



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 20/01/2018. Aceptado: 16/05/2018

ANÁLISIS DE PATRONES DE PERSONALIDAD, SÍNDROMES Y VARIABLES CLÍNICAS EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANALYSIS OF PERSONALITY PATTERNS, SYNDROMES AND CLINICAL VARIABLES IN PATIENTS EATING DISORDERS

Alicia Pérez Rodríguez

Doctora en Psicología por Universidad Complutense de Madrid
y Psicóloga Especialista en Psicología Clínica en el Hospital Universitario de Guadalajara.

Correspondencia: Hospital Universitario de Guadalajara. Centro de Salud "El Ferial Gu-Sur".
Calle Ferial s/n. Guadalajara. Castilla la Mancha. España. alpero@secam.jccm.es

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:21-31.



RESUMEN

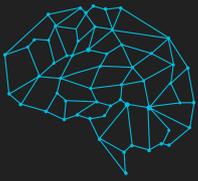
Existen muchos estudios empíricos que establecen relación entre los patrones de personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Además, en consonancia con estos trastornos se han relacionado otras variables clínicas. De este modo, y partiendo de la información recogida por la bibliografía revisada se ha procedido al análisis de los patrones de personalidad y variables clínicas relacionadas con el TCA en un grupo de pacientes del programa de TCA del Hospital Universitario de Guadalajara. La muestra se compone de 118 pacientes, todas ellas mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y los 59 años, y una edad media de 31,90 (DT = 10,23). Para la recogida de información clínica y diagnóstica se utilizó la entrevista clínica, así como el *Inventario clínico multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III)* y el *Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (Eating Disorders Inventory-2, EDI-2)*. En relación con los tres grupos diagnósticos, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, encontrando diferencias significativas únicamente en las siguientes variables: patrón evitativo ($F_{(2,115)} = 3,57, p < .05$) y patrón histriónico ($F_{(2,115)} = 4,75, p < .01$) del MCMI; escala bulimia ($F_{(2,115)} = 10,65; p < .001$) y escala insatisfacción corporal ($F_{(2,115)} = 7,3, p < .001$) del EDI-2. Los datos encontrados son congruentes con estudios previos, pero no permiten llegar a conclusiones claras, de modo que es necesario continuar profundizando tanto sobre la relación entre los TCA y los patrones de personalidad, cómo sobre el tipo de vinculación existente.

Palabras clave: Patrones de personalidad; Síndromes clínicos; Variables clínicas; Análisis de varianza; Trastornos de la conducta alimentaria.

ABSTRACT

There are many empirical studies that establish a relationship between personality patterns and eating disorders (ED). In addition, other clinical variables have been related to these disorders. In this way, and starting from the information collected by the reviewed bibliography, we have proceeded to the analysis of the personality patterns and clinical variables related to the ED in a group of patients of the ED program of the University Hospital of Guadalajara. The sample consists of 118 patients, all of them women, aged between 18 and 59 years, and an average age of 31.90 (SD = 10.23). For the collection of clinical and diagnostic information, the clinical interview was used, as well as the Millon Multiaxial Clinical Inventory (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III) and the Inventory of Eating Disorders-2 (Eating Disorders Inventory-2, EDI-2). In relation to the three diagnostic groups, no significant differences were found in terms of age, finding significant differences only in the following variables: avoidant pattern ($F(2,115) = 3.57, p < .05$) and histrionic pattern ($F(2,115) = 4.75, p < .01$) of the MCMI; bulimia scale ($F(2,115) = 10.65; p < .001$) and body dissatisfaction scale ($F(2,115) = 7.3, p < .001$) of EDI-2. The data found are consistent with previous studies, but they do not allow us to reach clear conclusions, so it is necessary to continue deepening both the relationship between the ED and the personality patterns, as well as the type of linkage that exists.

Key words: Personality patterns, clinical syndromes, clinical variables, analysis of variance, eating disorders.



INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son uno de los problemas de Salud Pública más graves de nuestros días, tanto por su prevalencia y necesidad de tratamiento especializado, como por su tendencia a la cronicidad y la gravedad (Oliva et al., 2012).

En los TCA, existen diferentes subgrupos con cursos y desenlaces variados, además, la inestabilidad diagnóstica abarcó la gran mayoría de los pacientes sugiriendo que una integración de las aproximaciones categoriales y dimensionales podría mejorar la investigación psicopatológica y las oportunidades terapéuticas. De modo que los TCA son más variados y variables que lo sugerido por los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) y posterior DSM-5 (APA, 2013).

El efecto específico de la relación entre los trastornos de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria es todavía poco claro, generando, por ello, muchas controversias. Lo que ha quedado patente es que la presencia de un trastorno de la personalidad junto a una alteración de la conducta alimentaria complica el cuadro clínico. En concreto, hace más difícil la detección temprana del problema, dificulta el tratamiento y ensombrece el pronóstico terapéutico (Díaz, Carrasco, Prieto y Saiz, 1999).

Los datos de comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los de alimentación son muy heterogéneos (Thompson-Brenner et al., 2008). Se ha encontrado que los rasgos patológicos de personalidad se asociaban también con mayores puntuaciones en casi todas las escalas sintomatológicas del EDI (*Eating Disorder Inventory*) (Birmingham, Touyz y Harbottle, 2009).

