

## Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de la personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)

Carmen del Río Sánchez<sup>1</sup>, Inmaculada Torres Pérez y Mercedes Borda Más (*Universidad de Sevilla, España*)

(Recibido 16 enero 2002 / Received 16 January 2002)  
(Aceptado 22 febrero 2002 / Accepted 31 February 2002)

**RESUMEN.** La comorbilidad entre trastornos de la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria ha sido destacada en numerosas investigaciones, encontrándose frecuencias desde un 22% hasta un 95%, según los estudios. El objetivo de este trabajo ha sido analizar este tópico en la bulimia nerviosa. Un total de 33 mujeres que cumplían los criterios diagnósticos DSM-IV para la bulimia nerviosa subtipo purgativo cumplieron la versión española del MCMI-II. Los resultados mostraron altas puntuaciones en la escala Esquizoide (TB=76,97), seguida por la Autodestructiva (TB=68,64), Pasivo-Agresiva (TB=68,15) y Evitativa (TB=67,12). Un 81% de las pacientes presentaba niveles clínicamente significativos de comorbilidad en alguna de las escalas (TB>75): un 45% presentaba elevaciones en una, dos o tres escalas (15% respectivamente) y el 36% restante, las presentaba en cuatro o más escalas. Nuestros resultados son relativamente consistentes con el único estudio que utiliza el MCMI-II con grupos diferenciados de trastornos de conductas alimentarias, entre ellos de bulimia nerviosa subtipo purgativo; no obstante, no es posible establecer un patrón típico de rasgos de personalidad para estas pacientes.

**PALABRAS CLAVE.** Trastornos de la personalidad. Bulimia nerviosa purgativa. Comorbilidad. MCMI-II.

<sup>1</sup> Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla (España). E-mail: [cdelrio@us.es](mailto:cdelrio@us.es)

**ABSTRACT.** The comorbidity between *personality disorders* and *eating disorders* has been highlighted in numerous researches, with prevalence rates ranging from 22% to 95%, according to the studies. The purpose of this study was to analyse this topic in bulimia nervosa. 33 women who met diagnostic criteria (DSM-IV) for bulimia nervosa purging subtype completed the Spanish version of the MCMI-II (Millon, 1997). Results showed high scores on the Schizoid scale (TB=76.97), followed by Self-Defeating (TB=68.64), Passive-Aggressive (TB=68.15) and Avoidant scales (TB=67.12). Clinically significant high levels of comorbidity in some of the scales (TB>75) were found in 81% of the patients: 45% presented elevations in one, two or three scales (15% respectively) and remaining 36%, presented high scores in four or more scales. Our results are relatively consistent with the only study that used the MCMI-II with differentiated TCA groups, among them BNP (Wiederman and Pryor, 1997). Nevertheless, it is not possible to establish a typical pattern of personality traits for these patients.

**KEYWORDS.** Personality disorders. Bulimia nervosa purging subtype. Comorbidity. MCMI-II.

**RESUMO.** A comorbilidade entre perturbações de personalidade e perturbações do comportamento alimentar tem sido destacada em numerosas investigações, encontrando-se frequências desde 22% até 95%, dependendo dos estudos. O objectivo deste trabalho foi analisar este assunto na bulimia nervosa. Um total de 33 mulheres que cumpriam os criterios de diagnóstico da DSM-IV para a bulimia nervosa subtipo purgativo completaram a versão espanhola do MCMI-II. Os resultados mostraram altas pontuações na escala Esquizoide (TB= 76,97), seguida pela Autodestrutiva (TB=68,64), Passivo-Agressiva (TB= 68,15) e Evitante (TB=67,12). Os resultados mostraram que 81% das pacientes apresentavam níveis clinicamente significativos de comorbilidade em alguma das escalas (TB>75): 45% apresentavam avaliações numa, duas ou três escalas (15% respectivamente) e os 36% restantes, apresentavam-nos em quatro ou mais escalas. Os nossos resultados são relativamente consistentes com o único estudo que utilizou o MCMI-II com grupos diferenciados de perturbações do comportamento alimentar, entre eles de bulimia nervosa subtipo purgativo; no entanto, não é possível estabelecer um padrão típico de traços de personalidade para estas pacientes.

