

PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UN ESTUDIO COMPARATIVO CON EL MCMI-II

Martín Murcia FM ¹
Motos Alarcos A ²
Del Aguila Martín E*

RESUMEN

El estudio de la personalidad en adolescentes y mujeres jóvenes que presentan trastornos de la alimentación, es un tema de interés entre investigadores y clínicos. El MCMI-II es un instrumento diseñado para medir características patológicas de personalidad. Contiene 8 escalas patológicas básicas (Eje II), 3 trastornos graves de personalidad, 3 síndromes clínicos leves y 3 severos (ambos incluidos en el Eje I). Existen pocos datos publicados sobre la utilización de este test entre mujeres con trastornos de la alimentación. En el presente trabajo, realizamos un estudio descriptivo y comparativo transversal en el que se han incluido mujeres jóvenes con Anorexia Nerviosa de tipo restrictivo (n = 11), Bulimia nerviosa de tipo purgativo (n = 9) y sujetos control (n = 11); todas ellas completaron el MCMI-II, como parte de una batería de evaluación psicométrica y clínica más amplia. En los resultados se encontraron diferencias significativas en la puntuaciones de los tres grupos, presentándose mayor frecuencia de trastornos del clúster A y C (esquizoide y fóbico/evitativo) en AN y del clúster B (histriónico) en el grupo BN.

PALABRAS CLAVE: Personalidad, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, MCMI-II

INTRODUCCION:

Se han realizado relativamente pocos estudios rigurosos acerca de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), aunque si aparece abundante literatura sobre la comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los TCA. La explicación de este hecho, podría deberse a la naturaleza esquiva de los propios "trastornos de la personalidad"; tanto las definiciones categoriales (tipo DSM IV) como las dimensionales, carecen de una aceptación unívoca en la comunidad científica. Las dificultades para consensuar una validez de constructo clara, la extraordinariamente elevada comorbilidad intra e intereje, y las propias limitaciones de los instrumentos de medida diseñados, complican la tarea de describir y diagnosticar uniformemente los trastornos de la personalidad. Si a ello añadimos que los trabajos en este sentido realizados con adolescentes, no contienen el seguimiento necesario para objetivar la estabilidad de los rasgos analizados y/o las características psicológicas de esta etapa del ciclo vital (Díaz-Atienza, 1997), concluiremos que es extraordinariamente difícil encontrar claridad en este tema. En nuestro trabajo, decidimos evaluar a pacientes que habían rebasado la adolescencia, asignando grupos de anorexia restrictiva versus bulimia purgativa, en el entendimiento de que la literatura parece establecer mayor discriminación caracteriológica entre restrictivas y vomitadoras (sean estas anoréxicas o bulímicas). Siguiendo a Garner (1989), pensamos que los factores de personalidad podrían jugar un importante rol en la patogénesis o, al menos, en la expresión sintomática de los trastornos de la conducta alimentaria. Desde una perspectiva histórica, la descripción personalológica de los pacientes con alteraciones alimentarias ha sido de interés para los clínicos, así Janet hablaba de la Anorexia histérica, con pérdida de apetito, hiperactividad y rasgos histriónicos, y de la Anorexia obsesiva con apetito conservado, escrupulosidad y rasgos obsesivo-compulsivos. Pillay (1977) destaca como rasgo común diferenciado de la anorexia, la baja autoestima. Garfinkel et al (1982) distingue como rasgos específicos de la Bulimia la impulsividad, labilidad emocional y extroversión, frente a la AN restrictiva en la que aparece mayor introversión.

¹ Clínica Virgen del Mar (Almería) (España)

² Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y Trastornos Alimentarios (Almería) (España)

Kleinfield (1994) en su investigación, observa la aparición de un mayor repertorio de conductas evitativas en los pacientes anoréxicos frente a bulímicas y controles. Bulik (1995) encuentra rasgos de dependencia en ambos TCA frente a controles sanos. Braun, Sunday y Halmi (1994) mostraron que los trastornos de personalidad y los trastornos afectivos, coexistían frecuentemente en pacientes con TCA. Una gran parte de los estudios sobre personalidad y TCA, asocian el trastorno límite (Dowson, 1992; Hertzog et al, 1992; Skodol et al, 1993; Waller, 1993; Wonderlinch, 1994) y el trastorno evitativo (Grilo, 1996) con dichos cuadros psicopatológicos.