Por su parte, se ha visto que no todas las personas ofrecen la misma predisposición a padecer un trastorno de alimentación. Ciertos temperamentos asociados a determinados rasgos de personalidad como inmadurez, evitación y perfeccionismo hacen a las personas más vulnerables a desarrollar un trastorno de la alimentación (Fassino et al., 2004; Fassino, Daga y Amianto, 2002). Agüera, Jiménez-Murcia, Granero, Penelo, Wagner, Karwautz, Riesco, Menchón y Fernández-Aranda en 2011, concluyen que presentar historia de obesidad o sobrepeso, estilo de personalidad con tendencia a evitación del daño y una baja autodirección, son un factor de riesgo a la hora de presentar un TCA. Por ejemplo, la impulsividad parece asociada a muchos trastornos mentales y es identificada como un factor cuya influencia empeora el pronóstico. En los últimos años la impulsividad ha generado

un amplio interés en los TCA, sobre todo dentro de la bulimia nerviosa.

Con estos datos y la posibilidad de influencia de los trastornos de personalidad en la cronificación de los TCA, su abordaje parece fundamental para lograr una buena evolución clínica (Wonderlich y Swift, 1990) y unos niveles de funcionamiento global satisfactorios (Herzog et al. 1992).

Los estudios transversales de la personalidad y el temperamento de individuos con TCA son numerosos, haciendo referencia comúnmente a rasgos como el perfeccionismo, neuroticismo, evitación del daño, impulsividad, así como, a los Trastornos obsesivo compulsivo (TOC) y límite de la personalidad (TLP) (Cassin y Von Ranson, 2005; Molina, 2014). Sin embargo, la investigación transversal tiene limitaciones importantes en comparación con la potencialmente compleja relación entre los TCA y los diversos temperamentos y rasgos de personalidad. A pesar de los desafíos inherentes a la realización de investigaciones prospectivas en esta población, son varios los estudios que se han hecho sobre los rasgos de personalidad y temperamento, que pueden constituir factores de riesgo para los TCA. Así, el neuroticismo y emocionalidad negativa, se han convertido en probables factores de riesgo (Bulik et al., 2006; Cervera et al., 2003; Killen et al., 1996; Lilenfeld et al., 2006; Stice, 2002). La comorbilidad entre los TCA y los trastornos de personalidad han sido asociados a diversos factores, como diagnósticos, mayor impulsividad y autoagresiones, abuso de sustancias, intentos autolíticos, purgas, abuso sexual, trastornos afectivos, y con mayor comorbilidad y severidad del trastorno, así como su asociación con peor pronóstico y abandono del tratamiento (Gargallo, Fernández, Raich, 2002).

Por su parte, los TCA también se han relacionado con otros síntomas, con el constructo de "obsesión por la delgadez" que fue elaborado por Bruch (1973, 1982), quien describió la obsesión por la delgadez o la "búsqueda incesante de la delgadez" como la característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria. Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted, en 1987, encontraron que solo la obsesión por la delgadez y la insatisfacción corporal predecían la aparición de TCA. La alteración de la imagen corporal supone un desequilibrio o perturbación en sus componentes (Thompson, 1990) y tiene una participación causal en los trastornos alimentarios (Attie y Brooks-Gunn, 1989; Baile, Guillén y Garrido, 2002), siendo este el aspecto más preocupante aún más si se tiene en cuenta que durante la adolescencia se produce un incre-

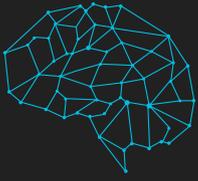


TABLA I. Criterios de inclusión para la investigación.

- Pacientes derivados al dispositivo de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Guadalajara.
- Diagnóstico de algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria por facultativo especialista, según criterios DSM-IV-TR. Excluidos los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, salvo el trastorno por atracón.
- Haber firmado el correspondiente consentimiento informado.

mento de la insatisfacción corporal (Gralen, Levine, Smolak y Murnen, 1990; Koff y Rierdan, 1991; Richard, Casper y Larson, 1990). Bruch (1962, 1973) describió en un principio el "sentimiento abrumador de ineficacia" como la perturbación subyacente a los TCA. León y colaboradores descubrieron en 1999 que el afecto negativo (que abarcaba una amplia gama de variables, desde la ineficacia hasta las emociones negativas) predecía un mayor riesgo de presentar síntomas de TCA después de entre 3 y 5 años de seguimiento. Además, el "miedo a la madurez" como un deseo de volver a la seguridad de la infancia, se ha relacionado con este tipo de patologías. Sin embargo, esta asociación es discutible ya que en otra investigación realizada sobre el tema se concluyó que no existe tal relación (Grasso et al., 2012). Los hallazgos sobre perfeccionismo sugieren que esta variable puede predecir la aparición de síntomas de TCA (Tyrka, Waldron, Graber y Brooks-Gunn, 2002), correlacionado, en especial, con la AN (Halmi et al., 2000), pero también con la BN (Lilenfeld et al., 2000; Pratt, Telch, Labouvie, Wilson y Agras, 2001) y el TA (Pratt et al., 2001). Con respecto al "ascetismo", en las últimas décadas, las motivaciones ascéticas para perder peso aparecen como menos destacadas en detrimento de otras como la "obsesión por la delgadez" que pasa a ser el principal factor motivacional. La "desconfianza interpersonal" y la "inseguridad social", son escalas relacionadas con la asociación entre problemas interpersonales y síntomas alimentarios que ha sido estudiada por diversos autores (Goldner et al., 1999; Hartmann, Zeeck y Barrett, 2010).

