

Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: uso del Mini-Mult en la valoración de pacientes externas con trastorno alimentario

F. López Seco*, J. L. González Molinero**, B. Tárrega Esteller***

Psiquis, 2003; 24 (5): 236-244

Resumen

Examinamos características de personalidad de 32 adolescentes con trastorno alimentario (según criterios de la CIE-10) al inicio del tratamiento en el Centro de Salud Mental Infanto- Juvenil. En la admisión se les aplicaron los siguientes cuestionarios: Mini- Mult, EDI, EAT-40, BITE. Analizamos los datos usando el SPSS versión 9.0. Los cuatro grupos muestran perturbaciones importantes demostradas por elevaciones en las escalas 2(D) y 4(Pd). Las pacientes bulímicas puntúan más alto en las escalas del Mini- Mult. Se discuten los resultados en relación a la investigación revisada.

Palabras clave: Trastornos de la alimentación. Personalidad. Mini- Mult.

Abstract

Personality and eating disorders: use of the Mini-Mult in the outpatient assessment of patients with eating disorders

We examined personality characteristics of 32 adolescent patients with eating disorders (according CIE- 10 criteria) at admission for treatment in the Child and Adolescent Mental- Health Center. They were given some questionnaires: Mini- Mult, EDI, EAT- 40. BITE. We analysed the information using the SPSS 9.0 version The four groups groups shared a important disturbance demonstrated by common elevations on scales 2 (D), 4(Pd) and a high general profile. Bulimic patients scored higher than anorexic patients on the Mini-Mult Scales. Results are discused with regard to revised research.

Key words: Eating Disorders. Personality. Mini- Mult.

* Psicólogo Clínico del CSMIJ

** Coordinador del CSMIJ

*** Psicóloga Clínica del CSMIJ

Introducción

La etiología multifactorial de los trastornos de la conducta alimentaria ha permitido detectar factores biológicos, psicológicos, familiares y culturales que influyen en la evolución del mismo. Uno de esos factores es la personalidad. Ya en las primeras descripciones de Janet hablaba de la anorexia histérica y la anorexia obsesiva (1).

El estudio de los factores de personalidad en ado-

lescentes que tienen este diagnóstico nos puede ayudar a conocer algo más sobre la génesis de los trastornos alimentarios y su influencia en el pronóstico; ya que parece ser uno de los factores relacionados con el curso (2), aunque otros estudios lo relacionan más con el curso del funcionamiento general que con el curso del trastorno alimentario.

La relación entre trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos de la personalidad (TP) se revisa en el siguiente resumen:

Estudio/Autor	Resultados
<p>Grilo 2002 (3)</p> <p>Westen & Harnden-Fischer 2001 (4)</p>	<p>La anorexia nerviosa (AN) se asocia a TP de tipo obsesivo y perfeccionista y la Bulimia nerviosa (BN) a Trastornos de tipo impulsivo/ inestable</p> <p>Categorizan las pacientes con TCA de su muestra en tres grupos en función de sus rasgos de personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo perfeccionista de alto funcionamiento • Grupo restringido/ sobrecontrolado (evitador). • Grupo emocionalmente desajustado/ bajo autocontrol.
<p>Matsunaga et al 2000 (5)</p>	<p>Pacientes recuperadas de TCA</p> <p>El cluster B son los TP que más se asociaban a la BN.</p> <p>26% de la muestra cumplía criterios de al menos un TP al año de la recuperación.</p>
<p>Díaz- Marsa et al 2000 (6)</p>	<p>Un TP comórbido aparecía en el 61,8% de los pacientes con TCA. El TP por evitación (y en general el Cluster C) se encontró con más frecuencia en la AN y el TP borderline en la BN y la AN- purgativa.</p> <p>En la AN los rasgos de la personalidad más sobresalientes eran la perseverancia y en la BN la evitación del malestar y la impulsividad. Ambos grupos obtenían altas puntuaciones en neuroticismo.</p>
<p>Rosenvinge et al. 2000. Meta-análisis (7)</p>	<p>La comorbilidad es mayor en pacientes con TCA que en el resto de los grupos comparados (proporción 0,58)</p> <p>En BN era frecuente un diagnóstico del Cluster B y en especial el TP límite. En la AN eran más frecuentes diagnósticos del Cluster C.</p>
<p>Zaider et al 2000 (8) (Adolescentes)</p>	<p>La distimia y el TP obsesiva eran los diagnósticos comorbidos que mejor predecían (mayor probabilidad) síntomas de TCA.</p> <p>A diferencia de estudios con adultos la distimia se asocia con más intensidad que la depresión mayor.</p>
<p>Gillberg et al. 1995(9)</p> <p>Braun, Sunday & Halmi (10) 1994</p> <p>Skodol et al. 1993 (11)</p>	<p>Las pacientes recuperadas de AN sufrían restricciones en la esfera social en la línea de los TP y trastornos de la empatía. Eran más comunes los TP obsesivos y de evitación.</p> <p>El 81,9% de las pacientes de la muestra con TCA tenía trastornos del eje I asociados.</p> <p>El 69% cumplía criterios de al menos un TP. De estos el 93% tenía trastornos asociados del eje I (y con más probabilidad trastornos afectivos y de consumo de sustancias).</p> <p>BN se asocia a TP borderline y AN a TP evitativo.</p>
<p>Selvini et al. (12)</p>	<p>Distingue cuatro subtipos (que requieren terapias diferentes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependiente. AN-R. Rol sexual infantil, relación estrecha con la madre, rígida voluntad de autonomía, apego ansioso- ambivalente, baja autoestima. • Tipo borderline. AN-Purgativa. Perfil pasivo- agresivo, rol sexual seductor, poca adecuación escolar y laboral, rasgos borderline e histriónicos, desconfianza de la relación de apego ambivalente y desorganizada con la madre, rasgos prepsicóticos, mundo relacional de abandono y agresividad, abuso de sustancias y promiscuidad, sentimientos de depresión y angustia junto con sentimientos de excitación. • Tipo Obsesivo- compulsivo. Restrictivas, tendencia al control, aislamiento y autosuficiencia, apego esquivo, ambivalencia para mostrar necesidades, temor a la reprobación del entorno, presencia de distancia, incomunicación, inaccesibilidad. • Tipo narcisista. Mayor presencia de bulímicas, negatividad, hostilidad, ambivalencia, pasividad, rigidez e infantilismo respecto al rol sexual, aislamiento, egocentrismo, intolerancia a la crítica y al fracaso, dificultades para experimentar la empatía, control del entorno y de las relaciones. Encuentra una variante más autística con rasgos depresivos y la más paranoide.

