

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y PERSONALIDAD: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Francisco Manuel Martín Murcia¹, Adolfo J. Cangas Díaz²,
Eugenia M^a Pozo Pérez¹, Margarita Martínez Sánchez¹
y Manuel López Pérez³

¹*Instituto de Ciencias del Comportamiento*; ²*Universidad de Almería*;
³*Hospital Torrecárdenas, Almería (España)*

Resumen

Los trastornos de personalidad asociados a trastornos del Eje I se han erigido como unos de los principales tópicos actuales en la investigación psicológica. Se diseñó un estudio descriptivo, comparativo y transversal cuyos objetivos fueron comparar las escalas de personalidad en una muestra clínica de 67 pacientes con TCA frente a un grupo control a través del MCMI-II y analizar la existencia de agregación de estilos de personalidad en función de la topografía del TCA. No se encontraron diferencias significativas en la agregación de estilos de personalidad entre grupos clínicos, aunque sí respecto al grupo control en la mayoría de las escalas patológicas. Se discute sobre las escalas en las que no se encontró diferencia entre ambos grupos (dependiente, histriónica, narcisista y compulsiva) y sobre la posibilidad de que ello se deba a la influencia de ciertos valores sociales imperantes y por tanto comunes a ambas muestras.

PALABRAS CLAVE: *Trastornos del comportamiento alimentario, trastornos de personalidad, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa.*

Abstract

Personality disorders associated to Axis I disorders have become ever-present topics in current psychological research. A descriptive, comparative and transversal study was designed to compare the personality scales in a clinical sample of 67 patients with TCA and a control group by means of the MCMI-II and to analyze the existence of aggregation of styles of personality depending on the topography of the TCA. We did not find significant differences in the aggregation of styles of personality among clinical groups, though differences did appear with regard to

the control group in the majority of the pathological scales. We discuss the scales in which no differences were found between both groups (dependent, histrionic, narcissist and compulsive) and the possibility that it should be due to the influence of certain widely accepted social values common to both samples.

KEY WORDS: *Eating disorders, personality disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa.*

Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) se han convertido en un reto fundamental para clínicos e investigadores por varios motivos. Por un lado, el aumento de su incidencia que ha pasado en una década de 0,37 a 6,3 casos por 100.000 habitantes para la anorexia nerviosa y de 6 a 9,9 casos para la bulimia nerviosa, aceptándose un incremento en la prevalencia de dos a cinco veces en las últimas tres décadas con un porcentaje de 0,5-1% en la anorexia nerviosa, de 1-3% en bulimia nerviosa y, aproximadamente, un 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (Fernández y Turón, 2002; Peláez, Labrador y Raich, 2005). Por otro, la refractariedad de los distintos enfoques terapéuticos y el enorme costo personal y familiar que conlleva, con una tasa de mortalidad que se cifra entre un 8-18%, (Saldaña, 2001). La dificultad terapéutica que entraña para los clínicos la intervención en pacientes con TCA, tanto por la baja motivación al cambio como por la gran frecuencia de abandonos, podría deberse a los pocos casos «puros» que se encuentran. De hecho, la elevada comorbilidad parece ser la norma y no la excepción, siendo especialmente significativa la presencia de trastornos del humor y de personalidad (Echeburúa y Marañón, 2001). Braun, Sunday y Halmi (1994) mostraron que los trastornos de personalidad y los trastornos afectivos coexistían frecuentemente en este tipo de pacientes. Respecto a la comorbilidad con el Eje II, la literatura informa de frecuencias que llegan hasta el 77% (Herzog *et al.* 1992a; Ro, Martinsen, Hoffart y Rosenvinge, 2005), aunque existen claras diferencias respecto a la prevalencia de trastornos de personalidad en los diferentes estudios, probablemente debidas tanto a la selección muestral (participantes hospitalarios o ambulatorios, adolescentes o adultos) como a las dificultades intrínsecas del diagnóstico de los propios «trastornos de la personalidad» dada la complejidad en el consenso para determinar una validez de constructo y la propia limitación de los instrumentos de medida diseñados, siendo éste probablemente uno de los retos del siglo XXI (Caballo, 2001). Por otro lado, la malnutrición y el bajo peso podrían afectar a la personalidad ya que pueden exacerbar estilos y patrones de conducta desadaptativos. Según algunos autores, se podría dar una falsa comorbilidad, siendo estos patrones desadaptativos una exageración sintomática debida a la propia condición física de la anorexia nerviosa (Graell, García, López y Guzmán, 2006).