Desde el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Guadalajara se realizó un programa específico para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), dentro del cual se ha llevado a cabo un estudio sobre variables clínicas relacionadas con estos trastornos. De este modo, y partiendo de la información recogida por la bibliografía revisada, se pretenden analizar los patrones de personalidad, síndromes clínicos y variables clínicas en pacientes con TCA.

TABLA II. Criterios de exclusión para la investigación

- No tener diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria según criterios DSM-IV-TR.
- No querer participar voluntariamente en el estudio.
- Problemas graves de lectoescritura, idioma o retraso mental que impida la correcta cumplimentación de los cuestionarios.
- Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, salvo el trastorno por atracón.

MÉTODO

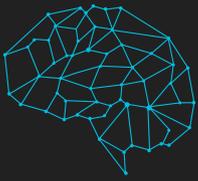
PARTICIPANTES

Los participantes de este estudio son pacientes que acudieron al dispositivo Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Guadalajara, derivados al programa de trastornos de la conducta alimentaria. Todos ellos han sido evaluados y diagnosticados de algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o TCA no especificado) por algún facultativo especialista (psiquiatra o psicóloga clínica). A continuación, se detallan los criterios de inclusión y exclusión (Tabla I y II).

La muestra fue recogida de modo prospectivo solicitando la participación en el estudio a todos los nuevos casos de pacientes que llegaban al programa, así como, a los pacientes que se encontraban incluidos en el programa en el momento en el que se inició el presente estudio. La recogida de información se produjo durante 11 meses, desde junio del 2013, tras la resolución positiva desde el Comité ético del Hospital Universitario de Guadalajara, hasta mayo de 2014. El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético y de Investigación del Hospital Universitario de Guadalajara. El proyecto de investigación fue presentado el 30 de Abril del 2013 y aprobado el 4 de Junio del 2013.

A continuación, se detallan las variables socio-demográficas analizadas en la muestra de estudio:

La muestra a estudio está formada por 118 participantes, todas ellas mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 59 años. La edad media de la muestra es de 31,90 (DT = 10,23). Con respecto al lugar de residencia, el 66,1% (n=78) reside en medio urbano, mientras que el 33,9% (n=40) lo hace en medio rural. Se han considerado que las pacientes que vivieran en Guadalajara capital y en Azuqueca de Henares pertenecían a medio urbano por ser los dos municipios de la provincia de Guadalajara con más población y desarrollo económico. Un 85,6% (n = 101) son originarias de España; el 3,40% (n = 4) proceden del resto de Europa; el 10,2% (n =



12) son de algún país de Latinoamérica y el 0,8% (n = 1) de África. En lo que se refiere al estado civil, de las 118 mujeres que conforman la muestra un 49,2% (n = 58) se encuentran solteras, el 33,9% (n = 40) casadas, el 10,2% (n = 12) están divorciadas, un 5,9% (n = 7) se encuentran separadas, y el 0,80% (n = 1) viudas. El 55,9% (n = 66) no tiene hijos, el 16,9% (n = 20) tiene un solo hijo, el 21,2% (n = 25) tiene 2 hijos y el 5,9% (n = 7) tiene tres o más hijos. La media con respecto al número de hijos es de 0,8 (DT = 1,05), con un mínimo de 0 hijos y un máximo de 4. Con respecto al nivel educativo, el 1,7% (n = 2) de las mujeres del estudio son analfabetas, el 4,2% (n = 5) tienen estudios primarios, el 22% (n = 26) han acabado la EGB/ESO, el 16,1% (n = 19) finalizaron sus estudios de Bachillerato o BUP, el 11,9% (n = 14) tienen estudios de FPI, y el 16,9% (n = 20) FPII. El 15,3% (n = 18) han finalizado estudios de diplomatura y el 11,9% (n = 14) estudios de licenciatura, y en relación a la situación laboral el 58,5% (n = 69) se encuentran en activo, el 31,4% (n = 37) en paro y el 10,1% (n = 12) en algún tipo de incapacidad laboral. Con respecto a la profesión de las participantes, encontramos que el 5,9% (n = 7) se definen como amas de casa, el 0,8% (n = 1) profesional liberal, el 3,4% (n = 3,4) autónomos, el 0,8% (n = 1) funcionario, el 33,9% (n = 40) trabajadores cualificados, el 24,6% (n = 29) trabajadores no cualificados, el 27,1% (n = 32) son estudiantes y el 3,4% (n = 4) no tienen una profesión definida.

