

José L. López-Pantoja^{1*}
 José A. Cabranes^{1,3-5*}
 Sabrina Sanchez-Quintero¹
 Manuel Velao¹
 Montserrat Sanz¹
 Beatriz Torres-Pardo¹
 Inés Ancín³
 Lucio Cabrerizo²
 Miguel A. Rubio²
 Juan J. Lopez-Ibor^{1,3-5}
 Ana Barabash^{2,3,5}

Perfiles de personalidad en sujetos obesos y control medidos con cinco escalas estandarizadas de personalidad

¹Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Clínico San Carlos Madrid, España

²Servicio de Endocrinología y Nutrición Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

³Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC) Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

⁴Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica

Facultad de Medicina, Universidad Complutense. Madrid. España

⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

* Los autores han contribuido igualmente a este estudio

Introducción. La psicopatología puede ejercer influencia en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Los estudios sobre los rasgos de personalidad o la psicopatología de la personalidad en obesidad son escasos y contradictorios. El objetivo de este estudio fue la comparación de los perfiles de personalidad entre sujetos obesos y normo-peso y la determinación de la herramienta más útil para la detección de diferencias, considerando que la evaluación psicológica y el apoyo psicoterapéutico deberían incluirse en el manejo de estos pacientes.

Metodología. Examinamos 55 sujetos obesos (IMC=43kg/m²) y 66 controles (IMC=21,7kg/m²). Empleamos las herramientas de valoración de la personalidad: MCMI-II, TCI-R, EPQ-A, BIS-111 y SSS. Aplicamos un análisis multivariado de la varianza incluyendo los factores IMC, sexo y edad como covariables.

Resultados. Se encontraron diferencias significativas más marcadas entre los grupos fueron más marcadas en las escalas clínicas del MCMI-II, especialmente en la de Depresión Mayor, Pensamiento psicótico, Ansiedad, Histeriforme y Abuso de alcohol. Entre los obesos, las mujeres puntuaron más que los hombres en todas las escalas, aunque no fue significativo. Encontramos diferencias significativas en los rasgos normales de personalidad entre ambos grupos en el TCI-R. Los obesos presentaron mayores puntuaciones en Evitación del daño y menores en Búsqueda de novedad, Persistencia y Trascendencia. El resto de los test no presentaron utilidad para la diferenciación de los rasgos de personalidad entre ambos grupos.

Conclusión. Los sujetos obesos presentaron distintos perfiles de personalidad que los sujetos control. Las escalas de mayor utilidad para la determinación de estas diferen-

cias podrían ser aquellas diseñadas para la evaluación de la personalidad patológica, tales como el MCMI-II. De menor importancia serían aquellas dirigidas a medir los rasgos de personalidad normal, tales como el TCI-R y el EPQ-A.

Palabras clave: Obesidad, Personalidad, Inventario de Personalidad, Inventario Clínico Multiaxial de Millon, Inventario de Temperamento y Carácter

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(5):266-74

Personality profiles between obese and control subjects assessed with five standardized personality scales

Background/aim. Psychopathology may exert influence on developing and maintaining obesity. Studies of personality traits or psychopathology of personality in obesity are scarce and contradictory. The aim of this study was to compare personality profiles between obese and normal-weight subjects and to determine the most useful tool to detect differences, considering that psychological assessment and psychotherapeutic support should be included within the overall management of these patients.

Method. We examined 55 obese subjects (mean BMI=43kg/m²) and 66 controls (mean BMI =21.7kg/m²). We used the personality assessment tools: MCMI-II, TCI-R, EPQ-A, BIS-111 and SSS. Factorial multivariate analysis of variance was applied; with factors BMI, Gender and Age as a covariate.

Results. Significant differences between groups were more marked in the clinical syndrome scales of MCMI-II, particularly in Major-Depression, Thought-Disorder, Anxiety, Somatoform and Alcohol-Dependence. Among obese, women scored higher than men in all scales but not significantly. We have found significant differences in normal personality dimensions between both groups in TCI-R. Obese showed higher scores in Harm Avoidance, and lower in Novelty Seeking, Persistence and Self-transcendence. The remaining tests have not been useful for differentiating personality traits between both groups.

Correspondencia:
 Ana Barabash Bustelo
 Laboratorio de Endocrinología.
 Hospital Clínico San Carlos
 C/ Martín Lagos s/n.
 28040 Madrid.
 Tel: 34 91 330 2456
 Fax: 34 91 330 3140
 Correo electrónico: ana.barabash@salud.madrid.org

Conclusion. Obese subjects showed different personality profiles than control subjects. The most useful scales for determining these differences might be those designed to assess pathological personality such as MCMI-II. Less important would be those intended to measure normal personality traits, such as TCI-R and EPQ-A.

Keywords: Obesity, Personality, Personality Inventory, Millon Clinical Multiaxial Inventory, Temperament and Character Inventory

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un trastorno de alta prevalencia que parece estar extendiéndose de manera arrolladora por el mundo, especialmente en los países desarrollados. En el cambio al siglo XXI, es ya considerada como la epidemia con mayor prevalencia e incidencia en EE.UU. y otros países¹⁻⁴.

Aunque hasta ahora, el abordaje de esta enfermedad se ha centrado fundamentalmente en sus aspectos biológicos, cada vez cobra mayor interés la asociación de los rasgos psicológicos con la evolución de la obesidad⁵⁻⁷. Esto hace necesario medir y considerar los aspectos psicológicos para el tratamiento apropiado de dichos pacientes.

