



RASGOS DE PERSONALIDAD EN SUJETOS OBESOS CON Y SIN TRASTORNO DE CONDUCTA POR ATRACONES

Leal Leturia, I.* , Fernández de Mosteyrín, T.* , Mancha Álvarez-Estrada, A. **, García-Camba de la Muela, E.*

*Servicio de Psiquiatría.

**Servicio de Nutrición. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

itziarleal@yahoo.es

Obesidad, Rasgos de personalidad, Conducta por atracones

RESUMEN:

Introducción: La obesidad representa un problema de salud de gran índole en las sociedades occidentales, estudios recientes han mostrado que un número substancial de pacientes diagnosticados de obesidad mórbida presentan conductas por atracones.

Objetivos. El objetivo de este estudio es analizar los rasgos de personalidad en pacientes obesos con y sin conducta por atracones.

Métodos: Analizamos una muestra de 76 pacientes diagnosticados de obesidad mórbida derivados desde el Servicio de Nutrición para la realización de evaluación psiquiátrica en el contexto de los programas de pérdida de peso hospitalarios. La muestra es dividida en dos subgrupos según presenten o no conductas por atracón. Realizamos la entrevista clínica y para la medición de los rasgos de personalidad utilizamos la escala IPDE (International Personality Disorders examination).

Resultados: El subgrupo de pacientes obesos que cumplían criterios de conducta por atracón presentaron rasgos de personalidad límite de una forma significativa ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio subrayan el papel de los rasgos límites de personalidad en la conducta por atracones en pacientes con obesidad. Los hallazgos son consistentes con los de otros estudios y sugieren la necesidad de filiar este problema en las diferentes modalidades de tratamiento.

Introducción

La obesidad representa un problema de salud de gran índole en las sociedades occidentales. En España su frecuencia se ha multiplicado por 2 en 10 años, afectando tanto a adultos como a niños, en edades cada vez más tempranas y con más casos severosⁱ. La obesidad incrementa el riesgo de padecer trastornos cardiovasculares, Diabetes, cáncer y otras enfermedades llegando a disminuir la esperanza de vida de forma considerableⁱⁱ.

La obesidad no está incluida dentro de los trastornos de la conducta alimentaria ya que es considerada como una condición médica aunque se ha demostrado que los factores psicológicos tienen un alto grado de importancia en cuanto a la génesis y al mantenimiento de la sintomatología de esta enfermedadⁱⁱⁱ. Así mismo se describió una elevada comorbilidad de la obesidad con diferentes trastornos psiquiátricos^{iv}. A lo largo de esta última década ha ido creciendo el número de investigaciones dedicadas a la obesidad y la relación con diferentes alteraciones psicopatológicas. Diversos de estos estudios se han centrado en describir la relación existente entre la obesidad y alteraciones en el eje II. ^v. En particular se ha hipotetizado que la disregulación afectiva, la impulsividad, los rasgos histriónicos y obsesivo compulsivos juegan un papel importante en el desarrollo de la Obesidad ^{vi}.

La existencia de atracones en pacientes obesos fue identificada por primera vez por Stunkard en 1959, describió la ingestión episódica de grandes cantidades de comida seguida de sentimientos de culpa, malestar e intentos para hacer dieta, todo ello sin conductas compensatorias (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico)^{vii}. La presencia de atracones en la obesidad se ha relacionado con diferentes aspectos clínicos como pueden ser: grado de adiposidad, hallazgos psicopatológicos y poca respuesta al tratamiento ^{viii}. En la actualidad los pacientes que sufren Trastorno por Atracón solo pueden ser diagnosticados dentro de la categoría de Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados, tanto en la clasificación del DSM IV como en el CIE-10 ^{ix}. La tasa de prevalencia del Trastorno por Atracón en pacientes Obesos es del 9 al 34% ^x.

Con este estudio queremos definir los rasgos de personalidad de una muestra de pacientes diagnosticados de obesidad mórbida y determinar si existe correlación entre estos y la presencia de conducta de atracones.

Material y método

Analizamos una muestra de 76 pacientes (58 mujeres y 18 varones) diagnosticados de obesidad, derivados desde el servicio de nutrición al servicio de psiquiatría del Hospital de La Princesa de Madrid. Los pacientes acudieron para valoración psiquiátrica siguiendo el protocolo de cirugía

RASGOS DE PERSONALIDAD EN SUJETOS OBESOS CON Y SIN TRASTORNO DE CONDUCTA POR ATRACONES

bariátrica del Hospital. Diferenciamos a los pacientes diagnosticados de obesidad (IMC>25) en dos grupos según presentaran o no historia previa de conducta por atracones.

Para la valoración de los pacientes se realizaron diversas entrevistas clínicas en las que se recogieron las variables sociodemográficas, variables antropométricas y variables psicológicas generales y las relacionadas con la historia de obesidad. Se cuantificó asimismo la presencia o no de atracones según los criterios del DSM-IV ^{xi}.