MATERIALES Y MEDICIONES

Con cada uno de los participantes incluidos en la investigación, y después de ser diagnosticados de algún trastorno de la conducta alimentaria por un especialista, ya fuera psicólogo clínico o psiquiatra del programa de Interconsulta y Enlace del dispositivo de trastornos de la conducta alimentaria, realizó una entrevista de recogida de datos para obtener datos sobre información sociodemográfica. A su vez, se pasó el *Inventario clínico multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III; Millon et al., 1997)*. Adaptación española por Cardenal y Sánchez (2008). TEA Ediciones, S.A., Madrid. Este test evalúa el estilo de funcionamiento y psicopatología en el momento de la realización. Está basado en la derivación de tres dimensiones polares que son: conducta instrumental (activo-pasivo), fuente del refuerzo (independiente-dependiente) y naturaleza del refuerzo (placer-dolor). Incluye un elemento discordante en la naturaleza y la fuente del dolor (ambivalencia). Se derivan

diez estilos de personalidad, a pesar de que en total son once debido a la inclusión de un funcionamiento depresivo de la personalidad en la última versión. De modo que los patrones de personalidad evaluados por el MCMI-III son los siguientes: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico, límite y paranoide; siendo estos tres últimos considerados patrones de personalidad graves. A su vez, el MCMI-III evalúa diez síndromes clínicos relativos a los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés posttraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante. Estos tres últimos son considerados, en este inventario, como los de mayor gravedad. En relación con las variables clínicamente relevantes relacionadas con el TCA se utilizó el *Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (Eating Disorders Inventory-2, EDI-2; Garner, 1991)*. Adaptación española por Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998). TEA Ediciones, S.A., Madrid. Es un instrumento de autoinforme que ofrece puntuaciones en once escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, regulación de los impulsos, inseguridad social) y se compone de noventa y un elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos. En la presente investigación, los datos obtenidos en el análisis estadístico a través del coeficiente alpha de Cronbach fueron: subtest de Obsesión por la delgadez 0,88; Bulimia 0,82; Insatisfacción corporal 0,83; Ineficacia 0,82; Perfeccionismo 0,76; Desconfianza interpersonal 0,73; Conciencia interoceptiva 0,79; Miedo a la madurez 0,60; Ascetismo 0,49; Impulsividad 0,84; Inseguridad social 0,80.

PROCEDIMIENTO

El programa específico de trastornos de la conducta alimentaria se realiza desde el año 2005 en el Servicio de Psiquiatría (dispositivo de Interconsulta y Enlace) del Hospital General Universitario de Guadalajara. El equipo psicoterapéutico ha elaborado un programa específico para esta patología desde un abordaje multidisciplinar, con una estrecha colaboración entre los distintos profesionales que tratan diferentes aspectos de este tipo de trastornos.

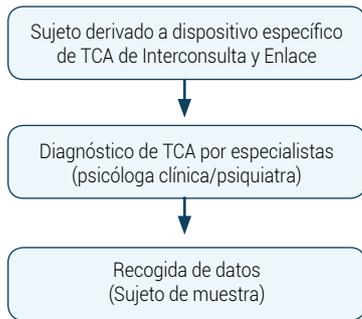
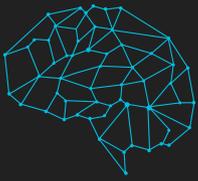


FIGURA 1. Presentación esquemática de recogida de datos.

Las primeras entrevistas a los pacientes una vez remitidos al programa se llevan a cabo, indistintamente, en las consultas de Psicología clínica o de Psiquiatría, comenzando en una de ellas el circuito y pasando después a la otra. Los individuos son derivados tras la primera intervención y diagnóstico preciso, o bien a la consulta de Enfermería, o bien a la consulta de Nutrición (pero no a ambas a la vez), remitidos siempre tras llevarse a cabo una valoración psiquiátrica. Por tanto, todos los pacientes tienen atención psiquiátrica, psicológica y nutricional (en una de las dos consultas mencionadas).

Se presenta el diagrama de recogida de datos de la presente investigación (Fig. 1):

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los análisis estadísticos fueron realizados a través del programa estadístico SPSS 20.00. Primeramente, se determinaron los índices de fiabilidad a través del coeficiente alpha de Cronbach para cada una de las escalas y subescalas utilizadas en el estudio, y se utilizaron estadísticos descriptivos de tendencia central, con medias y desviaciones estándar de las diferentes variables estudiadas, así como el uso de

frecuencia y porcentajes, para analizar las variables socio-demográficas. La presente investigación incluye un estudio observacional descriptivo sobre en la que se ha llevado a cabo un análisis de varianza (ANOVA) de 1 factor, siendo el factor el grupo diagnóstico (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón) con cada una de las variables valoradas en el MCMI-III y en el EDI-2, variables dependientes. Para comprobar si los diferentes grupos diagnósticos son equiparables a nivel socio-demográfico, se llevaron a cabo pruebas Chi-Cuadrado de Pearson, así como análisis de varianza de 1 factor en el caso de las variables cuantitativas. Asimismo, para determinar entre qué grupos diagnósticos se dan mayores diferencias se utilizaron comparaciones post-hoc a través de la prueba de Bonferroni, mediante la que se determinó en qué grupos diagnósticos concretos se dan diferencias en el caso de que existan.

RESULTADOS

Se procede a analizar cada una de las variables estudiadas en los distintos grandes grupos de diagnóstico: anorexia nerviosa representada por un 28% (n = 33) de los participantes, bulimia nerviosa con un 50% (n = 59) y trastorno por atracón con un 22% (n = 26). Antes de realizar el análisis, se ha estudiado la posible influencia de la variable edad, con ello el objetivo era poder determinar si existían diferencias significativas entre los grupos a estudio en dicha variable. Los resultados del ANOVA de un factor señalan que no existen diferencias significativas entre los grupos y la edad ($F_{(2,115)} = 2,57$; $p = 0,081$) (Tabla III).