Muchos estudios sugieren que existe comorbilidad entre obesidad mórbida y psicopatología^{5, 8-12}. También se ha encontrado asociación entre sobrepeso y riesgo de sufrir un trastorno del Eje I o II del DSM-IV¹³. Algunos investigadores consideran que la presencia de psicopatología puede ser una de las complicaciones más importantes de la obesidad¹⁴, aunque otros autores no han encontrado grados más altos entre los sujetos obesos en comparación con los no obesos^{15, 16}. Por otra parte, se ha visto una tendencia entre los pacientes obesos a tener mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos¹⁷⁻¹⁹, siendo la ansiedad y la depresión los más frecuentes^{5, 20-25}.

Varios autores han intentado determinar la existencia de un perfil específico psicopatológico en pacientes con obesidad mórbida. Sin embargo los resultados son controvertidos^{8, 26}. Esto puede deberse en parte a la falta de consenso sobre la medida y al uso de herramientas no estandarizadas^{15, 20}.

La obesidad tiende a ser considerada como una enfermedad crónica y por tanto probablemente interactúe con los rasgos de personalidad más acentuados del individuo. La personalidad, entendida como un constructo persistente en el tiempo, confrontada por diferentes situaciones y capaz de diferenciar un individuo de otro, puede ser el fundamento base donde se encuentran las pautas básicas diferenciales en relación a los sujetos con normo-peso. Sin embargo los rasgos de personalidad en los pacientes obesos, aunque menos estudiados, pueden ser de la mayor importancia.

Los datos encontrados sobre este asunto son controvertidos. Algunos autores sugieren que el perfil de personalidad de los pacientes obesos es diferente al de la población general^{27, 28}, mientras que otros opinan que no hay diferencias en las pautas de personalidad diferenciales de los sujetos obesos²⁹.

Los datos existentes parecen apoyar la existencia de rasgos de personalidad diferentes entre los sujetos obesos *versus* los sujetos normo-peso, en cuanto a: perfiles de personalidad patológica^{9, 28, 30}, perfiles relacionados con escalas diseñadas para medir los rasgos normales de personalidad³¹⁻³⁵ o según medidas de impulsividad³⁶. Creemos que estudiando estos rasgos dentro del mismo grupo de pacientes y controles con peso normal, tendremos más información en relación al perfil de personalidad integral de los sujetos obesos *versus* los controles.

Los objetivos de este artículo son: descubrir si hay diferencias significativas en perfiles de personalidad entre los sujetos obesos y controles (normo-peso) mediante la administración de cinco instrumentos que cubren el conjunto referido de rasgos, determinar cuál de estas escalas muestra mayores diferencias entre ambos grupos y finalmente qué subescalas definen los principales rasgos diferenciales.

MÉTODO

Se diseñó un estudio de caso control.

- Participantes

Los participantes fueron sujetos que ingresaron consecutivamente en la Unidad de Obesidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, entre el 15 de octubre de 2009 y el 30 de octubre de 2010.

El grupo estaba compuesto por 55 sujetos (38 mujeres y 17 hombres) que cumplían los siguientes criterios de inclusión: tener entre 18 y 65 años de edad, IMC=30kg/m² o mayor, caucásicos. Criterios de exclusión: presencia de cualquier trastorno del eje I del DSM-IV-TR (ni en el sujeto, ni en ningún familiar de primer grado), retraso mental, tener menos de 18 años o más de 65 o rehusar firmar el consentimiento informado. De los 68 sujetos que cumplieron los criterios de inclusión, 7 no quisieron participar, 4 fueron excluidos por presentar trastornos psiquiátricos y 2 fueron excluidos por ser menores de 18 años.

El grupo control estaba compuesto por 66 voluntarios (38 mujeres y 28 hombres), que eran pareja de los pacientes incluidos en el estudio o conocidos de los miembros del equipo de investigación, todos con un IMC entre 18,5 y 24,9Kg/m² y edad similar a la del grupo de casos.

Los pacientes fueron evaluados con la entrevista clínica estructurada SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM IV*), administrándose a los sujetos control la versión para no-pacientes de la misma para descartar cualquier

historia psiquiátrica previa.

El protocolo del estudio se desarrolló siguiendo la Declaración de Helsinki y la Guía de Buena Práctica Clínica y fue aprobada por el Comité de Ética del Hospital Clínico San Carlos. Todos los participantes proporcionaron consentimiento informado por escrito a este comité tras la explicación detallada del procedimiento.

- Medida/instrumentos

- Evaluación de la personalidad

Para medir los rasgos de personalidad los sujetos completaron cinco cuestionarios autoadministrados que fueron corregidos por dos psicólogos del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos.

*Inventario clínico multiaxial de Millon, segunda edición (MCMI-II)*³⁷

Incluye varias escalas que miden trastornos de personalidad, basadas en la teoría biopsicosocial de Millon. Está compuesta de 175 afirmaciones de verdadero o falso. Se trata de un modelo de 22 escalas divididas en cuatro grupos: 10 escalas básicas de trastornos de personalidad (1. Esquizoide, 2. Evitativa, 3. Dependiente, 4. Histriónica, 5. Narcisista, 6A. Antisocial, 6B. Agresivo-sádico, 7. Compulsiva, 8A. Pasivo-agresiva, 8B. Masoquista; 3 escalas de trastorno grave de la personalidad (S. Esquizotípica, C. Límite, P. Paranoide), 6 escalas de síndromes clínicos (A. Ansiedad, H. Histeriforme/Somatoforme, N. Hipomanía, D. Distimia, B. Dependencia al alcohol T. dependencia a las drogas) y síndromes clínicos graves (SS. Pensamiento psicótico, CC. Depresión mayor, PP. Delirios psicóticos).