Actualmente existen en la literatura estudios sobre la comorbilidad entre los TCA y los trastornos de personalidad (Johnson y Wonderlinch, 1992). En general, la prevalencia del Clúster A de trastornos de personalidad (predominantemente paranoide y esquizotípico) entre mujeres con TCA aparece relativamente bajo, así como los rasgos de personalidad antisocial, narcisista y autodestructiva. Los rasgos de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva aparecen con mayor prevalencia en la mayoría de estudios (Johnson y Wonderlich, 1992; Casper et al, 1990).

Existe cierta heterogeneidad en los resultados encontrados. Las diferencias encontradas entre anorexia y bulimia se centran en la preponderancia de determinados rasgos que caracterizan los trastornos de personalidad patológica. Así por ejemplo los rasgos de personalidad límite e histriónica parecen tener una mayor prevalencia en pacientes que presentan semiología bulímica, tanto en AN compulsivo-purgativa como en Bulimia Nerviosa (Herzog et al, 1992; Johnson y Wonderlich, 1992; Levin y Hylar, 1986 ; Skodol et al., 1993; Wonderlich et al, 1990). En cambio las pacientes diagnosticadas con AN restrictiva, presentan con más frecuencia rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva (Herzog, Keller, et al., 1992; Johnson y Wonderlich, 1992; Wonderlich et al., 1990; Gillberg et al, 1995).

La relevancia de los trastornos de personalidad ha aumentado entre los profesionales que trabajan con alteraciones del comportamiento alimentario, que los han llevado a mejorar los métodos para la evaluación clínica de la personalidad. Los resultados encontrados en trabajos anteriores, sugieren que el uso clínico de otros test como el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, no ha sido eficaz con este tipo de pacientes, porque no parecen discriminar los subtipos de TCA (Pryor y Wiederman, 1996). El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI: Millon 1982), puede ser una buena forma de medida entre pacientes diagnosticadas con TCA (Tisdale y Pendleton, 1993; Wiederman y Pryor, 1996). Sin embargo, únicamente tenemos como referencia dos estudios en los que pacientes diagnosticados con trastorno de la conducta alimentaria son evaluados con el MCMI. Por ejemplo, Kennedy, McVey, y Katz (1990) pasaron el MCMI a 44 mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa (n =19), bulimia nerviosa (n = 16) o una combinación de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (n = 9). A pesar de la pequeña muestra, encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Las pacientes diagnosticadas con AN y BN puntuaron alto en los rasgos de personalidad esquizoide y esquizotípica, mientras que las diagnosticadas con BN puntuaron alto en el rasgo de personalidad límite.

Norman, Blais, y Herzog (1993) evaluaron mediante el MCMI a diferentes grupos diagnosticados con AN (n = 17), BN (n=58) y a un grupo diagnosticado con AN y BN (n=12). Comparado con los otros dos grupos, el diagnosticado con BN presentaba tendencia a puntuar mas alto en las escalas dependiente e histriónica. Los grupos de AN y la combinación de AN y BN presentaban una puntuación elevada en las escalas esquizoide y evitativa. Como hemos comentado, en nuestro trabajo decidimos evaluar la prevalencia de rasgos patológicos de personalidad en una muestra de mujeres jóvenes, cuyo debut, en todos los casos, había sido en la adolescencia, y que acababan de rebasar esa etapa del ciclo vital; se prefirió que fuera así para evitar la difícil ubicuidad de hablar de trastornos de la personalidad en adolescentes, cuestión no resuelta todavía de forma satisfactoria por la nosología categorial o descriptiva al uso.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

Realizamos un diseño descriptivo, comparativo y transversal, en el que participaron 20 mujeres, que fueron diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria, basándonos en los criterios diagnósticos DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4º Ed.), de las cuáles 11 eran pacientes con Anorexia Nerviosa tipo restrictivo (con media de edad de 20 años y desviación típica de 3) y 9 eran pacientes con Bulimia Nerviosa tipo purgativa (con media de edad de 22 años y desviación típica de 4). El debut del TCA en todas ellas había sido en la adolescencia, por lo que el tiempo medio de evolución era de 42 meses.