En un recorrido por los principales estudios sobre la presencia de trastornos de personalidad en la población con anorexia o bulimia nerviosas, se concluiría que la prevalencia del grupo A es relativamente baja, así como los rasgos de personalidad antisocial y autodestructiva, mientras que existe una elevada frecuencia de rasgos de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva (Anderluh,

Tchanturia, Rabe-Hesketh y Treasure, 2003; Casper, 1990; Johnson y Wonderlich, 1992). Las dificultades interpersonales quedan reflejadas en el estudio de Fernández *et al.* (2003) en el que se muestra la presencia significativa de indicadores de ansiedad y fobia social en un grupo de pacientes con anorexia nerviosa respecto a un grupo control. A este respecto, Kleinfield, Sunday, Hurt y Halmi (1994) observaron la aparición de un mayor repertorio de conductas evitativas en los pacientes con anorexia frente a aquellos con bulimia y controles. Bulik, Sullivan, Welding y Kaye (1995) encontraron rasgos de dependencia en ambos tipos de TCA frente a controles sanos. Una gran parte de los estudios han asociado el trastorno límite (Dowson, 1989; Hertzog, *et al.*, 1992a; Murakami *et al.*, 2002; Skodol *et al.*, 1993; Waller, 1993; Wonderlich, Fullerton, Swift y Klein, 1994) y el trastorno evitativo (Grilo *et al.*, 1996, Grilo *et al.*, 2003; Murakami *et al.*, 2002) con los trastornos alimentarios.

Por otro lado, parecen existir diferencias en los patrones de personalidad según la topografía alimentaria; los pacientes con topografía compulsiva (atracones y purgas) muestran una mayor prevalencia en rasgos de personalidad límite e histriónica (Díaz-Marsá, Carrasco, Prieto y Sáiz, 2000; Díaz-Marsá, Carrasco y Sáiz, 2000; Herzog *et al.*, 1992b; Johnson y Wonderlich, 1992; Levin y Hyler, 1986; Martín Murcia, Motos y Del Aguila, 2001; Skodol *et al.*, 1993) mientras que los pacientes con topografía alimentaria restrictiva muestran mayor frecuencia de rasgos obsesivo-compulsivos (Gillberg, Rämstam y Gillberg, 1995; Herzog *et al.* 1992a; Johnson y Wonderlich, 1992; Wonderlich *et al.*, 1994). En esta línea, el metaanálisis de Rosenvinge, Martinussen y Ostensen (2000) determinó que existía una significativa proporción de trastornos de personalidad límite y del grupo B en mujeres bulímicas, respecto a mujeres anoréxicas, sin encontrar diferencias significativas en el grupo C en ambos tipos de trastornos.

Uno de los factores que podrían influir en las variaciones de frecuencia en los trastornos de personalidad encontradas en la literatura podría ser debida a los instrumentos de medida utilizados. Parece evidenciarse un sesgo de sobreestimación de los trastornos de personalidad en evaluaciones realizadas con medidas de autoinforme frente a las realizadas por entrevista clínica (Rosenvinge, Martinussen y Ostensen, 2000). Por otro lado, algunos autores sugieren la utilidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II; Millon, 1998) en pacientes diagnosticados con anorexia o bulimia nerviosas (Espelage, Mazzeo, Sherman y Thompson, 2002; Pendleton, Tisdale y Marler, 1991; Wiederman y Pryor, 1997), aunque siempre debiera ser utilizado como instrumento de orientación para el clínico (no como instrumento diagnóstico). La sobreestimación diagnóstica (incluyendo la gran frecuencia de varios trastornos de personalidad comórbidos) y la gran presencia de falsos positivos, parecen desestimarle como instrumento psicométrico; no obstante, los autores apuntan —entre otros aspectos— a la ambigüedad del constructo «trastorno de personalidad» como posible artefacto de las inconsistencias halladas. Aunque la contribución teórica de Millon ha sido de enorme relevancia, se han realizado pocos estudios en los que pacientes diagnosticados con trastorno de la conducta alimentaria fueran evaluados con el MCMI-II. Por ejemplo, Kennedy, McVey y Katz (1990) utilizaron el MCMI-II con 44 mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o una combinación de ambas. A pesar de la pequeña muestra, encontraron

diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Las pacientes diagnosticadas con anorexia obtuvieron puntuaciones significativas en los rasgos de personalidad esquizoide y esquizotípica, mientras que las diagnosticadas con bulimia mostraron elevadas puntuaciones en la escala de personalidad límite. Wiederman y Prior (1997) reseñaron en su trabajo la ausencia de estudios en los que se haya utilizado el MCMI-II, destacando, sin embargo, las significativas diferencias encontradas en las puntuaciones en función del grupo diagnóstico (restrictivo frente purgativo). Norman, Blais y Herzog (1993) evaluaron mediante el MCMI a diferentes grupos diagnosticados con anorexia nerviosa restrictiva (n=17), bulimia nerviosa (n=58) y a un grupo diagnosticado con anorexia purgativa (n=12). Encontraron que el grupo bulímico tendía a puntuar más alto en las escalas dependiente e histriónica. Los grupos de pacientes con anorexia nerviosa presentaban una puntuación elevada en las escalas esquizoide y evitativa. Espelage *et al.*, (2002), por su parte, realizaron un análisis de conglomerados utilizando el MCMI-II en pacientes con TCA, sugiriendo que existen patrones de personalidad distintos en función de la topografía. La importancia de los TP en el curso, pronóstico y abordaje terapéutico parecen muy relevantes y, a este respecto, Matsunaga *et al.* (2000) evaluaron a una muestra de pacientes con TCA recuperados, informando que el trastorno de personalidad solía persistir fundamentalmente en el grupo bulímico. Westen y Harnden-Fischer (2001) ya apuntaron la importancia de ir más allá de la topografía comportamental, sugiriendo la subdivisión de grupo según características de personalidad (perfeccionista/alto funcionamiento, controladores/evitativos e impulsivos/disregulados emocionalmente). De hecho, en algunos estudios longitudinales se propone la anorexia restrictiva como una fase del curso de la anorexia nerviosa, dado que aproximadamente el 80% de pacientes evolucionará hacia formas compulsivas (Eddy *et al.* 2002).