**PALAVRAS CHAVE.** Perturbação de personalidade. Bulimia nervosa purgativa. Comorbilidade. MCMI-II.

### Introducción

Diferentes investigaciones han destacado la comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria, encontrándose frecuencias que van desde un 22% hasta un 95% según los estudios (Braun, Sunday y Halmi, 1994; Fahy, Eisler y Russell, 1993; Gartner, Marcus, Halmi y Loranger, 1989; Kennedy *et al.*, 1995; Westen y Harnden-Fischer, 2001; Wonderlich, 1995). A su vez se cuestiona hasta qué punto son reales o artificiales esos diagnósticos o si más bien son el reflejo de los numerosos problemas metodológicos en la realización de los estudios; problemas que

fundamentalmente pueden ser debidos a no haber empleado entrevistas diagnósticas estandarizadas rigurosas y a la utilización de diferentes métodos de puntuación en las mismas, a utilizar muestras pequeñas, a incluir poblaciones mal seleccionadas (por ejemplo, combinar bulímicas y exbulímicas en una muestra), a prestar excesiva atención al trastorno de personalidad límite, a ignorar otros posibles trastornos presentes del Eje I y que podrían interferir en su sintomatología, a no diferenciar dentro de los trastornos de conducta alimentaria a los distintos subtipos, lo que puede dar lugar a que se pierda o se contamine información diferencial relevante tanto psicopatológica como conductual, a realizar estudios con pacientes hospitalizadas y no hospitalizadas, con pacientes que cumplieran todos los criterios diagnósticos y otras que no los cumplieran totalmente (subclínicas) y también con pacientes y voluntarios que participaban (previo pago u otra gratificación) en el estudio y, por último, a comparar estudios realizados en base a las definiciones del DSM-III con otros del DSM-III-R (Braun *et al.*, 1994; Fahy *et al.*, 1993). La necesidad de una correcta evaluación de los trastornos de la personalidad en los trastornos de conducta alimentaria se ha puesto de manifiesto por su repercusión en cuanto al tratamiento y pronóstico.

Son numerosos los estudios realizados con pacientes bulímicas que refieren entre sus hallazgos a los trastornos límite o al límite e histriónico como los más característicos de la personalidad de estas pacientes (Diaz-Marsá, Carrasco y Sainz, 2000; Herzog, Keller, Sacks, Yeh y Lavori, 1992; Levin y Hyler, 1986; Skodol *et al.*, 1993; Wonderlich, Swift, Slotnick y Goodman, 1990). Asimismo, son también muy comunes los diagnósticos múltiples de personalidad con porcentajes que varían del 19% al 44% de pacientes con dos o más diagnósticos (Braun *et al.*, 1994; Gartner *et al.*, 1989). La mayoría de los estudios que se han realizado en los últimos años ha utilizado la *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Axis II* (SCID-II) de Spitzer, Williams y Gibbon (1987); no obstante, como señalan Wiederman y Pryor (1997) el *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (MCMI-II) de Millon (1987) es una medida prometedora de la psicopatología de la personalidad entre las personas con un trastorno de conducta alimentaria clínico. Sin embargo, sorprendentemente hasta el momento, ha sido escasamente utilizado en estos trastornos.

Un estudio interesante es el realizado por Kennedy *et al.* (1995), cuyo objetivo fue comprobar el grado de acuerdo entre la SCID-II y el MCMI-II al diagnosticar trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Para ello los autores compararon los resultados diagnósticos obtenidos de la evaluación de 43 pacientes con trastorno de conducta alimentaria (22 con anorexia nerviosa, 16 con bulimia nerviosa y 5 con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa). Respecto al SCID-II, encontraron que la prevalencia de los diagnósticos de trastornos de personalidad identificados más frecuentemente fue el evitativo (51,2%), seguido del paranoide (27,9%), límite (23,3%), dependiente (23,3%), compulsivo (20,9%) y autodestructivo (25,6%). Los trastornos de personalidad esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisita, antisocial y pasivo-agresivo fueron menos frecuentes y cada uno fue observado en menos del 7% de los casos. De la muestra, un 74,4% cumplió criterios para al menos un diagnóstico de trastorno de personalidad. Sin embargo, respecto al MCMI-II, encontraron que la mayoría de diagnósticos de trastorno de personalidad estuvo dentro del cluster C en