*Inventario de Temperamento y Carácter, edición revisada (TCI-R)*³⁸

Esta herramienta mide la personalidad según la teoría de Cloninger. Se compone de 240 ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos. Incluyen siete dimensiones de personalidad, con 4 rasgos de temperamento (Búsqueda de la novedad, Evitación del daño, Dependencia de recompensa y Persistencia) así como tres dimensiones del carácter (Autodirección, Cooperatividad y Transcendencia).

*Inventario -A de personalidad de Eysenck (EPQ-A)*³⁹

Es un cuestionario autoadministrado de 94 ítems que mide las tres dimensiones fundamentales de la teoría de la personalidad de Eysenck: Neuroticismo (N), Extraversión (E) y Psicoticismo (P).

*Escala de impulsividad de Barrat-11 (BIS)*⁴⁰

La BIS es una de las herramientas más utilizadas habitualmente para medir la impulsividad. Consta de 30 ítems dentro de 3 subescalas: Impulsividad motora, Impulsividad cognitiva e Impulsividad de Planificación. Estos tres subcomponentes se toman en conjunto para calcular la Impulsividad Total.

*Escala de búsqueda de sensaciones (SSS)*⁴¹

Tiene como objetivo la medida de la búsqueda de sen-

saciones. Este rasgo de personalidad fue descrito por Zuckerman como la "tendencia a buscar sensaciones y experiencias novedosas, variadas, complejas e intensas y la voluntad de asumir riesgos por el mero hecho de asumirlos". Consiste en 40 ítems de sí o no y se compone de 4 subescalas: Búsqueda de Emociones (BEM), Búsqueda de Excitación (BEX), Desinhibición (DES) y Susceptibilidad hacia el Aburrimiento (SAB).

- Evaluación de los trastornos de alimentación

Para valorar la influencia de un posible trastorno de alimentación en las características de personalidad, se administraron a los sujetos obesos los siguientes instrumentos: Inventario de trastornos alimentarios (EDI)⁴² y el test de bulimia de Edimburgo (BITE)⁴³. La puntuación del EDI se obtuvo de las subescalas Motivación para la delgadez (DE) e Insatisfacción corporal (BD), así como de la escala de Síntomas. Los puntos de corte establecidos para diferenciar normal de patológico se consideraron según lo propuesto por el autor de las escalas, (≤ 14 vs > 14 para la subescala DE del EDI y para la escala de síntomas del BITE y ≤ 17 vs > 17 para la subescala BD del EDI).

- Análisis estadístico

Las variables de las distintas escalas de personalidad están expresadas con sus medias y desviaciones estándar (DE), excepto aquellas que muestran distribuciones asimétricas, expresadas con sus medianas y cuartiles. Las puntuaciones correspondientes a las variables del MCMI-II están expresadas en puntuaciones tasa base, las correspondientes al TCI-R en percentiles y las incluidas en el EPQ-A, el BIS y el SSS se expresan en puntuaciones directas. Se empleó la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov para una muestra para determinar como se ajustaban las variables a la distribución normal. La hipótesis de igualdad de varianzas fue comprobada con el test de Levene. Usamos la t de student para muestras independientes para comparar la media de edad entre grupos, así como para contrastar la hipótesis de igualdad de medianas en las variables de personalidad entre el grupo control y la población normativa y la prueba de la mediana para comparar las puntuaciones de las variables no paramétricas. Para las variables paramétricas, se llevó a cabo un análisis de varianza factorial multivariable (basado en el Modelo General Lineal), tomando el efecto principal del grupo (obesos vs control) y la interacción del grupo por género. En las variables no paramétricas se usó el test de U-Mann-Whitney para muestras independientes.

Para el grupo con obesidad, la prueba t de student se usó para contrastar las medias de las puntuaciones en las variables de personalidad estudiadas en el grupo, expresándose por encima o por debajo de los puntos de corte de las siguientes escalas: DE y BD del EDI y los síntomas de la escala BITE. En todos los casos se consideró un nivel de significación bilateral de $\alpha < 0,05$. El análisis estadístico se realizó usando el programa SPSS 15.0 para WINDOWS.

RESULTADOS

- Características demográficas

La edad media (DE) de los grupos de obesidad y control fue de 38,5 (10,16) y 34,9 (10,52) años respectivamente. No se observaron diferencias significativas en edad entre ambos grupos ($p=0,060$). El grupo con obesidad se componía de 38 mujeres (69,1%), media de edad (DE) de 37,6 (9,7) años y un IMC medio (DE) de 43,9 (7,2)Kg/m² y de 17 hombres (30,9 %), edad media (DE) 40,8 (11,2) años e IMC medio (DE) de 40,1 (7,0)Kg/m². El grupo control se componía 38 mujeres (57,6%), con una media de edad (DE) de 33,5 (8,6) años y un IMC medio de 21,1 (2,1)Kg/m² y de 28 hombres (42,4%) de una media (DE) de 36,9 (12,6) años y un IMC medio (DE) de 23,2 (2,1) Kg/m². No se encontraron diferencias significativas en sexo entre ambos grupos ($p=0,257$). Tampoco había diferencias en edad entre obesos y controles en el grupo masculino ($p=0,292$) ni en el femenino ($p=0,060$).

