

Obesidad y rasgos de personalidad

Ruíz Prieto I, Santiago Fernández MJ, Bolaños Ríos P, Jáuregui Lobera I
Correspondencia: Patricia Bolaños Ríos: pbr@tcasevilla.com

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La modificación de la percepción de la persona obesa a lo largo del tiempo, así como el prototipo de personalidad establecido para describir a la persona con exceso de peso, son aspectos que hacen necesaria la realización de una revisión de los estudios publicados acerca de los rasgos de personalidad característicos de las personas obesas.

Hasta la actualidad no se ha dado importancia a los rasgos psicológicos o de comportamiento de la persona con obesidad porque no se entendía la obesidad como una enfermedad de importante repercusión psicológica. Sin embargo, los aspectos psicológicos son un aspecto clave a considerar en el protocolo de tratamiento de la obesidad.

OBJETIVO: analizar los rasgos y trastornos de personalidad más comunes en personas con obesidad. Además, evaluar los signos, síntomas y trastornos psicopatológicos más frecuentemente asociados al exceso de peso.

MÉTODO: Este artículo es una revisión de los artículos publicados durante los últimos 5 años relacionados con los rasgos y tipos de personalidad, y signos, síntomas y trastornos psicopatológicos más frecuentes en las personas con obesidad.

Se realizó una búsqueda de artículos en la base de datos Medline, mediante las palabras clave obesidad mórbida, personalidad y trastornos de personalidad, obteniéndose un total de 79 artículos. De ellos se excluyeron aquéllos que no guardaban relación con el objeto de estudio, quedando un total de 53 artículos.

RESULTADOS: Se encuentran con gran frecuencia síntomas relacionados con trastornos afectivos (depresión o ansiedad). Se observa una disminución en las capacidades de concentración y cognición, además de estar muy vinculado el exceso de peso con un menor nivel de autoestima, negativa percepción de la propia imagen corporal y pobre autoimagen global. Se reconocen rasgos de personalidad narcisista en personas con obesidad, tras haberse sometido a tratamiento quirúrgico. Se observa alexitimia con otros aspectos relacionados como anhedonia, impulsividad y dependencia interpersonal. Por otro lado, se aprecia carácter evitativo, antisocial y personalidad dependiente. Se contempla como poco usual el abuso de alcohol o sustancias, psicosis o promiscuidad sexual. En cambio, existe relación entre obesidad y exageración del dolor, afectación del sueño o problemas sociales en cuanto a comportamiento (este último en personas con obesidad de entre 10-12 años de edad), y aparece con bastante asiduidad historia de abuso físico, sexual y/o emocional. En cuanto a trastornos del comportamiento alimentario se aprecia de forma repetida trastorno por atracón o sobreingesta, sobre todo síndrome del comedor nocturno, ingesta emocional y picoteo. También aparece con cierta frecuencia una evolución del trastorno del comportamiento alimentario hacia bulimia nerviosa. Es muy común la conducta de

restricción alimentaria en personas obesas. Otros rasgos observados en personas con obesidad son la expectativa exagerada e irreal en cuanto a pérdida de peso, una menor motivación dietética en el sexo masculino y sedentarismo.

CONCLUSIÓN: existe relación entre obesidad y determinados rasgos de personalidad, lo que debe ser considerado en la base de su tratamiento, pero dado que la mayoría de estudios han sido realizados en personas que esperan para recibir tratamiento quirúrgico, es necesaria la realización de un mayor número de estudios.

INTRODUCCIÓN

La obesidad [entendiéndose por obesidad un exceso de masa grasa corporal que se traduce en un aumento de peso y se califica con un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 30 kg/m² según la clasificación de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad]¹ ha sido entendida de manera diferente en distintas épocas y contextos, pudiéndose hablar de historia, no de patología².

En un principio (siglo XVIII) el sobrepeso y la obesidad eran indicativos de éxito social y personal, así como de sensualidad y belleza, indicando buena posición socioeconómica².

Poco a poco, este concepto fue cambiando hasta llegar, en el siglo XIX, al rechazo y discriminación siendo la extrema delgadez el símbolo del éxito socioeconómico³.

En 1989 las formas redondeadas eran menos valoradas en sociedades avanzadas que en las menos desarrolladas. En el siglo XX surge el modelo de extrema delgadez en los países desarrollados, afectando principalmente a las mujeres, que se incorporan de manera más relevante a la vida social⁴.

Durante mucho tiempo, en el tratamiento de la obesidad, sólo han sido considerados los términos “gordo” (de abultadas carnes⁵ u “obeso” (dicho de una persona: excesivamente gorda⁵), no siendo considerada como una patología con importantes aspectos psicológicos, que influyen en el comportamiento de las personas obesas y, por tanto, en la eficacia del tratamiento. Los fuertes criterios estéticos, que son mostrados en la pintura, la historia y la literatura, han ayudado a que la obesidad no haya sido considerada como enfermedad durante siglos, formando parte de este concepto sólo las consecuencias del exceso de peso. Es en la revisión de 1938 de la *Nomenclatures des Maladies de Bertillon* cuando se hace mención, por primera vez a la obesidad, al hacer referencia a la *Obésité Pituitaire*, *Obésité Suprarrénale*, y *Obésité*².

En la novena clasificación (1975) se puede encontrar el sobrepeso, la obesidad y la sobrealimentación. Es en esta clasificación cuando aparece la primera mención al Índice de masa corporal (IMC), fórmula desarrollada por el belga Adolfo Quetelet. En la décima clasificación se incluye una distribución de diferentes tipos de obesidad según la causa².