un 81,4%, siendo el trastorno de personalidad autodestructivo el más frecuente (53,5%), seguido del evitativo (48,8%), pasivo-agresivo (37,2%), dependiente (32,6%) y, por último, del compulsivo (25,6%); los trastornos de personalidad del cluster A fueron los siguientes con mayor prevalencia en un 34,9%, dentro del cual el esquizoide fue el más frecuente (20,9%), seguido del esquizotípico (18,6%); y, por último, en el cluster B, en el que obtuvieron un 18,6% de diagnósticos, fue el límite el más frecuente (16,3%), seguido del histriónico (4,7%). Estos resultados se refieren a las pacientes con trastornos del comportamiento alimentario como un solo grupo, ya que los autores no realizaron comparaciones ni diferenciaron entre los subgrupos de patología alimentaria, por no ser éste el objetivo de su estudio. Así, respecto al objetivo del estudio, los autores refieren que la proporción de diagnósticos de trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de conducta alimentaria es similar entre el MCMI-II y el SCID-II; sin embargo, el grado de acuerdo entre esos dos instrumentos es bajo cuando se comparan las escalas o cluster individualmente (Kennedy *et al.*, 1995). Estos resultados cuestionan las manifestaciones de algunos autores que han informado que las medidas de autoinforme tienden a proporcionar más diagnósticos de trastornos de personalidad que las entrevistas estructuradas clínicas. El estudio de Wiederman y Pryor (1997) con 165 pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, entre ellas 105 bulímicas purgativas, podríamos decir que es el único que utiliza el MCMI-II con una muestra amplia y un subgrupo diferenciado de pacientes bulímicas purgativas. Estos investigadores encontraron elevaciones clínicamente significativas (mayores o iguales a 75) en pacientes con bulimia nerviosa purgativa en las escalas autodestructiva (68,6%), dependiente (59%), evitativa (55,2%) y pasivo-agresiva (52,4%), resultados que no son muy consistentes con los obtenidos hasta el momento por otros investigadores, aunque como hemos indicado anteriormente la mayoría de esos estudios se ha realizado utilizando diferentes instrumentos de evaluación, con muestras pequeñas y sin diferenciar los subtipos de trastornos de conducta alimentaria.

Así, tomando como referencia las investigaciones llevadas a cabo con el MCMI-II, los objetivos del presente trabajo son evaluar en pacientes bulímicas nerviosas purgativas las elevaciones en las distintas escalas de personalidad del MCMI-II, determinar el porcentaje de pacientes que presentan elevaciones clínicamente significativas (TB>75) en las distintas escalas y de las que presentan diagnósticos simples o múltiples y, por último, contrastar nuestros resultados con los obtenidos por Wiederman y Pryor (1997).

## Método

### Muestra

Se ha utilizado una muestra de 33 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 41 años de edad (media = 26,06 años, desviación típica = 6,75), que cumplían los criterios diagnósticos del DSM-IV para la bulimia nerviosa subtipo purgativo. Todas ellas habían pasado por un proceso previo de evaluación antes de ser asignadas a un grupo (homogéneo) de tratamiento ambulatorio de tipo cognitivo-conductual grupal en la Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia y Bulimia Nerviosas (ADANER)

en la Delegación de Sevilla, en virtud del convenio de colaboración suscrito entre dicha asociación y el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla (véase Tabla 1)

**TABLA 1.** Características clínicas y demográficas de las pacientes con bulimia nerviosa subtipo purgativo (n = 33).

EDAD <sup>†</sup>		26,06 (6,75)
<i>E</i> **	Casado Soltero Divorciado	6 (18,2) 25 (75,8) 2 (6,1)
ESTADO CIVIL	Estudios primarios Graduado escolar Bachiller sin terminar Bachiller terminado y COU Formación Profesional sin terminar Formación Profesional terminada Estudios universitarios sin terminar Estudios universitarios terminados Otros	0 4 (12,1) 3 (9,1) 1 (3,0) 1 (3,0) 7 (21,2) 11 (33,3) 6 (18,2) 0
NIVEL ACADÉMICO		
PROFESIÓN <sup>**</sup>	Trabaja En desempleo Estudiante Ama de casa	8 (24,2) 2 (6,1) 18 (54,5) 5 (15,2)
MOTIVO DE LA CONSULTA <sup>**</sup>	Por mí mismo Por presión familiar Por presión del novio/cónyuge Por presión de amigos Por recomendación especialista Desconocido	16 (48,5) 6 (18,2) 0 0 3 (9,1) 8 (24,2)
IMC <sup>†</sup>	Actual Mínimo Máximo	22,37 (3,97) 15,52 (7,07) 22,06 (9,19)

EDAD INICIO *		19,06 (5,18)
FORMA DE INICIO **	Brusca (<6m con desencadenantes)	8 (24,2)
	Brusca (<6m sin desencadenantes)	7 (21,2)
	Insidiosa (>6m con desencadenantes)	7 (21,2)
	Insidiosa (>6m sin desencadenantes)	11 (33,3)
EVOLUCIÓN **	Crónica con remisiones parciales	15 (45,5)
	Crónica con remisiones completas	1 (3)
	Crónica sin remisiones	13 (39,4)
	Aguda	4 (12,1)
DURACIÓN *		6,91 (5,76)
TRATAMIENTOS PREVIOS *		1,15 (1,60)
INGRESOS *	Ninguno	28 (84,8)
	Alguno	5 (15,2)
	Duración (meses)	0,93 (3,56)
EDAD MENARQUÍA *		12,82 (1,50)
ANTECEDENTES FAMILIARES **	Anorexia restrictiva	1 (3,0)
	Anorexia purgativa	0
	Bulimia	0
	Obesidad	17 (51,5)
	Alcoholismo	4 (12,1)
	Trastorno afectivo	5 (15,2)

\* Variables cuantitativas: media (desviación típica) ; \*\* Variables cualitativas: frecuencia (porcentaje).