- Evaluación de los trastornos de alimentación

Los sujetos obesos obtuvieron una puntuación de mediana (RIQ) de 6,0 (3,0-9,5) y 18,0 (12,0-23,0) en las subescalas DE y BD del inventario EDI, así como 7,5 (3,7-17,0) en la escala BITE (Escala de Síntomas). No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en ninguno de las siguientes puntuaciones [mediana (RIQ)]: EDI DE 3,0 (2,0-9,5) vs 6,0 (3,0-9,7) $p=0,370$; EDI BD 12,0 (6,5-20,0) vs 18,5 (13,0-23,5) $p=0,343$ y BITE 10,0 (6,0-21,0) vs 7,0 (3,0-15,5) $p=0,999$. 5 sujetos (9%) con puntuaciones por encima de 14 en la escala DE y 29 sujetos (52%) puntuaron sobre 17 en la escala BD, ambas escalas pertenecientes al inventario EDI, y 17 sujetos (31%) superaron los 14 puntos en la escala de síntomas BITE.

- Evaluación de la personalidad

La Tabla 1 muestra las puntuaciones de tasa base de los grupos de obesos y controles. Las medianas correspondientes a las variables Antisocial, Agresiva, Sádica, Paranoide, Dependencia de drogas y la media de Delirios psicóticos en el grupo control mostraron estar bajo los mismos intervalos de confianza que los datos correspondientes para la población normativa. Esto invalida las diferencias encontradas en las puntuaciones encontradas en relación al grupo con obesidad.

Los sujetos obesos mostraron puntuaciones significativamente altas en las escalas de personalidad básica (Narcisista) ($p=0,020$), en las escalas de trastornos graves de personalidad (Limite) ($p=0,032$) en los síndromes clínicos moderados (Ansiedad [$p<0,001$], Somatoforme [$p=0,010$], Distimia [$p<0,001$] y Dependencia de alcohol [$p=0,006$]) así como en los síndromes clínicos graves (Depresión mayor [$p<0,001$]).

Dentro del grupo de obesos, se encontraron diferencias en las puntuaciones para la variable Limite [media (DE), 68,0 (29,5) vs 38,4 (15,9); $p=0,018$] entre aquellos que puntuaron por encima de 14 en la escala de síntomas

BITE y aquellos que puntuaron por debajo, respectivamente. Después de eliminar la influencia de estos sujetos "BITE>14", las diferencias entre los obesos y controles Limite dejaron de ser significativas [mediana (RIQ), 36,5 (25,2-51,5) vs 28,0 (17,0-28,0) $p=0,169$]. No se encontraron diferencias en ninguna variable entre sujetos obesos con puntuaciones por encima y por debajo de los puntos de corte establecidos para las subescalas DE y BD del inventario EDI.

La interacción de género pudo observarse en las siguientes variables: Ansiedad ($p=0,021$), Somatoforme ($p=0,024$), Dependencia de alcohol ($p=0,035$) y Depresión mayor ($p=0,041$). Dentro del grupo femenino, se produjeron diferencias en todas estas variables. Los sujetos obesos mostraron puntuaciones más altas en comparación con el grupo control. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre sujetos obesos y normopeso en el grupo masculino (Tabla 2).

La Tabla 3 muestra las puntuaciones del grupo obeso y del control en TCI-R y EPQ. El grupo obeso muestra unas puntuaciones significativamente más bajas en Persistencia ($p=0,004$) y Transcendencia ($p=0,034$), y puntuaciones más altas en Evitación de daño ($p=<0,001$). No se encontraron diferencias significativas para el efecto de interacción entre el grupo y el género. Aunque los sujetos obesos con puntuaciones >14 en el inventario BITE mostraban unas puntuaciones más altas en Autodirección en comparación con los otros [media (DE), 18,1 (27,6) vs 58,8(29,0); $p=0,001$], quitando el efecto de éstos (BITE>14) se mantuvo la ausencia de diferencias entre los sujetos obesos y el grupo control [mediana (RIQ), 52,0 (13,0-79,5) vs 57,0 (20,0-84,2); $p=0,701$]. No se encontraron diferencias significativas en ninguna variable situada por encima o por debajo de los puntos de corte establecidos para las subescalas DE y BD del EDI en el grupo de obesos.

Se encontró un efecto de interacción de género ($p=0,044$) en la escala de Persistencia. Se encontraron diferencias entre los sujetos obesos y los controles en el grupo de mujeres ($p=0,012$), y no en el de hombres ($p=0,155$) (Tabla 2).

No se encontraron diferencias en ninguna escala del EPQ. No hubo interacción significativa entre grupo y género. Dentro del grupo de obesos, en aquellos sujetos que puntuaban por encima de 14 en la escala de síntomas BITE, se encontraron puntuaciones más altas en Neuroticismo [media (DE), 16,2 (7,0) vs 10,1 (5,3); $p=0,014$]. Sin embargo quitando el efecto de aquellos sujetos "BITE>14" se mantuvo la ausencia de diferencias entre los sujetos obesos y el grupo control [media (DE), 12,2 (6,3) vs 10,5(4,9); $p=0,140$]. No se encontraron diferencias entre las variables DT y BD del EDI.

