que es necesario explorar en cada caso qué factores influyeron en la aparición del TCA y cuales en el mantenimiento.

Entendemos por factores predisponentes a aquellos que actúan desde los orígenes del paciente y predicen la vulnerabilidad o sensibilidad que tiene el individuo a padecer un TCA.

Dentro de este tipo de factores se encuentran:

- Factores biológicos: herencia y vulnerabilidad biológica o peso. (Hernández-Cortés et al., 2013).

- Factores psicológicos o rasgos de la personalidad: baja autoestima, inseguridad, introversión, perfeccionismo, autocontrol, rasgos obsesivos, autoexigencia, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, historia de vida (Vargas, 2013).
- Factores familiares: estilos parentales basados en la rigidez y sobreprotección, baja comunicación, expectativas sobre los hijos, antecedentes de trastornos mentales, patrones de evitación y falta de resolución de conflictos. (Vargas, 2013; Marmo, 2013).
- Factores socioculturales: cultura de la delgadez, ideal de belleza (Lawler et al., 2011).

Los factores predisponentes son necesarios, pero no suficientes para desarrollar un TCA, esto se puede ver de manera clara en que todas las personas viven en una sociedad en la que el ideal de belleza está fuertemente marcado por la delgadez y no todas las personas desarrollan un TCA. Por lo que esta vulnerabilidad a padecer el trastorno alimentario se relaciona con los factores precipitantes, entre los que se encuentran según Basurte et al. (2011) y Vargas (2013):

- Acontecimientos vitales no normativos (abuso sexual, divorcio parental, accidente, mudanza, etc.).
- Aumento de actividad física, inicio de la dieta.
- Entorno social, bullying, críticas sobre el cuerpo.
- Fracaso académico.
- Conflictos familiares.
- Cambios corporales.

Una vez que el paciente presenta un TCA, los factores de mantenimiento son los que se encargan de la evolución del trastorno. El principal factor que mantiene el TCA es el circuito que se genera entre restricción alimentaria, que aumenta la probabilidad de atracón posterior, a la que suele ir asociada la culpa que deriva en vómito. Otros factores de mantenimiento según Basurte et al. (2011) y Hernández-Cortés et al., (2013) son:

- Rasgos de personalidad.
- Fluctuación de los estados de ánimo, como ansiedad y depresión.
- Consecuencias físicas y psíquicas de inanición.
- Dificultad en el manejo de conflictos.
- Aislamiento social.

### **Tipos**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V-TR, 2018), existen diferentes tipos de TCA que se pueden clasificar en los siguientes grupos:

1. Anorexia Nerviosa.
2. Bulimia Nerviosa.
3. Trastorno por atracón.
4. Pica.
5. Trastorno por Rumiación.
6. Trastorno por evitación/Restricción de alimentos.
7. Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado o no especificado.

Los más frecuentes son la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón, si bien, los que se tratarán en la presente revisión sistemática son la AN y BN.

### ***Anorexia Nerviosa***

Para que una persona sea diagnosticada de Anorexia Nerviosa (AN) tiene que cumplir los siguientes criterios según el DSM-V-TR (2018): el paciente de AN (1) restringe su ingesta alimentaria hasta el punto de alcanzar un peso corporal excesivamente bajo con respecto a sus necesidades, y a pesar de lo que (2) persiste en él un miedo intenso respecto a ganar peso o a engordar, propulsado por (3) una alteración de la percepción de su propio cuerpo.

Dependiendo de las conductas patológicas de pérdida de peso que lleve a cabo el paciente (o por lo general, la paciente), se distinguen dos tipos de AN (DSM-V-TR, 2018):

- Tipo restrictivo: Este subtipo describe conductas de restricción de alimentos para la pérdida de peso como dieta, ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- Tipo purgativo: Este subtipo, además de restricción alimentaria, presenta conductas de atracones y purgas para su compensación (como vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Estos criterios y síntomas que ocurren en el paciente son los que permiten detectar un TCA, la punta del iceberg, lo visible. Sin embargo, hay que llegar a lo que está en la base para poder tratar el problema y que las conductas patológicas desaparezcan.

El gran miedo a ganar peso (criterio 2) es el que lleva a los pacientes de AN a conductas patológicas de restricción y exclusión de alimentos de su dieta con el objetivo de perder peso. Esto es así debido a que basan su autoestima en el peso e imagen física. Basar la valía personal de uno en la imagen física es signo de baja autoestima, por lo que, nunca llegan a estar satisfechos con su cuerpo ni con el peso alcanzado, sea cual sea. La insatisfacción corporal mantiene las prácticas de control. Dado la importancia que adquiere la pérdida de peso y búsqueda de una imagen corporal satisfactoria, hacen cualquier cosa para lograr este objetivo: tirar comida, ocultar información y mentir, pesarse con objetos, etc. (Weinstein, 2016).

El pensamiento de una persona con AN por lo general es rígido, inflexible y rumiativo (Weinstein, 2016). La comida y la imagen corporal se vuelven el centro de lo que piensan y hacen. La falta de alimento genera alteraciones en el sueño y en el estado de ánimo. Suelen presentarse apáticos, irascibles, reactivos, o con pérdida de interés hacia las cosas. Se retraen emocional y socialmente provocando la pérdida de vínculos y aislamiento social. Por ello, es recomendable esperar a que el paciente comience el tratamiento de TCA y recupere peso antes

de diagnosticar un Trastorno del Estado de Ánimo ya que puede ser consecuencia del TCA (Morrison, 2015).

Estos pacientes presentan baja conciencia de enfermedad, dificultando la adherencia al tratamiento psicofarmacológico. No es común que vayan a terapia por voluntad propia sino por la de familiares o amigos (Weinstein, 2016), por ello es fundamental trabajar la alianza terapéutica y hacerles conscientes del riesgo y gravedad de la enfermedad.

Los subtipos de AN (restrictivo o purgativo) presentan diferencias no solo en la sintomatología, sino también en los rasgos de la personalidad. Los pacientes con AN restrictiva suelen presentar altos niveles de perfeccionismo y autoexigencia y suelen tener pensamientos obsesivos, mientras que, los pacientes con AN tipo purgativo tienen un componente más impulsivo (Weinstein, 2016).

### ***Bulimia Nerviosa***

Para que una persona sea diagnosticada de Bulimia Nerviosa (BN) tiene que cumplir los siguientes criterios según el DSM-V-TR (2018): el paciente de BN presenta (1) episodios recurrentes de atracones de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en circunstancias similares, con (2) sensación de falta de control. Como consecuencia de los atracones, llevan a cabo (3) comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso, como vómito autoprovocado, uso de laxantes, ayuno o ejercicio excesivo.

Los pacientes de BN suelen presentar normopeso o sobrepeso, por lo que suele ser más difícil de detectar que la AN. Al igual que los pacientes de AN, la autoestima de las personas que padecen este trastorno suele estar muy relacionada con la imagen física, tienen miedo a aumentar de peso y deseos de adelgazar. Los principales problemas físicos que produce la BN son: problemas dentales, callos en los dedos o amenorrea/irregularidad en el período menstrual. Estos pueden funcionar como señal de alarma para indicar que puede existir un TCA en la persona que los padece (Weinstein, 2016).

El principal factor de mantenimiento de la BN es el circuito restricción-atracón-purga (Weinstein, 2016): el paciente restringe, la restricción alimentaria conduce a un episodio de exceso/atracón, este episodio genera culpa, y la culpa lleva a conductas compensatorias.

