

Trastornos alimentarios y perfiles del MMPI en una muestra española

A. Espina, MD

Profesor y Director del Master de Terapia Familiar, Personalidad y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco y Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Servicio Andaluz de Salud, Málaga

ESPAÑA

RESUMEN – *Objetivo:* Este estudio compara los perfiles del MMPI en subtipos de pacientes con trastornos alimentarios.

Método: 112 mujeres: 24 con anorexia nerviosa restrictiva (ANR), 35 con anorexia nerviosa bulímica (ANB) y 53 con bulimia nerviosa purgativa (BN) (según criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), (American Psychiatric Association, 1994), y un grupo control de 34 mujeres sin patología, fueron evaluadas con la versión de 566 ítems del MMPI.

Resultados: Las pacientes con un TA evidenciaron significativamente más psicopatología que las controles. Respecto a las pacientes con un TA, fue hallada más patología en las pacientes con conductas purgativas.

Discusión: Estos hallazgos son consistentes con estudios previos y sugieren que el tratamiento de los TA debería ser complementado con intervenciones dirigidas a la psicopatología.

Introducción

Los trastornos alimentarios presentan síntomas psicopatológicos variados que aparecen en un amplio rango de trastornos psiquiátricos (Strober 1983). La psicopatología general en los trastornos alimentarios ha sido estudiada con entrevistas diagnósticas estruc-

turadas y con instrumentos psicométricos validados, entre ellos destaca el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Vitousek y Manke 1994, Sohlberg y Strober 1994). Vitousek y Manke (1994) destacan el hecho de que las pacientes ingresadas presentan mayor patología que las ambulatorias y lo atribuyen al efecto de la desnutrición, como ya señalaron Keys *et al.* (1950).

En los primeros trabajos no se analizaban las anorexias restrictiva y bulímica separadamente. Hendren (1983) usando el MMPI halló niveles elevados en las escalas 2(D), 7(Pt) y 8(Sc); mientras que Small *et al.* (1981) encontraron elevaciones clínicas en las escalas 2, 6(Pa), 7 y 8.

En estudios que comparaban pacientes con anorexia restrictiva (ANR), anorexia bulímica (ANB) y bulimia (BN) se observó que las pacientes con anorexia nerviosa restrictiva mostraban perfiles depresivos, aislamiento social y ansiedad, y puntuaban más alto en la escala 2(D) del MMPI (Casper, Hedeker y McClough 1992, Edwin, Andersen y Rossel 1988, Norman y Herzog 1983). El grupo con anorexia bulímica presentaba también depresión y ansiedad, pero sus perfiles eran más patológicos en las escalas 2(D), 4(Pd) y 8(Sc), con aumentos menos consistentes en las escalas 3(Hy), 5(Mf), 6(Pa) y 7 (Pt). Numerosos autores han hallado más psicopatología en las pacientes con ANB (Casper, Hedeker y McClough 1992, Cumella, Wall y Kerr-Almeida 2000, Dancyger, Sunday y Halmi 1997, Edwin, Andersen y Rosell 1988, Goodwin y Andersen 1984, Hurt *et al.* 1997, Norman y Herzog 1983, Schork, Eckert y Halmi 1994, Salvemini *et al.* 2000, Shisslak, Pazda y Crago 1990).

Respecto a las bulímicas, Willianson, Kelley, Davis, Ruggiero y Blouin, (1985) hallaron en estas pacientes, frente a obesas y controles, más patología en las escalas 1(Hs), 2(D), 3(Hy) y 4(Pd). Otros autores también encontraron elevaciones en las escalas 2(D), 4(Pd), 7 (Pt) y 8 (Sc), aunque las elevaciones clínicas solo se daban en la escala 2(D) (Hatsukami, Owen, Pyle y Mitchell 1982, Pyle, Mitchell y Lokert 1981). Cumella, Wall y Kerr (1999) encontraron que dos tercios de las pacientes con trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) puntuaban alto en las escalas Hs, D, Hy, y Si, e

indicaron la existencia de impulsividad en el grupo con BN. Harju y Bolen (1996) hallaron en el grupo con BN puntuaciones más elevadas que en el control y en el de anoréxicas en todas las escalas del MMPI, excepto la 5(Mf) y 9(Ma), mientras que Prior y Wiederman (1996) no encontraron diferencias entre pacientes con AN y BN. Hurt *et al.* (1997) estudiaron muestras de USA y Francia y hallaron más psicopatología en las pacientes con ANB que en las que padecían BN o ANR. En nuestro país no conocemos estudios sobre el MMPI en los trastornos alimentarios.