La Tabla 4 muestra las puntuaciones en las escalas BIS-11 y SSS para los sujetos obesos y los controles. No hubo diferencias significativas en ninguna de las variables obtenidas en la Escala de Impulsividad de Barrat. No

Tabla 1 MCMI-II Puntuaciones de tasa base para el grupo control y de obesos

	Grupo Obesos n= 55		Grupo Control n= 66		Univariada p
1. Esquizoide (1)	49,0	31,5-75,5	39,0	23,0-68,2	0,071
2. Evitativo (1)	24,0	13,50-45,0	16,0	7,0-41,0	0,111
3. Dependiente(1)	57,0	32,5-84,5	62,5	36,7-90,5	0,593
4. Histrionica (2)	67,0	28,7	61,8	29,2	0,644
5. Narcisista (2)	72,5	28,9	54,7	29,4	0,020
6A. Antisocial (1)	68,0	27,0-93,0	36,5⁽⁻⁾	14,0-59,5	0,018
6B. Agresiva-Sádica (1)	62,0	33,0-92,0	34,0⁽⁻⁾	18,0-65,5	0,003
7. Compulsiva (2)	84,3	32,4	84,5	26,8	0,947
8A. Pasivo-Agresiva (1)	41,0	18,0-74,0	23,0	12,0-37,0	0,111
8B. Masoquista (1)	21,0	12,5-49,5	18,5	9,0-47,5	0,951
S. Esquizotípica (1)	47,0	28,5-71,5	33,5	20,0-53,2	0,071
C. Límite (1)	41,0	26,0-61,0	28,0	17,0-43,2	0,032^(*)
P. Paranoide (1)	76,0	43,0-104,0	49,0⁽⁻⁾	20,0-67,0	0,010
A. Ansiedad (2)	57,2	24,1	36,6	17,6	<0,001^(*)
H. Somatoforme (1)	61,0	35,5-85,0	37,0	26,7-54,0	0,010^(*)
N. Hipomanía (1)	55,0	32,0-84,5	41,5	18,7-80,2	0,298
D. Distimia (2)	51,9	22,2	34,2	16,4	<0,001
B. Dependencia-Alcohol (1)	53,0	19,5-70,5	22,0	8,0-44,2	0,006^(*)
T. Dependencia-Drogas (1)	57,0	24,5-84,5	30,0⁽⁻⁾	14,0-57,7	0,018
SS. Pensamiento Psicótico (1)	51,0	27,0-79,0	28,0	12,0-55,0	0,071
CC. depresión Mayor (1)	34,0	14,5-59,5	13,0	5,0-24,2	<0,001^(*)
PP. Delirios Psicóticos (2)	73,4	31,2	53,1⁽⁻⁾	27,5	0,003

(1) Datos expresados como mediana y cuartiles. (2) Datos expresados como media y desviación estándar (-) Bajo los datos normativos del interval de confianza. (*) Interacción de género $p < 0,05$. (**) Confusión BITE

hubo efectos de interacción de género, o diferencias en puntuaciones entre los grupos de obesos y controles en las variables DE y BD de la escala de síntoma del EDI.

No se encontraron diferencias en las puntuaciones correspondientes a variables de la escala SSS entre los sujetos obesos y los controles, por lo que consecuentemente no se encontraron efectos de interacción de género, o influencias de las variables DE y BD del EDI y la escala de síntomas del BITE.

La Figura 1 muestra el perfil diferencial obtenido entre sujetos obesos y normo-peso.

DISCUSIÓN

Los diferentes rasgos de personalidad pueden jugar un papel en la aparición y en el mantenimiento de la obesidad. Sin embargo, los datos en la literatura son a veces controvertidos, aunque es preciso tener en cuenta que la evalua-

Tabla 2		Diferencias por género en las puntuaciones del MCMI-II y TCI-R									
	Interacción p	Hombres n= 45					Mujeres n= 76				
		Grupo obesos n= 17		Grupo control n= 28		Univariada p	Grupo obesos n= 38		Grupo control n= 38		Univariada p
A. Ansiedad (2)	0,021	48,1	18,1	38,8	17,7	0,074	60,8	25,5	34,9	17,6	<0,001
H. Somatoforme (2)	0,024	55,9	24,9	50,4	21,5	0,473	64,9	28,5	36,6	20,5	<0,001
B. Dependencia- Alcohol (1)	0,035	26,0	12,5-60,2	26,0	11,0-49,0	0,828	57,0	24,0-77,0	19,0	8,0-40,0	0,009
CC. Depresión Mayor (1)	0,041	26,0	14,2-39,2	19,0	3,0-42,0	0,659	39,0	13,0-63,0	10,0	5,0-19,0	0,001
Persistencia (1)	0,044	35,0	19,5-66,0	61,5	24,2-79,7	0,155	20,0	7,2-76,2	56,5	39,5-80,7	0,012

(1) Datos expresados como mediana y cuartiles. (2) Datos expresados como media y desviación estándar