A diferencia de la AN, no suelen presentar retraimiento social y sus rasgos de personalidad suelen ser diferentes. En el caso de los pacientes con BN, el rasgo común que suelen presentar es la impulsividad, lo que puede generar situaciones de riesgo, autolesiones, adicciones, etc. (Weinstein, 2016).

### **Comorbilidad**

Es difícil encontrar TCA puros ya que, a menudo, se presentan de manera comórbida otros diagnósticos psicológicos o rasgos de otras patologías. Este hecho complica de manera severa y cambia el tratamiento del TCA. Entre los trastornos más comórbidos con los TCA destacan los trastornos de personalidad (TP) tales como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), Trastorno Histriónico de la Personalidad (THP), o el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) (Vargas, 2013; Arijá-Val et al., 2022).

Los rasgos de la personalidad tienen un lugar importante en la expresión y mantenimiento de los TCA. Esta afirmación se debe a la observación de rasgos y patrones específicos de comportamiento que se repiten en gran parte de los pacientes que sufren TCA, como son: perfeccionismo, rasgos obsesivo-compulsivos, neuroticismo, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, inflexibilidad, necesidad de control, etc. (Cassin et al, 2005).

El estudio de la personalidad en los TCA es de gran importancia debido a sus implicaciones clínicas y su relevancia. Esta información es importante ya que permite conocer qué factores hacen que alguien sea más propenso a desarrollar un TCA (Macías et al., 2003). Algunos de los rasgos más característicos de los TCA se encuentran en gran medida en otros trastornos mentales, siendo muchas veces comórbidos. Cuando un TCA presenta comorbilidad con un TP, la psicopatología y la severidad aumenta, viéndose una frecuencia mayor en

conductas purgativas, intentos de suicidio y síntomas ansioso-depresivos (Molina-Ruiz et al., 2019).

Los TP son trastornos en los que el paciente presenta rasgos de la personalidad inflexibles y desadaptativos, que producen un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo (DSM-V-TR, 2018). El DSM-V-TR (2018) los divide en tres grupos, para simplificar su comprensión y la comunicación entre profesionales de la salud mental, si bien es importante reconocer las diferencias individuales de cada paciente:

- Grupo A o raro-excéntrico: trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- Grupo B o dramático-emocional: trastornos límite, histriónico, narcisista y antisocial.
- Grupo C o ansioso-temeroso: trastornos obsesivo-compulsivo, dependiente y evitativo.

Según estudios anteriores, los TP más prevalentes en pacientes de TCA son los de los Grupos B y C (Molina-Ruiz et al., 2019). Los trastornos del Grupo B hacen referencia a pacientes que presentan alteraciones de personalidad que tienen como rasgo común una elevada y lábil emocionalidad, la cual resulta altamente inestable, y que tiende a presentar una conducta dramática y teatral: entre ellos, los que se ha observado que presentan mayor comorbilidad con los TCA son el Trastorno Histriónico de la Personalidad (THP) y el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). En cuanto a los trastornos del Grupo C se caracterizan por la presencia de un elevado miedo o ansiedad, comportándose acorde a ello y tratando de reducirlo evitando aquello que les causa miedo o ansiedad. Es muy común que también exista baja tolerancia a la incertidumbre. Entre estos trastornos, los que son esperables que presenten mayor comorbilidad con los TCA son el trastorno evitativo y el obsesivo-compulsivo.

Estos trastornos son concomitantes con diferentes rasgos de la personalidad de los TCA. Los trastornos del Grupo B, TLP y THP, tienen una mayor prevalencia con los trastornos que presentan patología purgativa como son la BN y la AN tipo purgativa (ANp). Esta diferencia en cuanto a la comorbilidad con los trastornos del Grupo B entre AN purgativa y restrictiva, y

entre AN y BN, parece que se debe al rasgo impulsividad existente en los TCA de semiología purgativa. De hecho, existe una gran comorbilidad entre BN y en menor medida ANp, y abuso de sustancias, cleptomanía, y promiscuidad sexual (Pearson et al., 2016; Molina-Ruiz et al., 2019).

Las personas con AN, en comparación con BN, suelen presentar rasgos más restrictivos, perfeccionismo y baja búsqueda de novedad (Cassin et al., 2005). Los pacientes de AN de subtipos diferentes también presentan diferencias entre sí: si bien los del tipo purgativo presentaban mayores niveles de impulsividad que hacen que presente mayor comorbilidad con TLP o THP, los del tipo restrictivo (ANr) presentan rasgos obsesivo-compulsivos elevados haciendo que presente más concomitancia con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Molina-Ruiz et al., 2019). Estos datos muestran mayores similitudes entre rasgos de la personalidad de pacientes con ANp y BN, y mayores diferencias entre ANr y BN.

## **Objetivos**

Los TCA continúan siendo una preocupación prioritaria para la salud pública y las cifras suben continuamente volviéndolo un problema urgente. Además, en los pacientes que presentan comorbilidad con TP los casos se agravan de manera severa. Los rasgos de la personalidad son fundamentales en el origen y mantenimiento de los TCA e influyen significativamente a la hora de presentar comorbilidad con un TP.

El objetivo de la presente revisión sistemática fue evaluar y conocer la comorbilidad entre los TP y los TCA en pacientes con TCA (según la clasificación del DSM-V-TR, (2018)).

Específicamente contrastar las siguientes hipótesis:

- Existe comorbilidad entre TP y TCA.
- Los TP que presentan mayor comorbilidad con BN son TLP y THP.
- En función del tipo de AN (ANr/ANp) existe más comorbilidad con diferentes tipos de TP.

- Los TP que presentan mayor comorbilidad con la ANr son TOC y el Trastorno Evitativo (TE).
- ANp y BN presentan comorbilidad con los mismos TP.

### **Método**

El método realizado durante la presente revisión sistemática se enmarca en los ítems recomendados por la declaración Prisma 2020 (Page et al., 2021).

#### **Estrategia de Búsqueda**

La búsqueda sistemática de los estudios se llevó a cabo entre los meses de enero y marzo de 2023 en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane Library, Psychinfo y Psychology and Behavioral Sciences Collection. Los términos introducidos en las ecuaciones de búsqueda en lenguaje documental fueron *Personality, Feeding and Eating Disorders, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa, Personality Disorders, Borderline Personality Disorder, Compulsive Personality Disorder, Histrionic Personality Disorder, Impulsive personality, Comorbidity*; y en lenguaje libre *Personality Traits*. Se conectaron en las ecuaciones de búsqueda mediante los operadores booleanos AND y OR.

Para la elección de los descriptores expuestos se utilizó la base de datos MeSH (MeSH Database) dentro del portal de PubMed y el idioma utilizado fue el inglés. En la Tabla A1 localizada en el Anexo A, se detallan las ecuaciones de búsqueda aplicadas para cada una de las bases de datos consultadas, dependiendo de las diferentes opciones que cada fuente de información propone.