#### Instrumento

El cuestionario aplicado fue el *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II)* (Millon, 1998), instrumento de autoinforme que consta de 175 ítem con formato de respuesta dicotómica (verdadero/falso), con un tiempo de administración de 20 a 30 minutos. Recoge diferentes aspectos de la personalidad en 13 escalas: 10 escalas básicas: esquizoide (1), evitativa (2), dependiente (3), histriónica (4), narcisista (5), antisocial (6A), agresivo-sádica (6B), compulsiva (7), pasivo-agresiva (8) y autodestructiva/masoquista (8B), y 3 escalas de personalidad patológica: esquizotípica (S), límite (C) y paranoide (P). Todas las escalas del inventario reflejan en diferentes grados tanto “rasgos” como “estados” de la personalidad. Se aplicó la versión adaptada a la población española editada por TEA.

#### Procedimiento

Se seleccionaron a todas las pacientes que habiendo superado el proceso de evaluación en ADANER (entre el año 1999 y 2000) cumplieran los criterios diagnósticos DSM-IV para la bulimia nerviosa subtipo purgativo.

A todas las pacientes seleccionadas (n=33) se les administró el instrumento descrito siguiendo las normas de aplicación, corrección y puntuación recomendadas por los autores. Consideramos la puntuación de corte de Tasa Base (TB) mayor ó igual a 75.

## Resultados

Tras el análisis de los datos obtenidos a partir del MCMI-II de las 33 pacientes podemos destacar los resultados que se describen a continuación. En cuanto a las puntuaciones medias en cada escala, las pacientes con bulimia nerviosa subtipo purgativo de nuestra muestra se caracterizan por tener rasgos de personalidad fundamentalmente esquizoides (TB medio = 76,97), seguidos (aunque sin superar el punto de corte) por los autodestructivos (TB=68,64), pasivo-agresivos (TB=68,15) y evitativos (TB=67,12). Este patrón de personalidad es bastante parecido al obtenido por Wiederman y Pryor (1997) en su muestra, caracterizada por superar el punto de corte  $TB > 75$  en las puntuaciones medias de las escalas autodestructiva (TB=82,23) y evitativa (TB=77,30), seguidos, ya por debajo del punto de corte, de la pasivo-agresiva (TB=73,67), dependiente (TB=71,82), límite (TB=70,78) y esquizoide (TB=65,27).

En las comparaciones entre ambos estudios mediante la prueba *t*, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las escalas histriónica, narcisista, agresivo-sádica, pasivo-agresiva, esquizotípica y paranoide. En cambio, se observaron diferencias estadísticamente significativas, con una puntuación más alta que 75 en nuestro estudio en la escala esquizoide ( $t=76,98$ ;  $p<0,01$ ) y más bajas en las escalas fóbica ( $t=67,12$ ;  $p<0,01$ ), dependiente ( $t=49,39$ ;  $p<0,01$ ), antisocial ( $t=47,33$ ;  $p<0,05$ ), compulsiva ( $t=45,03$ ;  $p<0,05$ ), autodestructiva ( $t=68,64$ ;  $p<0,01$ ) y límite ( $t=55,03$ ;  $p<0,01$ ). Ver Figura 1 y Tabla 2.

FIGURA 1. Puntuaciones medias de las escalas del MCMI-II.

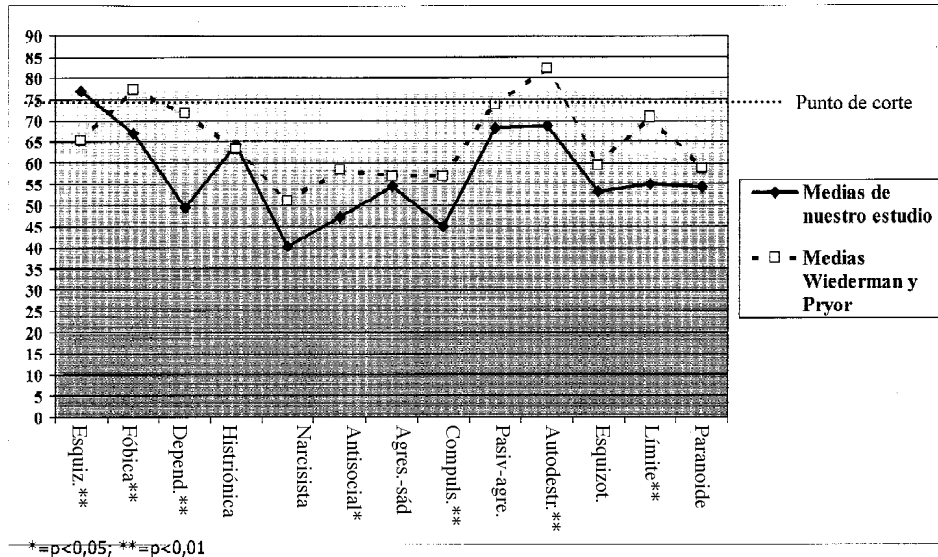


TABLA 2. Puntuaciones medias en las escalas del MCMI-II en pacientes con bulimia nerviosa subtipo purgativo.