Tabla 3		Puntuaciones TCI-R y EPQ sujetos obesos y controles				
		Grupo obesos n= 55		Grupo control n= 66		Univariada p
TCI-R						
Busqueda de novedad (1)		36,0	24,0-80,0	59,0	32,2-80,0	0,078
Evitación de daño (1)		69,0	52,0-90,0	47,0	23,2-68,2	<0,001
Dependencia de recompensa (1)		60,0	23,0-84,0	60,0	39,0-86,2	0,594
Persistencia (1)		20,0	9,0-68,0	58,0	35,0-80,0	0,004 ^(*)
Autodirección (1)		41,0	9,0-77,0	57,0	20,0-84,2	0,507
Cooperatividad (2)		52,3	26,7	58,2	28,6	0,225
Trascendencia (1)		37,0	16,0-68,0	59,0	38,0-84,0	0,034
EPQ-A						
Neuroticismo (2)		12,8	6,5	10,5	4,9	0,082
Extraversión (2)		12,6	3,7	13,3	3,8	0,269
Psicoticismo (1)		2,0	1,0-4,0	1,0	0,0-2,0	0,123

(1) Datos expresados como mediana y cuartiles. (2) Datos expresados como media y desviación estándar. (*) Interacción de género p< 0,05

ción de la personalidad se ha llevado a cabo de forma parcial. Por lo tanto, consideramos que al estudiar en conjunto los rasgos patológicos (MCMI-II), y otros rasgos considerados normales (escalas TCI-R, EPQ-A, BIS-11 y SSS) en las poblaciones de sujetos obesos y normo-peso, podríamos tener una información más amplia sobre el perfil diferencial de personalidad entre ambas poblaciones.

De acuerdo con los resultados de otros autores^{9, 28, 30}, encontramos que las puntuaciones de los sujetos obesos fueron más altas en varias variables del MCMI-II, tanto en las escalas de personalidad como en las de síndromes clínicos.

Tras incluir el género, la edad y los síntomas de trastornos de alimentación (EDI, BITE) como posibles variables con-

fusoras y después de descartar aquellas variables que mostraban puntuaciones por debajo de las medias normativas para el grupo control, las escalas que mostraron diferencias significativas entre el grupo de obesos y el control fueron las siguientes: Narcisista, Ansiedad, Somatoforme, Distimia, Dependencia de alcohol y Depresión mayor. Al separar la muestra por género, observamos que las diferencias en Ansiedad, Somatoforme, Dependencia de alcohol y Depresión mayor, se produjeron solamente en la población femenina.

Estos resultados ponen en evidencia una gran vulnerabilidad de la población obesa femenina a presentar cierta psicopatología. Este dato podría ser congruente con la idea de que la imagen física juega un papel más importante en

Tabla 4	Puntuaciones en impulsividad (BIS-11) y en búsqueda de sensaciones B(SSS) en el grupo control y de obesos				
	Grupo obesos n= 55		Grupo control n= 66		p
	Media	DE	Media	DE	
BIS-11					
Icognitiva	13,2	3,5	12,6	3,8	0,615
Imotora	15,2	6,6	14,0	5,9	0,624
I de planificación	17,4	7,4	14,8	5,3	0,064
Total I	45,8	13,0	41,4	11,2	0,164
SSS					
Suceptibilidad al aburrimiento	3,1	1,7	3,2	1,8	0,805
Búsqueda de emociones	5,5	1,9	5,0	2,2	0,202
Desinhibición	3,1	1,7	3,3	2,4	0,434
Búsqueda de experiencias	3,6	2,6	4,5	3,0	0,074
Total búsqueda de sensaciones	15,6	5,2	17,0	7,1	0,146

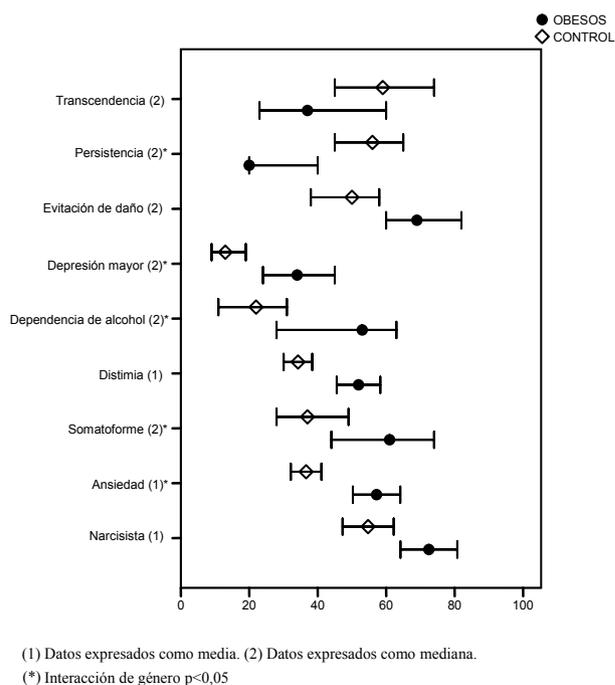


Figura 1 Perfil diferencial de personalidad en sujetos obesos y control, en subescalas del MCMI-II y del TCI-R ($p < 0,05$)

las mujeres⁴⁴⁻⁴⁶ y por tanto que la obesidad puede tener un impacto psíquico distinto en ambos sexos.

Aunque en el presente estudio no pudimos determinar si la obesidad es causa o consecuencia de estas alteraciones, la evidencia científica existente señala la posible influencia de ésta en la presencia de trastornos afectivos⁴⁷⁻⁴⁹, así como en trastornos de la personalidad^{50, 51}.