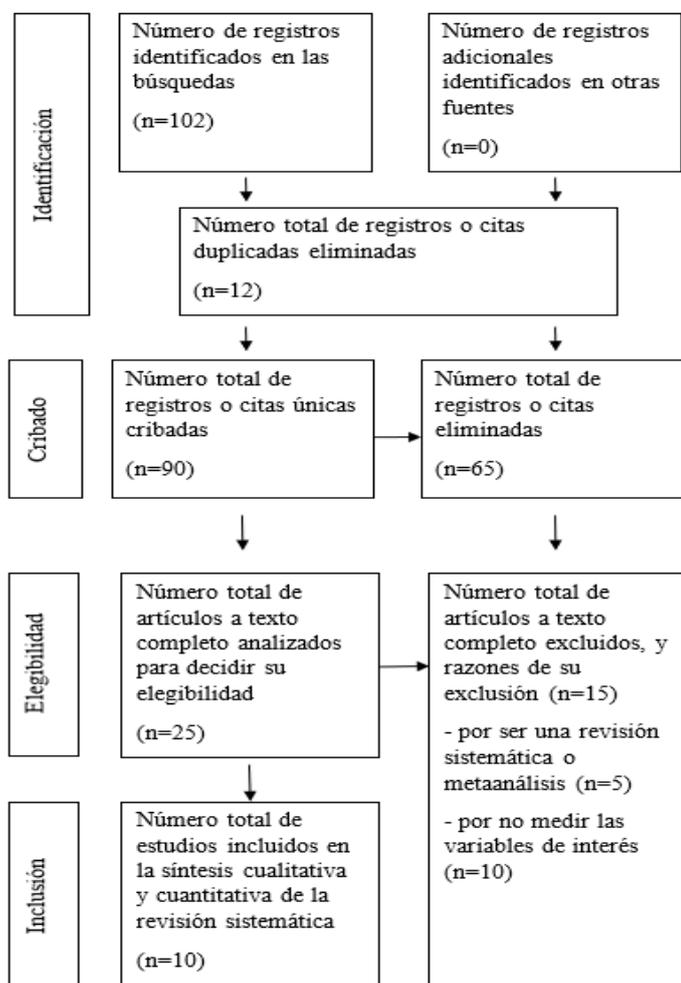
Una vez lanzada la ecuación de búsqueda, los estudios resultantes se filtraron según los criterios de elegibilidad para poder ser incluidos en la presente revisión sistemática. Se precisó que fueran estudios (a) empíricos (b) enfocados a población adolescente, joven y adulta (c) en población clínica con diagnóstico TCA (d) que relacionasen de manera cuantitativa los TP con

los TCA (e) que utilizaran escalas validadas para la medición de los trastornos de personalidad (f) en español o en inglés.

Como se observa en el diagrama de flujo (Figura 2), en la primera fase de identificación, las bases de datos arrojaron un total de 102 registros en respuesta a los términos de búsqueda y operadores booleanos seleccionados. Acto seguido se procedió a la eliminación de los registros duplicados ( $n=12$ ) y el número total de publicaciones se redujo a 90. En la siguiente fase se revisaron los títulos y abstracts de las publicaciones restantes, excluyéndose 65, y quedando para la fase de revisión y lectura del texto completo un total de 25 publicaciones. Tras evaluar si cumplían los criterios de elegibilidad, quedaron un total de 10 artículos que han sido incluidos en la revisión sistemática.

**Figura 2**

*Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de los artículos*



## **Variables**

En primer lugar, se definió como TCA a los trastornos de la conducta alimentaria diagnosticados en la población clínica de los diez estudios analizados en la presente revisión sistemática. Se distinguieron 4 tipos de TCA: (1) TCA en general; (2) BN, caracterizada por episodios de atracones de una cantidad de alimentos elevada, y comportamientos compensatorios sucesivos; (3) ANr, caracterizada por la utilización de restricción de alimentos para la pérdida de peso sin atracones ni conductas purgativas compensatorias; y (4) ANp, caracterizada por restricción alimentaria, y conductas de atracones y purgas para su compensación.

En segundo lugar, se consideró como TP a los diferentes trastornos de personalidad evaluados por los distintos cuestionarios. Se distinguieron 7 tipos de TP de los grupos B y C, clasificados por el DSM-V-TR (2018). Del Grupo B se describieron los trastornos de personalidad (1) antisocial (TPA), caracterizado por vulneración de los derechos de los demás, falta de empatía y ausencia de culpa; (2) límite (TLP), caracterizado por inestabilidad emocional y de la autoimagen significativas, patrones disfuncionales de relaciones interpersonales e impulsividad elevada; (3) histriónico (THP), caracterizado por un comportamiento teatral y exagerado, búsqueda constante de atención interpersonal y emotividad excesiva; (4) narcisista (TPN), caracterizado por actitud grandiosa, exagerada importancia personal, egocentrismo y egoísmo elevados y falta de empatía. Del Grupo C se describieron los trastornos de personalidad (5) dependiente (TPD), caracterizado por necesidad excesiva de cuidado, comportamiento sumiso y miedo a la separación; (6) evitativo (TPE), caracterizado por e inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa; (7) obsesivo-compulsivo (TOC), caracterizado por preocupación por el orden, perfeccionismo y control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia.

Por otra parte, para evaluar la validez de los artículos incluidos en la revisión sistemática se recogieron las variables metodológicas. En concreto, se evaluaron el tipo de diseño utilizado, el tamaño de la muestra, y el tipo de medidas de resultado utilizadas. Además, se analizaron características de la muestra que pueden afectar a la generalizabilidad de los resultados, como el rango de edad, proporción de sexos, país de procedencia, y ámbito de reclutamiento.

Todo ello, con el objetivo de (1) registrar y analizar si los TCA presentan comorbilidad con los distintos TP de los Grupos B y C. Además, se registró y analizó si (2) la comorbilidad con los diferentes TP es mayor o menor en función del tipo de TCA (AN/BN); (3) si la comorbilidad de los TCA con los TP varía en función del lugar de procedencia; (4) si dentro del mismo grupo de TCA (AN) existen diferencias en la comorbilidad con los TP en los diferentes subtipos (ANr/ANp)

### **Análisis de datos**

Para analizar la relación entre las variables TCA y TP y las diferentes cuestiones planteadas, se agruparon los datos en las distintas categorías expuestas anteriormente por estudios.

Para ofrecer datos y poder conocer la prevalencia general de cada TP (THP, TLP, TPA, TPE, TPD, TPN, TOC) para cada TCA (TCA en general, AN, BN), se agregaron los tamaños muestrales de los artículos de Gillberg et al. (1995), Godt et al. (2002), Godt et al. (2008), Inceoglu et al. (2000), Pham-Scottez et al. (2012), y Reba et al. (2005) para AN; Godt et al. (2002), Godt et al. (2008), Inceoglu et al. (2000), y Minnick et al. (2005) para BN, y Gillberg et al. (1995), Godt et al. (2002), Inceoglu et al. (2000), Minnick et al. (2005), Pham-Scottez et al. (2012) y Reba et al. (2005) para TCA en general, sacando los porcentajes promedio y los rangos entre los que se encontraban. Este mismo procedimiento se realizó para hacer una clasificación por continentes (América vs. Europa) y poder valorar si existen diferencias culturales en la comorbilidad TCA-TP. Los estudios de Gárriz et al. (2020), Turner et al. (2016)

y Waller et al. (2012) se agregaron de forma cualitativa por no poder integrarlos cuantitativamente debido a diferencias en el análisis de sus datos.

Se compararon los datos de TP en TCA y grupos controles para estudiar si realmente existe mayor prevalencia de TP en TCA que en la población no clínica, y, por tanto, si existe comorbilidad asociada. Los estudios experimentales que ofrecían comparaciones entre grupo TCA y grupo control fueron los estudios de Gárriz et al. (2020) y Gillberg et al. (1995). Por diferencias no integrables en el análisis de los datos, el estudio de Gárriz et al. (2020) se analizó de manera cualitativa. Para analizar el estudio de Gillberg et al. (1995) se sacaron odds ratio para cada TP.