Se incluyó un grupo control (n = 11, con media de edad de 22 años y desviación típica de 4). Todas las participantes completaron el MCMI-II (Millon, 1987) en la versión editada por TEA en 1997, como parte de una batería de evaluación psicométrica .

Instrumentos

El MCMI II es un cuestionario que consta de 175 items de respuesta verdadero-falso y que informan 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, cuyo punto de corte se sitúa en el valor 75, siendo los

valores superiores sugestivos de algún problema clínico. Cuenta, obviamente, con medidas de validez y sinceridad.

Procedimiento

Las pacientes que participaron en la investigación fueron seleccionadas y evaluadas, por psicólogos de nuestro centro. Conjuntamente con la implementación del MCMI II, se utilizaron otras pruebas psicométricas de interés como el E.A.T-40, el B.A.T y el B.D.I.

Una vez corregidas las pruebas y codificados los datos, se procedió al análisis estadístico de los mismos mediante el programa SPSS win, efectuando un ANOVA no paramétrico con la prueba de Kruskal-Wallis, para analizar significaciones, así como la U de Mann-Whitney post-hoc para resultados $p < 0.05$ entre rasgos. En otro orden, se propuso analizar la concordancia entre el diagnóstico de personalidad realizado por el terapeuta habitual, ciego a los resultados MCMI II, con el perfil clínico resultante del test.

RESULTADOS

Utilizando el punto de corte $P > 85$ en la corrección del MCMI II, sugestivo de rasgo clínico de personalidad altamente significativo, encontramos que lo superaban en al menos una escala un 54% del grupo AN y un 22.20% del grupo BN, no encontrando puntuaciones en ese rango en ningún sujeto Control. En la **gráfica 1**, mostramos las frecuencias de puntuaciones $P > 75$, que es el punto de corte utilizado habitualmente, así como las mencionadas $P > 85$. La concordancia entre el diagnóstico ciego del terapeuta habitual (realizado con criterios DSM IV) y el resultado del MCMI II, ha sido en nuestro caso especialmente alta, con más de un 90% de concordancias (solo ha aparecido un falso positivo en el diagnóstico realizado por test, sugiriendo para nosotros, con las reservas evidentes por el tamaño muestral, una buena sensibilidad en el diagnóstico clínico). Por otra parte, en cuanto hallazgos del eje II estadísticamente significativos, observamos que en nuestra muestra aparecen con mayor frecuencia trastornos del clúster A y C (esquizoide y evitativo) en el grupo de anorexia nerviosa restrictiva, mientras aparecen con mayor frecuencia trastornos del clúster B (histriónico) en el grupo bulimia nerviosa purgativa. (**Tabla I, II, III**).

TABLA I. Comparación de medias Anorexia versus Bulimia

		ANOREXIA	BULIMIA
RASGO	Asymp.sig	MEAN	
ESQUIZOIDE	,020*	93,27	72,11
FÓBICA	,043*	77,27	54,33
HISTRIONICA	,002**	45,90	77,33
PASIVO/AGRESIVA	-	-	-
AUTODESTRUCTIVA	-	-	-
P.PATOLÓGICA			
ESQUIZOTIPICA	-	-	-
SINDROMES CLINICOS			
ANSIEDAD	-	-	-
HISTERIFORME	-	-	-
HIPOMANIA	,022*	45,27	62,88 ^(a)
DEPRESIÓN	-	-	-
ALCOHOL	-	-	-
PSICOTÍCO	,020*	57,72 ^(a)	47,88
D. MAYOR	-	-	-

(*) $P < 0,05$; (**) $P < 0,01$; (***) $P < 0,005$. (a) No supera el punto de corte.