Schork, Eckert y Halmi (1994) hallaron una relación positiva entre la patología alimentaria y las escalas clínicas del MMPI y encontraron peor pronóstico en las pacientes con más psicopatología en el MMPI, destacando la utilidad de este instrumento en estos trastornos.

El objetivo de este trabajo es estudiar la psicopatología, evaluada con el MMPI, en pacientes ambulatorias (sin severa desnutrición) con anorexia nerviosa restrictiva, anorexia bulímica y bulimia, comparadas con un grupo control sin patología.

Método

Muestra

La muestra estaba compuesta por 112 mujeres con un trastorno alimentario derivadas de la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia de Euskadi (ACABE). Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes: diagnóstico del trastorno alimentario según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV; American Psychiatric Association 1994), edad 14-33 años y un

mínimo de 6 meses de enfermedad. Los criterios de exclusión fueron: estar recibiendo tratamiento psicoterapéutico y/o requerir ingreso hospitalario. La muestra quedó distribuida de la siguiente manera: 24 (21,4%) pacientes fueron clasificadas como anorexia nerviosa restrictiva (ANR), 35 (31,3%) como anorexia nerviosa subtipo bulímico (ANB) y 53 (47,3%) como bulimia nerviosa purgativa (BN). El grupo control fue reclutado de la población general y fue homogéneo con las pacientes en las características socio-demográficas de sexo, edad, medio y estudios. Dicho grupo control estaba formado por 34 mujeres, excluyendo a profesionales y estudiantes de psicología y ciencias de la salud. La muestra total (N = 146) era de medio urbano (93,30%), solteras (92,25%), estudiantes (82,1%). Algunas de las cuales estudiaban bachiller (43,2%) y otras en la universidad (32,4%). Los criterios de selección del grupo control fueron: que no tuvieran conductas purgativas, atracones o dietas y que puntuaran menos de 6 en el General Health Questionnaire-28 (Goldberg y Hillier 1979) y menos de 30 en el Eating Attitudes Test (Garner y Garfinkel 1979). Los sujetos participaron voluntariamente después de obtener el consentimiento informado. Las características de la muestra son descritas en la tabla I.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Se recogieron las variables sociodemográficas, con un escala “ad-hoc”.

- Eating Attitudes Test (EAT) (Garner y Garfinkel 1979) prueba autoaplicada de 40 ítems que evalúa las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, peso y ejercicio. El punto de corte utilizado es 30.

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Manual revisited (MMPI) (Hathaway y McKinney 1951). Para el criterio de normalidad hemos utilizado las puntuaciones tipificadas para población española que considera las puntuaciones de las escalas cercanas a 50 T como normales, y puntuaciones de o sobre 70 T patológicas en las escalas clínicas, excepto en Mf (T = 30). Las escalas clínicas son definidas de la siguiente manera: Hipocondrías (Hs), Depresión (D), Histeria (Hy), Desviación psicopática (Pd), Masculinidad-femineidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc), Manía (Ma), e Introversión social (Si). Los factores de segundo orden son: Fuerza del Yo (Es) (patológico T = 30: a mayor puntuación, mayor integración personal y cohesión de la estructura de la personalidad). Dependencia (Dy): a mayor puntuación mayor necesidad de dependencia

Tabla I
Características de la muestra por grupos

	Anorexia Nerviosa Restrictiva n = 24		Anorexia Bulímica n = 35		Bulimia Nerviosa n = 53		Control n = 34	
	Media	D.t.	Media	D.t.	Media	D.t.	Media	D.t.
Edad	20,63	6,36	20,63	5,19	22,85	5,27	22,85	5,35
Edad de inicio enfermedad	16,71	3,03	16,91	3,77	17,89	4,09		
Meses de enfermedad	46,80	53,30	41,66	40,16	58,72	48,33		
IMC	16,39	1,64	17,05	1,06	22,48	3,72	21,90	2,15
EAT	60,17	17,37	62,49	16,6	51,21	14,75	9,52	6,41

IMC = Índice de masa corporal.

EAT = Eating Attitude Test.

(patológico T = 70). Dominancia (Do) (patológico T = 30): A mayor puntuación mayor iniciativa social. Responsabilidad (Re) (patológico T = 30): A mayor puntuación, mayor responsabilidad e integridad. Control (Cn) (patológico T = 30): A mayor puntuación, mayor control de su personalidad. Las escalas adicionales son: Neuroticismo (Ne), Psicoticismo (Ps) e Introversión (In).