Otros estudios encuentran asociación entre rasgos de personalidad y TCA: conductas evitativas en la anorexia (13), alexitimia (14, 15), elevado perfeccionismo (16), tendencia al autocastigo (17), baja fuerza del ego (18) y rasgos temperamentales como la dependencia del refuerzo en la Anorexia Nerviosa, la búsqueda de novedades en el caso de la bulimia y en ambas alta evitación del malestar (19).

Respecto a la influencia en el curso algunos de los trabajos asocian el TP al curso psiquiátrico general o al funcionamiento psicosocial (Grilo, 2002), a la evolución del propio TCA (Rosenvinge 2000), ambos (Skodol, 1993) o la propuesta de Gillberg (1995) que apunta que las características de la personalidad predicen la evolución y muestran más estabilidad temporal que el TCA. El TCA puede ser un trastorno del eje I que ocurre en el contexto vital de una persona con un trastorno del eje II.

Como sugiere Westen (2001); la categorización de pacientes con TCA en subgrupos que incluyan características de personalidad tiene un valor etiológico, pronóstico y terapéutico mejor que separar los diagnósticos en ejes I y II. Los TP deberían ser evaluados de manera rutinaria en los TCA, en especial en el caso de la BN. No está clara en la investigación la relación entre TP y TCA ni como los síntomas del TCA y los trastornos de la personalidad se relacionan de cara a la eficacia del tratamiento. En

conclusión encontramos que la comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los TCA es según los estudios muy alta (53- 93%), que la anorexia nerviosa se asocia a trastornos de la personalidad caracterizados por obsesividad y perfeccionismo (Cluster C) y la bulimia nerviosa con trastornos de inestabilidad e impulsividad (Cluster B). El trastorno por atracón se asocia a perturbaciones de la personalidad de tipo ansioso y evitativo. Además esta comorbilidad afecta o bien al curso del TCA o bien al curso psiquiátrico general y al funcionamiento psicosocial.

Instrumentos

La valoración de los rasgos de personalidad se realiza con el Mini- Mult (20, 21, 22) (Kincannon 1968).

La gravedad de la psicopatología alimentaria se evalúa con cuestionarios:

- Eating Attitudes Test, "EAT-40" (Garner y Garfinkel 1979). Cuestionario autoaplicado compuesto por 40 ítems que valoran síntomas comúnmente observados en los trastornos alimentarios. (23, 24, 25)
- Eating Disorders Inventory, "EDI" (Garner, Olmsted y Polivy, 1983). Cuestionario autoaplicado compuesto por 64 ítems. Evalúa rasgos psicológicos y de conducta asociados a los trastornos alimentarios. (26, 27)
- Bulimic Investigatory Test Edinburgh, "BITE" (Henderson y Freeman, 1987). Cuestionario autoaplicado compuesto de por 33 ítems que hacen referencia a síntomas y conductas bulímicas.