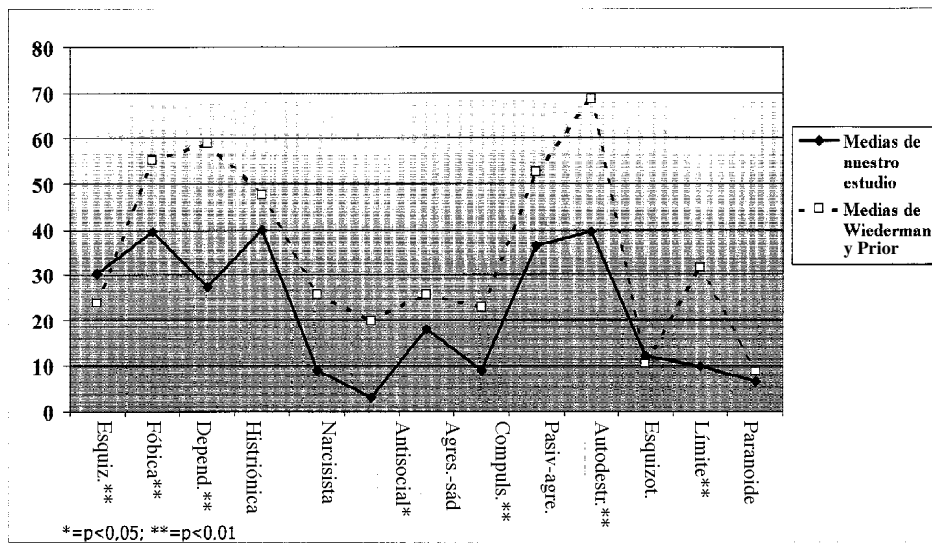
Escala MCMI-II	Presente estudio Media (DT)	Wiederman y Pryor (1997) Media (DT)	T
Esquizoide	76,97 (15,87)	65,27 (23,81)	76,97 ↔
Evitativa	67,12 (28,30)	77,30 (22,45)	67,12 ↔
Dependiente	49,39 (31,71)	71,82 (31,59)	49,39 ↔
Histriónica	64,24 (27,29)	63,14 (31,19)	64,24
Narcisista	40,15 (30,21)	50,93 (31,30)	40,15
Antisocial	47,33 (20,56)	58,23 (24,56)	47,33+
Agresivo-sádico	54,48 (22,88)	56,96 (25,28)	54,48
Compulsiva	45,03 (21,31)	57,05 (22,73)	45,03+
Pasivo-agresivo	68,15 (21,28)	73,67 (24,89)	68,15
Autodestructivo	68,64 (27,83)	82,23 (18,56)	68,64 ↔
Esquizotípico	53,18 (23,42)	59,58 (18,62)	53,03
Límite	55,03 (22,73)	70,78 (23,72)	55,03 ↔
Paranoide	54,21 (14,77)	58,83 (14,59)	54,21