Para analizar las diferencias de TP en los grupos BN/AN y ANr/ANp, de nuevo, se sacaron odds ratio para cada TP en cada grupo. Para comparar las proporciones para BN vs. AN se utilizaron los estudios de Godt et al. (2008), Godt et al. (2002) e Inceoglu et al. (2000) y para comparar las proporciones para ANp vs. ANr se utilizaron los artículos de Godt et al. (2008), Pham-Scottez et al. (2012) y Reba et al. (2005).

## **Resultados**

### **Características Metodológicas**

De los diez estudios incluidos, un 80% (8 estudios) fueron estudios experimentales donde se comparaban diferentes grupos (Gárriz et al., 2020; Gillberg et al., 1995; Godt et al., 2002; Godt et al., 2008; Inceoglu et al., 2000; Pham-Scottez et al., 2012; Reba et al., 2005; Turner et al., 2016). De ellos, dos presentaban grupo experimental y grupo control, cinco presentaban dos grupos experimentales (Godt et al., 2002; Godt et al., 2008; Inceoglu et al., 2000; Minnick et al., 2017; Reba et al., 2005; Turner et al., 2016), y uno presentaba tres grupos experimentales (Minnick et al., 2017). Un 20% de los estudios (2 estudios) fue un estudio observacional transversal con un solo grupo (Minnick et al., 2017; Waller et al., 2012). (Tabla B1).

Los dos estudios que comparaban grupo experimental y grupo control presentaban como grupo experimental AN (Gárriz et al., 2020; Gillberg et al., 1995). De los cinco estudios que comparaban dos grupos experimentales, uno comparaba TCA en general pre y postratamiento (Turner et al., 2016); dos comparaban AN con BN (Godt et al., 2002; Inceoglu et al., 2000); y dos comparaban ANr con ANp (Reba et al., 2005; Pham-Scottez et al., 2012). El estudio que comparaba tres grupos experimentales presentaba los grupos ANr, ANp y BN (Godt et al., 2008). Los dos estudios observacionales presentaron como grupo TCA en general (Minnick et al., 2017; Waller et al., 2012). (Tabla B1).

Para evaluar el diagnóstico de los TP en muestra clínica de sujetos con TCA, se utilizaron los siguientes instrumentos de medida ya existentes: *The Structured Clinical Interview for Axis I Disorders* (SCID-I) (Gárriz et al., 2020; Gillberg et al., 1995); *The Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+)* (Gárriz et al., 2020); *Millon Clinical Multiaxial Inventory-3rd Edition* (MCMI-III) (Minnick et al., 2017); *Personality Belief Questionnaire - Short Form* (PBQ-SF) (Turner et al., 2016; Waller et al., 2012); *Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders* (SCID-II) (Godt et al., 2002; Godt et al., 2008); y *The Personality Diagnostic Questionnaire-Revised* (PDQ-R) (Inceoglu et al., 2000). (Tabla B1).

### **Características de la muestra**

El tamaño de la muestra de los estudios osciló en un rango de entre 17 y 1048 participantes. (Tabla B1). La muestra de los estudios estuvo compuesta por población adolescente y adulta, en un rango de edad de 18 a 55 años. En cuanto al género, el 60% (6 estudios) solo incluyeron mujeres (Gárriz et al. 2020; Godt et al., 2002; Godt et al., 2008; Minnick et al., 2017; Pham-Scottez et al., 2012; Waller et al., 2012); el 20% (2 estudios) incluyeron tanto hombres como mujeres, siendo en su gran mayoría mujeres (más del 88% en

ambos casos) (Gillberg et al., 1995; Turner et al., 2016); y el 20% de los estudios (2 estudios) no especificaron el género de la muestra. (Tabla B2).

De los estudios, el 20% (2 estudios) se realizaron con población estadounidense (Minnick et al., 2017; Reba et al. 2005); el 20% (2 estudios) con población inglesa (Turner et al., 2016; Waller et al., 2012); el 20% con población danesa (Godt et al., 2002; Godt et al., 2008); el 10% con población sueca (Gillberg et al., 1995); el 10% con población española (Gárriz et al., 2020); el 10% con población francesa (Pham-Scottez et al., 2012); y el 10% con población alemana (Inceoglu et al., 2000). Es decir, del total de los estudios el 20% (2 estudios) fueron realizados con población americana y el 80% (8 estudios) con población europea. (Tabla B2).

En cuanto al ámbito de reclutamiento, el 60% de los estudios (6 estudios) formó su muestra con pacientes de hospitales y unidades de tratamiento especializadas en TCA (Gárriz et al., 2020; Godt et al., 2002; Godt et al., 2008; Inceoglu et al., 2000; Pham-Scottez et al., 2012; Turner et al., 2016); y el 40% (4 estudios) recogió la muestra a través de estudios y evaluaciones comunitarias (Gillberg et al., 1995; Minnick et al., 2017; Reba et al., 2005; Waller et al., 2012).

### **Prevalencia de Trastornos de la Personalidad en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.**

**Tabla 1**

*Porcentajes y rangos de los TP en los TCA*

	<b>TCA</b>	<b>AN</b>	<b>BN</b>
<b>THP</b>	3,19% (0-23,50%)*	2,54% (0-19,35%)	7,27% (2,80-26,50%)
<b>TLP</b>	12,06% (5,43-33,85%)	11,96% (2,17-26,56%)	16% (6,20-35,20%)
<b>TPA</b>	0,70% (0-5,9%)	0,72% (0-0,9%)	0,87% (0,50-5,90%)
<b>TPE</b>	18% (11,14-41,20%)	18,26% (7,70-28,13%)	17% (12,70-41,20%)
<b>TPD</b>	6,67% (3,71-35,30%)	5,65% (3,91-32,81%)	10,76% (4,70-35,30%)

<b>TPN</b>	3,19% (1,55-29,40%)	2,68% (0-22,58%)	5,23% (1,20-29,40%)
<b>TOC</b>	17,52% (2,28-29,50%)	20,51% (2,08-89,06%)	5,52% (1,90-17,60%)

*Notas.* \*Porcentaje promedio (rango)

Los porcentajes más altos de TP en TCA fueron TPE y TOC. El porcentaje de pacientes de TCA en general con TPE estuvo entre 11,14 y 41,20% en los artículos revisados, 18% en promedio. El porcentaje de TOC en TCA estuvo entre 2,28 y 29,50% en los artículos revisados, 17,52% en promedio. El porcentaje más bajo de TP en TCA fue TPA, encontrándose un rango de 0 y 5,9% en los artículos revisados, 0,70% en promedio.

Los porcentajes más altos de TP en AN también fueron TPE y TOC. El porcentaje de pacientes de AN con TPE estuvo entre 7,70 y 28,13% en los artículos revisados, 18,26% en promedio. El porcentaje de TOC en AN estuvo entre 2,08 y 89,06% en los artículos revisados, 20,51% en promedio. El porcentaje más bajo de TP en AN fue TPA, encontrándose un rango de 0 y 0,9% en los artículos revisados, 0,72% en promedio.

Los porcentajes más altos de TP en BN fueron TPE y TLP. El porcentaje de pacientes de BN con TPE estuvo entre 12,70 y 41,20% en los artículos revisados, 17% en promedio. El porcentaje de TLP en BN estuvo entre 6,20 y 35,20% en los artículos revisados, 16% en promedio. El porcentaje más bajo de TP en BN fue TPA, encontrándose un rango de 0,50 y 5,90% en los artículos revisados, 0,87% en promedio.