Todas estas clasificaciones y medidas siguen evolucionando, hasta que, dadas las cifras que la obesidad alcanza, en 1997 la Organización Mundial de la Salud declara la obesidad como *una epidemia de carácter global que plantea una grave amenaza para la salud pública debido el aumento del riesgo de trastornos asociados como la hipertensión, la cardiopatía coronaria y la diabetes mellitus tipo 2*².

Tras ser considerada como patología, comienzan a aparecer cifras y con ellas la economía, el importante coste sanitario de la obesidad y de los trastornos relacionados

con ella. Esto conduce directamente a una “batalla contra la grasa” que persigue crear insatisfacción no sólo en la persona con sobrepeso u obesidad sino en todo aquél que tenga algo de grasa². Esta batalla se traduce en presión social, que conlleva a la creación de estereotipos que describen a la persona obesa, tanto para la población general como para la persona que padece sobrepeso u obesidad.

A lo largo de la historia se han establecido diferentes estereotipos que describían a la persona con obesidad. En este sentido se puede hacer referencia a algunos de ellos como “*el gordito feliz*” o la descripción de la persona obesa como “*floja, fea y perezosa*”⁶. Un ejemplo en la actualidad de estos estereotipos se puede observar en un estudio realizado en estudiantes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) acerca de la percepción que tienen de las personas con obesidad, utilizando los siguientes tipos de personalidad para describirlas: introvertidas, inhibidas y sensibles⁷.

Además de existir ciertos estereotipos, los ideales de belleza y la preocupación por el cuerpo varían entre culturas, siendo diferentes, por tanto, dichos estereotipos. Este aspecto se extiende a la percepción que las propias personas con obesidad tienen de sí mismas. Al analizar las posibles diferencias en la percepción que de sí mismas tienen personas con obesidad en nuestro ámbito cultural y la de personas con obesidad en la sociedad cubana se comprobó que, en general, la visión de las personas obesas españolas resulta mucho más negativa que en la muestra cubana, siendo más frecuente la utilización de adjetivos como pasivo, discutidor o inquieto en la muestra española y algunos como presumido, optimista, cariñoso, sociable o virtuoso en la cubana⁸. Por otra parte, en un recopilatorio de adjetivos asociados a la obesidad⁹ se puede ver que los pacientes obesos son calificados como menos atractivos, carentes de autodisciplina, perezosos, impopulares, poco atractivos e inteligentes o malos deportistas, entre otros. Si se trata de mujeres, el juicio es más negativo. Por tanto, el entorno cultural y la presión social crean esquemas cognitivos sobre la forma de ser de las personas obesas que influyen incluso en las mismas personas obesas al definirse⁸.

Sin tener en cuenta los aspectos psicológicos que influyen en la persona obesa los tratamientos no son efectivos, lo que provoca sentimientos de frustración e incapacidad a la persona con obesidad, dando lugar a una disminución en la motivación que le lleva a perder peso.

Aunque no existe un prototipo que defina a todas las personas que padecen obesidad, sí es cierto que pueden compartir algunos rasgos de personalidad. Existen numerosos artículos publicados sobre la cirugía, las dietas, el ejercicio o los fármacos para el tratamiento de la obesidad, sin embargo son escasos aquéllos que tratan sobre los aspectos psicológicos que influyen en dicha patología y su tratamiento. La finalidad de esta revisión es evaluar aquellos rasgos psicológicos y de comportamiento que caracterizan a las personas con obesidad.

MÉTODO

Se incluyeron en este estudio los trabajos relacionados con los rasgos y tipos de personalidad y con los signos, síntomas y trastornos psicopatológicos asociados en personas con obesidad, publicados en los últimos cinco años, siendo la base de datos Medline (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) la utilizada para la búsqueda. Para la búsqueda fueron introducidos los términos: obesidad mórbida, trastornos de personalidad, personalidad.

Además se incluyeron en el trabajo otros artículos relacionados con el objeto de estudio, publicados en otras revistas que no aparecen en la base de datos previamente mencionada.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 79 artículos, de los que, tras la lectura de los resúmenes, se eliminaron 26 al no estar relacionados con el objeto de estudio de este trabajo. Finalmente un total de 53 artículos fueron utilizados en el trabajo, y además se utilizaron otras referencias relevantes independientemente de la fecha de publicación.

Tras la revisión de los distintos artículos se pueden diferenciar aspectos psicológicos (rasgos y tipos de personalidad) y aspectos psicopatológicos (signos y síntomas y trastornos asociados).

Aspectos psicológicos

- Rasgos de personalidad

Se aprecia alexitimia en un 42,9% de las personas que padecen obesidad, que es la incapacidad para identificar, distinguir y expresar emociones¹⁰. Este rasgo, puede correlacionarse con otras características tales como anhedonia, *locus* de control externo, impulsividad y dependencia interpersonal.

Se observa un mayor nivel de anhedonia en personas con obesidad extrema¹⁰, en parte provocado por las limitaciones vocacionales que causa la obesidad por motivos de salud y por la discriminación social^{6,11}. Contemplándose un aumento de la capacidad para disfrutar de determinados aspectos de la vida con la pérdida de peso¹².

Se menciona la presencia de *locus* de control externo, por lo que la persona con obesidad, en ocasiones, percibe que el origen de eventos, conductas y de su propio comportamiento es externo a él. Todo ocurre como resultado del azar, del destino, la suerte o el poder y las decisiones de otros. De este modo, no cree poder controlar nada mediante su propio esfuerzo y decisión¹⁰.