\*p&lt; 0,05; \*\*p&lt;0,001

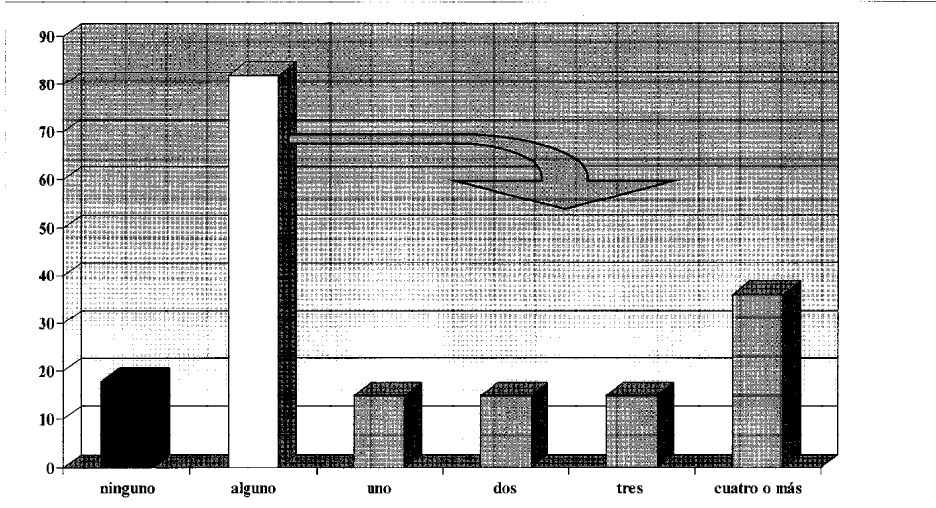


En cuanto a las elevaciones clínicamente significativas (TB>75), el 81% (n=27) de las pacientes con bulimia nerviosa subtipo purgativo de nuestra muestra presentaba elevaciones superiores a este valor en alguna de las escalas, de las cuales el 45% presentaba elevaciones en una, dos o tres escalas (15% respectivamente), y el 36% restante las presentaban en cuatro o más escalas. Ver Figuras 3 y 4.

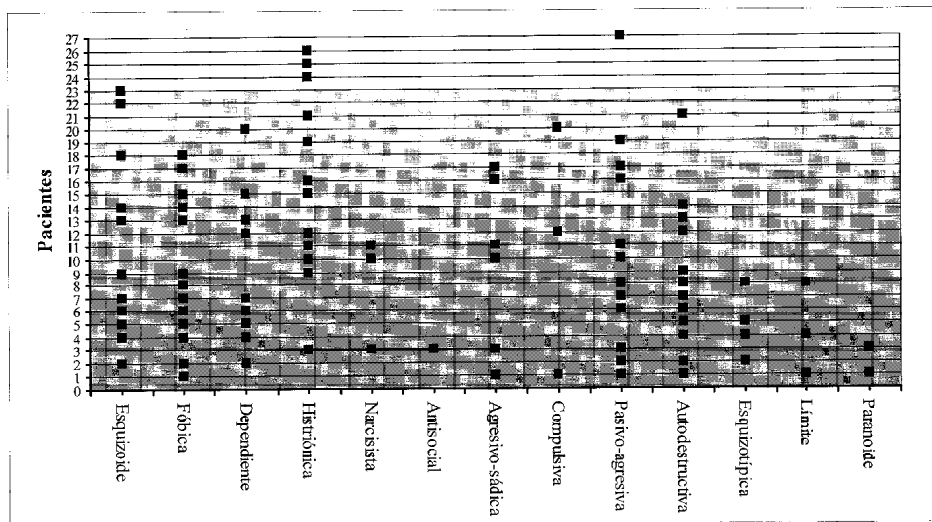
**FIGURA 2.** Porcentajes de pacientes con TB igual o superior a 75 en cada escala del MCMI-II.



**FIGURA 3.** Porcentajes de diagnósticos de trastornos de personalidad.



**FIGURA 4.** Diagnósticos simples (6) o múltiples (21) en las distintas escalas del MCMI-II de las 27 pacientes con una o más elevaciones patológicas.



Los porcentajes de pacientes que en cada escala obtuvieron una puntuación TB de 75 ó más, o lo que es lo mismo, los diagnósticos más frecuentes (véanse Figura 2 y Tabla 3) fueron en las escalas evitativa, histriónica y autodestructiva (39,39%, respectivamente), pasivo-agresiva (36,36%), esquizoide (30,30%), dependiente (27,27%), agresivo-sádica (18,18%), narcisista, compulsiva y límite (9,09%, respectivamente), paranoide y esquizotípica (6,06%, respectivamente) y antisocial (3,03%). En la comparación ( $\chi^2$ ) con el estudio de Wiederman y Pryor no se encontraron diferencias significativas en los porcentajes de pacientes con diagnósticos en las escalas esquizoide, histriónica, agresivo-sádica, esquizotípica y paranoide, siendo menor en nuestro estudio el porcentaje de pacientes que presentan puntuaciones TB>75 en las escalas evitativa ( $\chi^2 = 4,53$ ;  $p < 0,01$ ) dependiente ( $\chi^2 = 17,06$ ;  $p < 0,01$ ), narcisista ( $\chi^2 = 10,73$ ;  $p < 0,01$ ), antisocial ( $\chi^2 = 14,40$ ;  $p < 0,01$ ), compulsiva ( $\chi^2 = 8,32$ ;  $p < 0,01$ ), pasivo-agresiva ( $\chi^2 = 4,91$ ;  $p < 0,01$ ), autodestructiva ( $\chi^2 = 15,15$ ;  $p < 0,01$ ) y límite ( $\chi^2 = 14,72$ ;  $p < 0,01$ ). Como puede observarse, en general, el patrón en ambos estudios sigue la misma tendencia, aunque en el estudio de Wiederman y Pryor las elevaciones patológicas son más prevalentes en la mayoría de las escalas, destacando sobre todo las escalas autodestructiva (68,6%), dependiente (59%), evitativa (55,2%), pasivo-agresiva (52,4%) e histriónica (47,6%).