En resumen, los hallazgos encontrados en la literatura podrían condensarse en que los trastornos esquizoide y compulsivo de personalidad son más comunes en pacientes con patrones restrictivos, que los trastornos de personalidad histriónico o límite son más frecuentes en los cuadros bulímicos (Álvarez, 1997; Graell, 1999; Rämstan, 1999; Sexton, Sunday, Hurt y Halmi, 1998), que respecto al interés clínico de dicha comorbilidad parece lógico pensar que la presencia de un trastorno de personalidad afecte significativamente el curso y el pronóstico (Echeburúa y Maraño, 2001; Bell, 2002) y que podría existir alguna relación entre el abandono de la terapia con algunos aspectos de la personalidad de los pacientes (Fassino, Daga, Pireò y Rovera, 2002).

Los objetivos del presente trabajo fueron comparar las puntuaciones obtenidas en el MCMI-II en los grupos clínicos y control, comparar los perfiles obtenidos para determinar la existencia de diferencias significativas en su agregación según la topografía y hacer énfasis en las escalas en las que no hubiera diferencias significativas entre control y grupo clínico. Los hallazgos relacionados con las investigaciones de personalidad podrían suministrar información que apunte tanto hacia el curso como al pronóstico de estos complejos y cada vez más frecuentes trastornos (Bulik, Sullivan, Fear y Pickering, 2000). Por último, este tipo de investigaciones podría dotarnos de la necesaria información sobre aquellos rasgos de personalidad que pudieran hacer más vulnerable a la población de riesgo (fundamentalmente mujeres jóvenes).

Método

Participantes

La investigación se realizó en una clínica ambulatoria privada de psicología clínica especializada en tratamiento para TCA. Participaron 67 mujeres que presentaban trastornos de la conducta alimentaria según criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association en su 4ª edición revisada (2001), que se distribuyeron en tres grupos clínicos. El grupo de pacientes con anorexia nerviosa restrictiva (AN R) contó con 24 participantes con una media de edad de 22,9 años ($DT= 5,7$). El grupo de anorexia nerviosa compulsivo-purgativa (AN CP) contó con 14 participantes con una media de edad de 22,8 años ($DT= 2,8$). El grupo de bulimia nerviosa purgativa (BN P) contó con 29 participantes con una media de edad de 26,6 años ($DT= 8,5$). Por su parte, se incluyó un grupo control formado por 46 mujeres con media de edad de 24 años ($DT= 4,2$), obtenida de población universitaria y pacientes no psiquiátricos, con características demográficas homogéneas a las muestras clínicas (en variables de hábitat, nivel académico y nivel social).

Diseño e instrumentos

Se realizó un diseño descriptivo, comparativo y transversal. Entre los instrumentos utilizados destacan:

- a) «Inventario Clínico Multiaxial de Millon» (Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI-II; Millon, 1998, versión española) Es un cuestionario que consta de 175 ítems de respuesta verdadero-falso, que informa sobre 8 patrones clínicos de personalidad, 3 formas graves de patología de personalidad, 6 síndromes clínicos de intensidad moderada y 3 síndromes clínicos graves. Las puntuaciones se convierten en tasas base de prevalencia, cuyo punto de corte se sitúa en el valor 75, siendo los valores superiores sugestivos de algún problema clínico y por encima de 84 discriminaría trastornos del Eje I y II. Cuenta con escalas de control como medidas de validez, sinceridad, deseabilidad y exageración deliberada de la sintomatología.
- b) «Test de actitudes alimentarias» (*Eating Attitude Test 40*, EAT 40). Se trata de un cuestionario autoinformado, diseñado por Garner y Garfinkel (1979), que consta de 40 ítems con 6 opciones de respuesta de las que sólo 3 puntúan. Se utilizó la versión española validada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Su validez interna es de 0,61 y su índice alfa de consistencia interna de 0,93. Se utilizó la puntuación de 30 como punto de corte sugestivo de problemas clínicos, que es el referido de forma mayoritaria en los estudios con poblaciones clínicas (aunque el punto de corte de 20 se ha utilizado en otros estudios sobre población de riesgo).