- General Health Questionnaire (GHQ-28) (Goldberg y Hillier 1979), Cuestionario autoaplicado de 28 ítems, sirve para evaluar el estado general de salud mental.

- Beck Depression Inventory (BDI) (Beck *et al.* 1961) versión de 21 ítems.

Procedimiento

Las pacientes fueron evaluados consecutivamente, según nos las enviaban de ACABE. Cuatro psicólogas entrenadas en la administración de las pruebas, evaluaron a las pacientes para recoger información sobre la historia de la enfermedad, peso y altura. Después administraron las escalas de síntomas y realizaron el diagnóstico según criterios DSM-IV (APA 1994). A los padres se les recogió información sobre variables sociodemográficas, clínicas e historia de la enfermedad.

Los análisis estadísticos empleados han sido: prueba de Kolmogorov-Smirnov para estudiar la distribución de las variables, análisis multivariado de la varianza (MANOVA), análisis multivariado de la covarianza (MANCOVA) con el ajuste de intervalo de confianza de Bonferroni, análisis de la varianza de un factor (ANOVA) con comparaciones múltiples “post hoc” de Scheffé, y chi-cuadrado. Los análisis fueron realizados con paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V. 10.

Resultados

Viendo que la distribución de las variables a estudio era normal, fue realizado un análisis multivariado de la varianza (MANOVA) con las escalas L, F, K y las clínicas del MMPI. Cuando la variable grupo fue introducida como un factor intergrupos, el efecto global de grupo fue significativo [*Lambda de Wilks* = 0,386, $F(42.000) = 3.449$, $p < 0,0001$].

Como la literatura sugiere que la depresión puede influenciar dimensiones de la personalidad (Casper, *et al.* 1992), realizamos análisis multivariantes de la covarianza (MANCOVA) con el ajuste de intervalo de Bonferroni para determinar qué diferencias entre los grupos se mantenían significativas en las escalas del MMPI una vez fueron introducidas las puntuaciones del BDI en el modelo, y el efecto global de grupo permaneció significativo [*Lambda de Wilks* = 0,510, $F(56.000) = 1.634$, $p = 0,004$].

No fueron halladas diferencias entre los grupos de trastorno alimentario en la duración de la enfermedad y la edad de aparición del trastorno. Para estudiar si existían diferencias entre los grupos ANR, ANB, BN y CN en las escalas del MMPI, realizamos un análisis univariado de la varianza (ANOVA). Podemos observar en la tabla II que existe relación entre escalas clínicas y los grupos. Ahora bien, al realizar comparaciones múltiples con la prueba “post hoc” de Scheffé, podemos observar diferencias significativas entre los grupos: Control vs. ANR en las escalas D ($p = 0,001$) y Hy ($p < 0,0001$); Control vs. ANB en las escalas F, K, D, Hy y Si ($p < 0,0001$), y en Pd ($p < 0,010$); Control vs. BN en F ($p = 0,003$), K ($p = 0,020$), D y Hy ($p < 0,0001$), Pd ($p = 0,005$); entre los grupos ANR vs. ANB en las escalas D ($p = 0,027$) y Si ($p = 0,019$); entre los grupos ANB vs. BN en Si ($p = 0,024$).