### **Prevalencia de Trastornos de la Personalidad en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria clasificados por continentes (América vs. Europa)**

**Tabla 2**

*Porcentajes y rangos de los TP en los TCA en América y Europa*

	TCA		AN		BN	
	América	Europa	América	Europa	América	Europa
<b>THP</b>	1,5%	5%	1,15%	5,42%	23,53%	6,42%
<b>TLP</b>	12,49%	11,38%	12,40%	10,54%	17,65%	12,23%

<b>TPA</b>	1,03%	0,3%	0,95%	0%	5,88%	0,61%
<b>TPE</b>	19,81%	15,02%	16,46%	14,46%	41,18%	16%
<b>TPD</b>	4,41%	10,32%	3,91%	11,14%	35,29%	9,48%
<b>TPN</b>	2,16%	4,86%	1,72%	5,72%	29,41%	3,98%
<b>TOC</b>	19,44%	14,42%	19,18%	24,7%	35,29%	3,98%

Los porcentajes más altos de TP en TCA tanto en América como en Europa fueron TPE y TOC. El porcentaje promedio de pacientes de TCA en general con TPE fue 19,81% en América y 15,02% en Europa en los artículos revisados. El porcentaje promedio de pacientes de TCA con TOC fue 19,44% en América y 14,42% en Europa en los artículos revisados. El porcentaje más bajo de TP en TCA tanto en América como en Europa fue TPA, encontrándose un porcentaje promedio de 1,03% en América y 0,3% en Europa en los artículos revisados.

Los porcentajes más altos de TP en AN tanto en América como en Europa fueron TPE y TOC. El porcentaje promedio de pacientes de AN con TPE fue 16,46% en América y 14,46% en Europa en los artículos revisados. El porcentaje promedio de pacientes de AN con TOC fue 19,18% en América y 24,70% en Europa en los artículos revisados. El porcentaje más bajo de TP en AN tanto en América como en Europa fue TPA, encontrándose un porcentaje promedio de 0,95% en América y 0% en Europa en los artículos revisados.

Los porcentajes más altos de TP en BN en América fueron TPE, TPD y TOC y en Europa fueron TLP y TPE. El porcentaje promedio de pacientes de BN con TPE fue 41,18% en América y 16% en Europa en los artículos revisados. El porcentaje promedio de pacientes de BN con TPD fue 35,26% en América (9,48% en España) y el de TOC fue 35,26% en América (3,98% en España) en los artículos revisados. El porcentaje promedio de pacientes de BN con TLP fue 12,23% en España (17,65% en América). El porcentaje más bajo de TP en BN tanto en América como en Europa fue TPA, encontrándose un porcentaje promedio de 5,88% en América y 0,61% en Europa en los artículos revisados.

### Proporción de Trastornos de la Personalidad en pacientes de Anorexia Nerviosa vs. Población no Clínica.

**Tabla 3**

*Odds ratio de TP en AN/PNC*

	<b>THP</b>	<b>TLP</b>	<b>TPA</b>	<b>TPE</b>	<b>TPD</b>	<b>TPN</b>	<b>TOC</b>
<b>AN vs. PNC*</b>	0	3,125	0	7,9545	4,2553	4,2553	6,666

Notas. \* PNC = Población no clínica

Siguiendo los resultados de Gillberg et al. (1995) se calcularon las odds para los diferentes TP en AN y población no clínica. La odd de TLP fue 3,125 veces mayor en personas con AN que en población no clínica; la odd de TPE fue 7,95 veces mayor en personas con AN que en población no clínica; la odd de TPD fue 4,25 veces mayor en personas con AN que en población no clínica; la odd de TPN fue 4,25 veces mayor en personas con AN que en población no clínica; y la odd de TOC fue 6,66 veces mayor en personas con AN que en población no clínica. Las odd de THP y de TPA tuvieron un valor de 0, esto significa que la presencia de AN se podría asociar a una menor frecuencia de estos trastornos. (Tabla 3).

**Tabla 4**

*Medias de TP en AN/PNC*

	<b>THP</b>	<b>TLP</b>	<b>TPA</b>	<b>TPE</b>	<b>TPD</b>	<b>TPN</b>	<b>TOC</b>
<b>AN</b>	2.09	4	0.64	4.91	4.27	2.36	3.09
<b>PNC</b>	1.89	0.89	0.17	1.24	2.07	1.07	0.83

Notas. \* PNC = Población no clínica

Los resultados que aporta el estudio de Gárriz et al. (2020) sigue la línea de resultados anteriores. La población clínica con AN presenta medias significativamente mayores en pacientes con AN que en población no clínica en los TP evitativo, límite, dependiente, obsesivo-compulsiva y narcisista; mientras que en los TP histriónico y antisocial no se encontraron diferencias de medias significativas. (Tabla 4).

### Proporción de Trastornos de la Personalidad en pacientes de Anorexia Nerviosa vs. Bulimia Nerviosa.

**Tabla 5**

*Odds ratio de TP en AN/BN*

	<b>THP</b>	<b>TLP</b>	<b>TPA</b>	<b>TPE</b>	<b>TPD</b>	<b>TPN</b>	<b>TOC</b>
<b>AN</b>	0,5577	1,8767	0	0,6416	0,5589	0,9245	1,1668
<b>BN</b>	1,7928	0,5328	0	1,5586	1,7891	1,0816	0,857

Se calcularon las odds ratio para cada TP en cada TCA con los resultados de los artículos de Godt et al. (2002), Godt et al. (2008) e Inceoglu et al. (2000).

La odd de TLP fue 1,88 veces mayor en personas con AN que en personas con BN; y la odd de TOC fue 1,17 veces mayor en personas con AN que en personas con BN. La odd de THP fue 1,79 veces mayor en personas con BN que en personas con AN; la odd de TPE fue 1,56 veces mayor en personas con BN que en personas con AN; la odd de TPD fue 1,79 veces mayor en personas con BN que en personas con AN.

No existieron diferencias entre la asociación de TPN con las patologías BN y AN. La odd de TPA tuvo un valor de 0, esto significa que la presencia de las patologías AN y BN se asocian a una menor frecuencia de trastornos de la personalidad. (Tabla 5).

### Proporción de Trastornos de la Personalidad en pacientes de Anorexia Nerviosa Restrictiva vs. Anorexia Nerviosa Purgativa

**Tabla 6**

*Odds ratio de TP en ANr/ANp*

	<b>THP</b>	<b>TLP</b>	<b>TPA</b>	<b>TPE</b>	<b>TPD</b>	<b>TPN</b>	<b>TOC</b>
<b>ANr</b>	1,4074	0,4045	0,4378	0,7266	0,6330	2,7080	1,0984
<b>ANp</b>	0,7105	2,4716	2,2841	1,3763	1,6051	0,3693	0,9103

Se calcularon las odds ratio para cada TP en cada AN a través de los artículos de Godt et al. (2008) Pham-Scottet et al. (2012) y Reba et al. (2005).

La odd de THP fue 1,41 veces mayor en personas con ANr que en personas con ANp; y la odd de TPN fue 2,71 veces mayor en personas con ANr que en personas con ANp. La odd de TLP fue 2,47 veces mayor en personas con ANp que en personas con ANr; la odd de TPA es 2,28 veces mayor en personas con ANp que en personas con ANr; la odd de TPE fue 1,38 veces mayor en personas con ANp que en personas con ANr; y la odd de TPD fue 1,60 veces mayor en personas con ANp que en personas con ANr.

No existieron diferencias entre la asociación de TOC y las patologías ANp y ANr. (Tabla 6).

### **Discusión**

En el presente estudio se ha analizado si existe comorbilidad entre los diferentes tipos de TP y los diferentes tipos de TCA. Tras un primer análisis de la bibliografía existente, se plantearon una serie de hipótesis que tras una revisión sistemática han sido contrastadas y discutidas.