Parece haber relación entre el grado de obesidad y el nivel de impulsividad, siendo mayor en personas con obesidad extrema¹³, aunque existen estudios que indican lo contrario¹⁰, y vinculándose al sexo femenino¹⁴.

Se ve una disminución de la dependencia interpersonal tras la disminución ponderal, además de asociarse la pérdida de peso con un aumento en la fuerza personal^{12, 15}.

Se contemplan rasgos comunes en la mayoría de personas que presentan obesidad, observándose baja autoestima, insatisfacción corporal y pobre autoimagen global. Se aprecia relación de la autoestima con el peso, a mayor grado de obesidad menor nivel de autoestima^{13, 16, 17}, que mejora con la disminución de peso^{15, 18}. Asimismo, se observa un menor nivel en el sexo femenino, que disminuye al aumentar la edad^{19, 20}. Sin embargo, no hay diferencias en el nivel de autoestima de aquellas personas con obesidad que han sufrido abuso sexual en comparación con aquéllas que no lo han sufrido^{21, 22}.

Junto a un bajo nivel de autoestima las personas con obesidad tienen una percepción de su imagen corporal negativa y evitan situaciones sociales en las que exista comparación de la figura corporal^{6, 16, 23}. Aunque el aumento de la insatisfacción corporal aparece fundamentalmente en adolescentes de sexo femenino, dicho aumento también puede deberse a la existencia de algún trastorno del comportamiento alimentario, síntomas depresivos, perfeccionismo o restricción dietética crónica, especialmente en mujeres^{20, 24, 25}. Se puede comprobar que la satisfacción corporal aumenta con operaciones estéticas que mejoran la figura corporal o con algún cambio corporal que la sociedad califique como positivo, sin embargo, este aumento es pasajero, de modo que reaparece con el tiempo²⁵⁻²⁷.

Las personas con obesidad son menos felices consigo mismas, un 40% de ellas no se autoaceptan y no se consideran autónomas ni integradas en la sociedad^{16, 17, 26}. A esta percepción de sí mismos afecta negativamente el grado de obesidad, la existencia de síntomas depresivos y la asistencia a determinados eventos sociales^{20, 28}. Sin embargo, ayuda a mejorar la autoimagen global de las personas con obesidad la disminución de peso y el apoyo familiar^{12, 15, 21, 26, 29}.

El abuso de sustancias constituye un comportamiento no muy usual, apareciendo el abuso de alcohol en un grupo minoritario de personas con obesidad extrema (19%)^{6, 30, 31}. Sin embargo, sí es más común en aquéllas que sufrieron abuso físico durante su infancia (teniendo en cuenta que hay un alto porcentaje de personas con obesidad que han sufrido abuso físico, sexual o emocional durante la niñez)^{16, 21}.

Por otra parte, se observan rasgos de personalidad paranoide en mujeres con exceso de peso, más que en hombres^{27, 32}. El rasgo psicosis parece estar más relacionado al bajo peso que a la obesidad, sin embargo, existen distintos estudios en los que aparece con frecuencia alto nivel en la escala de psicosis del MMPI-II (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*) en personas con obesidad extrema³²⁻³⁴.

Aproximadamente un tercio de niños con obesidad de 10-12 años presentan problemas sociales debido a su comportamiento y una frecuencia relativamente alta de delincuencia, siendo esta frecuencia mayor que en aquéllos de la misma edad que no exceden de peso³⁵.

En cuanto a la promiscuidad sexual, existe una minoría de personas con obesidad extrema que la presentan (22,3%) y, generalmente, está relacionada con personas que mantienen relaciones de abuso emocional³⁰.

- *Tipos de personalidad*

A menudo, en personas con obesidad se reconoce personalidad narcisista, es decir, interés patológico por uno mismo, especialmente por sus características corporales y sexuales. Cuyos rasgos aumentan con la disminución de peso^{36, 37}. En este sentido, cuando las personas con obesidad disminuyen de peso comienzan a estar descontentos con distintas zonas de su cuerpo (generalmente cintura/abdomen, trasero/nalgas, brazo superior, pecho/pechos), por lo que se encuentra una relación lineal entre el aumento de personas con obesidad que se han sometido a cirugía bariátrica y aquéllas que se someten a operaciones de carácter estético^{10,25,27,32}. Parece que con esta mejora física de las zonas que producen mayor insatisfacción, la persona refuerza su autoimagen global, sin embargo, debido a su personalidad narcisista pasados unos meses tras la operación estética aparece nueva insatisfacción corporal por otras zonas¹⁰.

Aspectos psicopatológicos

- *Signos y síntomas*

Se estima que personas con obesidad que esperan para ser operadas de cirugía bariátrica, presentan síntomas depresivos, de ansiedad o algún trastorno relacionado en un 50% de los casos^{6,21,31,34,38-40}.

Padecen más síntomas depresivos las personas con obesidad que viven solas en relación a aquéllas que viven con sus parejas, aquéllas que presentan un nivel educativo más bajo³⁹ o personas con obesidad extrema que, además, padecen síndrome del comedor nocturno o trastornos del comportamiento alimentario (especialmente trastorno por atracón)^{16,41,42}.

En muchos casos, los síntomas depresivos están motivados principalmente por la insatisfacción corporal existente, especialmente en el sexo femenino²⁸, contemplándose una mejora de la depresión al disminuir el peso⁴³. Además, parece haber una mejora de las relaciones sexuales en personas con obesidad que disminuyen su peso⁴⁴.