En las siguientes tablas IV y V se muestran los resultados obtenidos al analizar las diferencias entre los tres grupos diagnósticos y las variables clínicas estudiadas. Para una mejor visualización y comprensión de los resultados se ha procedido a la presentación en tablas desglosadas por áreas de variables analizadas:

TABLA III. Diferencias en la variable edad en función de los grupos diagnósticos.

	DIAGNÓSTICO			$F_{(2,115)}$	BONFERRONI
	ANOREXIA NERVIOSA G1 (N=33)	BULIMIA NERVIOSA G2 (N=59)	TRASTORNO POR ATRACÓN G3 (N=26)		
EDAD	30±9,15	31,27±10,29	35,73±10,78	2,57 n.s.	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.



TABLA IV. Diferencias en la variable edad en función de los grupos diagnósticos.

	DIAGNÓSTICO			F _(2,115)	BONFERRONI
	ANOREXIA NERVIOSA G1 (N=33)	BULIMIA NERVIOSA G2 (N=59)	TRASTORNO POR ATRACÓN G3 (N=26)		
Patrón esquizoide	11,09±4,98	10,17±4,85	9,38±6,18	0,80	
Patrón evitativo	13,79±5,86	10,98±5,27	10,23±6,27	3,57*	1>3*
Patrón depresivo	13,55±5,58	13,24±5,18	10,96±5,88	1,98	
Patrón dependiente	11,97±5,04	11,85±5,00	12,35±6,54	0,08	
Patrón histriónico	9,27±5,03	11,20±4,18	13,00±5,12	4,75**	1<3*
Patrón narcisista	7,88±4,58	8,95±4,02	9,50±4,90	1,09	
Patrón antisocial	6,94±3,95	8,51±4,23	8,35±4,21	1,61	
Patrón agresivo	10,33±4,47	11,71±5,52	9,54±5,32	1,80	
Patrón compulsivo	14,21±4,3	14,21±4,3	13,65±4,06	1,82	
Patrón negativista	13,42±3,83	13,47±4,74	13,85±5,77	0,07	
Patrón autodestructivo	10,64±5,55	10,29±5,43	10,23±6,48	0,05	
Patrón esquizotípico	10,88±6,04	9,29±5,49	10,08±6,95	0,76	
Patrón límite	11,45±4,54	12,03±0,97	13,08±5,83	0,62	
Patrón paranoide	11,45±4,54	12,03±5,97	13,08±5,83	0,37	
Trastorno de ansiedad	9,58±5,32	10,32±5,90	10,81±5,13	0,94	
Trastornos somatomorfo	10,52±4,00	10,78±4,55	9,38±4,34	0,01	
Trastorno bipolar	8,30±4,64	8,39±4,59	8,23±4,70	0,35	
Trastorno distímico	8,00±3,09	8,61±4,32	8,08±3,19	0,25	
Dependencia Alcohol	11,58±6,30	11,69±5,53	10,69±7,11	2,75	
Dependencia Sustancias	2,88±2,42	4,08±2,69	3,54±2,75	2,24	
Trastorno de estrés postraumático	9,58±5,09	10,02±5,39	8,31±6,18	0,89	
Trastorno del pensamiento	12,21±5,5	11,56±5,41	10,27±6,18	0,89	
Depresión mayor	11,36±6,04	11,31±6,01	10,31±7,36	0,26	
Trastorno delirante	2,67±2,19	2,97±2,72	3,31±2,69	0,45	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. *p<.05; **p<.01; ***p<.001.

Todas las filas se refieren a las subescalas del MCMI-III = Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III.

ÁREA DE PATRONES DE PERSONALIDAD Y SÍNDROMES CLÍNICOS SEGÚN EL INVENTARIO MULTIAXIAL CLÍNICO DE MILLON III (MCMI-III) EN CADA GRUPO DIAGNÓSTICO

Con respecto a los patrones de personalidad, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el patrón evitativo ($F_{(2,115)} = 3,57, p < .05$) y en el patrón histriónico ($F_{(2,115)} = 4,75, p < .01$). Analizando las puntuaciones entre los tres grupos diagnósticos, a través de comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que solo existen diferencias signifi-

cativas en patrón evitativo entre el grupo 1 (anorexia nerviosa) y el 3 (trastorno por atracón) (13,79 vs. 10,23, $p < .05$), y entre el grupo 3 (trastorno por atracón) y el 1 (anorexia nerviosa) (13,00 vs. 9,27, $p < .05$) (Tabla V).

Entre las variables valoradas por el EDI-2 se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala bulimia ($F_{(2,115)} = 10,65; p < .001$), y en la escala insatisfacción corporal ($F_{(2,115)} = 7,3, p < .001$). Las comparaciones múltiples post-hoc (Bonferroni), señalan que dichas diferencias se encuentran

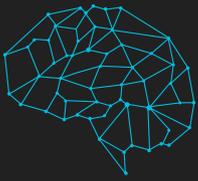


TABLA V. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) en función de los grupos diagnósticos.