TABLA I

Puntuaciones de las escalas alimentarias del total de la muestra

Escalas	Media	Desviac. Típica
Impulso a Adelgazar	10,22	5,38
Bulimia	4,09	5,30
Insatisfacción corporal	16,67	9,58
Autoestima	9,90	7,10
Perfeccionismo.	5,90	4,41
Relaciones Interpersonales	6,54	4,82
Conciencia Interoceptiva.	9,45	6,88
Miedo a Madurar	7,16	4,42
TOTAL EDI	69,51	34,87
EAT	38,35	18,46
BITE	13,70	7,79
BITE- GRAVEDAD	6,25	5,43

IA= impulso a adelgazar, BUL= síntomas bulímicos, IC= insatisfacción corporal, AU= autoestima, P= perfeccionismo, RI= desconfianza interpersonal, CI= conciencia interoceptiva, MM= miedo a madurar, EDI= puntuación total del EDI, EAT- 40= puntuación del EAT- 40, BITE= Inventario de bulimia, BITE-G= puntuación de gravedad del BITE

Método

Treinta y dos pacientes mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria atendidas en el CSMIJ desde Noviembre de 1998 mediante el programa de tratamiento de los trastornos alimentarios (28). La descripción de la muestra:

- Ocho casos (25%) fueron diagnosticados con criterios de la CIE- 10 (29), de Anorexia nerviosa purgativa, doce (37,5%) de Anorexia restrictiva, ocho (25%) de Bulimia nerviosa y cuatro (12,5%) cumplían criterios de bulimia nerviosa sin conductas purgativas.
- Media de edad de 15,9 años (Sd=1,3; rango 13-18). El 75% de la muestra estaba entre los 16- 18 años y el 25% restante entre 13 -16 años.
- Media de evolución del trastorno de 1,8 años (Sd=1,1, rango 0,5- 5 años).

- 8 pacientes han recibido diagnósticos adicionales de trastorno de personalidad de inicio en la infancia y la adolescencia.

- Diecinueve de las pacientes (69,4%) tenía antecedentes psiquiátricos en la familia; siendo los más frecuentes por este orden los trastornos afectivos (15,6%), trastornos de ansiedad (9,4%) y en menor medida trastornos alimentarios, psicosis y trastornos de adaptación.

- Las puntuaciones medias en los test alimentarios se detallan en la Tabla I.

El análisis estadístico se realiza usando el SPSS 9.0. Se muestran los principales estadísticos descriptivos. Las diferencias entre grupos se analizan a través de la prueba de Mann-Whitney. Se muestran correlaciones bivariadas de Pearson entre los subtest.

Resultados

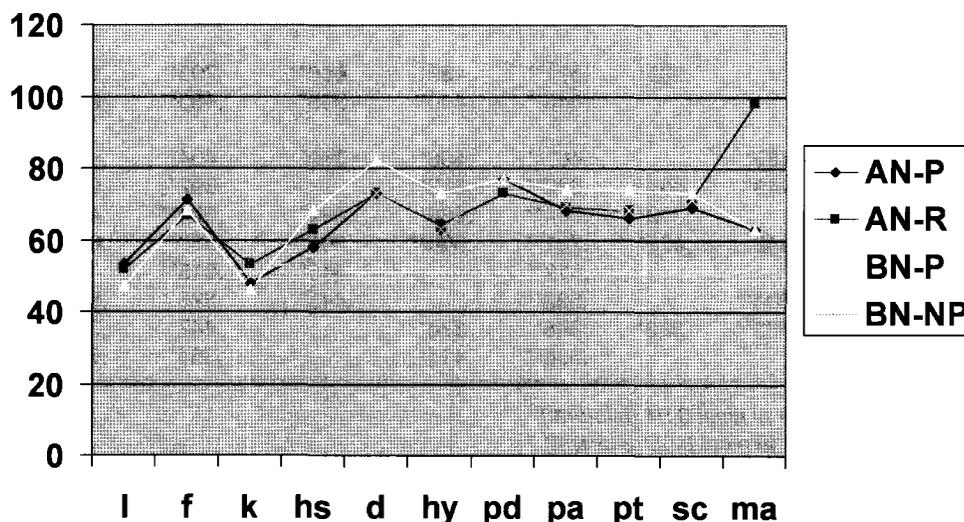
El perfil total obtenido, así como el de los distintos subgrupos se muestra en las gráficas 1 y 2. El gráfico 1 muestra los perfiles de los cuatro subgrupos diagnósticos y el gráfico 2 el perfil total de la muestra.

En las escalas de validez (L,F,K) se observa que los protocolos son válidos pero que sin embargo indica cierta resistencia a la valoración de la personalidad. En las escalas clínicas encontramos un