En la **gráfica 2**, se muestran los porcentajes de pacientes que puntúan por encima del punto de corte $P > 75$, en las tres escalas patológicas básicas que muestran diferencias estadísticamente significativas (esquizoide, evitativa e histriónica).

Entre los resultados, destacamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre prácticamente todas las medias de puntuaciones de ambos grupos clínicos versus los controles, aunque no necesariamente superaran el punto de corte patológico. Entre los síndromes clínicos, aparece la hipomanía con una puntuación significativamente más elevada en bulímicas que en anoréxicas, mientras el espectro psicótico es mayor en éstas últimas; no obstante, en ninguno de estos casos se supera el punto de corte.

TABLA.II. Comparación de medias Anorexia versus Control

RASGO	Asymp.sig	ANOREXIA	CONTROL
		MEAN	
ESQUIZOIDE FÓBICA	,017* ,012*	93,27 77,27	70,20 36,40
HISTRIONICA PASIVO/AGRESIVA AUTODESTRUCTIVA	- ,011* ,002**	- 73,72 ^(a) 77,36	- 42,90 25,00
P.PATOLÓGICA			
ESQUIZOTÍPICA	,009*	56,90 ^(a)	33,20
SINDROMES CLINICOS			
ANSIEDAD	,000***	54,63 ^(a)	9,40
HISTERIFORME	,001***	45,45 ^(a)	14,70
HIPOMANIA	-	-	-
DEPRESIÓN	,001***	53,54 ^(a)	8,00
ALCOHOL	,017*	23,36 ^(a)	1,10
PSICOTÍCO	,005**	57,72 ^(a)	31,00
D. MAYOR	,000***	60,45 ^(a)	6,70

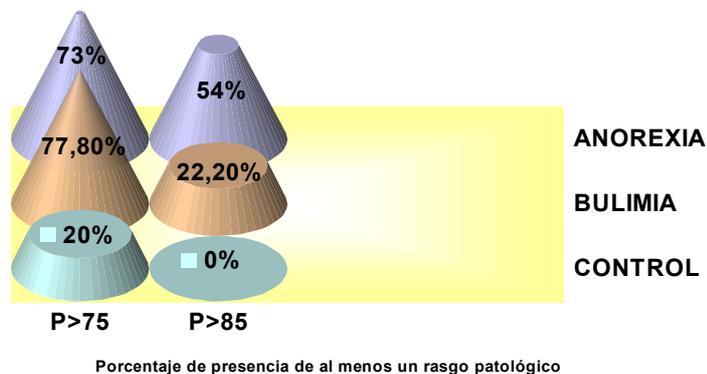
(*) P< 0,05; (**) P< 0,01; (***) P< 0,005. (a) No supera el punto de corte.