Por otro lado, cuanto mayor sea el estado depresivo de la persona con obesidad, mayor es su ingesta y presenta una mayor susceptibilidad de padecer trastorno por atracón, picoteo o síndrome del comedor matinal. De esta forma, se crea un círculo vicioso: a mayor estado depresivo mayor ingesta que hace aumentar el peso y mantiene o, incluso

aumenta, el estado depresivo de la persona por un aumento de la insatisfacción personal^{41,42}. La mayoría de las personas con obesidad niegan los síntomas depresivos y atribuyen ese malestar emocional al exceso de peso en sí mismo⁶.

Existen varios estudios que relacionan obesidad extrema con abuso físico (17,4%), sexual (19%) y/o emocional (43%) en el pasado, existiendo relación entre esta circunstancia y la presencia de sintomatología depresiva (estrés postraumático)^{16,21,22}. Sin embargo, no parece haber una determinación por mantener el exceso de peso como defensa ante otro posible abuso de este tipo, como se había pensado²².

El 71,5% de personas con obesidad manifiestan síntomas de ansiedad³⁸, sintomatología causada por el sentimiento de culpabilidad que presentan, en especial, provocado por la discriminación social^{6, 11,17}. Por otro lado, los sentimientos de inseguridad e inferioridad de estas personas dan lugar a una menor capacidad de afrontamiento y resolución de problemas, provocándoles un mayor estrés en cuanto a asuntos legales o fiscales^{6,16,21}.

Se ha observado que presentan circunstancias económicas adversas en mayor medida que las personas que no padecen obesidad, ya que en general, tienen más bajas laborales que el resto de trabajadores. Además, reflejan un menor rendimiento laboral debido a que sufren más dolores que el resto de personas, suelen tener peores relaciones sociales y menor capacidad de afrontamiento y resolución de problemas^{6, 45}. Estas condiciones adversas les producen estrés que es manifestado como ansiedad²¹.

En gran medida, esta ansiedad es causada por la preocupación por su propia salud (tanto física, por el exceso de peso, como mental)¹⁶, siendo mayor en personas con obesidad de sexo femenino y con mayor edad (aquéllas de menor edad se preocupan menos por su salud y más por la integración social).

Por otro lado, parece estar relacionada la capacidad de concentración, así como la capacidad cognitiva con el peso corporal^{26, 46}. Mostrando menor capacidad las personas con obesidad extrema que aquéllas con obesidad tipo I ó II⁴⁷, y observándose una disminución de dichas capacidades a mayor intensidad de los síntomas propios de la depresión^{6, 26, 46}. Asimismo, se encuentra una reducida capacidad para recordar información sobre la figura corporal de los demás²⁸.

A causa de un mecanismo de autorregulación cognitiva, independiente a la posible comorbilidad médica existente en personas con obesidad, parece haber una menor capacidad de atención y resolución de problemas. Según un cuestionario de funcionamiento ejecutivo (*Attention Network Test*), que mide la habilidad para conseguir y mantener un estado de alerta (*alerting*), capacidad de orientarse ante un estímulo (*orienting*) y capacidad de resolver un conflicto (*executive attention*) existe disfunción cognitiva en personas con obesidad, especialmente en aquéllas con obesidad extrema, distinguiéndose en ellas reducida atención ejecutiva, mayor dificultad de control y más emociones negativas^{26, 44}. Además, se observa falta de expresividad, que

mejora con la pérdida de peso, ya que, generalmente, tras la disminución ponderal mejora el ambiente familiar^{12, 29}.

En un estudio realizado en personas con obesidad se encuentra que un 40% de ellas sienten dolor corporal con mayor frecuencia que aquellas personas que no tienen exceso de peso y, además, este dolor es más intenso e insoportable⁴⁵.

También se observa la presencia del pensamiento dicotómico o catastrófico, que consiste en clasificar experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose los hechos intermedios con una mayor tendencia a clasificarlas en la peor situación¹⁷. Por otro lado, en la mayoría de los casos no aparecen pensamientos o intentos de suicidio, aunque se estima en un 10% de personas con obesidad, fundamentalmente con obesidad mórbida^{6,30}.

- *Trastornos asociados*

a) *No alimentarios*

Los trastornos afectivos son frecuentes en personas con obesidad, existiendo más síntomas de trastorno afectivo en aquellas personas con mayor IMC (obesidad extrema)^{13, 16,43,45, 48,49}, aunque algunos autores no están de acuerdo³⁵. Es importante analizar la presencia de dichos trastornos o síntomas relacionados, ya que las personas que los padecen obtienen menor éxito en el tratamiento para la disminución de peso⁵⁰.

Al diferenciar depresión y ansiedad, dentro del trastorno afectivo, obtenemos una prevalencia de depresión de, aproximadamente, un 38% en personas con obesidad³⁸. Teniendo en cuenta la severidad de los síntomas depresivos encontramos que un 62,2% de las personas con obesidad presentan síntomas depresivos leves, un 14,2% moderados y un 8,7% severos⁴². Tras relacionar el grado de depresión en personas con obesidad (obtenido mediante el *Beck Depression Inventory*) con su historia clínica, se obtiene una posible relación entre grado de depresión y afectación del sueño⁶.

Aparece el trastorno del *Cluster C* en un 18,8% de las personas que padecen obesidad³¹, diferenciándose entre trastorno evitativo de personalidad, trastorno de personalidad dependiente, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno antisocial de personalidad.