protocolo más elevado (más patológico) en el grupo de la bulimia completa (purgativa). En este grupo se elevan las escalas 24876 (depresión, desviación psicopática, esquizofrenia, psicastenia y paranoia). En el grupo de las diagnosticadas de anorexia purgativa también se elevan las escalas 2, 4 (depresión y desviación psicopática), pero con puntuaciones menos patológicas que las diagnosticadas de bulimia purgativa, en el resto de las escalas. Un perfil parecido es obtenido por las diagnosticadas de bulimia que no tienen comportamientos purgativos. Algo más diferenciado aparece el perfil de las anoréxicas restrictivas con elevación de las escalas 924 (hipomanía, depresión, desviación psicopática). El perfil elevado en 9 (hipomanía) podría mezclar elemento más megalomaniacos con la hiperactividad usual en la anorexia restrictiva. Sólo aparecen diferencias estadísticamente significativas en la escala K (P.025 bilateral): los subgrupos purgativos tienden a adoptar de manera significativa una postura menos defensiva a la hora de reconocer psicopatología, tienden a reconocer más psicopatología mientras que las diagnosticadas de anorexia restrictiva tienden a negarla. Las diagnosticadas de bulimia purgativa muestran un perfil patológico en todas las escalas, el subgrupo purgativo de la anorexia muestra rasgos más definidos: aislamiento, temor a involucrarse, falta de inteligencia social, inseguridad, ambivalencia entre la dependencia de

GRÁFICO I

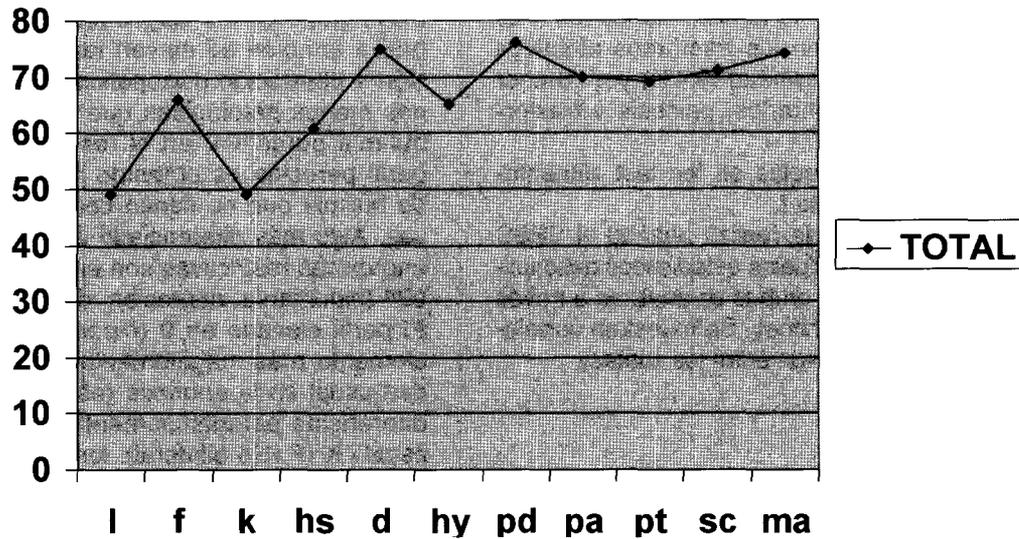
Perfiles de los subgrupos de anorexia nerviosa (restrictiva y purgativa) y bulimia nerviosa con conductas purgativas y sin conductas purgativas)



L= Sinceridad, F= fiabilidad, K= corrección (defensividad), Hs= Hipocondriasis, D= depresión, Hy= histeria, Pd= desviación psicopática, Pa= paranoia, Pt= Psicastenia (ansiedad, obsesividad, fobias), Sc= esquizofrenia, Ma= hipomanía. El punto de corte de la psicopatología es una puntuación típica de 70.

GRÁFICO II

Perfil total de la muestra



L= Sinceridad, F= fiabilidad, K= corrección (defensividad), Hs= Hipocondriasis, D= depresión, Hy= histeria, Pd= desviación psicopática, Pa= paranoia, Pt= Psicastenia (ansiedad, obsesividad, fobias), Sc= esquizofrenia, Ma= hipomanía. El punto de corte de la psicopatología es una puntuación típica de 70.

los demás y su propia auto afirmación, llegando a mostrar a veces un gran distanciamiento emocional,

inmadurez, conductas manipuladoras, hostilidad, dificultades sexuales (30).

TABLA II

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
IA		,457**			,505**		,492**	,538**		,50**	,339*
BUL											
IC		,637**		,382*	,671**	,433*	,680**	,705**	,511**	,697**	,379*
AU		-,390*			,643**	,440*	,395*	,489**	,682**	,611**	
P											
RI			-,425*		,487**	,406*	,369*	,404*	,505**	,464**	
CI			-,449*	,434*	,632**	,512**		,392*	,644**	,514**	
MM		,433*		,392*	,554**	,359*	,394*	,520**	,497**	,564**	
EDI-T		,391*	-,542	,425*	,721**	,508**	,506**	,637**	,641**	,709**	
EAT-40		,433*			,519**		,445*	,515**		,379*	
BITE	-,541**		-,504**		,522**		,445*	,526**	,528**	,489**	,493**
BITE-G		,438*	-,553**	,382*	,388*	,378*		,447*	,360*	,397*	,377*
CRONI					,536**	,411*		,354*	,663**	,375*	

* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

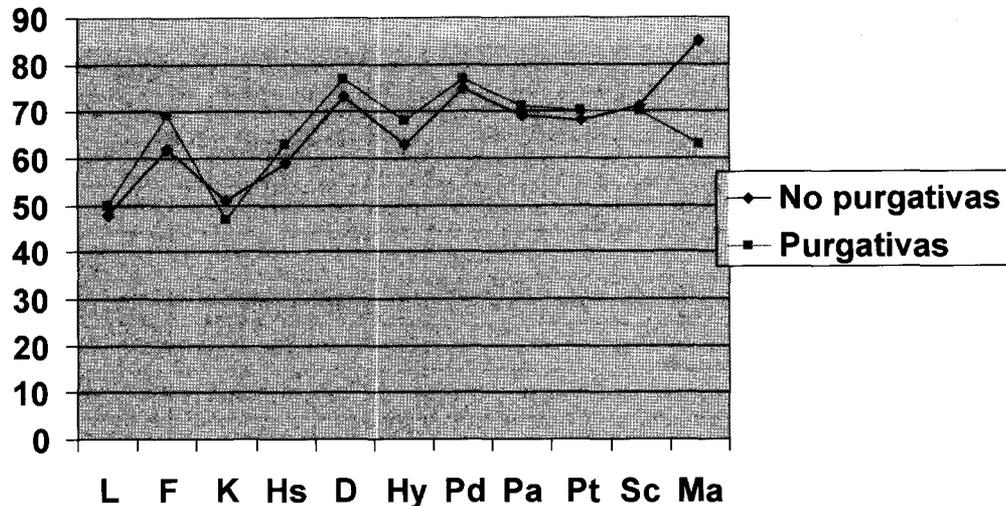
** La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

L= Sinceridad, F= fiabilidad, K= corrección (defensividad), Hs= Hipocondriasis, D= depresión, Hy= histeria, Pd= desviación psicopática, Pa= paranoia, Pt= Psicastenia (ansiedad, obsesividad, fobias), Sc= esquizofrenia, Ma= hipomanía.

IA= impulso a adelgazar, BUL= síntomas bulímicos, IC= insatisfacción corporal, AU= autoestima, P= perfeccionismo, RI= desconfianza interpersonal, CI= conciencia interoceptiva, MM= miedo a madurar, EDI= puntuación total del EDI, EAT- 40= puntuación del EAT- 40, BITE= Inventario de bulimia, BITE-G= puntuación de gravedad del BITE, CRONI= años de evolución del TCA.

GRÁFICO III

Comparación entre subgrupo purgativo y no purgativo



L= Sinceridad, F= fiabilidad, K= corrección (defensividad), Hs= Hipocondriasis, D= depresión, Hy= histeria, Pd= desviación psicopática, Pa= paranoia, Pt= Psicastenia (ansiedad, obsesividad, fobias), Sc= esquizofrenia, Ma= hipomanía. El punto de corte psicopatológico es una puntuación típica de 70.

La Tabla II muestra correlaciones significativas entre las escalas alimentarias y las subescalas del Mini- Mult.

Discusión

El perfil de personalidad obtenido se compara con los obtenidos en la literatura, en especial los obtenidos a través del MMPI.

CSMIJ Reus:

En el grupo completo se elevan las escalas de depresión (D), Desviación Psicopática (Pd), Esquizofrenia (SC), y Hipomanía (Ma). El grupo de la bulimia nerviosa aparecen más elevadas desviación psicopática y depresión (Pd y D); con un perfil más patológico y limítrofe en muchas otras subescalas: histeria, obsesividad- ansiedad, paranoia y esquizofrenia. (Hy, Pt, Pa, Sc.), en el subgrupo restrictivo de la AN se elevan las escalas de hipomanía, depresión, desviación psicopática y esquizofrenia (Ma, D, Pd, Sc). El subgrupo no purgativo de BN eleva D, Pa, Sc, Ma.

Cumella 1999(31)

Diferencias significativas en todas las escalas del MMPI- A. Múltiples problemas de control de impulsos en BN. Perfiles bastante homogéneos con el

MMPI. Puntuaciones elevadas en las escalas de hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hy) e introversión social.(Si)

Strassberg et al. 1995 (32)

En BN encuentra dos agrupaciones. El 64% de la muestra sólo excede del punto de corte la escala de desviación psicopática (PD). El otro grupo (36%) tenía un perfil elevado en muchas escalas, incluyendo desviación psicopática, depresión, ansiedad-obsesividad y esquizofrenia (Pd, D, Pt, Sc).