Tabla II
Puntuaciones en las escalas clínicas del MMPI por grupo

		N	Media	D.t.	gl	F	Sig.
L	ANR	24	47,38	5,40	3	2,483	0,063
	ANB	35	43,23	7,65			
	BN	53	45,51	8,00			
	CONTROL	34	47,76	8,07			
	Total	146	45,79	7,68			
F	ANR	24	10,58	7,74	3	8,540	0,000
	ANB	35	15,03	6,16			
	BN	53	13,28	6,65			
	CONTROL	34	7,79	5,22			
	Total	146	11,98	6,91			
K	ANR	24	13,08	4,23	3	8,557	0,000
	ANB	35	10,00	3,39			
	BN	53	12,42	3,89			
	CONTROL	34	15,38	6,07			
	Total	146	12,64	4,78			
Hs	ANR	24	53,96	17,28	3	2,168	0,094
	ANB	35	58,23	15,04			
	BN	53	59,43	14,78			
	CONTROL	34	52,21	10,14			
	Total	146	56,56	14,54			
D	ANR	24	62,88	16,79	3	25,250	0,000
	ANB	35	72,51	10,49			
	BN	53	67,68	11,42			
	CONTROL	34	49,35	9,24			
	Total	146	63,78	14,48			
Hy	ANR	24	62,54	9,59	3	17,071	0,000
	ANB	35	62,54	11,09			
	BN	53	64,55	9,94			
	CONTROL	34	50,09	7,53			
	Total	146	60,37	11,17			
Pd	ANR	24	52,88	13,38	3	6,585	0,000
	ANB	35	60,09	10,66			
	BN	53	59,85	11,21			
	CONTROL	34	51,03	8,76			
	Total	146	56,71	11,57			
Mf	ANR	24	49,92	11,96	3	1,197	0,313
	ANB	35	46,46	8,66			
	BN	53	47,11	10,33			
	CONTROL	34	50,53	12,77			
	Total	146	48,21	10,89			
Pa	ANR	24	57,58	11,45	3	14,874	0,000
	ANB	35	62,40	11,00			
	BN	53	61,36	9,73			
	CONTROL	34	48,50	7,35			
	Total	146	57,99	11,20			
Pt	ANR	24	47,46	19,48	3	3,226	0,024
	ANB	35	55,34	13,09			
	BN	53	54,91	16,74			
	CONTROL	34	47,38	5,71			
	Total	146	52,03	14,92			

Tabla II
Puntuaciones en las escalas clínicas del MMPI por grupo (continuación)

		N	Media	D.t.	gl	F	Sig.
Sc	ANR	24	49,46	20,42	3	3,389	0,020
	ANB	35	56,54	14,08			
	BN	53	54,91	15,79			
	CONTROL	34	46,68	8,15			
	Total	146	52,49	15,25			
Ma	ANR	24	43,79	13,48	3	1,912	0,130
	ANB	35	47,71	11,64			
	BN	53	49,66	11,00			
	CONTROL	34	45,21	10,06			
	Total	146	47,19	11,50			
Si	ANR	24	52,63	10,18	3	8,839	0,000
	ANB	35	61,80	10,04			
	BN	53	54,45	11,65			
	CONTROL	34	48,68	10,66			
	Total	146	54,57	11,66			

Hs = Hipocondríasis.

D = Depresión.

Hy = Histeria.

Pd = Desviación psicopática.

Mf = Masculinidad-feminidad.

Pa = Paranoia.

Pt = Psicastenia.

Sc = Esquizofrenia.

Ma = Manía.

Si = Introversión social.

ANR = Anorexia nerviosa restrictiva.

ANB = Anorexia bulímica.

BN = Bulimia.

Un análisis multivariado de la varianza (MANOVA) fue realizado con los factores de segundo orden y escalas adicionales. Cuando la variable grupo fue introducida como un factor intergrupos, el efecto global de grupo fue significativo [Lambda de Wilks = 0,543, $F(24.000) = 3.834$, $p < ,0001$].

La tabla III muestra las diferencias entre los grupos cuando realizamos análisis univariado de la varianza (ANOVA), pero al realizar comparaciones múltiples con la prueba "post hoc" de Scheffé, vemos que las diferencias significativas fueron halladas entre los grupos: Control vs. ANR en Es ($p = 0,010$), y Dy ($p = 0,001$) y Ne ($p = 0,026$); Control vs. ANB: Es, Dy, Do, Ne y In ($p < 0,0001$) y Cn ($p = 0,023$); control vs. BN:

Es, Dy y Ne ($p < 0,0001$), Do ($p = 0,002$), Cn ($p = 0,008$), Ps ($p = 0,041$), e In ($p = 0,016$); entre los grupos ANR vs. ANB en las escalas Dy ($p = 0,010$) y Do ($p = 0,017$); entre los grupos ANB vs. BN en Dy ($p = 0,025$); Do ($p = 0,029$); In ($p = 0,046$).