	DIAGNÓSTICO			F _(2,115)	BONFERRONI
	ANOREXIA NERVIOSA G1 (N=33)	BULIMIA NERVIOSA G2 (N=59)	TRASTORNO POR ATRACÓN G3 (N=26)		
Escala Obsesión por la delgadez	15,55±3,89	16,54±3,36	14,58±3,86	2,87	
Escala Bulimia	3,52±4,58	8,12±5,23	9,04±5,96	10,65***	1<3*** 1<2***
Escala Insatisfacción corporal	4,18±6,61	17,49±6,80	20,81±6,28	7,30***	1<3***
Escala Ineficacia	11,94±6,54	10,71±5,78	10,42±7,87	0,51	
Escala Perfeccionismo	7,52±4,49	6,41±4,08	4,85±4,22	2,90	1<3*
Escala Desconfianza	8,06±4,60	5,98±4,03	5,65±5,18	2,88	
Escala Conciencia	10,97±6,69	12,19±6,24	11,50±7,33	0,37	
Escala Miedo madurez	8,27±5,31	6,98±4,34	6,81±3,72	1,07	
Escala Acetismo	7,35±3,33	6,66±3,78	7,65±4,34	0,74	
Escala Impulsividad	6,88±5,86	8,59±6,42	8,69±6,89	0,89	
Escala Inseguridad social	9,85±5,46	7,81±5,07	8,42±5,29	1,61	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. *p<.05; **p<.01; ***p<.001.

Todas las filas se refieren a las subescalas del EDI-2 = Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria.

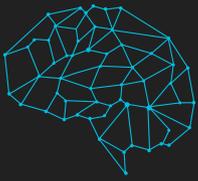
en la escala bulimia entre el grupo 3 (trastorno por atracón) y el grupo 1 (anorexia nerviosa) (9,04 vs. 3,52; p<.001) y entre el grupo 2 (bulimia nerviosa) y el grupo 1 (anorexia nerviosa) (8,12 vs. 3,52; p<.001). En la escala de insatisfacción corporal la diferencia se encuentra entre el grupo 3 (trastorno por atracón) y el 1 (anorexia nerviosa) (20,81 vs.14,18; p<.001). (Tabla V).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A día de hoy no existen evidencias suficientes para apoyar la validez clínica de los criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). De modo que hay un cuestionamiento sobre los criterios de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) como grupos discretos de síntomas, aunque hay que reconocer que se han dado pasos importantes en la distinción entre los TCA, asimismo es importante tener en cuenta que hay problemas considerables que perduran.

Así pues, el sistema de clasificación debe permitir diferenciar a los individualmente clasificados en cada uno de los diagnósticos, de modo que los individuos con BN deben ser fiablemente diferentes de los individuos con AN, sobre

las variables que no están incluidas en los criterios de diagnóstico en sí. Si los trastornos no difieren en tales variables externas y solo difieren en los signos y síntomas incluidos en el conjunto de criterios de diagnóstico, la clasificación no tendría utilidad. Asimismo, se ha de tener en cuenta el fenómeno de la transición diagnóstica o entrecruzamiento diagnóstico (Fairburn y Harrison, 2003). Se ha encontrado que la mitad de los pacientes con AN terminan por desarrollar una BN, un tercio de los pacientes con BN provienen de una historia previa de AN y otro tercio ha presentado historia de sobrepeso u obesidad. También es bastante común que los pacientes con AN alternen entre sintomatología restrictiva y purgativa en diferentes momentos del trastorno y en torno a un 50 % de los pacientes con AN desarrollan posteriormente BN (Bulik et al., 1997). Este fenómeno genera continuos cruces o cambios de diagnóstico y planteó dudas sobre el curso, la recaída, los subtipos o los propios criterios de los TCA (Eddy et al., 2008). Se han identificado los siguientes factores de riesgo de cambio de diagnóstico de AN a BN o de BN a AN: baja autosuficiencia o autonomía, elevadas críticas paternas, abuso/dependencia de alcohol y bajo nivel de búsqueda de sensaciones (Tozzi et al., 2005).



Dicho esto, en el presente estudio se ha realizado una comparación entre los tres grupos diagnósticos principales: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TA). Entre estos grupos diagnósticos, los resultados del ANOVA de un factor señalan que no existen diferencias significativas entre los grupos y la edad, encontrando solo diferencias en escasas variables de las estudiadas (estilos de personalidad y alguna características psicológicas relacionadas con el TCA).

Con respecto a los patrones de personalidad, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el patrón evitativo y en el patrón histriónico. Analizando las puntuaciones entre los tres grupos diagnósticos, a través de comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que solo existen diferencias significativas en patrón evitativo entre el de anorexia nerviosa y el de trastorno por atracón, de modo que el grupo de pacientes con anorexia nerviosa obtiene una puntuación significativamente mayor al grupo de pacientes con trastorno por atracón. Y en relación con el patrón histriónico, las diferencias se dan entre el grupo del trastorno por atracón y el de anorexia nerviosa, de modo que el grupo de pacientes con anorexia nerviosa obtiene una puntuación significativamente menor que el grupo de pacientes con trastorno por atracón. A este respecto, se ha de señalar que diversos estudios han encontrado que al tener en cuenta la personalidad de los pacientes con anorexia nerviosa

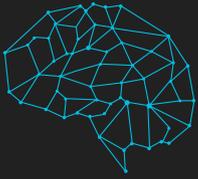
se obtiene que del 23 % al 80 % cumple los criterios para algún trastorno de la personalidad (Gartner et al., 1989; Herzog et al., 1992; Wonderlich et al., 1990). Los más frecuentes en los pacientes con TCA son el trastorno límite y el trastorno evitativo de la personalidad, (Chen et al., 2011). Y además, autores como Kleinfield y colaboradores (1994) observaron la presencia de un mayor repertorio de conductas evitativas en los pacientes con anorexia nerviosa frente a aquellos con bulimia nerviosa y controles. Mientras que los estudios que examinan las tasas de prevalencia de los trastornos de la personalidad (TP) en el trastorno por atracón (TA), colectivamente sugieren que los TP por evitación, obsesivo-compulsivo y límite son los más comunes (Becker et al., 2010; Cassin y Von Ranson, 2005). En este caso, los datos serían congruentes con la presencia significativa del patrón evitativo en los pacientes con AN.