**TABLA 3.** Porcentajes de pacientes con TB igual o superior a 75.

<i>Escala MCMI-II</i>	<i>Presente estudio</i>		<i>Wiederman y Pryor (1997)</i>		$\chi^2$
	%	n	%	n	
Esquizoide	30,30	10	23,80	25	17,77
Evitativa	39,39	13	55,20	58	4,53 <sup>*</sup>
Dependiente	27,27	9	59,00	62	17,06 <sup>**</sup>
Histriónica	39,39	13	47,60	50	2,65
Narcisista	9,09	3	25,70	27	10,73 <sup>**</sup>
Antisocial	3,03	1	20,00	21	14,40 <sup>**</sup>
Agresivo-sádico	18,18	6	25,70	27	2,20
Compulsiva	9,09	3	22,90	24	8,32 <sup>**</sup>
Pasivo-agresivo	36,36	12	52,40	55	4,91 <sup>**</sup>
Autodestructivo	39,39	13	68,60	72	15,15 <sup>**</sup>
Esquizotípica	12,12	4	10,50	11	0,25
Límite	9,09	3	31,40	33	14,72 <sup>**</sup>
Paranoide	6,06	2	8,60	9	0,46

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

### Discusión

Las discrepancias encontradas en los distintos estudios que relacionan los trastornos de personalidad con los trastornos de conducta alimentaria podrían deberse en parte a los continuos cambios en la conceptualización de ambos trastornos, desde el DSM-

III hasta el actual DSM-IV-R; ello implica que las comparaciones entre estudios deban hacerse con cautela o que sólo deban compararse los que utilizan los mismos instrumentos de evaluación y los mismos criterios diagnósticos, además de otros aspectos metodológicos, tales como muestras homogéneas o de características similares. Con los datos de nuestro estudio no es posible establecer un patrón de personalidad típico para las pacientes con bulimia nerviosa subtipo purgativo. Como puede observarse (Figura 4), la personalidad de estas pacientes conforma una constelación que queda reflejada por una diversidad de escalas con puntuaciones elevadas clínicamente significativas que presentan el 81% de las pacientes y que oscilan desde siete en la primera paciente hasta una en las pacientes 21 a 27; aparte de las seis pacientes (del total de las 33) en las que no se observó ninguna elevación clínicamente significativa. Por tanto, se necesitan más estudios para poder establecer, si esto llegara a ser posible, un patrón característico del MCMI-II en la bulimia nerviosa subtipo purgativo. Por el momento, está claro que no se sigue el patrón tan frecuentemente descrito en la literatura reciente cuando se utilizan otros instrumentos de evaluación (por ejemplo, el SCID-II). Este aspecto ya fue puesto de manifiesto por Kennedy *et al.* (1995), cuando observaron en el estudio comentado anteriormente el bajo grado de acuerdo entre los diagnósticos SCID-II y MCMI-II en los trastornos de conducta alimentaria. Sin embargo, los resultados del estudio de Wiederman y Prior (1997), único que utiliza el MCMI-II con una muestra amplia y diferenciada de pacientes con bulimia nerviosa subtipo purgativo cuyos resultados hemos comparado con los nuestros en el presente estudio, son bastante similares a los obtenidos en el presente estudio. En general, los perfiles siguen la misma línea, aunque nuestros resultados están siempre por debajo (podríamos decir que son menos patológicos), excepto en la escala esquizoide, donde el promedio de nuestra muestra es más alto, destacando también el promedio en la escala dependiente, en este caso mucho más baja la nuestra, por lo que podríamos decir que los promedios en las distintas escalas en ambos estudios se diferencian principalmente en que la muestra del presente estudio es más esquizoide y la de Wiederman y Prior más dependiente. En cuanto a la frecuencia de “diagnósticos” o elevaciones clínicamente significativas, en nuestro estudio predominan la autodestructiva, evitativa e histriónica (las tres con la misma frecuencia), seguidas de la pasivo-agresiva y dependiente. En el estudio de Wiederman y Prior, coinciden las cinco escalas más prevalentes: autodestructiva, dependiente, evitativa, pasivo-agresiva e histriónica (por ese orden), aunque la frecuencia sea distinta. También en el estudio comentado de Kennedy *et al.* (1995) con el MCMI-II, con una muestra de trastornos de conducta alimentaria en general, también encontraron que el trastorno autodestructivo fue el más frecuente seguido del evitativo, pasivo-agresivo, dependiente y, por último, del compulsivo. En ningún caso, la escala límite aparece como muy prevalente, sobre todo en el presente estudio, donde sólo se observa en el 9,9% de las pacientes.

