



ORIGINAL

Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II

Ignacio Jáuregui Lobera^{a,b,*}, María José Santiago Fernández^b y Sonia Estébanez Humanes^b

^aDepartamento de Biología Molecular e Ingeniería Bioquímica, Área de Nutrición y Bromatología, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España

^bInstituto de Ciencias de la Conducta y Hospital Infanta Luisa, Sevilla, España

Recibido el 18 de enero de 2008; aceptado el 25 de junio de 2008

Disponible en Internet el 27 de marzo de 2009

PALABRAS CLAVE

Anorexia;
Bulimia;
Personalidad;
Pronóstico

Resumen

Objetivo: Estudiar las características de personalidad en pacientes con trastornos alimentarios y la influencia de dichas características y ciertos síndromes clínicos en la evolución de esos trastornos, especialmente cuando cursan durante más de 7 años.

Diseño: Estudio de comorbilidad mediante prueba diagnóstica.

Emplazamiento: Pacientes ambulatorios en unidad de trastornos alimentarios.

Participantes: 147 pacientes con trastornos alimentarios, en tratamiento ambulatorio, con peso normal. Media de edad, 22,24 años.

Intervenciones: Valoración de personalidad y síndromes clínicos mediante el Inventario de Millon (MCMI-II).

Mediciones principales: Medias en las escalas de personalidad y síndromes clínicos; determinación de prevalencia mediante una tasa-base > 84.

Resultados: En pacientes con anorexia se detecta al menos un trastorno de personalidad en el 25,33%; en bulimia nerviosa llega al 30,44% y en el trastorno por atracón al 32,13%. En formas purgativas la prevalencia es del 31,07% y en no purgativas, del 24,75%. En la anorexia el trastorno obsesivo es el más frecuente (39,77%); en bulimia lo es el trastorno histriónico (46,66%); en las formas purgativas, el trastorno dependiente (46,15%), y en no purgativas, el obsesivo (35,36%). Considerando las puntuaciones medias, resultan significativamente más elevadas en pacientes con bulimia para el trastorno histriónico ($p < 0,05$). En estos pacientes también se observa más sintomatología histeriforme ($p < 0,01$) e hipomanía ($p < 0,05$). Finalmente, en pacientes con más de 7 años de evolución se recoge más ansiedad ($p < 0,05$), neurosis depresiva ($p < 0,05$) y abuso de alcohol ($p < 0,01$).

Conclusiones: Valorar los estilos de personalidad y síndromes clínicos asociados a los trastornos alimentarios parece de suma importancia terapéutica y pronóstica.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ijl@tcasevilla.com (I. Jáuregui Lobera).

KEYWORDS

Anorexia;
Bulimia;
Personality;
Prognosis

Eating behaviour disorders and personality. A study using MCMI-II**Abstract**

Objective: To study the personality characteristics in patients with eating behaviour disorders and the influence of these characteristics, and certain clinical syndromes on the progress of these disorders, particularly when they have lasted more than seven years.

Design: Study of comorbidity using a diagnostic test.

Setting: Eating behaviour disorders unit outpatients.

Participants: A total of 147 patients with eating behaviour disorders being treated as outpatients. They were of normal weight, with a mean age of 22.24 years.

Interventions: Assessment of personality and clinical syndromes using the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II).

Main measurements: Means of the personality and clinical syndromes scales and determination of prevalence using a rate-base >84.

Results: At least one personality disorder was detected in 25.33% of patients with anorexia, 30.44% with bulimia nervosa and 32.13% with binge-eating disorder. In the purgative and non-purgative forms the prevalence was 31.07% and 24.75%, respectively. An obsessive disorder is more common in anorexia (39.77%); a histrionic disorder in bulimia (46.66%); a dependent disorder in the purgative forms (46.15%), and an obsessive one in the non-purgative forms (35.36%). As regards the mean scores, they were significantly higher in patients with bulimia for the histrionic disorder ($P < .05$). More hysterical type symptoms and hypomania were also observed in these patients ($P < .01$ and $P < .05$, respectively). Finally, the patients who had suffered the disorder for more than seven years registered more anxiety ($P < .05$), depressive neurosis ($P < .05$) and alcohol abuse ($P < .01$).