También encontramos diferencias con significación estadística en las puntuaciones de otras dimensiones de personalidad medidas a través del TCI-R entre ambos grupos. Los sujetos obesos mostraron puntuaciones significativamente más altas en Evitación del daño y más bajas en Persistencia y Trascendencia. Sin embargo, cuando comparamos las puntuaciones entre sujetos obesos y normo-peso en este inventario, separando poblaciones por género, encontramos que esas diferencias en Persistencia sólo se producen dentro del grupo de mujeres.

Hay algunos autores que han encontrado puntuaciones mayores para la Búsqueda de novedad en estos pacientes^{31, 32}. Esta controversia puede ser debida a que la muestra fuera heterogénea en términos de IMC, de psicopatología, de estilo de afrontamiento o de adherencia a la terapia. No hemos sido capaces de confirmar la importancia de los aspectos determinantes, como la presencia de trastornos de la alimentación, variables que puntúan en el grupo control en relación

a la población normativa o el género de los sujetos, para la interpretación correcta de los resultados.

Los resultados obtenidos por otros autores en el EPQ-A³⁶⁻³⁹ son controvertidos, en relación a las variables en Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo. Creemos que esto se debe a diferencias entre las muestras de los estudios en cuanto a edad y género, lo que, como hemos visto, ha tenido una influencia significativa en nuestros resultados. En el presente estudio, no obtuvimos diferencias significativas para ninguna escala de este cuestionario.

Para la escala de Impulsividad de Barrat (BIS) así como para la escala de Búsqueda de Sensaciones (SSS), no se obtuvieron diferencias en los rasgos de personalidad entre el grupo control y el de obesidad. Aunque algunos autores han encontrado diferencias en medidas de impulsividad³⁶, es posible que fuera debido a que la muestra estaba constituida por un grupo de pacientes con obesidad mórbida y trastornos de atracón compulsivo.

Por tanto, podemos concluir que los sujetos obesos muestran perfiles de personalidad significativamente diferentes de aquellos encontrados en sujetos normo-peso. Las mayores diferencias aparecen dentro de las escalas del MCMI-II y en el TCI-R, y son más marcadas en el caso de las mujeres. Teniendo en cuenta esto, es necesario considerar factores de confusión como el género o los trastornos de

alimentación. En el futuro, sería de interés realizar estudios longitudinales en pacientes obesos para analizar la asociación de parámetros de la personalidad con el éxito o fracaso de la pérdida de peso.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La limitación más importante es el tamaño de la muestra, que está ampliándose actualmente.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among us adults, 1999–2008. *JAMA*. 2010;303:235–41.
- Vitalsigns: State-specific obesity prevalence among adults, United States, 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59:951–5.
- Howel D. Trends in the prevalence of obesity and overweight in english adults by age and birth cohort, 1991–2006. *Public Health Nutr*. 2011;14:27–33.
- Basterra-Gortari FJ, Beunza JJ, Bes-Rastrollo M, Toledo E, Garcia-Lopez M, Martinez-Gonzalez MA. Increasing trend in the prevalence of morbid obesity in Spain: From 1.8 to 6.1 per thousand in 14 years. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:424–6.
- Maddi SR, Fox SR, Khoshaba DM, Harvey RH, Lu JL, Persico M. Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obes Surg* 2001;11:680–5.
- Dymek MP, le Grange D, Neven K, Alverdy J. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after roux-en-y gastric bypass: A brief report. *Obes Surg*. 2001;11:32–9.
- Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE, Young JF, Mufson L, Yanovski SZ, Glasofer DR, et al. A pilot study of interpersonal psychotherapy for preventing excess weight gain in adolescent girls at-risk for obesity. *Int J Eat Disord*. 2010; 43:701–6.
- Maddi SR, Khoshaba DM, Persico M, Bleecker F, VanArsdall G. Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. *Obes Surg*. 1997;7:397–404.
- Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry*. 1992;149:227–34.
- Papageorgiou GM, Papakonstantinou A, Mamplekou E, Terzis I, Melissas J. Pre- and postoperative psychological characteristics in morbidly obese patients. *Obes Surg*. 2002;12:534–9.
- Ryden O, Hedenbro J, Frederiksen S. Weight loss after vertical banded gastroplasty can be predicted: A prospective psychological study. *Obes Surg*. 1996;6:237–43.
- van der Merwe MT. Psychological correlates of obesity in women. *Int J Obes (Lond)*. 2007;31(Suppl 2):S14–18;discussion S31–2.
- Carpiniello B, Pinna F, Pillai G, Nonnoi V, Pisano E, Corrias S, et al. Psychiatric comorbidity and quality of life in obese patients. Results from a case-control study. *Int J Psychiatry*. Med 2009;39:63–78.
- Kral JG, Sjoström LV, Sullivan MB. Assessment of quality of life before and after surgery for severe obesity. *Am J Clin Nutr*. 1992;55:611S–4S.
- Pessina A, Andreoli M, Vassallo C. Adaptability and compliance of the obese patient to restrictive gastric surgery in the short term. *Obes Surg*. 2001;11:459–63.
- Hach I, Ruhl UE, Klose M, Klotsche J, Kirch W, Jacobi F. Obesity and the risk for mental disorders in a representative German adult sample. *Eur J Public Health*. 2007;17:297–305.
- Kark M, Neovius M, Rasmussen F. Obesity status and risk of disability pension due to psychiatric disorders. *Int J Obes (Lond)*. 2010;34:726–32.
- Saunders R. Binge eating in gastric bypass patients before surgery. *Obes Surg*. 1999;9:72–6.
- Darby A, Hay P, Mond J, Rodgers B, Owen C. Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: Relationship with psychological status. *Int J Obes (Lond)*. 2007;31:876–82.
- van Hout GC, Vreeswijk CM, van Heck GL. Bariatric surgery and bariatric psychology: Evolution of the Dutch approach. *Obes Surg*. 2008;18:321–5.
- Zhong W, Cruickshanks KJ, Schubert CR, Nieto FJ, Huang GH, Klein BE, et al. Obesity and depression symptoms in the Beaver Dam offspring study population. *Depress Anxiety*. 2010;27:846–51.
- Gariépy G, Nitka D, Schmitz N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: A systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)*. 2010;34:407–19.
- Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE, Alonso J, Angermeyer M, de Girolamo G, et al. Obesity and mental disorders in the general population: Results from the world mental health surveys. *Int J Obes (Lond)*. 2008;32:192–200.
- Atlantis E, Baker M. Obesity effects on depression: Systematic review of epidemiological studies. *Int J Obes (Lond)*. 2008;32:881–91.
- Zhao G, Ford ES, Dhingra S, Li C, Strine TW, Mokdad AH. Depression and anxiety among US adults: Associations with body mass index. *Int J Obes (Lond)*. 2009;33:257–66.
- Segal A, Libanori HT, Azevedo A. Bariatric surgery in a patient with possible psychiatric contraindications. *Obes Surg*. 2002;12:598–601.
- Gliniski J, Wetzler S, Goodman E. The psychology of gastric bypass surgery. *Obes Surg*. 2001;11:581–8.
- Guisado JA, Vaz FJ. Personality profiles of the morbidly obese after vertical banded gastroplasty. *Obes Surg*. 2003;13:394–8.
- Fox KM, Taylor SL, Jones JE. Understanding the bariatric surgical patient: A demographic, lifestyle and psychological profile. *Obes Surg*. 2000;10:477–81.
- Larsen F, Torgersen S. Personality changes after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective study. *J Psychosom Res*. 1989;33:323–34.
- Fassino S, Leombruni P, Piero A, Daga GA, Amianto F, Rovera G, Rovera GG. Temperament and character in obese women with and without binge eating disorder. *Compr Psychiatry*. 2002;43:431–7.
- Sullivan S, Cloninger CR, Przybeck TR, Klein S. Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *Int J Obes (Lond)*. 2007;31:669–74.
- Faith MS, Flint J, Fairburn CG, Goodwin GM, Allison DB. Gender differences in the relationship between personality dimensions and relative body weight. *Obes Res*. 2001;9:647–50.
- Provencher V, Begin C, Gagnon-Girouard MP, Tremblay A, Boivin S, Lemieux S. Personality traits in overweight and obese women: Associations with BMI and eating behaviors. *Eat Behav*. 2008;9:294–302.
- Kakizaki M, Kuriyama S, Sato Y, Shimazu T, Matsuda-Ohmori K, Nakaya N, et al. Personality and body mass index: A cross-sectional analysis from the Miyagi cohort study. *J Psychosom*