Dacey 1990 (33)

En BN. Diferencias con grupo control en escalas de paranoia, Histeria, Masculinidad- feminidad y esquizofrenia (Pa, Hy, Mf, Sc)

Scott 1986 (34)

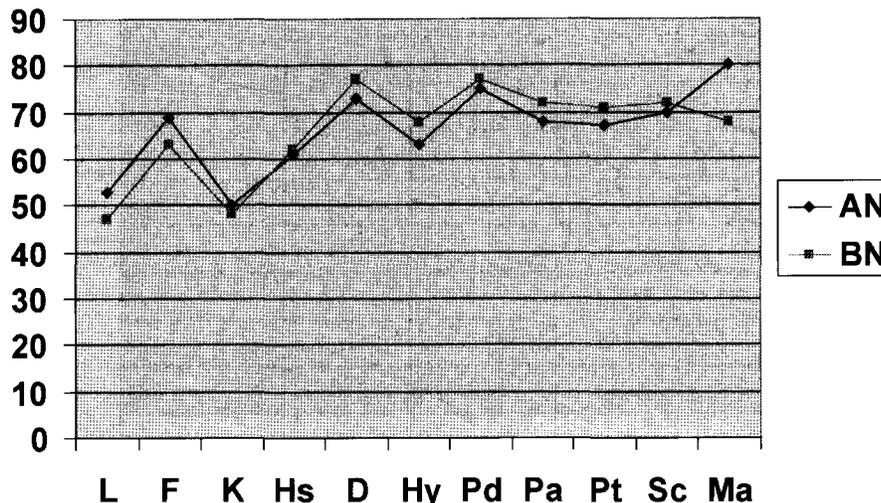
Compara AN, BN, obesidad mórbida y control. No hay diferencias significativas entre los grupo experimentales, pero todos difieren del control.

Elevación en Hipocondriasis (Hs), depresión (D), Desviación psicopática (Pd) en todos los grupos experimentales.

Paranoia (Pa), Obsesividad- ansiedad (Pt), Esquizofrenia (Sc), e introversión social (Si) se elevan según el diagnóstico, aunque no halla diferencias significativas.

GRÁFICO IV

Comparación entre las muestras de anorexia nerviosa (purgativa y restrictiva) y las de bulimia nerviosa (purgativa y no purgativa)



L= Sinceridad, F= fiabilidad, K= corrección (defensividad), Hs= Hipocondriasis, D= depresión, Hy= histeria, Pd= desviación psicopática, Pa= paranoia, Pt= Psicastenia (ansiedad, obsesividad, fobias), Sc= esquizofrenia, Ma= hipomanía. El punto de corte psicopatológico es la puntuación típica de 70.

Goodwin 1884 (35) En AN. Puntuaciones anómalas en depresión (D), obsesiones- ansiedad (Pt), esquizofrenia (Sc). Se demuestra que los síntomas ansioso-depresivos son independientes de la desnutrición.

Blumenthal 1984 (36)

En AN. Elevación patológica en ocho de las 10 escalas clínicas del MMPI. Destacan depresión (D) y psicopatía (Pd).

Otros estudios con el MMPI: las pacientes con BN puntúan más alto en las escalas de psicopatología del MMPI que las anoréxicas (37), puntuaciones más elevadas en la escala de Hostilidad del MMPI, - relacionada a su vez con la alexitimia-, (38), deterioro cognitivo, estructuras de personalidad dramática, emocional y errática y detención en fases inferiores de desarrollo del yo (39), conflicto con el rol femenino (40). Otro estudio(41) encuentra dos grupos diferentes en BN, un grupo moderadamente afectado que presenta conflictos del desarrollo y dificultades de adaptación y un grupo gravemente afectado que muestra poca fuerza del yo y características que sugieren trastorno de la personalidad. También aparecen estudios que no encuentra utilidad en el MMPI para distinguir la anorexia nerviosa de la Bulimia (42), o en ocasiones para distinguir trastornos alimentarios de otros trastornos neuróticos de "clusters" similares (35).

En cuanto a los estudios del MMPI relacionados

con el pronóstico Dancyrger (43) en un estudio a 10 años de seguimiento demuestra que la mala evolución del TCA se asocia a puntuaciones más elevadas en siete de las diez escalas del MMPI en el alta y la buena evolución del TCA a disminución en el momento del alta de las puntuaciones del test. Las puntuaciones en el momento de la admisión eran significativamente más elevadas que en el alta, pero los casos de mala evolución del TCA mantenían puntuaciones elevadas en el alta y en el seguimiento a los 10 años. No había diferencias significativas entre las puntuaciones entre el alta y el seguimiento. Schork (44) también encuentra que en seguimiento las personas que ya no sufrían un TCA no mostraban psicopatología general en el MMPI y las que todavía tenían un TCA severo mostraban puntuaciones muy altas en las escalas clínicas del inventario; habiendo además correlación entre severidad de los síntomas del trastorno alimentario y las puntuaciones del MMPI. Gundersen (45) encuentra en AN que el grupo que evoluciona mal de la AN tiene puntuaciones elevadas en casi todas las escalas del MMPI. El MMPI discrimina diferente tipo de resultado de la AN. Pierloot (46) también encuentra de buen pronóstico un bajo perfil general en el MMPI y en especial una baja puntuación en la escala de esquizofrenia (Sc).