Conclusions: To assess personality styles and clinical syndromes associated with eating behaviour disorders can be an important therapeutic and prognostic tool.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las alteraciones de personalidad pueden predisponer a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), complicarlos, modificar su expresión o no guardar relación con ellos^{1,2}.

En la anorexia destaca la presencia de rasgos como obsesividad, rigidez, perfeccionismo, dependencia, meticulosidad, inhibición social³ o escasa autosuficiencia⁴. Las investigaciones sobre el tema presentan múltiples deficiencias metodológicas, por lo que no es extraño encontrar prevalencias desde el 23%⁵ hasta el 80%⁶.

En la anorexia purgativa y en la bulimia hay más impulsividad, sensitivismo e inestabilidad emocional, y menor autoestima. En cuanto a la presencia de trastornos de personalidad, también se dan cifras dispares (21–77%)⁷.

En la bulimia es frecuente la asociación de varios trastornos, en los que destaca el deficiente control de impulsos (tentativas suicidas, conductas agresivas, cleptomanía, abuso de sustancias, ludopatía o promiscuidad sexual)⁸. Entre los pacientes con TCA con trastornos de personalidad el trastorno límite es uno de los más frecuentes⁹ y junto con el histriónico son los que más se relacionan con la bulimia nerviosa^{6,10,11}.

Se acepta que anorexia y bulimia tienen relación, de modo diferencial, con ciertos trastornos de personalidad¹² y que estas alteraciones empeoran el pronóstico, con

menores probabilidades de recuperación a partir de los 7 años¹³.

El objetivo de este trabajo es estudiar: *a*) la prevalencia de trastornos de personalidad en los pacientes con TCA; *b*) la diferenciación entre distintos tipos de TCA en función de sus estilos de personalidad, y *c*) la vinculación del pronóstico de los TCA con los trastornos de personalidad y síndromes concomitantes.

Material y métodos**Participantes**

De 352 pacientes atendidos en una unidad de TCA, de forma ambulatoria, con frecuencia de visitas de 1-4 al mes, se eligió la muestra según los siguientes criterios: *a*) mayores de 18 años; *b*) índice de masa corporal (IMC) normal; *c*) cumplir criterios (DSM IV)¹⁴ de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón, y *d*) no cumplir criterios estrictos de comorbilidad del eje I. Se excluyó a otros pacientes con TCA no especificados. El resultado de la selección fue una muestra de 147 pacientes (el 95,9%, mujeres, y el 4,1%, varones), con una media de edad de 22,24 (intervalo, 18-46) años. El 35,37% de los pacientes presentaba su trastorno desde hacía más de 7 años.

Medida de evaluación

Se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), en su adaptación y validación española¹⁵. La prueba consta de 175 ítems, de aplicación a partir de los 18 años y con una duración media para su realización de unos 20–30 min. El MCMI-II evalúa estilos básicos de funcionamiento de la personalidad y diferentes síndromes clínicos que suelen covariar con los citados estilos de personalidad.

Procedimiento

Con arreglo a los criterios más conservadores de Weltzer¹⁶, sólo se consideró que se presentaba un trastorno de personalidad cuando la puntuación en la tasa-base (TB) del inventario fue >84. Desde el punto de vista estadístico,