Procedimiento

Todos los participantes y tutores legales fueron informados acerca de la investigación, sin explicitar directamente los objetivos concretos de la misma. La evaluación psicométrica se realizó como parte del protocolo general de evaluación clínica en las sesiones iniciales del tratamiento. El grupo control fue evaluado en la misma fase temporal de recogida de datos. La tabla 1 muestra los criterios de inclusión tanto de los grupos clínicos como los del grupo control. El análisis estadístico se realizó con el Statistical Package for Social Sciences (SPSS 15).

Tabla 1
Criterios de inclusión

Criterios de inclusión grupo clínico:
Cumplir los criterios diagnósticos para los distintos trastornos alimentarios según DSM IV-TR
Ser paciente externo (ambulatorio)
Estar en rango de edad de 17 a 26 años al inicio del tratamiento
Tener residencia habitual en Almería y provincia
Iniciar tratamiento psicológico
Tener medidas válidas en las escalas de control (validez y sinceridad) del MCMI-II
Criterios de inclusión grupo control:
Ausencia de criterios diagnósticos de trastornos alimentarios según DSM IV-TR
Obtener puntuación en EAT $40 < 20$
Estar en rango de edad de 17 a 26 años
Tener residencia habitual en Almería y provincia
Tener medidas válidas en las escalas de control (validez y sinceridad) del MCMI-II

Resultados

Se llevó a cabo una prueba *t* para muestras independientes comparando las puntuaciones en las escalas clínicas del MCMI-II en el grupo TCA total con las del grupo control; la tabla 2 expresa las escalas en las que se hallaron diferencias significativas, mientras que la tabla 3 indica las escalas que no alcanzaron nivel de significación estadística.

Tabla 2
Escala del MCMI-II con diferencias significativas
entre grupos clínicos y control

<i>Escalas</i>	<i>Grupo</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i> <i>Sig. (bilateral)</i>
Esquizoide	Clínico	71,94	26,910	2,684	0,009
	Control	56,72	23,296	2,621	0,011
Fóbica	Clínico	63,15	31,189	4,946	0,000
	Control	30,28	27,571	4,846	0,000
Pasivo-agresiva	Clínico	73,27	24,160	4,232	0,000
	Control	48,00	27,520	4,325	0,000
Autodestructiva	Clínico	65,58	24,399	5,840	0,000
	Control	33,33	24,070	5,827	0,000
Esquizotípica	Clínico	60,24	27,234	4,412	0,000
	Control	34,78	23,826	4,315	0,000
Límite	Clínico	61,85	25,803	5,036	0,000
	Control	34,65	22,032	4,906	0,000
Ansiedad	Clínico	54,61	26,369	3,920	0,000
	Control	31,59	25,279	3,893	0,000
Histeriforme	Clínico	52,52	24,960	2,912	0,005
	Control	35,89	25,065	2,914	0,005
Neurosis depresiva	Clínico	54,48	28,080	4,667	0,000
	Control	28,54	21,333	4,463	0,000
Abuso de alcohol	Clínico	45,61	31,123	3,378	0,001
	Control	24,07	25,457	3,268	0,002
Pensamiento psicótico	Clínico	58,70	22,957	3,592	0,001
	Control	38,22	26,344	3,675	0,000
Depresión mayor	Clínico	54,45	32,346	4,924	0,000
	Control	22,74	24,904	4,718	0,000

En las tablas 4 y 5 se exponen los resultados obtenidos tras el análisis estadístico de las puntuaciones que se obtuvieron en el MCMI-II según los distintos grupos, tanto descriptivos como comparativos. Se realizó un ANOVA en el que se destacó la existencia de diferencias significativas en la mayoría de las escalas. Se realizó un análisis post hoc con contraste Bonferroni para determinar el sentido de las diferencias entre grupos, obteniéndose la existencia de diferencias significativas sólo entre el grupo control y los diferentes grupos clínicos, pero no entre ellos.

Tabla 3
Escalas del MCMI-II sin diferencias significativas entre grupos clínicos y control

Escalas	Grupo	Media	DT	t	p Sig. (bilateral)
Dependiente	Clínico	52,12	28,821	1,206	0,231
	Control	43,50	32,987	1,234	0,221
Histriónica	Clínico	59,79	31,316	-0,553	0,582
	Control	63,78	31,867	-0,555	0,581
Narcisista	Clínico	60,97	32,199	0,490	0,625
	Control	57,54	29,468	0,483	0,631
Antisocial	Clínico	65,12	28,027	2,353	0,021
	Control	51,00	25,011	2,309	0,024
Agresivo-sádica	Clínico	65,33	23,861	1,708	0,092
	Control	55,22	27,350	1,747	0,085
Compulsiva	Clínico	62,03	30,059	0,571	0,570
	Control	57,83	33,777	0,582	0,562
Paranoide	Clínico	67,42	25,369	2,241	0,028
	Control	55,26	22,607	2,198	0,032
Hipomanía	Clínico	60,36	23,443	0,282	0,779
	Control	58,76	25,957	0,286	0,775
Abuso de drogas	Clínico	61,12	25,219	2,288	0,025
	Control	48,17	24,511	2,277	0,026
Delirios	Clínico	61,76	24,569	1,822	0,072
	Control	51,83	23,394	1,808	0,075