Finalmente, hemos comparado los 4 grupos en las variables dicotomizadas patológico/no patológico (9 escalas clínicas del MMPI, en las escalas clínicas la T 70, y en Mf la T 30) y hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre ellos en varias escalas: D ($\chi^2 = 33,068$, $gl = 3$, $p < 0,0001$), Hy ($\chi^2 = 13,313$, $gl = 3$, $p = 0,004$), Pa ($\chi^2 = 8,636$, $gl = 3$, $p = 0,035$), Pt ($\chi^2 = 8,009$, $gl = 3$, $p = 0,046$) y Sc ($\chi^2 = 8,112$, $gl = 3$, $p = 0,044$). Fueron realizadas compara-

Tabla III
Factores del Segundo Orden y escalas adicionales del MMPI por grupo

		N	Media	D.t.	gl	F	Sig.
Es	ANR	24	45,13	13,25	3	16,129	0,000
	ANB	35	37,26	11,06			
	BN	53	43,49	10,31			
	CONTROL	34	55,03	9,24			
	Total	146	44,95	12,37			
Dy	ANR	24	55,79	9,97	3	24,952	0,000
	ANB	35	64,06	8,08			
	BN	53	57,94	8,82			
	CONTROL	34	45,59	9,72			
	Total	146	56,18	11,09			
Do	ANR	24	49,63	10,93	3	13,913	0,000
	ANB	35	41,91	8,43			
	BN	53	47,85	9,05			
	CONTROL	34	55,74	7,74			
	Total	146	48,55	10,09			
Re	ANR	24	49,54	8,95	3	1,971	0,121
	ANB	35	44,20	11,82			
	BN	53	47,45	9,80			
	CONTROL	34	49,47	9,76			
	Total	146	47,49	10,29			
Cn	ANR	24	55,50	7,86	3	4,895	0,003
	ANB	35	58,46	9,10			
	BN	53	58,57	8,36			
	CONTROL	34	51,97	8,86			
	Total	146	56,50	8,92			
Ne	ANR	24	60,96	15,11	3	10,920	0,000
	ANB	35	64,56	13,07			
	BN	53	65,19	11,97			
	CONTROL	34	51,13	7,40			
	Total	146	61,07	13,13			
Ps	ANR	24	44,95	16,33	3	4,367	0,006
	ANB	35	52,15	12,13			
	BN	53	52,27	13,49			
	CONTROL	34	44,17	8,02			
	Total	146	49,15	13,08			
In	ANR	24	54,96	12,95	3	10,494	0,000
	ANB	35	63,80	10,94			
	BN	53	56,70	12,09			
	CONTROL	34	48,51	9,31			
	Total	146	56,21	12,45			

Es = Fuerza del yo.

Dy = Dependencia.

Do = Dominancia.

Re = Responsabilidad.

Cn = Control.

Ne = Neuroticismo.

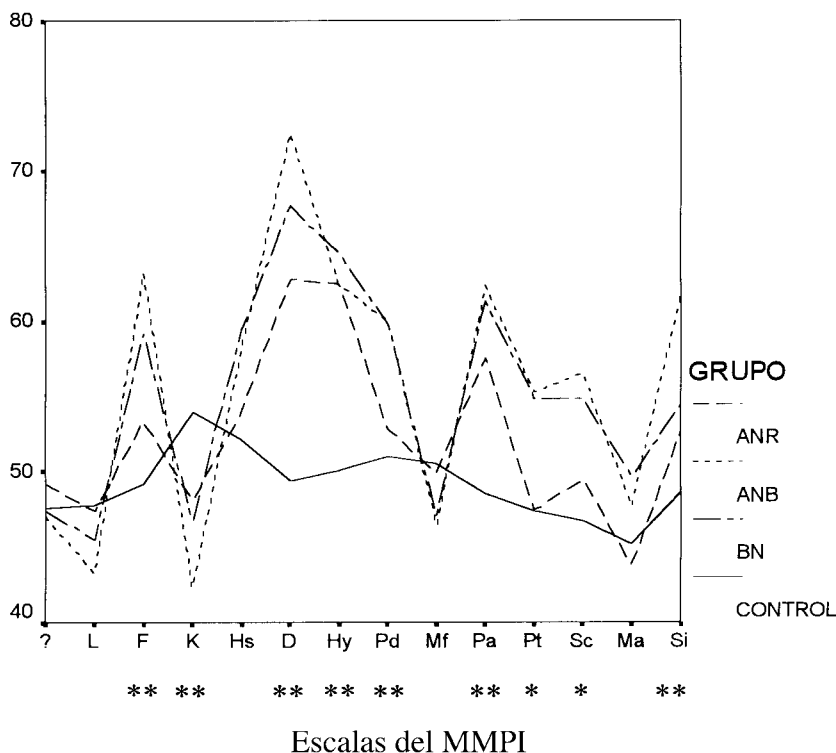
Ps = Psicoticismo.

In = Introversión sistemática.

ANR = Anorexia nerviosa restrictiva.

ANB = Anorexia bulímica.