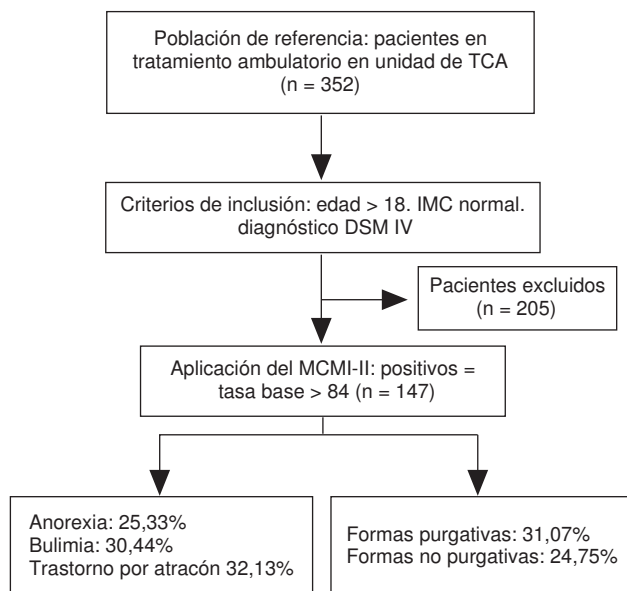


Figura 1 Análisis de la prevalencia de trastornos de personalidad y síndromes concomitantes en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), mediante el MCMI-II.

además de las medidas descriptivas, se utilizaron las pruebas de la χ^2 , de Kruskal-Wallis y la U de Mann-Whitney, mediante la aplicación SPSS 15.0 (fig. 1).

Resultados

Las tablas 1 y 2 muestran la distribución de los trastornos de personalidad en función del tipo de TCA y de la forma clínica (purgativa/no purgativa). La media de puntuaciones significativas (tasa-base >84) entre quienes presentaron algún trastorno fue de 3,04, lo que supone una media de tres trastornos de personalidad por sujeto. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tres tipos de TCA, mientras que entre anorexia y bulimia las diferencias resultaron significativas para los trastornos narcisista (χ^2 , 4,178; $p < 0,05$) y obsesivo (χ^2 , 4,097; $p < 0,05$). Entre las formas purgativas y no purgativas no hubo diferencias significativas.

Considerando las puntuaciones en su conjunto (no sólo las que estaban por encima de una tasa-base de 84), no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de TCA. Entre anorexia y bulimia hubo diferencia para el trastorno histriónico de personalidad (U, 1.521,5; $p < 0,05$), con puntuaciones considerablemente más elevadas entre los pacientes con bulimia nerviosa. En la tabla 3 se resumen los resultados de las puntuaciones en los distintos tipos de trastornos de personalidad para cada uno de los TCA. Entre los que sobrepasaban 7 años de evolución y los que no lo hacían no hubo diferencias significativas en alteraciones de personalidad, pero sí en determinados síndromes clínicos, como el histeriforme (U, 1.375,5; $p < 0,01$) y la hipomanía (U, 1.443,5; $p < 0,05$), en ambos casos superiores en los pacientes con bulimia. Los pacientes con más de 7 años de evolución puntuaron más en ansiedad (U, 1.895,5; $p < 0,05$), neurosis depresiva (U, 1.892; $p < 0,05$) y abuso de alcohol (U, 1.805; $p < 0,01$) (fig. 2).

Discusión

El estudio tiene limitaciones, como el tamaño de la muestra, la amplitud del intervalo de edades o la desigual representación de los diferentes TCA, algo habitual en estudios

Tabla 1 Casos de trastornos de la conducta alimentaria con tasa-base >84 en los diferentes trastornos de personalidad

	Anorexia (n = 88), n (%)	Bulimia (n = 45), n (%)	Trastorno de atracón (n = 14), n (%)
Antisocial	10 (11,4)	9 (20)	2 (14,3)
Compulsiva	35 (39,8)*	10 (22,2)*	6 (42,8)
Dependiente	30 (34,1)	19 (42,2)	8 (57,1)
Esquizoide	30 (34,1)	14 (31,1)	7 (50)
Esquizotípica	18 (20,4)	13 (28,9)	4 (28,6)
Fóbica	31 (35,2)	18 (40)	4 (28,6)
Histriónica	26 (29,5)	21 (46,7)	3 (21,4)
Límite	18 (20,5)	12 (26,7)	5 (35,7)
Narcisista	11 (12,5)*	12 (26,7)*	3 (21,4)
Paranoide	14 (15,9)	9 (20)	3 (21,4)
Media	25,3	30,4	32,1

* $p < 0,05$.