El trastorno evitativo de personalidad consiste en que el individuo trata de evitar o huir de los estímulos, conflictos o sentimientos desagradables, tales como ansiedad, miedo, dolor o peligro³⁶. Las personas con obesidad evitan, entre otras cosas, situaciones en las que exista comparación de la silueta corporal con otras personas. Intentan evitar eventos sociales, a pesar de su deseo de relacionarse con los demás, ya que éstos aumentan el estado de ansiedad y agravan los síntomas depresivos que puedan tener, afectando a la percepción que tienen de sí mismos^{31,28}.

El trastorno de personalidad dependiente es un patrón psicológico de personalidad pasivo-agresiva que caracteriza a las personas con obesidad. Significa que la persona

presenta una resistencia a las exigencias laborales o sociales, generando ineficacia persistente y generalizada, falta de confianza en uno mismo, malas relaciones interpersonales y pesimismo^{17,31,36}.

El trastorno obsesivo-compulsivo se define como un estado de ansiedad caracterizado por pensamientos, ideas y sentimientos recurrentes y persistentes de obsesiones y compulsiones lo bastante graves como para causar sufrimiento intenso, gastar mucho tiempo o interferir de manera importante en la actividad ocupacional, social o interpersonal de la persona³⁶. No se observa consenso entre profesionales para este rasgo de personalidad en personas obesas. Existe un estudio que indica un nivel elevado en la escala de compulsividad del MCMI-II (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-2*) en personas con obesidad^{31,33}.

El trastorno antisocial de personalidad es un patrón de conductas carentes de valores morales y éticos que llevan a la persona a un estado de enfrentamiento continuo con la sociedad. Los síntomas son agresividad, impulsividad, irresponsabilidad, hostilidad, umbral de frustración bajo, intensa inmadurez emocional y escasa capacidad de discernimiento^{36,51}. Además, muestran peores relaciones sociales causadas, en parte, por la discriminación social que sufren y la que perciben^{6,32,49}. Se distingue que las personas con obesidad de sexo femenino de menor edad sienten una mayor discriminación social que aquéllas de mayor edad, teniendo en cuenta que esta discriminación es subjetiva¹¹. Sin embargo, se aprecia una mejora en las relaciones sociales y una mejora psicosocial con la disminución de peso^{12,29}.

Se muestra trastorno de personalidad especialmente en personas con obesidad mórbida, pero no se puede establecer una relación significativa dada la escasez de estudios realizados^{23,33,34,37,49}. En general, se estima una prevalencia del 19,5% de trastornos de personalidad en personas con obesidad^{31,50}.

b) Alimentarios

En cuanto al comportamiento alimentario de personas con obesidad se encuentra un mayor riesgo de padecer TCA en aquellas personas con obesidad que han sufrido algún tipo de maltrato infantil (tras haberse observado que existe en un 66% de personas con obesidad²¹) y en aquéllas que padecen obesidad mórbida^{6,16,21,37,41,49}.

Al revisar las historias clínicas de 192 pacientes que presentaban un $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$, el sobrepeso/obesidad se asoció a bulimia nerviosa (33.33%) y al trastorno por atracón (58.85%), influyendo en el IMC máximo alcanzado el tipo de TCA ($p < 0.01$), el picoteo ($p < 0.001$), la toma de ≤ 3 ingestas al día ($p < 0.05$) y la ausencia de ejercicio regular ($p < 0.05$)⁵².

La forma más común en la que aparece el trastorno del comportamiento alimentario en personas con obesidad es la de trastorno por atracón o sobreingesta. Podemos diferenciar entre sobreingesta objetiva, que sería ingestión de gran cantidad de comida

sin pérdida de control y se describe en un 23,4% de los casos; atracón subjetivo, definido como la ingestión de poca cantidad de comida junto a pérdida de control y aparece en un 5,1% de las personas con obesidad y trastorno por atracón; atracón objetivo, que es la ingesta de excesiva cantidad de comida (superior a la que cualquier persona ingeriría en el mismo intervalo), en un corto periodo de tiempo con pérdida de control y lo presentan un 26,9% de personas con obesidad^{38,41,42}. En determinadas ocasiones, tales como eventos sociales⁵¹ y en caso de presencia de trastorno por atracón existe un aumento de la sintomatología depresiva o de ansiedad^{41,42}.

Por otro lado, existen diferencias de género en cuanto a los motivos que provocan la aparición del trastorno por atracón, siendo una baja autoestima y síntomas severos de un cuadro depresivo en mujeres, y exclusivamente el cuadro depresivo en hombres²⁴.

Un estudio relaciona la exageración irracional del dolor en personas con obesidad con mayor prevalencia de atracones. En este sentido, parece que el mecanismo es: la exageración del dolor les hace perder el control, pudiendo desencadenar un atracón para disminuir la angustia y consiguiente incremento ponderal provocado por los atracones que hace que aumente el dolor (sobre todo articular) y que éste sea más insoportable⁴⁵.