De los resultados obtenidos tras el análisis *post hoc*, destacó la ausencia de diferencias significativas respecto al grupo control en las escalas dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, abuso de drogas y delirios psicóticos. Las escalas en las que hubieron diferencias significativas en todos los grupos clínicos en relación al control fueron la escala fóbica, autodestructiva, esquizotípica, límite, ansiedad y depresión mayor. La escala esquizoide tuvo diferencias significativas en los grupos de anorexia compulsivo-purgativa y anorexia nerviosa restrictiva respecto al control. La escala pasivo-agresiva tuvo significación en ambos grupos de pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa purgativa respecto al control. La escala histeriforme tuvo significación en el grupo de pacientes con bulimia respecto al control. La escala pensamiento psicótico tuvo significación en los grupos de topografía compulsiva (AN CP y BN P) respecto al control. Como puede

Tabla 4

Escalas con diferencias significativas entre diferentes grupos clínicos y control (ANOVA y post hoc Bonferroni)

Escalas		N	Media	DT	F	p	Dif. medias con control posthoc (Bonferroni)	Sig. posthoc
Esquizoide	AN CP	14	77,14	25,093			20,43*	0,050
	AN R	24	84,25	23,244			27,53*	0,000
	BN P	29	70,21	28,271			13,49	0,145
	Control	46	56,72	23,296				
	Intergrupo				7,260	0,000		
Fóbica	AN CP	14	69,21	34,788			38,93*	0,000
	AN R	24	65,29	34,505			35,01*	0,000
	BN P	29	64,55	28,289			34,27*	0,000
	Control	46	30,28	27,571				
	Intergrupo				12,607	0,000		
Pasivoagresiva	AN CP	14	76,07	21,670			28,07*	0,003
	AN R	24	63,58	27,582			15,58	0,110
	BN P	29	73,59	23,222			25,59*	0,000
	Control	46	48,00	27,520				
	Intergrupo				7,834	0,000		
Autodestructiva	AN CP	14	66,64	29,183			33,32*	0,000
	AN R	24	66,50	27,197			33,17*	0,000
	BN P	29	69,62	21,080			36,29*	0,000
	Control	46	33,33	24,070				
	Intergrupo				17,851	0,000		
Esquizotípica	AN CP	14	69,71	26,705			34,93*	0,000
	AN R	24	56,04	23,401			21,26*	0,006
	BN P	29	60,72	26,672			25,94*	0,000
	Control	46	34,78	23,826				
	Intergrupo				10,952	0,000		

Límite	AN CP	14	62,93	28,432			28,28*	0,001
	AN R	24	54,13	23,434			19,47*	0,008
	BN P	29	65,48	22,765			30,83*	0,000
	Control	46	34,65	22,032				
	Intergrupo				12,539	0,000		
Ansiedad	AN CP	14	54,21	23,645			22,63*	0,019
	AN R	24	50,92	25,672			19,33*	0,014
	BN P	29	60,24	22,765			28,65*	0,000
	Control	46	31,59	25,279	9,380	0,000		
	Intergrupo							
Histeriforme	AN CP	14	46,07	21,388			10,18	0,829
	AN R	24	47,75	19,874			11,86	0,223
	BN P	29	59,76	19,845			23,87*	0,000
	Control	46	35,89	25,065				
	Intergrupo				6,861	0,000		
Distimia	AN CP	14	54,43	21,989			25,89*	0,006
	AN R	24	48,83	30,551			20,29*	0,010
	BN P	29	58,07	26,299			29,53*	0,000
	Control	46	28,54	21,333				
	Intergrupo				10,104	0,000		
Abuso de alcohol	AN CP	14	37,64	26,471			13,58	0,599
	AN R	24	31,13	25,708			7,06	1,000
	BN P	29	46,59	29,775			22,52*	0,003
	Control	46	24,07	25,457				
	Intergrupo				4,367	0,006		
P. psicótico	AN CP	14	62,14	18,123			23,93*	0,007
	AN R	24	52,08	20,673			13,87	0,127
	BN P	29	61,28	23,168			23,06*	0,000
	Control	46	38,22	26,344				
	Intergrupo				7,369	0,000		
Depresión mayor	AN CP	14	49,43	30,148			26,69*	0,008
	AN R	24	53,46	29,306			30,72*	0,000
	BN P	29	59,00	25,467			36,26*	0,000
	Control	46	22,74	24,904				
	Intergrupo				13,744	0,000		

Nota: * $p < 0,05$

Tabla 5
Escalas sin diferencias significativas entre diferentes grupos clínicos y control
(ANOVA y *post hoc* Bonferroni)