En primer lugar, se quiso comprobar la premisa de la existencia de comorbilidad entre TP y TCA. Se encontraron resultados que confirmaban mayor probabilidad de tener TP en pacientes de TCA que en población sin patología alimentaria. Los resultados fueron coherentes que con los hallazgos de estudios anteriores (Pearson et al., 2016; Molina-Ruiz et al., 2019; Vargas, 2013; Arija-Val et al., 2022). Además, la prevalencia más alta de TP en TCA fue de TPE y TOC, y el porcentaje más bajo encontrado fue TPA, siendo la asociación prácticamente inexistente. Si bien, los resultados que avalan que el TOC es uno de los TP más comórbidos con TCA va en la línea de resultados anteriores (Arija-Val et al., 2022; Vargas, 2013), existen diferencias en cuanto a los resultados obtenidos a cerca de la prevalencia de TPE. En la presente revisión sistemática se propone el TPE como uno de los TP con mayor prevalencia con TCA, mientras que, en estudios anteriores, los TP más comórbidos serían en su lugar, TLP y THP (Arija-Val et al., 2022; Vargas, 2013).

En cuanto a las hipótesis acerca de qué TP tenían más comorbilidad con los diferentes grupos principales de TCA (AN/BN) se obtuvieron los siguientes resultados. En cuanto a la prevalencia de los TP separando los grupos AN y BN, se encuentra una mayor prevalencia de TPE, y a favor de la literatura revisada, de TOC (Molina-Ruiz et al., 2019) en AN; y una mayor prevalencia de TLP y TPE en BN. En este caso, estudios anteriores de Molina-Ruiz et al. (2019) indicaban una mayor prevalencia de TLP y THP, y pese a que los datos que indican que el TLP presenta una mayor comorbilidad con BN son consistentes con los hallazgos de este estudio, THP no se encuentra entre los TP más comórbidos, a diferencia del TPE. En ambos grupos el TP con prevalencia más baja y, de hecho, casi inexistente, fue TPA. Estos hallazgos resultan interesantes ya que amplían la información registrada hasta el momento al encontrar tanta prevalencia de comorbilidad con TPE.

Además, separar la muestra por lugar de procedencia, y en este caso, por continentes, ha resultado de enorme interés para poder considerar las diferencias culturales que pueden existir en los trastornos evaluados, como hipotetizaban Smink et al. (2021) y Arija-Val et al. (2022). En cuanto a TCA y AN, no se encontraron diferencias entre continentes, siendo los porcentajes de TP más altos los de TPE y TOC. Sin embargo, en BN sí que se encontraron diferencias entre continentes, siendo la prevalencia de TP más alta en América la de TPE, TPD y TOC y en Europa TLP y TPE. Líneas de investigación futuras podrían estar destinadas a comprobar el por qué de estas diferencias de comorbilidad de los TP en BN en América y Europa. Se podría pensar que es por las diferencias culturales en cuanto a la comprensión y diagnóstico de los trastornos, o bien, por cuestiones biológicas y genéticas.

A favor de los resultados anteriores destinados a evaluar las diferencias entre la diferente tipología de TCA, la probabilidad de tener TOC fue más alta en pacientes de AN que en BN. Por otra parte, resultados anteriores obtuvieron que existía mayor comorbilidad de tener

TLP si la patología TCA existente era BN. En contra de esos resultados, en el presente estudio se obtuvo una probabilidad mayor de tener TLP si se presentaban la patología AN.

Una de las novedades de este estudio fue la obtención de resultados que consideraban el TPE como otro de los TP más comórbidos, además se encontró una probabilidad mayor de tenerlo presentando BN que AN. Como se hipotetizaba, la probabilidad de tener THP fue mayor en BN a favor de líneas de investigación anteriores. La probabilidad de desarrollar TPD fue también mayor en BN.

En contra de la hipótesis que sostenía que en AN de semiología purgativa era más prevalente el THP que en ANr, este estudio encontró hallazgos que indicaron una mayor probabilidad de tener THP en ANr que en ANp. A favor de estudios anteriores, se indicó una probabilidad más alta en el caso de desarrollar TLP en AN de semiología purgativa. No existieron diferencias entre los subtipos de AN y su comorbilidad con TOC, pese a la hipótesis existente a cerca de una mayor probabilidad de TOC en ANr. Existió mayor probabilidad de tener TPE y TPD en ANp que en ANr.

Se puede mantener la hipótesis que defendía que en función del tipo de AN (ANr/ANp) existe más comorbilidad con diferentes tipos de TP. Sin embargo, los resultados de esta revisión sistemática no siguen la línea de los tipos de TP comórbidos hipotetizados para cada subtipo de AN (Molina-Ruiz et al., 2019). La hipótesis mantenía que en ANp los TP más comórbidos serían los mismos que en BN: TLP y THP, por el componente impulsivo común en ambos. ANr presentaría mayor comorbilidad con TOC por su componente obsesivo. Los datos de este estudio indican mayor comorbilidad de AN con TOC, si bien, no refiere diferencias entre subgrupos de AN. Pese a que la prevalencia de tener TLP en BN era de las más altas para esta patología, la probabilidad de tener TLP en AN fue mayor que en BN, no pudiendo mantener la hipótesis de mayor comorbilidad con esta tipología de TCA. Dentro del grupo AN, sí que se encontró más probabilidad de tener TLP en AN de tipo purgativo. En

cuanto al THP, los resultados indican que existe más probabilidad de poseerlo con la patología AN que con BN, y en la tipología purgativa que en la restrictiva. Como se puede apreciar, no existen en los resultados consistencias que avalen la hipótesis que mantenía que en ANp y BN existiría una mayor comorbilidad de THP y TLP. Sin embargo, sí que se han encontrado consistencias entre la existencia de una mayor comorbilidad de TPE y TPD y los TCA de semiología purgativa, ANp y BN.

Se podría hipotetizar el por qué de estos resultados relacionándolo con rasgos de la personalidad. Se mantendrían la hipótesis que defendía la existencia de rasgos obsesivos y perfeccionistas para los pacientes de AN a favor de su alta comorbilidad con TOC. Sin embargo, habría que seguir investigando a cerca del componente impulsivo común existente en los TCA de semiología purgativa, de acuerdo con los resultados planteados en este estudio, que no indican una prevalencia mayor de TLP en BN que en AN y tampoco la existencia de una probabilidad mayor de desarrollar THP en ANp que en ANr. Sería interesante investigar que rasgos de la personalidad comunes corresponden con la coincidente presencia de mayor comorbilidad de TPE y TPD y los TCA de semiología purgativa, ANp y BN. En cuanto a la alta comorbilidad con TPE, tiene sentido pensar esta correlación en términos de rasgos de la personalidad, ya que TPE y TCA comparten un alto índice de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Tampoco resultan extraños los resultados que van en la línea de la inexistencia de asociación entre TPA y TCA al considerar la baja compatibilidad entre sus rasgos de personalidad.

Sin embargo, entre las limitaciones principales de este estudio se encuentra la ausencia de evaluación de los rasgos de la personalidad para indicar si existe coincidencias entre ellos y la comorbilidad. Se podrían realizar líneas de investigación futuras orientadas a evaluar que rasgos de personalidad se encuentran en la comorbilidad de los diferentes TP con los diferentes TCA, partiendo de base con las hipótesis planteadas en el párrafo anterior.