Los resultados de nuestro estudio son congruentes con los expuestos de la literatura. El 25 % de la muestra había recibido el diagnóstico clínico de

algún trastorno de la personalidad de inicio en la adolescencia. También como en la literatura aparecen correlaciones entre la cronicidad del trastorno y las puntuaciones en varias de las escalas del Mini-Mult: Depresión, Histeria, Paranoia, ansiedad-obsesividad y esquizofrenia.

En el análisis de las puntuaciones, al igual que en la literatura aparecen elevadas muchas de las escalas del Mini- Mult: de las ocho escalas clínicas el subgrupo diagnosticado de bulimia puntúa por encima del punto de corte (T=70) en siete, seguida de la anorexia restrictiva y el trastorno por atracón que puntúan en cuatro de las ocho escalas y la anorexia purgativa en dos. Un hallazgo más sorprendente es la puntuación muy elevada en la escala de manía en el grupo de la anorexia restrictiva, que interpretamos por efecto de la edad adolescente y el inicio de la enfermedad (omnipotencia). No aparece sin embargo la frecuente elevación en hipocondría.

En nuestra muestra de Trastornos alimentarios se dan rasgos anómalos de la personalidad, además la intensidad de la patología alimentaria correlaciona con la presencia de dichos rasgos. Los datos tienen semejanza a los que se dan en la literatura revisada aunque el perfil obtenido es más atípico y polimorfo. Creemos que la valoración de los TCA ya en adolescentes debe incluir una valoración de los aspectos de la personalidad. No tenemos una valoración de la personalidad a largo plazo y pensamos que puede ser un área de interés en la investigación futura. Otras áreas de interés pueden ser profundizar en la relación de los TCA y los TP no sólo de cara al pronóstico del trastorno sino también en la respuesta a los tratamientos.

Correspondencia:
Dr. F. López Seco
Passatge de la Rodona, 2
E-43201 Reus (Tarragona)
E-mail: csmjreus@peremata.com

Bibliografía

1. Janet P. (1903) *Les obsessions et la Psychasténie*. Paris. Felix- Alcan
2. López Seco F, Rodríguez Del Toro C. Factores asociados a la cronicidad en trastornos de la alimentación. *Anales de Psiquiatría* 1999, Vol.15, Nº 4: 137-144.
3. Grilo CM. Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Curr. Psychiatry Rep.* 2002, Feb; 4(1): 18- 24.
4. Westen D, Harnden- Fischer J. Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am. J. Psychiatry* 2001, Apr; 158(4): 547- 62
5. Matsunaga H, Kaye WH, McConaha C, Plotnikov, Pollice C, Rao R. Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2000, Apr; 27(3): 353- 7.
6. Díaz- Marsa M, Carrasco JL, Saiz J. A Study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa". *J. Personal. Disord* 2000 Winter; 14 (4): 352- 9.
7. Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta- analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord.* 2000, Jun; 5(2): 52- 61.
8. Zaidler TI, Johnson JG, Cockell SJ. Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *Int. J. Eat. Disord.* 2000 Jul; 28(1): 58- 67.
9. Gillberg IC, Rasta, M, Gillberg C. Anorexia nervosa 6 years after onset: part I. Personality disorders. *Compr. Psychiatry* 1995 Jan- Feb; 36(1): 61- 9.
10. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol. Med.* 1994 Nov; 24 (4): 859- 67.
11. Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE, Kellman HD, Doidge N, Davies M. "Comorbidity of DSM- III-R eating disorders and personality disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1993 Dec; 14(4): 403- 16.
12. Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. La personalidad de la anoréxica. En *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Paidós Terapia Familiar. Barcelona 1999. pp 189-210.
13. Keinfield EI, Sunday S, Horts S, Halmi KA. Psychometric validation of the tridimensional personality Questionnaire: application to subgroups of eating disorders. *Compr. Psychiatry*, 1993; Jul- Aug, 34 (4): 249- 253.
14. Troop NA, Schmidt UH, Treasure, JC. Feelings and fantasy in eating disorders: a factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale. *Int. J. Eat. Disord.* 1995, Sept, 18 (2): 151- 7
15. DeZwann M, Braner D, Bach M, Wiesnagrotzki S, Stacher G. Pain Sensitivity, alexithymia and depression in