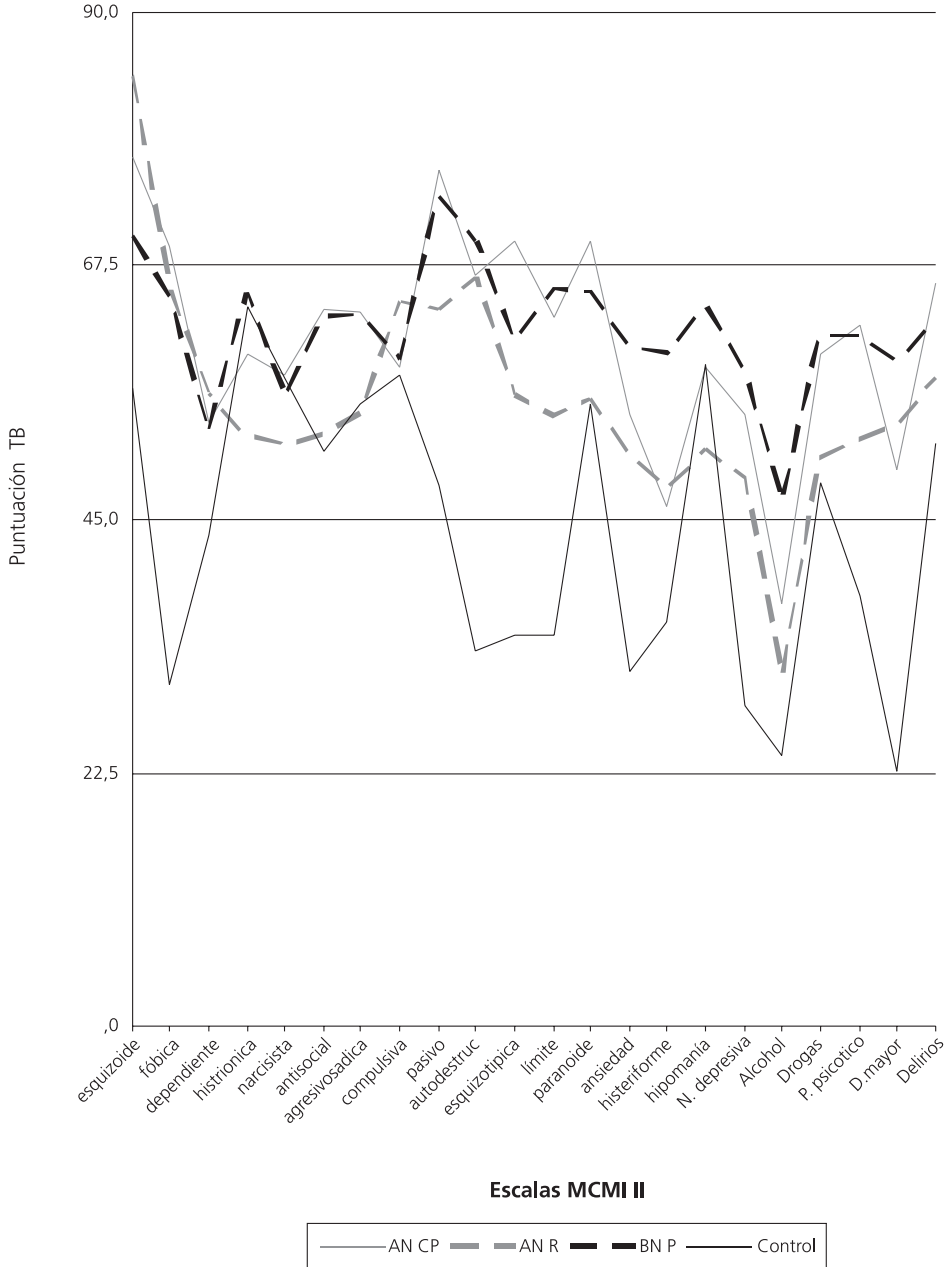
Escalas		N	Media	DT	F	p	Dif. medias con control <i>posthoc</i> (Bonferroni)	Sig. <i>posthoc</i>
Dependiente	AN CP	14	53,57	24,917			10,07	1,000
	AN R	24	56,29	35,408			12,79	0,686
	BN P	29	52,66	29,946			9,16	1,000
	Control	46	43,50	32,987				
	Intergrupo				1,071	0,364		
Histriónica	AN CP	14	59,64	27,662			-4,14	1,000
	AN R	24	52,42	28,437			-11,37	0,838
	BN P	29	65,07	30,489			1,29	1,000
	Control	46	63,78	31,867				
	Intergrupo				0,952	0,418		
Narcisista	AN CP	14	57,71	34,584			0,17	1,000
	AN R	24	51,58	31,094			-5,96	1,000
	BN P	29	55,79	32,372			-1,75	1,000
	Control	46	57,54	29,468				
	Intergrupo				0,211	0,888		
Antisocial	AN CP	14	63,57	19,798			12,57	0,724
	AN R	24	52,54	26,744			1,54	1,000
	BN P	29	63,00	30,390			12,00	0,343
	Control	46	51,00	25,011				
	Intergrupo				1,760	0,159		
Agresivosádica	AN CP	14	63,29	21,138			8,07	1,000
	AN R	24	54,42	27,889			-0,80	1,000
	BN P	29	63,07	27,111			7,85	1,000
	Control	46	55,22	27,350				
	Intergrupo				0,839	0,475		