Otras limitaciones a considerar pueden ser la existencia de escalas e instrumentos de medida diferentes que pueden producir variabilidad por lo que su comparativa podría no haber sido la óptima. Además, la variabilidad en los tamaños de las muestras y las diferentes nacionalidades que pueden dar diferencias culturales para los diferentes trastornos puede afectar a los resultados, así como la accesibilidad a una única parte de la población formada por algunos países de América y Europa. Líneas de investigación futuras podrían minimizar estas limitaciones considerando una muestra más homogénea y llegando a más población para generalizar resultados, además de poder evaluar las características de cada trastorno en las diferentes nacionalidades para homogeneizar los resultados.

Pese a una mayor prevalencia del TCA en mujeres que en hombres, sería interesante abarcar una parte de la muestra formada por hombres y poder evaluar si existen diferencias en la comorbilidad con diferentes TP en función del género.

### **Conclusiones**

El incremento de los TCA en los últimos años y la gravedad que suponen este tipo de enfermedades, además de la comorbilidad existente con los TP que agravan la patología, ponen en evidencia la urgencia e importancia que existe acerca de su abordaje médico-psico-social. Es indispensable destinar tiempo y recursos a investigaciones que tengan como objetivo evaluar y conocer la existencia, causas y consecuencias de la comorbilidad entre los TCA y los TP.

Tras la revisión de bibliografía, revisión sistemática, y discusión de los resultados de este estudio, se plantea y mantiene por el momento una nueva hipótesis que refiere como TP más comórbidos con TCA, el TPE y TOC; y en menor medida, aunque igualmente comórbidos, TLP, THP y TPD. Cabría mencionar también, la inexistencia de comorbilidad con TPA, descartando este TP como riesgo de presentar comorbilidad con TCA.

Otros resultados que aportan conocimiento en el campo de la comorbilidad TCA-TP son la existencia de diferencias entre poblaciones de diferentes continentes sobre todo en la comorbilidad asociada en la patología BN.

Se obtuvieron diferencias intragrupos AN/BN, siendo mayor la probabilidad de tener TOC y TLP en teniendo la patología AN; y siendo mayor la probabilidad de tener TPE, THP Y TPD en la patología BN. No existieron diferencias en la probabilidad de tener TOC entre subgrupos ANr/ANp, pero sí que se encontró mayor probabilidad de tener TPE y TPD en ANp que en ANr. Los resultados refirieron consistencia entre la existencia de una mayor comorbilidad de TPE y TPD y los TCA de semiología purgativa, ANp y BN.

Por último, cabría comentar inexistencia de probabilidad de presentar comorbilidad entre TPA y TCA. También cabe decir para concluir la presente revisión sistemática, que es necesario seguir investigando sobre la comorbilidad TCA-TP solventando las limitaciones planteadas y abriendo nuevas líneas de investigación para contribuir al conocimiento de estos trastornos y poder plantear mejoras en su prevención, detección y tratamiento.

## Referencias

- American Psychological Association [APA]. (2018). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5.<sup>a</sup> ed.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M. J., Novalbos-Ruiz, J. P., Canals, J. y Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 8-15.  
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Basurte, I., Sevilla, V. y Holguera, M. J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina* 2011; 10(86), 5817-5824. Recuperado el 29 de diciembre de 2022.  
Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-trastornos-conducta-alimentaria-articulo-X0304541211274479>
- Belmonte-Cortés, S., Díaz-Plaza, M., y Ruiz-Lázaro, P. M. (2022). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en centros de educación secundaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 86-92. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04183>
- Cassin, S. E. y Von Ranson K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychological Review*, 25(7), 895-916.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.01>
- Colegio Oficial de Psicología de Cataluña. (2020). *Orientación y detección de casos con trastornos de la conducta alimentaria en casa. ¿Qué deberíamos saber en situación de confinamiento?* [Archivo PDF]
- Gárriz, M., Andrés-Perpiñá, S., Plana, M. T., Flamarique, I., Romero, S., Julià, L., y Castro-Fornieles, J. (2020). Personality disorder traits, obsessive ideation and perfectionism 20 years after adolescent-onset anorexia nervosa: a recovered study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*.  
<https://dx.doi.org/10.1007/s40519-020-00906-7>

- Gillberg, I. C., Råstam, M., y Gillberg, C. (1995). Anorexia nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 61–69.  
[https://dx.doi.org/10.1016/0010-440x\(95\)90100-a](https://dx.doi.org/10.1016/0010-440x(95)90100-a)
- Graell, M., Morón-Nozaleda, M. G. y Camarneiro, R. (2020) Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. *European eating disorders review*, 28(6): 864–870.  
<https://dx.doi.org/10.1002/erv.2763>
- Godt, K. (2002). Personality disorders and eating disorders: the prevalence of personality disorders in 176 female outpatients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 10(2), 102–109. <https://dx.doi.org/10.1002/erv.441>
- Godt, K. (2008). Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 94–99. <https://dx.doi.org/10.1002/erv.844>
- Gómez del Barrio J. A., Gaité Pindado L., Gómez E., Carral, L. Herrero, S. y Vázquez-Barquero, J. L. (2002). *Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso*. Recuperado el 29 de diciembre de 2022. Disponible en: [www.saludcantabria.es](http://www.saludcantabria.es)
- Hernández-Cortés, L. M., y Londoño, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 29(3), 748–761. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.175711>
- Hoek, H. W. (2016) Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 29(6), 336-339. <https://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
- Huete, M. A. (2022). Trastorno de conducta alimentaria durante la pandemia del SARS-CoV-2. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1), 66-71.  
<https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4156>

- Inceoglu, I., Franzen, U., Backmund, H., y Gerlinghoff, M. (2000). Personality disorders in patients in a day-treatment programme for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 8(1), 67–72. [https://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0968\(200002\)8:1<67::aid-erv326>3.0.co;2-u](https://dx.doi.org/10.1002/(sici)1099-0968(200002)8:1<67::aid-erv326>3.0.co;2-u)
- Keski-Rahkonen, A. y Mustelin, L. (2016) Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion Psychiatry*, 29(6), 340-345. <https://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Lawler, M., y Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: The effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 59-71. <https://dx.doi.org/10.1007/s10964-009-9500-2>
- León, M. T., y Castillo, M. D. (2005). Trastornos de comportamiento alimentario: Anorexia y bulimia nerviosa. Madrid, España: Formación Alcalá. Recuperado el 4 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=384540>
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología*, 22(2), 165-178. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.183>
- Minnick, A., Cachelin, F., y Durvasula, R. (2017). Personality Disorders and Psychological Functioning Among Latina Women with Eating Disorders. *Behavioral Medicine*, 43(3), 200–207. <https://dx.doi.org/10.1080/08964289.2016.1276429>
- Morrison, J. (2015). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno. Recuperado el 29 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/100427ee7db1097e8ed8e1815bb84e36.pdf>

- Molina-Ruiz, R. M., Alberdi-Páramo, I., Castro, M. D., Gutiérrez, N., Carrasco, J. L., y Díaz-Marsá, M. (2019). Personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 109-120.  
<https://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.494>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Murlow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Sociedad Española de Cardiología*, 74(9), 790-799.  
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Pham-Scottez, A., Huas, C., Perez-Diaz, F., Nordon, C., Divac, S., Dardennes, R., Rouillon, F. (2012). Why Do People With Eating Disorders Drop Out From Inpatient Treatment? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(9), 807–813.  
<https://doi.org/10.1016/10.1097/nmd.0b013e318266bbba>
- Reba, L., Thornton, L., Tozzi, F., Klump, L., Brandt, H., Crawford, S., Crow, S., Fichter, M., Halmi, K., Johnson, C., Kaplan, A., Keel, P., LaVia, M., Mitchell, J., Strober, M., Woodside, D., Rotondo, A., Berrettini, W., Kaye, W., Bulik, C. (2005) Relationships between features associated with vomiting in purging-type eating disorders. *International journal of eating disorders*. 38(4), 287-94.  
<https://doi.org/10.1002/eat.20189>
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., y Hoek H. W. (2021). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 521-527. <https://dx.doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>.