TABLA III. Comparación de medias Bulimia versus Control

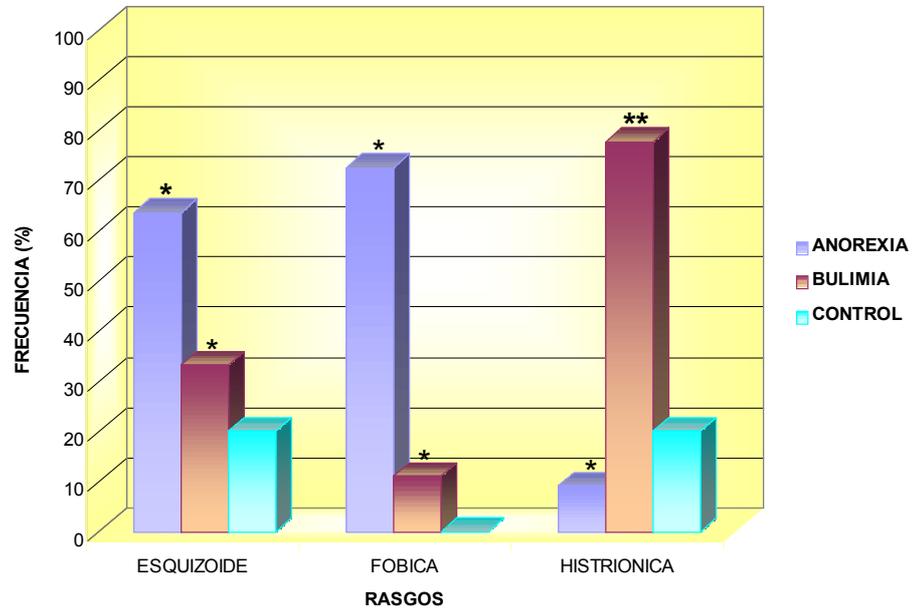
RASGO	Asymp.sig	BULIMIA	CONTROL
		MEAN	
ESQUIZOIDE FÓBICA	- -	- -	- -
HISTRIONICA	,022*	77,33	59,50
PASIVO/AGRESIVA	,022*	72,22 ^(a)	42,90
AUTODESTRUCTIVA	,024**	60,66 ^(a)	25,00
P.PATOLÓGICA			
ESQUIZOTÍPICA			
SINDROMES CLINICOS			
ANSIEDAD	,004**	49,00 ^(a)	9,40
HISTERIFORME	,001***	48,33 ^(a)	14,70
HIPOMANIA	,019*	62,88 ^(a)	49,50
DEPRESIÓN	,011*	38,00 ^(a)	8,00
ALCOHOL	,048*	23,77 ^(a)	1,10
PSICOTÍCO	-	-	-
D. MAYOR	,003**	48,00 ^(a)	6,70

(*) P< 0,05; (**) P< 0,01; (***) P< 0,005. (a) No supera el punto de corte.

Grafica 1. Frecuencias PD>75 y PD>85



Gráfica 2● Significación anorexia-bulimia



DISCUSIÓN

Nuestros resultados coinciden con los obtenidos en la mayoría de estudios consultados y nos invitan a reflexionar sobre el peso específico de los trastornos de la personalidad en la patogénesis y/o patoplastia de las alteraciones de la conducta alimentaria. A pesar de la lógica observación de que estos trastornos del Eje II complican la evolución de los TCA, tanto por la dificultad de implementación del protocolo psicoterapéutico, como por el lógico efecto desestabilizador sumatorio de dicha comorbilidad a nivel de adaptación social y familiar, sería recomendable efectuar más trabajos que evalúen de forma cuantificable y operacional dichos presupuestos. Debemos reconocer que el pequeño tamaño de nuestra muestra, aumenta la probabilidad de error tipo II, aunque en la literatura solemos encontrar muestreos semejantes. Aún así, insistiremos en que una buena praxis clínica pasaría por una adecuada evaluación previa de la personalidad, en la que, si bien no parecen existir datos claros sobre rasgos patognomónicos en los TCA (Díaz-Atienza, 1997), si observamos una alta comorbilidad (quizás sobredimensionada por dificultades en la validez de constructo de dichos tópicos). Nuestro estudio sigue abierto; en la segunda fase, evaluaremos en re-test a los sujetos, toda vez hayan superado una fase suficientemente extensa libre de sintomatología cognitivo-comportamental alimentaria, intentando analizar la estabilidad de las medidas de personalidad. En todo caso, la presencia de un trastorno del Eje II en personas con TCA, nos obligarán al desarrollo de estrategias de tratamiento más eficaces y dirigidas a la compartida psicopatología caracteriológica y comportamental.

BIBLIOGRAFÍA:

Braun DL, Sunday SR, Hlmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 1994, 24,4: 859-867.

Bulik CM, Sullivan PF, Welzing TE, Kaye WH. Temperament in eating disorders. *Int J eat disord* 1995; 17,3: 252-261.

Casper RC. Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Med* 1990; 52,2: 156-170.

Diaz-Atienza J, Espinar Rodriguez C, Marcos Pérez E, Villegas Oliva A, Torres Salvador A, Zapata Boluda R, Blaquez Rodriguez MP. Rasgos multifactoriales de personalidad en la anorexia nerviosa respecto a trastorno de ansiedad y controles sanos. *An Psiquiatría* 1997;13,7:269-275.