- Res. 2008;64:71-80.
36. Arias F SS, Gorgojo JJ, Almódovar F, Fernández S, Llorente F. Clinical differences between morbid obese patients with and without binge eating. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006;34:362-70.
 37. Millon T. *Clinical multi-axial inventory of millon (spanish version)*. Madrid: TEA, 2008.
 38. Gutierrez-Zotes JA, Bayon C, Montserrat C, Valero J, Labad A, Cloninger CR, et al. Temperament and character inventory revised (tcir). Standardization and normative data in a general population sample. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004;32:8-15.
 39. Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Manual for the Eysenck Personality Inventory (spanish version)*. Madrid: TEA, 1997.
 40. Oquendo MA B-GE, Graver R, Morales M, Montalban V, Mann JJ. Spanish adaptation of Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *Eur J Psychiatry.* 2001;15:147-55.
 41. Zuckerman M, Eysenck S, Eysenck HJ. Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *J Consult Clin Psychol.* 1978;46:139-49.
 42. Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord.* 1983;2:15-34.
 43. Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The 'bite'. *Br J Psychiatry.* 1987;150:18-24.
 44. Makara-Studzinska M, Zaborska A. Obesity and body image. *Psychiatr Pol.* 2009;43:109-14.
 45. Algars M, Santtila P, Varjonen M, Witting K, Johansson A, Jern P, Sandnabba NK. The adult body: How age, gender, and body mass index are related to body image. *J Aging Health.* 2009;21:1112-32.
 46. Frederick DA, Peplau LA, Lever J. The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of 52,677 heterosexual adults. *Body Image.* 2006;3:413-9.
 47. Thomsen AF, Kvist TK, Andersen PK, Kessing LV. Increased relative risk of subsequent affective disorders in patients with a hospital diagnosis of obesity. *Int J Obes (Lond).* 2006;30:1415-21.
 48. Roberts RE, Deleger S, Strawbridge WJ, Kaplan GA. Prospective association between obesity and depression: Evidence from the Alameda County Study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27:514-21.
 49. Kasen S, Cohen P, Chen H, Must A. Obesity and psychopathology in women: A three decade prospective study. *Int J Obes (Lond).* 2008;32:558-66.
 50. Chandarana PC, Conlon P, Holliday RL, Deslippe T, Field VA. A prospective study of psychosocial aspects of gastric stapling surgery. *Psychiatr J Univ Ott.* 1990;15:32-5.
 51. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27:1300-14.