BN = Bulimia.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Figura 1. Perfiles del MMPI en los 4 grupos.

ciones múltiples por pares usando la corrección de Bonferroni, el nivel alfa fue $p = 0,0083$ (0,05/6), hallando diferencias significativas entre los grupos BN vs. control: D y Hy ($p < 0,0001$), Pa, Pt y Sc ($p = 0,003$). Entre ANB vs. control: D ($p < 0,0001$), Hy ($p = 0,001$), Pa ($p = 0,008$). Entre ANR vs. control: D ($p < 0,0001$); las escalas Hy y Sc estuvieron cerca de la significación ($p = 0,009$).

En los factores de segundo orden dicotomizados: (Dy = 70) y los demás factores de segundo orden (T = 30) hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre

los grupos en las escalas Es ($\chi^2 = 11,485$, gl 3, $p = 0,009$) y Dy ($\chi^2 = 14,116$, gl 3, $p = 0,003$). Al repetir el análisis de la chi cuadrado con los 3 grupos de patología no hallamos diferencias significativas entre los grupos, excepto en Dy ($\chi^2 = 8,519$, gl 2, $p = 0,014$). También fueron realizadas comparaciones por pares usando la corrección de Bonferroni, nivel alfa fue $p = 0,0083$ (0,05/6), hallando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ANB vs. Control: Es ($p = 0,001$) y Dy ($p = 0,006$); y entre los grupos ANB vs. BN: Dy ($p = 0,006$) con menos Fuerza del Yo y mayor Dependencia en el grupo ANB.

Discusión

La mayoría de los autores citados hallaron puntuaciones más elevadas en la escala D en pacientes con un trastorno alimentario frente al grupo control, confirmando la relación entre trastorno alimentarios y sintomatología depresiva. Las elevaciones de la escala Hy (refleja molestias físicas, irritación y problemas familiares) ha sido también hallada por Willianson *et al.* (1985) y Schork *et al.* (1994). En las pacientes con ANB y BN destaca también las puntuaciones más elevadas en las escalas F (refleja actitudes arrogantes, inestables, insatisfechas, rebeldes, y distres) y K (refleja actitud defensiva). Estos resultados concuerdan con la afirmación de Hurt *et al.* (1997) de que en los TA, especialmente en las pacientes con conductas bulímicas, la psicopatología refleja características de rasgo y un índice de severidad de estrés. Las puntuaciones elevadas en Pd (refleja rebelión, impulsividad, pobre juicio interpersonal, alineación social y poca responsabilidad) en las pacientes con ANB y BN coincide con estudios previos (Casper *et al.* 1992, Hurt *et al.* 1997, Vitousek y Manke 1994, Shisslak *et al.* 1990, Sohlberg y Strober 1994). Nuestros resultados sugieren que las pacientes con ANR son un grupo más homogéneo comparado con las anoréxicas bulímicas y las bulímicas, que tienden a tener una amplia variación de características de personalidad y más severa psicopatología. Nuestros resultados son semejantes a los de otros autores (Hurt *et al.* 1997, Cumella *et al.* 2000).

En el grupo ANB hallamos también puntuaciones más elevadas en Si (refleja timidez, inseguridad, rigidez, control y frustración en las relaciones interpersonales) frente a los otros tres grupos, y más elevada en D frente al grupo ANR. El que aparezca más patología en el grupo de anoréxicas bulímicas y menos

en el de restrictivas también ha sido hallado por la mayoría de los autores antes citados.

Al estudiar las puntuaciones patológicas en el MMPI: 9 escalas clínicas y Dy (T 70), Mf y los demás factores de segundo orden T 30, hemos observado que cinco escalas diferencian a las pacientes con bulimia nerviosa frente a las controles: D, Hy, Pa, Pt y Sc, dos de ellas de la tríada neurótica (D, Hy) y las otras tres de la tétrada psicótica (Pa, Pt, Sc). Las anoréxicas bulímicas presentan más patología que las controles en las escalas D, Hy, Pa, Es, y Dy; mientras que el grupo ANR presenta más patología en la escala D. Lo cual muestra que los TA presentan una patología variada y grave en muchos casos, especialmente en las pacientes con conductas bulímicas. Schork *et al.* (1994) encontraron también más psicopatología en las anoréxicas frente a los controles en 5 escalas: 4 iguales a las halladas por nosotros. En las bulímicas hallaron resultados semejantes, pero menos robustos. Biederman *et al.* (1986) compararon anoréxicas y controles y encontraron diferencias significativas en 7 escalas clínicas.