Entre las variables valoradas por el EDI-2 se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala bulimia, y en la escala insatisfacción corporal. Las comparaciones múltiples post-hoc (Bonferroni), señalan que dichas

diferencias se encuentran en la escala bulimia entre el grupo del trastorno por atracón y el grupo de anorexia nerviosa, siendo el grupo del trastorno por atracón mayor al de anorexia nerviosa, y entre el grupo de bulimia nerviosa y el grupo de anorexia nerviosa, de nuevo siendo el grupo de bulimia nerviosa mayor al de anorexia nerviosa (AN). La escala de bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. De modo que este tipo de pensamientos o actos estarán presentes en pacientes con bulimia nerviosa (BN) y pacientes con trastorno por atracón (TA), tal y como los resultados encontrados indican. En la escala de insatisfacción corporal la diferencia se encuentra entre el grupo del trastorno por atracón que obtendría una puntuación significativamente mayor al grupo de anorexia nerviosa. Esta escala mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria. Ghaderi (2001) hace una revisión bibliográfica de la importante relación entre la insatisfacción corporal y la instauración de los TCA, y es, precisamente, la insatisfacción con el propio cuerpo y el peso lo que propicia la aparición de conductas de control de peso como son el seguimiento de dietas alimentarias (Abraham y Llewellyn-Jones, 1997; Hart y Ollendick, 1985), que pueden desencadenar los TCA. En la muestra estudiada, se encuentra que esta variable tiene un valor significativamente mayor en los pacientes con TA que en los que padecen AN, pudiendo esta diferencia estar relacionada con el IMC, que siguiendo los criterios diagnósticos, es mayor en los pacientes con TA.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública de nuestros días, y por lo tanto han de continuar siendo objeto de investigación. En relación a ello, el presente estudio nos permite concluir que solamente se han encontrado diferencias entre AN, BN y TA en el patrón evitativo e histriónico del MCFI, y en la escala de insatisfacción corporal del EDI-2. Los datos encontrados son congruentes con estudios previos, pero no permiten llegar a conclusiones claras, de modo que es necesario continuar profundizando tanto sobre la relación entre los TCA y los patrones de personalidad, cómo sobre el tipo de vinculación existente.