Compulsiva	AN CP	14	58,50	26,308			0,67	1,000
	AN R	24	64,25	27,245			6,42	1,000
	BN P	29	59,21	32,285			1,38	1,000
	Control	46	57,83	33,777				
	Intergrupo				0,233	0,873		
Paranoide	AN CP	14	69,64	22,207			14,38	0,231
	AN R	24	55,71	18,400			0,45	1,000
	BN P	29	65,17	25,294			9,91	0,394
	Control	46	55,26	22,607				
	Intergrupo				2,335	0,078		
Hipomanía	AN CP	14	58,43	24,769			-0,33	1,000
	AN R	24	51,25	22,125			-7,51	1,000
	BN P	29	63,90	22,685			5,14	1,000
	Control	46	58,76	25,957				
	Intergrupo				1,198	0,314		
Abuso de drogas	AN CP	14	59,57	20,683			11,40	0,708
	AN R	24	50,42	24,056			2,24	1,000
	BN P	29	61,24	23,362			13,07	0,131
	Control	46	48,17	24,511				
	Intergrupo				2,248	0,087		
Delirios psicóticos	AN CP	14	66,07	23,253			14,25	0,205
	AN R	24	57,58	12,065			5,76	1,000
	BN P	29	62,79	24,351			10,97	0,215
	Control	46	51,83	23,394				
	Intergrupo				2,338	0,078		

apreciarse en la figura 1, uno de los aspectos diferenciales del grupo con anorexia restrictiva fue el hallazgo de puntuaciones clínicamente significativas en la escala esquizoide. Por otro lado, se observó la similitud en el perfil gráfico de los grupos compulsivos (AN CP y BN P).

Figura 1

Puntuaciones MCMI-II en grupos de anorexia nerviosa purgativa (AN CP), anorexia nerviosa restrictiva (AN R), bulimia nerviosa purgativa (BN P) y control



Conclusiones

En primer lugar, los resultados obtenidos señalan la existencia de diferencias significativas sólo entre el grupo control y los diferentes grupos clínicos, pero no entre ellos. Estos resultados podrían deberse al escaso número de participantes, ya que una muestra insuficiente podría dar lugar a errores tipo II y, por tanto, se aceptaría que no existen diferencias significativas entre los grupos clínicos aún pudiendo haberlas. Uno de los hallazgos más interesantes es, a nuestro juicio, la llamativa ausencia de diferencias significativas en las escalas dependiente, histriónica, narcisista y compulsiva, dado que estas dimensiones se han expuesto en la literatura reseñada como especialmente características de los pacientes con TCA. Como se ha apuntado en otro lugar (Martín Murcia, 2006), ciertas condiciones sociales actuales podrían promover patrones de conductas dependientes, valores en los que se vive en exceso al servicio de la imagen social (personalidad narcisista), estilos interpersonales excesivamente teatrales (personalidad histriónica) y reforzar comportamientos hiperreflexivos y controladores (personalidad compulsiva). Por otra parte, en la literatura consultada se apunta la baja frecuencia de dimensiones antisociales o sádicas (Johnson y Wonderlich, 1992; Casper, 1990; Anderluh *et al.*, 2003). En consonancia con lo que aparece en los estudios analizados, los pacientes con anorexia nerviosa restrictiva de nuestra muestra obtuvieron puntuaciones clínicamente significativas en la escala esquizoide; en efecto, una gran parte de los pacientes restrictivos parecen compartir un desapego socio-emocional relevante y una experiencia anómala del yo. De hecho, la búsqueda de la delgadez en este tipo de pacientes no suele revestirse de un contexto relacionado con la imagen corporal, sino más bien con una necesidad de control en un mundo distorsionado y que les atemoriza (Martín Murcia, 2006; Toro, 1996). Así, la construcción de la identidad personal con una marcada ausencia de contacto social impediría desarrollar un aprendizaje en conocer, percibir, interpretar y anticipar sentimientos y afectos, siendo ese déficit de cognición social probablemente el más desorganizador y el de mayor impacto en el funcionamiento general de muchos pacientes, por lo que tiene de pérdida del «sentido común» (Stanghellini, 2005). En otro orden de cosas, parece que el perfil gráfico entre las formas compulsivas (AN CP y BN P) es muy similar, lo que podría interpretarse como que ambas topografías comparten un funcionamiento psicológico semejante (mayor interacción social, disregulación emocional más acusada y ambos obtienen significación estadística respecto al grupo control en las escalas pasivo-agresiva y pensamiento psicótico). La escala histeriforme fue especialmente relevante en el grupo BNP, expresando un comportamiento especialmente quejumbroso y somatizador. En definitiva, los resultados del presente estudio parecen confirmar la alta comorbilidad de trastornos de personalidad en esta población, lo que supone la necesidad de una investigación más exhaustiva sobre estas características para indagar mejor su repercusión en el pronóstico y resultados terapéuticos.