Tabla 2 Formas clínicas con tasa-base >84 en los diferentes trastornos de personalidad

	Purgativas (n = 65), n (%)	No purgativas (n = 82), n (%)
Antisocial	10 (15,4)	11 (13,4)
Compulsiva	22 (33,8)	29 (35,3)
Dependiente	30 (46,1)	27 (32,9)
Esquizoide	28 (43,1)	23 (28)
Esquizotípica	19 (29,2)	16 (19,5)
Fóbica	28 (43,1)	25 (30,5)
Histriónica	27 (41,5)	23 (28)
Límite	19 (29,2)	16 (19,5)
Narcisista	9 (13,8)	17 (20,7)
Paranoide	10 (15,4)	16 (19,5)
Media	31,1	24,8

Tabla 3 Puntuaciones medias en los distintos trastornos de personalidad

	Diagnóstico							
	Anorexia		Bulimia		Trastorno por atracón		Total	
	n	Media ± DT	n	Media ± DT	n	Media ± DT	n	Media ± DT
Antisocial	88	52,1 ± 27,1	45	58 ± 26,	14	48,2 ± 29,2	147	53,6 ± 27
Compulsiva	88	66,2 ± 30	45	58,5 ± 27,4	14	67,7 ± 26,3	147	64 ± 29
Dependiente	88	65,3 ± 27,8	45	68,4 ± 31,3	14	71,4 ± 42,3	147	66,8 ± 30,3
Esquizoide	88	69,6 ± 27,8	45	62,8 ± 33	14	78 ± 28	147	68,4 ± 29,6
Esquizotípica	88	58,2 ± 28,3	44	61,6 ± 29,5	14	60,1 ± 31,3	146	59,4 ± 28,8
Fóbica	88	65,7 ± 33,5	45	64,1 ± 36,8	14	60,5 ± 33,5	147	64,8 ± 34,4
Histriónica	88	56,9* ± 30,7	45	69,9* ± 31,9	14	52,5 ± 32,9	147	60,5 ± 31,7
Límite	88	54,8 ± 27,5	45	63,8 ± 23,7	14	53,2 ± 37,9	147	57,4 ± 27,7
Narcisista	88	49,4 ± 32,5	45	56,7 ± 34,9	14	46,9 ± 27,3	147	51,4 ± 32,8
Paranoide	88	60,9 ± 24,9	45	61,5 ± 25,1	14	59 ± 23,7	147	60,9 ± 24,7

*p < 0,05.

clínicos¹⁷ dados los distintos TCA que se presentan en las unidades específicas de tratamiento. En el futuro sería útil hacer estudios sobre prevalencia de trastornos de personalidad en los distintos TCA por separado y en los diferentes subtipos clínicos. La prevalencia de trastornos de personalidad encontrada coincide con la más baja de estudios previos, lejos de algunas que han llegado hasta el 75–80%¹⁷. Se ha apuntado a que el MCMI-II sobrestima la presencia de trastornos de personalidad y que detectaría «posibles» casos¹⁸, lo que parece ratificado por el hecho de que cada individuo presenta una media de tres trastornos, que incluso en otros trabajos llega a cuatro¹⁷. Tan elevada presencia de trastornos de personalidad también podría estar mediada por la debilidad de los criterios diagnósticos al uso. En el futuro debería profundizarse en comparar los estudios psicométricos con los basados en entrevistas clínicas estructuradas y los que sigan ambos procedimientos (lo que arrojaría luz sobre la capacidad predictiva de instrumentos como el MCMI-II, su sensibilidad y especificidad), pues la prevalencia de trastornos de personalidad en anorexia o bulimia resulta muy superior en los estudios