**LA AUTORA DECLARA QUE NO EXISTEN
CONFLICTOS DE INTERESES EN ESTE ARTÍCULO**



BIBLIOGRAFÍA

1. Abraham SF, y Llewellyn-Jones D. (1997). Eating disorder: The facts. Oxford: Oxford University Press.
2. Agüera Z, Jiménez-Murcia S, Granero R, Penelo E, Wagner G, Karwautz A, Riesco N, Menchón JM y Fernández-Aranda F. (2011). Comparación de rasgos de personalidad entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y sus hermanas sanas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(1), 53-61.
3. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, APA.
4. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental: DSM-5. Washington, APA.
5. Attie I y Brooks-Gunn J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25(1), 70-79.
6. Baile JI, Guillén F y Garrido E. (2002). Insatisfacción corporal con adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire /BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 439-450.
7. Becker DF, Masheb RM, White MA y Grilo CM. (2010). Psychiatric, behavioral, and attitudinal correlates of avoidant and obsessive-compulsive personality pathology in patients with binge-eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(5), 531-537. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.11.005.
8. Birmingham CL, Touyz S y Harbottle J. (2009). Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the „transdiagnostic“ theory of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 2-13.
9. Bruch H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books: New York.
10. Bruch H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538. doi: 10.1176/ajp.139.12.1531.
11. Bulik CM, Sullivan PF, Fear J y Pickering A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 185, 704-707. 12.
12. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P y Pedersen NL. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 305-12. doi:10.1001/archpsyc.63.3.305.
13. Cardenal V y Sánchez MP. (2007). Adaptación española del MCMII-III, Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Madrid: TEA Ediciones.
14. Cassin SE y Von Ranson KM. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychological Review*, 25(7), 895-916. doi: 10.1016/j.cpr.2005.04.012.
15. Cervera S, Lahortiga F, Martínez-González MA, Gual P, de Irala-Estévez J y Alonso Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *The International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271-80.
16. Chen EY, McCloskey MS, Michelson S, Gordon KH y Coccaro E. (2011). Characterizing eating disorders in a personality disorders sample. *Psychiatry Research*, 185(3), 427-432. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.002.
17. Díaz-Marsá M, Carrasco JL, Prieto LR y Saiz RJ. (1999). The role of the personality in the feeding behavior disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(1), 43-50.
18. Eddy K, Dorer D, Franko D, Tahlani K, Thompson-Brenner H y Herzog D. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 245-50. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07060951.
19. Fairburn CG y Harrison PJ. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416. doi:10.1016/S0140-6736(03)12378-1.
20. Fassino S, Daga G y Amianto F. (2002). Temperament and character profile and eating disorders: a controlled study with the temperament and character inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 412-25. doi: 10.1002/eat.10099.
21. Fassino S, Amianto F, Gramaglia C, Facchini F y Abbate Daga G. (2004). Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*, 9, 81-90.
22. Gargallo Masjuán M, Fernández Aranda F, Raich R. (2003). Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (2), 335-349.
23. Garner DM, Garfinkel PE, Rockert W y Olmsted MP. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48(1-4), 170-175.
24. Garner DM. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Odesa: Psychological Assessment Resources.
25. Garner DM. (1991). *Inventario de los trastornos alimentarios-2 (EDI-2)*. Madrid: TEA Ediciones. Adaptada por Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998).
26. Gartner AF, Marcus RN, Halmi K y Loranger AW. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591. doi: 10.1176/ajp.146.12.1585.
27. Ghaderi A. (2001). *Eating Disorders*. Uppsala: Uppsala University.
28. Goldner E, Srikaneswaran S, Schroeder M, Livesley W y Birmingham C. (1999). Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 85(2), 151-159. doi:10.1016/S0165-1781(98)00145-0.
29. Gralen S, Levine MP, Smolak L y Murnen S. (1990). Dieted and disordered eating during early and middle adolescent: Do the influences remain the same? *International Journal of Eating Disorders*, 9, 501-512. doi: 10.1002/1098-108X(199009)9:5<501::AID-EAT2260090505>3.0.CO;2-0.
30. Grasso M, Nazzaro F, Vona L, Capacchione G y Liorio C. (2012). Maturity fears and weight phobia in eating disorders: research of a relationship. *Rivista Di Psichiatria*, 47(4), 319-326. doi: 10.1708/1139.12560.
31. Halmi K, Sunday S, Strober M, Kaplan A, Woodside D, Fichter M, ... Kaye, W. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1805. doi:10.1176/appi.ajp.157.11.1799.
32. Hart KJ y Ollendick TH. (1985). Prevalence of bulimia in working and university women. *American Journal of Psychiatry*, 142, 851-854.
33. Hartmann A, Zeeck A y Barrett MS. (2010). Interpersonal Problems in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7):619-627. doi:10.1002/eat.20747.
34. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Kenny GM y Sacks NR. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(5), 147- 152. doi: 10.1086/492373.
35. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Kenny GM y Sacks NR. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(5), 147- 152. doi: 10.1086/492373.
36. Killen J, Taylor C, Hayward C, Haydel K, Wilson D, Hammer L, ... Strachowski D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders:



- A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 936-940. doi:10.1037//0022-006X.64.5.936.
37. Kleinfield EI, Sunday S, Hurt S y Halmi AK. (1994). The Tridimensional Personality Questionnaire: an exploration of personality traits in eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 28(5), 413-423.
 38. Koff E y Rierdan J. (1991). Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 12, 307-312.
 39. León G, Fulkerson J, Perry C, Keel P y Klump K. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 181- 196. doi:10.1023/A:1021649314458.
 40. Lilienfeld LR, Stein D, Bulik C, Strober M, Plotnicov K, Pollice C, ... Kaye Millon T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI III)*. 2nd ed. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
 41. Lilienfeld LRR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R y Mitchell J. (2006). Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 299-320. doi:10.1016/j.cpr.2005.10.003.
 42. Molina Ruiz RM. (2014). Un estudio de neuroimagen en trastornos de la conducta alimentaria: análisis del procesamiento emocional en relación con los antecedentes traumáticos. Tesis Doctoral. Comunidad de Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
 43. Oliva L, Gandarillas A, Sonogo M, Díez-Gañan L y Ordobás M. (2012). Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, Comunidad de Madrid, 2011. Servicio de Epidemiología. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 18(8), 3-23.
 44. Pratt E, Telch C, Labouvie E, Wilson G y Agras W. (2001). Perfectionism in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 177-186. doi:10.1002/1098-108X(200103)29:2<177::AID-EAT1007>3.0.CO;2-X.
 45. Richard M, Casper R y Larson R. (1990). Weight and eating concerns among pre-and young adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 203-209. doi:10.1016/0197-0070(90)90349-7.
 46. Stice E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848. doi: 10.1037//0033-2909.128.5.825.
 47. Thompson JK. (1990). *Body Image Disturbance: Assessment and Treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
 48. Thompson-Brenner H, Eddy KT, Franko DL, Dorer DJ, Vashchenko M, Kass AE y Herzog DB. (2008). A personality classification system for eating disorders: a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 551-560. doi:10.1016/j.comppsy.2008.04.002.
 49. Tozz, F, Thornton LM, Klump KL, Fichter MM, Halmi KA y Kaplan AS. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 732-40. doi: 10.1176/appi.ajp.162.4.732.
 50. Tyrka A, Waldron I, Graber J. y Brooks-Gunn J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 282-290. doi:10.1002/eat.10094.
 51. Wonderlich SA y Swift WJ. (1990). Borderline versus other personality disorders in the eating disorders: clinical description. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6):629-638.