- patients with eating disorders: are they related? *J. Psychosom. Res.* 1996, Jul; 41 (1): 65- 70.
16. Srinivasagam NH, Kaye WH, Plotnikov KH, Greeno C, Weltzin TE. Persistent perfectionism, symmetry and exactness after long- term recovery from anorexia nervosa. *Am. J. Psychiatry* 1995, Nov, 152 (11): 1630- 4.
 17. Tiller J, Schmidt U, Ali S, Treasure J. Patterns of punitiveness in women with eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1995, May, 17 (4): 365- 71.
 18. Sohlberg S, Norring C. Co-occurrence of ego- function change and symptomatic change in bulimia nervosa: a six -year interview- based study. *Int. J. Eat. Disord.* 1995, Jul; 18 (1): 13- 26.
 19. Bullik CM, Sullivan PF, Weltzin TE, Kaye WH. Temperament in eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1995, Apr; 17 (3): 251- 61.
 20. Kincannon JC. Prediction of the standard MMPI Scale Scores from 71 items: the Mini- Mult. *J. Consul. Clin. Psychol.* 1968, Jun; 32(3): 319-25.
 21. Hobbs TR, Fowler RD. Reliability and scale equivalence of the Mini- Mult and MMPI. *J. Consul. Clin. Psychol.* 1974, Feb, 42(1): 89- 92.
 22. Mott SR. The Mini-Mult and its use with adolescents. *J. Clin. Psychol* 1973, Jul; 29(3): 376-7.
 23. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test. *Psychological Medicine* 1994; 24: 591- 604.
 24. Garner DE, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PD. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine* 1982; 12: 871- 878.
 25. Castro J, Toro J, Salameo M, Guimerá E. The Eating Attitudes Test: validation of the spanish version. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment* 1991; 7: 175- 190
 26. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int. Journal of Eating Disorders* 1983; 2: 15- 34.
 27. Guimerá E, Torrubia R. Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de Psiquiatría* 1987; 3: 189- 190.
 28. González Molinero JL, López Seco F, Tárrega Esteller B, García Siso A. Programa de abordaje comunitario de los Trastornos de la alimentación en el CSMJ de Reus" L'Interrogant 1999, nº 2: 71- 77.
 29. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Madrid
 30. Nuñez, R. Aplicación del Inventario multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología. *Manual Moderno*, 2ª ed. 1979.
 31. Cumella EJ, Wall AD, Kerr- Almeida, N. MMPI- A in the inpatient assessment of adolescents with eating disorders. *J. Pers. Assess* 1999; Aug; 73(1): 31- 44.
 32. Strassberg DS, Ross S, Todt EEH. MMPI performance among women with bulimia: a cluster -analytic study. *Addict Behav* 1995 Jan- Feb; 20(1): 137-40.
 33. Dacey CM, Nelson WM 3rd, Aikman KG. Prevalency rate and personality comparisons of bulimic and normal adolescents. *Child Psychiatry Hum. Dev* 1990 Summer; 20(4): 243- 51.
 34. Scott RL, Barofio JR. An MMPI analysis of similarities and differences in three classifications of eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa and morbid obesity. *J. Clin Psychol* 1986 Sep; 42(5): 708-13.
 35. Goodwin R, Andresen AE. The MMPI in three groups of patients with significant weight loss. *Hillside J. Clin. Psychiatry* 1984; 6(2): 188- 203.
 36. Blumenthal JA, O'Toole LC, Chang JL. Is running an analogue of anorexia nervosa? An empirical study of obligatory running and anorexia nervosa. *JAMA* 1984 Jul 27; 252(4): 520-3
 37. Walitzka S, Schulze U, Warnke A. Differences between adolescent patients with anorexia and bulimia nervosa with reference to psychological and psychosocial markers. *Z Kinder Jugendpsychiatr. Psychother.* 2001, May; 29(2): 117- 25.
 38. Fukunishi I, Koyama K. Relations of alexithymic characteristics with eating attitudes and hostility in female college students. *Psychol. Rep.* 2001 Jun; 88(3 pt 2): 1245- 50.
 39. Parmer. Bulimia and object relations: MMPI and Rorschach variables. *J. Pers. Assess* 1991 Apr; 56(2): 266-76.
 40. Pendleton L, Tisdale MJ, Moll SH, Marler MR. The 4- 5-6 configuration on the MMPI in bulimics vs. Control. *J. Clin Psychol.* 1990 Nov;(6): 811-6.
 41. Rybicki DJ, Lepkowsky CM, Arndt S. An empirical assessment of bulimic patients using multiple measures. *Addict Behav* 1989; 14(3): 249- 60.
 42. Pryor Y, Wiederman MW. Use of the MMPI-2 in the outpatient assessment of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *J. Pers. Assess* 1996 Apr; 66(2): 363- 73.
 43. Dancyguer IF, Sunday SR, Eckert ED, Halmi KA. A comparative analysis of Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles of anorexia nervosa at hospital admission discharge, and 10- year follow- up. *Compr. Psychiatry* 1997 May- Jun; 38(3): 185- 91.
 44. Schork EJ, Eckert ED, Halmi KA. The relationship between psychopathology, eating disorder diagnosis, and clinical outcome at 10- year follow in anorexia nervosa. *Compr. Psychiatry* 1994 Mar- Apr; 35(2): 113-23.
 45. Gundersen JH. Psychometric features related to the acute phase and final outcome of anorexia nervosa. *Scand J. Psychol* 1989; 30(2): 81-9.
 46. Pierloot RA, Wellens W, Houben ME. Elements of resistance to a combined medical and psychotherapeutic program in anorexia nervosa. An overview. *Psychother Psychosom* 1975; 26(2): 101- 17.