Al clasificar el trastorno por atracón o sobreingesta en distintos tipos se observa que el síndrome del comedor nocturno es el más frecuente en personas con obesidad. Las personas que padecen dicho síndrome concentran en la cena el mayor porcentaje de aporte energético de la ingesta de un día o, incluso, durante las horas de sueño, llegando a despertarse en muchas ocasiones por las ganas de ingerir alimento y levantarse para ello^{41,42}. Un 20% de las personas con obesidad describen hiperfagia nocturna sin ingestión y un 7,2% admite levantarse para comer, aunque sólo el 1,9% de ellas se levantan a comer teniendo sensación real de hambre⁴¹. El síndrome del comedor matinal es menos frecuente en las personas con obesidad que tienen atracones o episodios de sobreingesta. Se trata de concentrar la mayor parte del contenido calórico de la dieta en las comidas de la mañana (desde el desayuno al almuerzo) y aparece en un 5,3% de los casos^{41,42}. Por otra parte, muchas personas con obesidad atribuyen su exceso de peso a la ingesta como respuesta a emociones, negativas o positivas (ingesta emocional)⁴⁰. En este tipo de ingesta podemos distinguir entre sobreingesta como respuesta al estrés emocional (depresión/desilusión, enfado, ansiedad, soledad, aburrimiento o cansancio), que aparece en un 29,6% de personas con obesidad⁴², o sobreingesta como respuesta a emociones positivas o eventos sociales, que aparece en menor medida, en un 10,2%⁴² de los casos^{41,42,51}. Finalmente, la mayoría de personas con obesidad afirman estar casi todo el día realizando pequeñas ingestas, generalmente muy calóricas^{6,41,42}. Se ha observado un gran número de personas con obesidad que, tras someterse a cirugía bariátrica, no se adaptan adecuadamente al tratamiento nutricional desarrollando trastorno por atracón o sobreingesta emocional^{42,51}.

Existe poca prevalencia de bulimia nerviosa en personas con obesidad^{27,41,42}. Entre las personas con obesidad, se estima una mayor vulnerabilidad a desarrollar bulimia nerviosa en aquéllas que tienen trastorno por atracón⁶.

Por otro lado, las personas con obesidad están siempre realizando dietas de adelgazamiento (restrictivos crónicos), existiendo diferencias en cuanto a género, siendo las mujeres las que llevan una conducta más restrictiva en su alimentación^{24,30}.

Se observa que el 62% de personas con obesidad de sexo femenino, raza caucásica, menor edad y mayor IMC, tienen una mayor expectativa de pérdida de peso, que llega a ser irreal⁴⁵.

Los hombres con obesidad extrema suelen mostrar menor motivación respecto a la dieta que las mujeres⁴⁵. Un estudio describe el comportamiento alimentario de las mujeres con obesidad como: *“comedoras moderadamente saludables que, a menudo, restringen su dieta, tienen sobreingesta emocional, atracones y sobreingesta ilimitada durante la comida”*⁴².

En cuanto al comportamiento alimentario de las personas con obesidad tras haberse realizado cirugía bariátrica, éste es calificado como “destructivo”²³.

Casi todos los estudios en los que se analiza la actividad física de las personas con obesidad muestran sedentarismo, que disminuye con la pérdida de peso²⁹. Los hombres con obesidad relacionan, de forma usual, la falta de actividad física a los efectos de la medicación que toman^{6,45}.

CONCLUSIONES

No puede realizarse un estereotipo de personalidad que describa a todas las personas con obesidad, pero se han obtenido una serie de rasgos que, en general, la población obesa suele compartir.

En cuanto a rasgos psicológicos encontramos una gran frecuencia de síntomas relacionados a trastorno afectivo (depresión o ansiedad), especialmente en personas con mayor grado de obesidad, aquéllas que viven solas o tienen un nivel educativo más bajo o tras la presencia de determinados eventos sociales⁴⁴.

Se observa una disminución en las capacidades de concentración y cognición que, a veces, es reflejada en una menor expresividad y capacidad de resolución de problemas. Dichas capacidades disminuyen con un mayor IMC o por la presencia de un cuadro depresivo. Aunque existen datos contradictorios.

Está muy relacionado el exceso de peso con un menor nivel de autoestima, negativa percepción de la propia imagen corporal y pobre autoimagen global. Influyen negativamente un mayor grado de obesidad, existencia de trastorno del comportamiento alimentario, síntomas depresivos, personalidad perfeccionista, restricción dietética frecuente o sexo femenino.

Algunas características relacionadas a alexitimia, que aparecen en personas con obesidad son: anhedonia (relacionada con el grado de obesidad, debido a la

discriminación social y las limitaciones vocacionales) e impulsividad (se relaciona con el IMC y el sexo femenino) y dependencia interpersonal.

Por otro lado, se distingue carácter evitativo, antisocial y dependencia. Se estima como poco usual el abuso de alcohol o sustancias, psicosis o promiscuidad sexual. En cambio, se aprecia relación entre obesidad y exageración del dolor, afectación del sueño o problemas sociales en cuanto a comportamiento (este último en personas con obesidad de 10-12 años de edad).

Con bastante asiduidad aparece historia de abuso físico, sexual y/o emocional en personas con obesidad, principalmente aquéllas que esperan para someterse a tratamiento quirúrgico y, especialmente, de sexo femenino.

Usualmente se acentúan rasgos de personalidad narcisista en personas con obesidad, tras haberse sometido a tratamiento quirúrgico.

En cuanto a trastornos del comportamiento alimentario se describe, fundamentalmente, trastorno por atracón o sobreingesta, sobre todo en personas con menor autoestima o síntomas de depresión más severos. Lo más habitual en personas con obesidad es el síndrome del comedor nocturno, ingesta emocional (provocada por estrés ante emociones negativas o, por el contrario, como respuesta a emociones positivas o determinados eventos sociales) y picoteo (la gran mayoría de personas con obesidad reconocen comer entre horas o necesitar realizar pequeñas ingestas a lo largo de todo el día).

Aparece con cierta frecuencia en las personas que padecen obesidad y, además trastorno por atracón, una evolución del trastorno del comportamiento alimentario hacia bulimia nerviosa. En cuanto a la restricción alimentaria, es muy común en personas obesas, principalmente en mujeres.