- Termorshuizen, J. D., Watson, H. J., Thornton, L. M., Borg, S., Flatt, R. E., MacDermid, C. M., Harper, L. E., Van Furth, E. F., Peat, C. M. y Bulik, C. M. (2021) Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of 1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 54(2), 177-186. <https://dx.doi.org/10.1002/eat.23353>
- Touyz, S., Lacey, H. y Hay, P. (2020) Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 19. <https://dx.doi.org/10.1186/s40337-020-00295-3>
- Turner, H., Marshall, E., Wood, F., Stopa, L., y Waller, G. (2016). CBT for eating disorders: The impact of early changes in eating pathology on later changes in personality pathology, anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 1–6. <https://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.011>
- Vargas, M. J. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482. Recuperado el 10 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=46824>.
- Waller, G., Ormonde, L., y Kuteyi, Y. (2012). Clusters of Personality Disorder Cognitions in the Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 28–31. <https://dx.doi.org/10.1002/erv.2209>
- Weinstein, M. (2016) Trastornos alimentarios y de la ingestión de los alimentos. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Argentina. Recuperado el 10 de diciembre de 2022. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/616\\_psicofarmacologia/material/trastornos\\_conducta\\_alimentaria.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastornos_conducta_alimentaria.pdf)

## Anexos

### Anexo A

Tabla A1

*Ecuaciones de búsqueda en las diferentes bases de datos*

Base de datos	N	Ecuación de búsqueda
PubMed	53	(“Personality”[Mesh]) AND (“Feeding and Eating Disorders”[Mesh] OR “Bulimia Nervosa”[Mesh] OR “Anorexia Nervosa”[Mesh]) AND (“Personality Disorders”[Mesh] OR “Borderline Personality Disorder”[Mesh] OR “Compulsive Personality Disorder”[Mesh] OR “Histrionic Personality Disorder”[Mesh]) AND (“Comorbidity”[Mesh])
Cochrane Library	8	(MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders] explode all trees OR MeSH descriptor: [Bulimia Nervosa] explode all trees OR MeSH descriptor: [Anorexia Nervosa] explode all trees) AND (MeSH descriptor: [Personality Disorders] explode all trees OR MeSH descriptor: [Borderline Personality Disorder] explode all trees OR MeSH descriptor: [Compulsive Personality Disorder] explode all trees OR MeSH descriptor: [Histrionic Personality Disorder] explode all trees) AND MeSH descriptor: [Comorbidity] explode all trees
Psychinfo	23	(DE "Personality" OR DE "Personality Traits") AND (DE "Eating Disorders") AND (DE "Personality Disorders") AND (DE "Comorbidity")
Psychology and Behavioral Sciences Collection	18	(DE "EATING disorders" OR DE "ANOREXIA nervosa" OR DE "BULIMIA") AND (DE "PERSONALITY disorders" OR DE "BORDERLINE personality disorder" OR DE "HISTRIONIC personality disorder" OR DE "IMPULSIVE personality" OR DE "OBSESSIVE-compulsive personality disorder") AND (DE "COMORBIDITY")

Notas. \* DE = descriptor de lenguaje documental; Mesh/MeSH = descriptor de lenguaje documental

**Anexo B**

Tabla B1

*Variables metodológicas de los diferentes estudios*

<b>Estudio</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tamaño de la muestra (N)</b>	<b>Tipo TCA</b>	<b>Medidas de resultado</b>
<b>Gárriz et al. (2020)</b>	Experimental Grupo control vs. Grupo experimental (TCA)	40	AN	- The Structured Clinical Interview for Axis I Disorders (SCID-I) - The Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+)
<b>Gillberg et al. (1995)</b>	Experimental Grupo control vs. Grupo experimental TCA	102	AN	- The Structured Clinical Interview for Axis I Disorders (SCID-I)
<b>Minnick et al. (2017)</b>	Observacional transversal	17	BN	- Millon Clinical Multiaxial Inventory-3rd Edition (MCMII-III)
<b>Turner et al. (2016)</b>	Experimental prospectivo Grupo experimental pretratamiento vs. Grupo experimental postratamiento	179	TCA	- Personality Belief Questionnaire e Short Form (PBQ-SF)
<b>Reba et al. (2005)</b>	Experimental Grupo experimental ANr vs. Grupo experimental ANp	1048	AN (ANr; ANp)	- Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)
<b>Waller et al. (2012)</b>	Observacional transversal	214	TCA	- The Personality Belief Questionnaire-Short Form (PBQ-SF)

<b>Pham-Scottet et al. (2012)</b>	Experimental Grupo experimental ANr vs. Grupo experimental ANp	64	AN (ANr; ANp)	- Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)
<b>Godt et al. (2008)</b>	Experimental Grupo experimental ANr vs. Grupo experimental ANp vs. Grupo experimental BN	350	AN (ANr; ANp); BN	- Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)
<b>Godt et al. (2002)</b>	Experimental Grupo experimental AN vs. Grupo experimental BN	129	AN; BN	- Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)
<b>Inceoglu et al. (2000)</b>	Experimental Grupo experimental AN vs. Grupo experimental BN	65	AN; BN	- The Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R)

Tabla B2

*Variables de las muestras de los estudios*

<b>Estudio</b>	<b>Sexo (%)*</b>		<b>Edad (años)</b>	<b>País</b>	<b>Ámbito de reclutamiento</b>
	F	M			
<b>Gárriz et al. (2020)</b>	100%	0%	17-29	España	Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clinic de Barcelona
<b>Gillberg et al. (1995)</b>	88%	12%	13-15	Suecia	Evaluación comunitaria de adolescentes por colegios de Suecia

<b>Minnick et al. (2017)</b>	100%	0%	18-55	Estados Unidos (EEUU)	Procedimiento de búsqueda de casos, dirigido a personas que se identificaron a sí mismas con problemas de atracones o de comer en exceso, para reclutar participantes mediante la publicación de folletos y anuncios en organizaciones educativas y comunitarias
<b>Turner et al. (2016)</b>	93%	7%	17-53	Reino Unido	Pacientes con diagnóstico de TCA del National Health Service eating disorder service UK
<b>Reba et al. (2005)</b>	-	-	<i>M</i> * 27,8	Estados Unidos (EEUU)	Estudios Genéticos de Trastornos Alimentarios de la Fundación Price
<b>Waller et al. (2012)</b>	100%	0%	26-35	Reino Unido	Diseño transversal de serie de casos con diagnósticos de TCA.
<b>Pham-Scottez et al. (2012)</b>	100%	0%	<i>M</i> 24,9	Francia	Pacientes con diagnóstico de AN del Hospital Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
<b>Godt et al. (2008)</b>	100%	0%	<i>M</i> 23,8	Dinamarca	Pacientes con diagnóstico de TCA del Eating Disorder Centre of Aarhus
<b>Godt et al. (2002)</b>	100%	0%	18-46	Dinamarca	Pacientes con diagnóstico de TCA del Eating Disorder Centre of Aarhus
<b>Inceoglu et al. (2000)</b>	-	-	<i>M</i> 20,8	Alemania	Pacientes ingresados en un programa de tratamiento de día de TCA en Max-Planck-Institute of Psychiatry de Munich