La relación entre el trastorno límite de la personalidad y la bulimia nerviosa ha sido la causa de un considerable debate y hallazgos dispares, que se deben como ya hemos indicado entre otros aspectos a la variabilidad en los instrumentos utilizados y al desacuerdo conceptual sobre el estatus del diagnóstico del trastorno límite. Algunos investigadores han sugerido que este trastorno de personalidad es raro en los pacientes

bulímicos y que los síntomas depresivos asociados con frecuencia se diagnostican erróneamente como trastorno límite. También se ha sugerido que la bulimia podría ser confundida conceptualmente con el trastorno límite y que los síntomas bulímicos podrían remedar a los de aquél; en apoyo a esta idea están los datos que indican un decremento en el trastorno límite con intervenciones breves focalizadas en el síntoma, un cambio que no sería esperable que ocurriera si el trastorno límite fuera independiente del efecto de los síntomas agudos (véase Wonderlich, 1995). En este sentido, Matsunaga *et al.* (2000) en un reciente estudio prospectivo realizado con 54 pacientes recuperadas de trastorno de conducta alimentaria (28 con bulimia nerviosa), encontraron que una considerable proporción de las pacientes bulímicas (21%), cumplía los criterios diagnósticos de al menos un trastorno de personalidad, siendo el diagnóstico más frecuente el autodestructivo (11%) seguido del límite (7%), obsesivo-compulsivo (4%) y evitativo (4%); sin embargo, cuando sumaron los casos de diagnósticos subclínicos, la proporción fue de un 29% para el trastorno obsesivo-compulsivo, un 25% para el límite, 14% para el autodestructivo y 11% para el evitativo. Estos hallazgos sugieren que el tratamiento del trastorno del comportamiento alimentario puede tener una influencia atenuante en los síntomas de los trastornos de personalidad y que los efectos de los trastornos alimentarios pueden actuar como un artefacto o sesgo en la evaluación de los trastornos de personalidad. Consecuentemente, en nuestro caso nos planteamos si el MCMI-II es capaz de establecer la relación entre trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa o si por el contrario es más sensible que otros instrumentos para detectar otros trastornos o al menos rasgos, tales como los correspondientes al trastorno autodestructivo de la personalidad presentado por el 68,6% de las pacientes de Wiederman y Prior, y por el 39,9% del presente estudio, así como de otras manifestaciones que también son congruentes con las alteraciones de la personalidad que frecuentemente se observan en la bulimia nerviosa. A pesar de todo, consideramos que el MCMI-II puede ser un instrumento válido, por el momento no por su sensibilidad para distinguir patrones específicos para los distintos trastornos de conducta alimentaria, sino por su utilidad en la detección, en casos individuales, de las posibles alteraciones de personalidad de una forma mucho más rápida que con otros instrumentos como el SCID-II, principalmente con el objeto de poder incluir las estrategias necesarias para su modificación en el plan terapéutico. En una futura publicación aportaremos datos de la evolución de esta muestra, analizando con detalle las formas más frecuentes de manifestación de la personalidad autodestructiva, esquizoide, evitativa, histriónica, pasivo-agresiva y dependiente, las más frecuentes en nuestra muestra según el MCMI-II, y su repercusión en el tratamiento y pronóstico y, en definitiva, la utilidad del MCMI-II en esta población.

### Referencias

- Braun, D.L., Sunday, S. R. y Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- Diaz-Marsá, M., Carrasco, J.L. y Saiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352-359.

- Fahy, T.A., Eisler, I. y Russell, G.F.M. (1993). Personality disorders and treatment response in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, *A62*, 765-770.
- Gartner, A., Marcus, R., Halmi, K. y Loranger, A. (1989). DSM-III Personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, *12*, 1585-1591.
- Herzorg, D.B. Keller, M.B., Sacks, N.R., Yeh, C.J. y Lavori, P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*, 810-818.
- Kennedy, S.H., Katz, R., Rockert, W., Mendlowitz, S., Ralevsky, E. y Clewes, J. (1995). Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *183*, 358-364.
- Levin, A.P. y Hyler, S.E. (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, *27*, 47-53.
- 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. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory -II manual*. Minneapolis, MN: National Computers Systems.
- Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon*. Madrid: TEA.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyler, S.E., Kellman, H.D., Doidge, N. y Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *14*, 403-416.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B. y Gibbon, M. (1987). *The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders*. Nueva York: Biometric Research, NY Stated Psychiatric Institute.
- 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*, *4*, 547-562.
- Wiederman, M.W. y Prior, T. (1997). MCMI-II Personality scale scores among women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, *162*, 771-75.
- Wonderlich, S. (1995). Personality and eating disorders. En K. Brownel y C. Fairburn (eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 171-176). Nueva York: Guildford.
- Wonderlich, S.A., Swift, W.J., Slotnick, H.B. y Goodmn, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, *9*, 607-616.