Referencias

- Álvarez, L. (1997). Personalidad y bulimia nerviosa. En V. Turón (dir.), *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición- Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson. (Orig.: 2000)
- Anderluh, M.B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S. y Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 242-247.
- 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., Welding, T.E. y Kaye, W.H. (1995). Temperament in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 252-261.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L. y Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 139-147.
- Caballo, V. E. (2001). Una introducción a los trastornos de personalidad en el siglo XXI. *Psicología Conductual*, 9, 455-469.
- Casper, R.C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52, 156-170.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The eating attitude test: validation of Spanish version. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- Díaz-Marsá, M., Carrasco, J.L. y Sáiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352-359.
- Díaz Marsá, M., Carrasco, J.L., Prieto, R. y Sáiz, J. (2000). Role of personality in eating behavior disorders. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 28, 29-36.
- Dowson, J.H. (1989). Association between self-induced vomiting and personality disorder in patients with history of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 86, 399-404.
- Echeburúa, E. y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525.
- Eddy, K.T., Keel, P.K., Dorer, D.J., Delinsky, S.S, Franko, D.L. y Herzog, D.B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 191-201.
- Espelage, D.L., Mazzeo, S.E., Sherman, R. y Thompson, R. (2002). MCMI-II profiles of women with eating disorders: a cluster analysis investigation. *Journal of Personality Disorders*, 16, 453-463.
- Fassino, S., Daga, G.A., Pireò, A. y Rovera, G.G. (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 200-206.
- Fernández, F. y Turón, V. (2002). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Fernández, F., Jiménez, S., Badía, A., Jaurrieta, N., Solano, R., Vallejo, J. (2003). Ansiedad y fobia social en anorexia nervosa: un estudio de casos y controles. *Psicología Conductual*, 11, 517-525.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitude Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Gillberg, I.C., Rämstam, M. y Gillberg, C. (1995). Anorexia Nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 61-69.

- Graell, M. (1999). Comorbilidad en anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 4, 82-84.
- 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*.
- Grilo, C.M., Levy K.N., Becker, D.F., Edell, W.S. y McGlashan, T.H. (1996). Comorbidity of DSM III-R axis I and II disorders female inpatients with eating disorders. *Psychiatry Service*, 47, 426-429.
- Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Stout, R.L., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Bender, D.S., Morey, L.C., Dyck, I.R. y McGlashan, T.H. (2003). Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 155-164.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M. y Sacks, N.R. (1992a). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M. y Sacks, N.R. (1992b). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 802-818.
- Johnson, C. y Wonderlich, S. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En Crowter JH. *The etiology of bulimia nervosa: the individual and familiar context*. Nueva York: Hemisphere.
- Kennedy, S.H., McVey, G. y Katz, R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatry Research*, 24, 259-269.
- Kleinfield, E.I., Sunday, S., Hurt, S. y Halmi, K. (1994). The Tridimensional Personality Questionnaire: an exploration personality traits in eating disorders. *Journal of Psychiatry*, 28, 413-423.
- Levin, A.P. y Hyler, S.E. (1986). DSM III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 1, 47-53.
- Loranger, A.W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Martín Murcia, F.M., Motos, A. y Del Águila, E. (2001). Personalidad y trastornos del comportamiento alimentario: un estudio comparativo con el MCMI-II. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1, 2-8.
- 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.
- Millon, T. (1998). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*. TEA: Madrid. (Orig.: 1987).
- Murakami, K., Tachi, T., Washizuka, N., Ikuta, N. y Miyake, Y. (2002). A comparison of purging and non-purging eating disorder patients in comorbid personality disorders and psychopathology. *Tokai Journal of Experimental Clinical Medicine*, 27, 9-19.
- Norman, D., Blais, M.A. y Herzog, D. (1993). Personality characteristics of eating disordered patients identified by the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Disorders*, 7, 1-9.
- 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.
- Pendleton, L., Tisdale, M. y Marler, M. (1991). Personality pathology in bulimics versus controls. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 516-520.

- Rämstan, M. (1999). Personality and eating disorders. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 26, 105-106.
- 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.
- 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.
- Sexton, M.C., Sunday, S.R., Hurt, S. y Halmi, K.A. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and axis II in eating disorder inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 277-286.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyller, S.E., Kellmann, H.D., Doidge, N. y Davis, M. (1993). Comorbidity of DSM III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 403-416.
- Stanghellini, G. (2005). For an anthropology of eating disorders. A pornographic vision of the Self. *Eating Weight Disorders*, 10, 21-27.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Waller, G. (1993). Sexual abuse and eating disorder. Borderline personality disorders as a mediating factor? *British Journal of Psychiatry*, 162, 771-775.
- Westen, D. y Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.
- Wiederman, M.W. y Pryor, T.L. (1997). MCMI-II personality scale scores among women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 69, 508-516.
- Wonderlich, S.A., Fullerton, D., Swift, W.J. y Klein, M.H. (1994). Five years outcome from eating disorders: relevance of personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 233-243.