Dowson JH. Association between self-induced vomiting and personality disorder in patients with history of anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86,5: 399-404.

Garfinkel, PE, Garner DM. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner Mazel 1982.

Garner AF, Marcus R.N., Halmi K., Loranger AE. DSM III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 1585-1591.

Gillberg IC, Rastam M, Gillberg C. Anorexia Nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Compreh Psychiatr* 1995; 36,1: 61-69.

Grilo CM, Levy KN, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Comorbidity of DSM III-R axis I and II disorders female inpatients with eating disorders. *Psychiatr Serv* 1996; 47,4: 426-429.

Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Kenny GM, Sacks NR. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53,5: 147-152.

Herzog DB, Keller MB, Sacks NR et al. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 802-818.

Johnson C, Wonderlich S: Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En Crowter JH, eds: *The etiology of bulimia nervosa: the individual and familiar context*. New York: Hemisphere Publishing Corporation, 1992.

Kennedy SH, McVey G, Katz R. Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res* 1990; 24, 3: 259-269.

Kleifield EI, Sunday S, Hurt S, Halmi K. The Tridimensional Personality Questionnaire: an exploration personality traits in eating disorders. *J Psychiatry* 1994; 28,5: 413-423.

Kleifield EI, Sunday S, Hurt S, Halmi KA. Psychometric validation of the Tridimensional Personality Questionnaire: application to subgroups of eating disorders. *Compr Psychiatry* 1993; 34,4: 249-53.

Levin AP, Hyller SE. DSM III personality diagnosis in bulimia. *Compreh Psychiatr* 1986; 27,1: 47-53.

Millon T. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*. National Computer System, Inc. Minneapolis, 1997.

Pendleton L, Tisdale M, Marler M. Personality pathology in bulimics versus controls. *Compr Psychiatry* 1991; 32, 6: 516-520.

Pillay, M. Crisp, A.H. Some psychological character of patients with anorexia nervosa whose weight has been newly restored. *Br J Med Psychol* 1977; 50,4: 80.

Pryor T, Wiederman MW. Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *J Pers Assess* 1996; 67,2: 414-421.

Pryor T, Wiederman MW. Use of the MMPI-2 in outpatient assessment of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *J Pers Assess* 1996; 66,2: 363-373.

Sexton MC, Sunday SR, Hurt S, Halmi KA. The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *Int J Eat Disord* 1998; 23,3: 277-286.

Skodol AE, Oldham JM, Hyller SE, Kellmann HD, Doidge N, Davis M. Comorbidity of DSM III-R eating disorders and personality disorders. *Int J Eat Disord* 1993; 14,3: 403-416.

Waller G. Sexual abuse and eating disorder. Borderline personality disorders as a mediating factor?. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 771-775.

Wiederman MW, Pryor TL. MCMI-II personality scale scores among women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *J Pers Assess* 1997, 69, 3: 508-516.

Wonderlinch SA, Fullerton D, Swift WJ, Klein MH. Five years outcome from eating disorders: relevance of personality disorders. *Int J Eat Disord* 1994; 15,3: 233-243.

ABSTRACT

The study of personality in adolescents and youth women with eating disorders is a interesting topic between researchers and clinical professional. The MCMI-II is a instrument designed to measure pathological personality characteristics. Contain 8 basic pathological scales (Axis I), 3 severe personality disorders, 3 small clinical syndromes and 3 moderate (both included in Axis I). They are few published data on the utilisation of this instrument between women with eating disorders. In the present work, we accomplish a transverse comparative and descriptive desing with 11 restrictive anorexia nervosa patients, 9 purgative bulimia nervosa and 11 healthy controls; all patients and controls completed the MCMI-II, as part of a clinical and psychometric evaluation battery. We found significative differences punctuations between three groups. Disorders of clusters A and C (schizoide and phobic/evitaive) are more prevalent in AN and cluster B (hystrionic) in BN group.

KEY WORDS: Personality, anorexia nervosa, bulimia nervosa, MCMI-II