psicométricos¹⁹ que en los basados en entrevistas estructuradas²⁰. En cuanto a los estilos y trastornos de personalidad, se han encontrado datos similares a los de otros trabajos^{3,6,10,11}, como ocurre con los síndromes concomitantes⁸. Más relevante puede ser la presencia de síndromes relacionados con una larga duración de la enfermedad, como abuso de alcohol, ansiedad y depresión moderada. También podría indicar la «posible» existencia de trastornos de ansiedad o afectivos, que habría que ratificar con entrevista clínica. En nuestro caso se había excluido a los pacientes con criterios diagnósticos estrictos del eje I, lo que apunta a que los datos recogidos en las escalas clínicas del MCMI-II correspondan a «síntomatología ansiosa o depresiva», lo que no implica, necesariamente, que se cumplan criterios para una entidad nosológica determinada. De cara al futuro, los estudios psicométricos que midan enfermedades asociadas deberían completarse, asimismo, con entrevistas de confirmación.

En atención primaria los pacientes con TCA, especialmente los de larga evolución, acuden en muchas ocasiones por sintomatología concomitante (ansiedad, depresión,

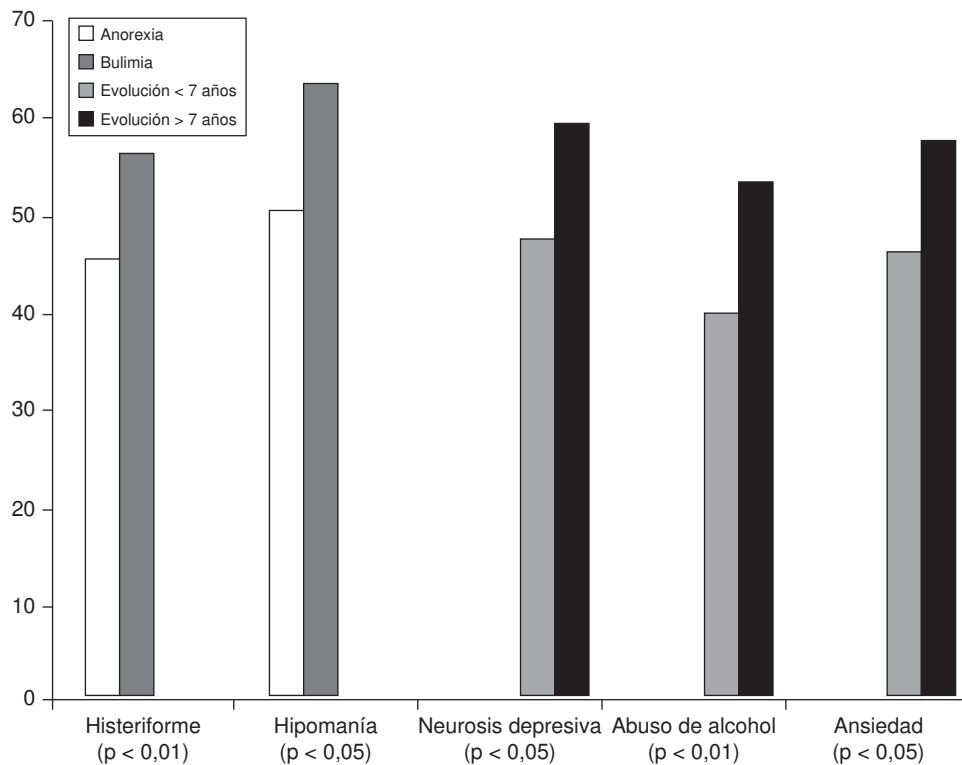


Figura 2 Síndromes clínicos en función del diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y curso evolutivo.

alteraciones conductuales) y no siempre se tiene en cuenta la posible presencia del TCA²¹. El médico de atención primaria debe conocer que los TCA, más allá de una distorsión de la imagen corporal y un bajo peso, pueden presentarse como síndromes asociados y alteraciones conductuales propias de los trastornos de personalidad²². Recientemente²³, se ha podido comprobar la baja concordancia entre los diagnósticos en atención primaria y salud mental en trastornos de ansiedad, afectivos y de personalidad (índices kappa entre 0,18 y 0,23), precisamente aquellos más encontrados, junto con el abuso de alcohol, entre los pacientes con TCA de larga evolución. El adecuado conocimiento de la comorbilidad en TCA y su posible diagnóstico clínico-psicométrico son, en atención primaria, elementos fundamentales para ofrecer un tratamiento individualizado.