Schork *et al.* (1994), y Pryor y Wiederman (1996) no hallaron diferencias entre los grupos de anorexia y bulimia. Nosotros únicamente hallamos que las anoréxicas bulímicas son más tímidas, inseguras y rígidas (Si) que las bulímicas. Es importante subrayar que no hallamos diferencias significativas entre los grupos de TA, en relación con la edad de aparición del trastorno y duración del mismo, resultados semejantes fueron hallados por Salvemini *et al.* (2000).

En los factores de segundo orden y escalas adicionales, vemos que las pacientes con TA muestran un yo más débil, son más dependientes y tienen puntuaciones más elevadas en neuroticismo que las controles, Biederman *et al.* (1986) hallaron también

puntuaciones más bajas en Es en las anoréxicas frente a las controles. Respecto a las pacientes con conductas bulímicas (ANB y BN) el hecho de tener una baja iniciativa, poco control y ser más introvertidas también las diferencia de las controles. Las bulímicas además puntúan más alto en psicoticismo que las controles.

Al comparar las pacientes con TA en los factores de segundo orden y escalas adicionales, vemos que las anoréxicas bulímicas se caracterizan por ser más dependientes y tener menos iniciativa social que las anoréxicas restrictivas y las bulímicas. Comparadas con las bulímicas, las anoréxicas bulímicas son más introvertidas, dependientes y tienen un yo más débil. Todo lo cual está relacionado con los resultados hallados en las escalas clínicas, en el sentido de presentar más patología las pacientes con conductas bulímicas, lo cual refuerza el hallazgo de que las anoréxicas bulímicas padecen trastornos más serios.

En relación con las implicaciones clínicas de la psicopatología en TA, algunos autores han comentado que pacientes con TA con psicopatología severa y trastornos de la personalidad tienen peor pronóstico para el tratamiento, y una mayor tasa de abandonos (Carroll, Touyz y Beaumont 1996, Edwin, Andersen y Rosell 1988, Schork, Eckert y Halmi 1994). Sohlberg and Norring (1995) hallaron que las bulímicas que mejoran más en la fuerza del yo dejaban antes de vomitar. Steiger *et al.* (1993) hallaron, en bulímicas, que la distinción borderline/noborderline predecía síntomas y rasgos comórbidos, independientemente de la severidad de la BN antes y después de la terapia. Una razón importante para evaluar variables psicopatológicas y de personalidad en los TA es la de ayudar en la identificación de pacientes con pronóstico pobre.

Steiger y Stotland (1996) añadieron que, en los TA, cambios en los problemas psiquiátricos podrían ser alcanzados con terapias de larga duración. Mientras que Williamson *et al.* (1985) sugerían, refiriéndose a las pacientes bulímicas, que intervenciones en los TA deberían ser complementadas con otras intervenciones que incidan en los componentes afectivos y cognitivos de estos síndromes.

Nuestros hallazgos confirman a estos autores y sugieren la necesidad de ofrecer terapias de larga duración, especialmente en pacientes con conductas bulímicas, añadidas a tratamientos focalizados en la conducta alimentaria. En pacientes con ANB la alta introversión y baja dominancia hallada sugiere la indicación de terapia individual, pues una relación dual puede ser menos peligrosa que un grupo.

En nuestro país, las terapias de larga duración no son ofrecidas en los servicios públicos. Servicios públicos especializados en trastornos alimentarios, podrían ofrecer el acceso a recursos terapéuticos alternativos para evitar la cronicidad en estas pacientes.

Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), Washington D.C., 1994.

BECK, A.T., WARD, C.M., MENDELSON, M., MOCK, J.E., ERBAUN, J.K. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571, 1961.

BIEDERMAN, J., HABELOW, W., RIVINIUS, T., HARMATZ, J., WISE, J. MMPI profiles in anorexia nervosa patients with and without major depression. *Psychiatry Research*, 19, 147-154, 1986.

CARROLL, J.M., TOUYZ, S.W., BEUMONT, P.J.V. Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 159-170, 1996.