Otros rasgos observados en personas con obesidad son la expectativa exagerada e irreal en cuanto a la disminución ponderal, una menor motivación dietética en el sexo masculino y sedentarismo. Generalmente, los hombres con obesidad relacionan su escasa actividad física a los efectos de los fármacos.

Existen pocos artículos que estudien la relación entre obesidad y rasgos de personalidad debido a que hasta el siglo XIX el exceso de peso no ha empezado a considerarse como una patología de importante repercusión psicológica.

Además, la mayoría de artículos que hablan de características psicológicas o de comportamiento en personas con obesidad se han elaborado en grupos que esperan para realizarse cirugía bariátrica, pues se observaron diferencias entre las características psicológicas y la efectividad del tratamiento postquirúrgico.

Por este motivo, continúan siendo necesarios estudios que evalúen características psicológicas en personas con obesidad⁴⁸. Sería conveniente considerar posibles

diferencias en función de la edad, el género o el grado de obesidad, así como el tiempo de evolución del sobrepeso/obesidad. Los resultados obtenidos deberían considerarse en el tratamiento de personas con obesidad para mejorar su eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seedo.es, Obesidad y Salud [sede web]. España: seedo.es; 2007-2010 [acceso noviembre 2010]. Disponible en: www.seedo.es
2. Jáuregui I. Gordos, obesos y obsesos. Trastornos de la Conducta Alimentaria 2006; 4: 295-320.
3. Herrero L-S. Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1999; 19(72): 599-608.
4. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. Psychol Bull 1989; 105(2): 260-275.
5. Real Academia Española (www.rae.es)
6. Wadden TA and Sarwer DB. Behavioral Assessment of Candidates for Bariatric Surgery: A Patient-Oriented Approach. *Obesity* 2006; 14: 53S-62S.
7. Jáuregui I, Rivas M, Montaña MT, Morales MT. Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad. Nutr Hosp 2008; 23(4): 319-325.
8. Jáuregui I, Marcos L, Rivas M, Rodríguez L, Gutiérrez N. Aspectos transculturales en la percepción de la obesidad. Carta científica. Nutr Hosp 2008; 23(6): 619-629.
9. Ogden J (2003). The Psychology of eating. Oxford: Blackwell.
10. Mitchell JE, Crosby RD, Ertelt TW, Marino JM, Sarwer DB, Thompson JK et al. The desire for body contouring surgery after bariatric surgery. *Obes Surg* 2008; 18 (10): 1308-1312.
11. Hayden MJ, Dixon ME, Dixon JB, Playfair J and O'Brien PE. Perceived discrimination and stigmatization against severely obese women: age and weight loss make a difference. *Obes Fact* 2010; 3 (1): 7-14.
12. Shiri S, Gurevich T, Feintuch U and Beglaibter N. Positive psychological impact of bariatric surgery. *Obes Surg* 2007; 17 (5): 663-668.
13. Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Pérez de la Cruz A et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obese Surg* 2010; 20 (2): 161- 167.
14. Nederkoorn C, Smulders FT, Havermans RC, Roefs A and Jansen A. Impulsivity in obese women. *Appetite* 2006; 47 (2): 253-256.
15. Kinz JF, Schrottenecker M, Traweger C, Aigner F, Fiala M, Biebl W, Quality of life in morbidly obese patients after surgical weight loss. *Obes Surg* 2007; 17 (2): 229-235.
16. Wadden TA, Butryn ML, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Lipschutz PE et al. Comparison of Psychosocial Status in Treatment-seeking Women with Class III vs. Class I-II Obesity. *Obesity* 2006; 14: 90S- 98S.
17. Lykouras L. Psychological profile of obese patients. *Dig Dis* 2008; 26 (1): 36-39.

18. Stuerz K, Piza H, Niermann K and Kinzl JF. Psychosocial impact of abdominoplasty. *Obes Surg* 2008; 18 (1); 34-38.
19. Nowicka P, Högnund P, Birgerstam P, Lissau I, Pietrobelli A and Flodmark CE. Self-esteem in a clinical sample of morbidly obese children and adolescent. *Acta Paediatr* 2009; 98 (1): 153-158.
20. Rosenberger PH, Henderson KE and Grilo CM. Correlates of body image dissatisfaction in extremely obese female bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 2006; 16 (10): 1331-1336.
21. Wildes JE, Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP. Childhood Maltreatment and Psychiatric Morbidity in Bariatric Surgery Candidates. *NIH Public Access* 2010; 28: 1-13.
22. Buser AT, Lam CS, and Poplawski SC. A long-term cross-sectional study on gastric bypass surgery: impact of self-reported past sexual abuse. *Obes Surg* 2009; 19 (4): 422-426.
23. Song A, Fernstrom MH. Nutritional and psychological considerations after bariatric surgery. *Aesthet Surg J* 2008; 28 (2): 195-199.
24. Mazzeo SE, Saunders R, and Mitchell KS. Gender and binge eating among bariatric surgery candidates. *Eat Behav* 2006; 7 (1): 47-52.
25. Pecori L, Serra Cervetti GG, Marinari GM, Migliori F and Adami GF. Attitudes of morbidly obese patients to weight loss and body image following bariatric surgery and body contouring. *Obes Surg* 2007; 17 (1): 68-73.
26. Roehrig M, Masheb RM, White MA, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, and Grilo CM. Chronic dieting among extremely obese bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 2009; 19 (8): 1116-1123.
27. Sansone RA, Wiederman MW, Schumacher DF and Routsong-Weichers L. The prevalence of self-harm behaviors among a sample of gastric surgery candidates. *J Psychosom Res* 2008; 65 (5): 441-444.
28. Wegener I, De Beer K, Schilling G, Conrad R, Imbierowicz K, Geiser F et al. Patients with obesity show reduced memory for others' body shape. *Appetite* 2008; 50 (2-3): 359-266.
29. Pedersen JO, Zimmermann E, Stallknecht BM, Bruun JM, Kroustrup JP, Larsen JF et al. Lifestyle intervention in the treatment of severe obesity. *Ugeskr Laeger* 2006; 168 (2): 167-172.
30. Song AY, Rubin PJ, Thomas V, Dudas JR, Marra KG and Fernstrom MH. Body Image and Quality of Life in Post Massive Weight Loss Body Contouring Patients. *Obesity* 2006; 14 (9): 1626-1636.
31. Mauri M, Rucci P, Calderone A, Santini F, Oppo A, Romano A et al. Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry* 2008; 69 (2): 295-301.
32. Pontiroli AE, Fossati A, Vedani P, Fiorilli M, Folli F, Paganelli M et al. Post-surgery adherence to scheduled visits and compliance, more than personality disorders, predict outcome of bariatric restrictive surgery in morbidly obese patients. *Obese Surg* 2007; 17 (11): 1492-1497.