Lo conocido sobre el tema

- Los estudios de personalidad en trastornos de la conducta alimentaria arrojan cifras extraordinariamente dispares.
- Los estilos de personalidad parecen ser determinantes del pronóstico de los trastornos alimentarios.
- Se postulan estilos de personalidad diferentes para anorexia y bulimia nerviosas.

Qué aporta este estudio

- Confirmación de que entre un 25 y un 35% de los pacientes con trastornos alimentarios presentan también algún trastorno de personalidad.

- Más que los estilos de personalidad, parece ser que ciertos síndromes clínicos relacionados con ellos pueden resultar elementos de pronóstico.
- Confirmamos algunas diferencias en la prevalencia de tipos de trastorno de personalidad en anorexia y bulimia, así como en las puntuaciones medias de los distintos estilos de personalidad.

Bibliografía

1. Díaz-Marsá M, Carrasco JL. La personalidad y sus trastornos en la anorexia y en la bulimia nerviosas. En: García-Camba E, editor. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona: Masson; 2001. p. 93-106.
2. Medina A, Moreno MJ. Los trastornos de la personalidad. Un estudio médico-filosófico. Córdoba: Nanuk; 1998. p. 356.
3. Strober M. Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *J Psychosom Res.* 1980;24:353-9.
4. Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR. Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1999;100:27-32.
5. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Kenny GM, Sacks NR. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *J Clin Psychiatry.* 1992;53:147-52.
6. Wonderlich SA, Swift WJ, Slotnick HB, Goodman S. DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *Int J Eat Disord.* 1990;9:607-16.
7. Wonderlich SA. Personality and eating disorders. En: Brownell KD, Fairburn CG, directores. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook.* New York: Guilford; 1995.

8. Clinton DN, Glant R. The eating disorders spectrum of DSM-III-R. Clinical features and psychosocial concomitants of 86 consecutive cases from a Swedish urban catchment area. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180:244–50.
9. Gartner AF, Marcus RN, Halmi K, Loranger AW. DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *Am J Psychiatr.* 1989;146:1585–91.
10. Matsunaga H, Kiriike N, Nagata T, Yamagami S. Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *Int J Eat Disord.* 1998;23:399–408.
11. Matsunaga H, Kaye WH, McConaha C, Plotnicov K, Pollice C, Rao R. Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2000;27:353–7.
12. Echeburúa E, Marañón I. Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual.* 2001;9:513–25.
13. Calvo R. Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Planeta; 2002. p. 347.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.^a ed. Washington: APA; 1994.
15. Ávila-Espada A, Jiménez Gómez F. Manual MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Madrid: TEA; 1998.
16. Weltzer S. The Millon clinical multiaxial inventory (MCMI): a review. *J Pers Assess.* 1990;55:445–64.
17. Marañón I, Grijalvo J, Echeburúa E. Do the IPDE and the MCMI-II assess the same personality disorders in patients with eating disorders? *Int J Clin Health Psychol.* 2007;7:587–94.
18. Weltzer S, Dubro A. Diagnosis of personality disorders by the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *J Nerv Ment Dis.* 1990;178:261–3.
19. Norman D, Blais MA, Herzog D. Personality characteristics of eating-disordered patients as identified by the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *J Pers Disord.* 1993;7:1–9.
20. Diaz-Marsá M, Carrasco JL, Sáiz J. A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *J Pers Disord.* 2000;14:352–9.
21. Wilfley D, Grilo C. Eating disorders: a women's health problem in primary care. *Nurse Pract Forum.* 1994;5:34–45.
22. Fleming J, Szmukler G. Attitudes of medical professionals towards patients with eating disorders. *Aus NZ J Psychiatry.* 1992;26:433–6.
23. Landa N, Goñi A, García de Jalón E, Lizasoain E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria.* 2008;40:285–9.