- CASPER, R.C., HEDEKER, D., McCLOUGH, J.F. Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 830-840, 1992.
- CUMELLA, E.J., WALL, A.D., KERR-ALMEIDA, N. MMPI-A in the inpatient assessment of adolescents with eating disorders. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 31-44, 1999.
- CUMELLA, E.J., WALL, A.D., KERR-ALMEIDA, N. MMPI-2 in the inpatient assessment of women with eating disorders. *Journal of Personality Assessment*, 75(3), 387-403, 2000.
- DANCYGER, I.F., SUNDAY, S.R., HALMI, K.A. Depression modulate non-eating-disordered psychopathology in eating disordered patients. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 5(1), 59-68, 1997.
- EDWIN, D., ANDERSEN, A.E., ROSELL, F. Outcome prediction by MMPI in subtypes of anorexia nervosa. *Psychosomatics*, 29(3), 273-282, 1988.
- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E. The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279, 1979.
- GOLDBERG, D., HILLIER, V.F. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145, 1979.
- GOODWIN, R., ANDERSEN, A.E. The MMPI in three groups of patients with significant weight loss. *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 6, 188-203, 1984.
- HARJU, B., BOLEN, L.M. Personality profiles of bulimia and recovery clients. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 10(2), 455-464, 1995.
- HATHAWAY, S.R., McKINLEY, J.C. *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Manual revised*. New York: The Psychological Corporation, 1951.
- HATSUKAMI, D., OWEN, P., PYLE, R., MITCHELL, J. Similarities and differences on the MMPI between women with bulimia and women with alcohol or drug abuse problems. *Addictive behaviors*, 7, 435-439, 1982.
- HENDREN, R.L. Depression in anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child Psychology*, 22, 59-66, 1983.
- HURT, S.W., BRUN-EBÉRENTZ, A., COMMERCORBORD, M.C., SAMUEL LAJEUNESSE, B., HALMI, K.A. A comparison of psychopathology in eating disorder patients from France and United States. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 153-158, 1997.
- KEYS, A., BROZEK, J., HENSCHER, A., MICKELSEN, O., TAYLOR, H.L. *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950.
- NORMAN, D.K., HERZOG, D.B. Bulimia, anorexia nervosa, and anorexia nervosa with bulimia: A comparative analysis of MMPI profiles. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 43-52, 1983.
- PRYOR, T., WIEDERMAN, M.W. Use of the MMPI-2 in the outpatient assessment of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 66(2), 363-373, 1996.
- PYLE, R.L., MITCHELL, J.E., LOKERT, E.D. Bulimia: Report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 60-64, 1981.
- SALVEMINI, V., BERNA, G., FOCA, F., INDRINI, M., AMMARTINO, F., SPINOSA, L., TULLI, F. Differences and similarities in the personality structure of 327 women with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 5(2), 108-115, 2000.
- SCHORK, E.J., ECKERT, E.D., HALMI, K.A. The relationship between psychopathology, eating disorder diagnosis, and clinical outcome at 10-year follow-up in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 35(2), 113-123, 1994.
- SHISLAK, C.M., PAZDA, S.L., CRAGO, M. Body weight and bulimia as discrimination of psychological characteristics among anorexic, bulimic and obese women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 380-384, 1990.
- SMALL, A.C., MADERO, J., GROSS, H., TEAGNO, L., LEIB, J., EBERT, M.A. A comparative analysis of primary anorexics and schizophrenics on the MMPI. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 733-736, 1981.
- SOHLBERG, S., STROBER, M. Personality in anorexia nervosa: An update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 378(supl), 1-15, 1994.
- SOHLBERG, S., NORRING, C. Co-occurrence of ego function change and symptomatic change in bulimia nervosa: A six-year interview-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 13-26, 1995.
- STEIGER, H., LEUNG, F., THIBANDEAU, J., HOULE, L., GHADIRIAN, A.M. Comorbid features in bulimics before and after therapy: Are they explained by axis II diagnose, secondary effects of bulimia or both?. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 45-53, 1993.
- STEIGER, H., STOTLAND, S. Prospective study of outcome in bulimics as a function of axis-II comorbidity: Long-term responses on eating and psychiatric symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 149-161, 1996.

STROBER, M. Personality factors in anorexia nervosa. *Paediatrician*, 12, 134-138, 1983.

WILLIANSO, D.A., KELLEY, M.L., DAVIS, C.J., RUGGIERO, L., BLOUIN, D.C. Psychopathology of eating disorders: A controlled comparison of bulimic, obese and normal subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(2),161-166, 1985.

VITOUSEK, K., MANKE, F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa an bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1): 137-147, 1994.

Dirección para correspondencia:

Alberto Espina

e-mail: ptpeseia@ss.ehu.es

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

Hospital Marítimo

C/ del Sanatorio s/n.

29.620 Torremolinos

Málaga

ESPAÑA