33. Belanger SB, Wechsler FS, Nademin ME, and Virden TB. Predicting outcome of gastric bypass surgery utilizing personality scale evaluations, psychosocial factors, and diagnostic group membership. *Obes Surg* [PubMed] 2009 Mayo. [acceso Octubre de 2010]. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
34. Bancheri L, Patrizi B, Kotzalidis GD, Mosticoni S, Gargano T, Angrisani P et al. Treatment choice and psychometric characteristics: differences between patients who choose bariatric surgical treatment and those who do not. *Obes Surg* 2006; 16 (12): 1630-1637.
35. Kinder BN, Walfish S, Scott Young M, and Fairweather A. MMPI-2 profiles of bariatric surgery patients: a replication and extension. *Obes Surg* 2008; 18 (9): 1170-1179.
36. Mosby Pocket Diccionario de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 557, 916, 1377, 1380, 1382.
37. Widhalm K, Dietrich S, Prager G, Silberhammer G, Orth D and Kispal ZF. Bariatric surgery in morbidly obese adolescents: a 4-year follow-up of ten patients. *Int J Pediatr Obes* 2008; 3 (1): 78-82.
38. Castellini G, Lapi F, Ravaldi C, Vannacci A, Rotella CM, Faravelli C et al. Eating disorder psychopathology does not predict the overweight severity in subjects seeking weight loss treatment. *Compr Psychiatry* 2008; 49 (4); 359-363.
39. Schowalter M, Benecke A, Lager C, Heimbucher J, Bueter M, Thalheimer A et al. Changes in depression following gastric banding: a 5- to 7-year prospective study. *Obes Surg* 2008; 18 (3): 314-320.
40. Wadden AP, Sarwer BD and Williams NN. Behavioral Assessment and Characteristics of Patients Seeking Bariatric Surgery. *Obesity* 2006; 14: 51S-52S.
41. Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Gibbons LM et al. Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorder among Persons Seeking Bariatric Surgery: Prevalence and Related Features. *Obesity* 2006; 14: 77S-82S.
42. Fabricatore AN, Wadden TA, Sarwer DB, Crerand CE, Kuehnel RH, Lipschutz PE et al. Self-reported Eating Behaviors of Extremely Obese Persons Seeking Bariatric Surgery: A Factor Analytic Approach. *Obesity* 2006; 14: 83S-89S.
43. Burgmer R, Petersen I, Burmer M, de Zwaan M, Wolf AM and Herpertz S. Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obes Surg* 2007; 17 (6): 785-791.
44. Beutel ME, Klockenbrink P, Wiltink J, Dietrich S, Thiede R, Fan J et al. Attention and executive functions in patients with severe obesity. A controlled study using the Attention Network Test. *Nervenarzt* 2006; 77 (11): 1326-1331.
45. Heinberg LJ, Keating K and Simonelli L. Discrepancy between ideal and realistic goal weights in three bariatric procedures: who is likely to be unrealistic? *Obes Surg* 2010; 20 (2): 148-153.

46. van Hout GC, Hagendoren CA, Verschure SK, and van Heck GL. Psychosocial predictors of success after vertical banded gastroplasty. *Obes Surg* 2009; 19 (6): 701-707.
47. Roth B, Munsch S, Meyer A, Winkler Metzke C, Isler E, Steinhausen HC et al. The mental status of overweight children. *Z Kinder Jugendpsychiatr Dients Baselland* 2008; 36 (3): 163-176.
48. Hwang KO, Childs JH, Goodrick GK, Aboughali WA, Thomas EJ, Johndon CW et al. Explanations for unsuccessful weight loss among bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 2009; 19 (10): 1377-1383.
49. Pull CB. Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Curr Opin Psychiatry* 2010; 23 (1); 30-36.
50. Kinzl JF. Morbid obesity: Significance of psychological treatment after bariatric surgery. *Eat Weight Disord* 2010; 31.
51. Rusch MD and Andris D. Maladaptive eating patterns after weight-loss surgery. *Nutr Clin Pract* 2007; 22 (1): 41-49.
52. Bolaños P, Jáuregui I. Sobrepeso y obesidad en los trastornos de conducta alimentaria. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2010; 16 (2): 83-89.