La gravedad del trastorno se cuantificó a través de la escala de gravedad de síntomas del cuestionario BITE ^{xii}.

Para la evaluación de los rasgos de personalidad los pacientes cumplimentaron el cuestionario IPDE ^{xiii}.

Examinamos si se daban diferencias en las puntuaciones en rasgos de personalidad en los pacientes con presencia de atracones y con ausencia de los mismos.

El análisis de los datos se realizó con el paquete informático SPSS versión 17.0.

Resultados

Para realizar los análisis, dividimos la muestra de los 76 sujetos en dos subgrupos, el de pacientes que presentaban atracones (n =41) y los que no los presentaban (n= 35).

Grupo de pacientes obesos que presentaban atracones.

En el grupo de pacientes que presentaban atracones la media de edad era de 39,76 años (DT= 9,721). La media del índice de masa corporal (IMC) actual medio que obtuvimos fue 45,49 (DT= 9,69). La edad media de inicio del sobrepeso resultó ser de 16,25 años (DT= 8,6) y en la gravedad media del trastorno medida por la escala BITE recogimos una puntuación de 6,15 (DT= 5,4). (Ver Tabla 1) .

RASGOS DE PERSONALIDAD EN SUJETOS OBESOS CON Y SIN TRASTORNO DE CONDUCTA POR ATRACONES

	Media	Desv. típ.
Edad	39,76	9,721
IMC actual	45,4993	9,69645
Edad inicio sobrepeso	16,25	8,602
Puntuación escala BITE	6,15	5,407

Tabla 1 Variables cuantitativas del grupo de pacientes obesos con atracones.

Respecto al sexo. El 83,3 % de los pacientes eran mujeres y el 16,7% varones (Ver Gráfico 1).

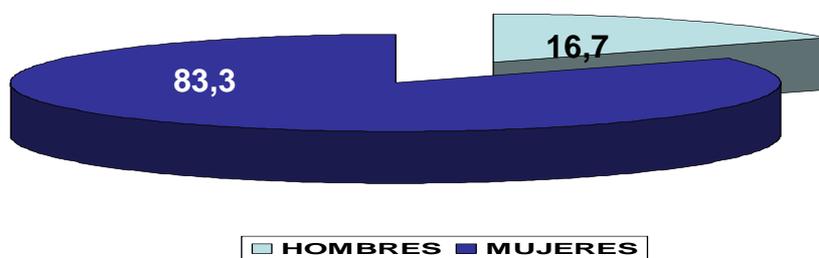


Gráfico 1: Proporción de sexos de la muestra de pacientes obesos con atracones.

En cuanto al nivel de estudios, un 44% de los pacientes habían completado el bachillerato o la formación profesional, el 27 % cumplimentó los estudios básicos, el 16,6% eran diplomados o licenciados y un 11% no tenían estudios.

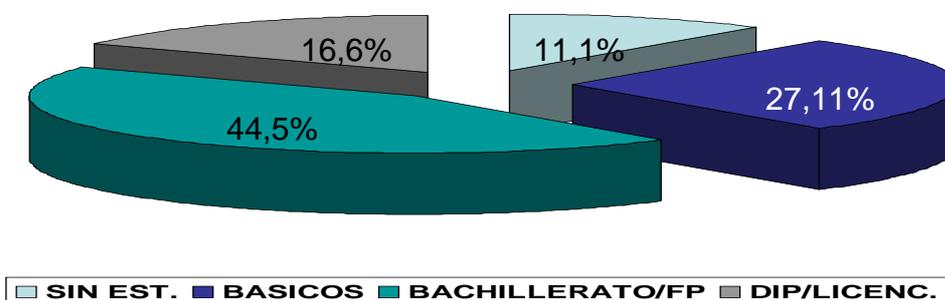


Gráfico 2 Porcentajes de pacientes según los niveles estudios cursados en el grupo de sujetos obesos que presentaron atracones.

RASGOS DE PERSONALIDAD EN SUJETOS OBESOS CON Y SIN TRASTORNO DE CONDUCTA POR ATRACONES

Grupo de pacientes obesos sin atracones.

En el grupo de pacientes que no presentaban atracones obtuvimos una media de edad de 39,34 años (DT= 10,315). El índice de masa corporal (IMC) actual medio fue de 46,383 (DT= 7,83). La edad media de inicio del sobre peso resultó ser de 16,36 años (DT= 11,29) y en la gravedad media del trastorno medida por la escala BITE recogimos una puntuación de 2,03 (DT= 2,62). (Ver Tabla 2).

	Media	Desv. típ.
Edad	39,34	10,315
IMC actual	46,3834	7,83615
Edad inicio sobrepeso	16,36	11,298
Puntuación escala BITE	2,03	2,662

Tabla 2 Variables cuantitativas del grupo de pacientes obesos sin atracones.

El 68,6 % de los pacientes eran mujeres y el 31,4% varones (Ver Gráfico 3).

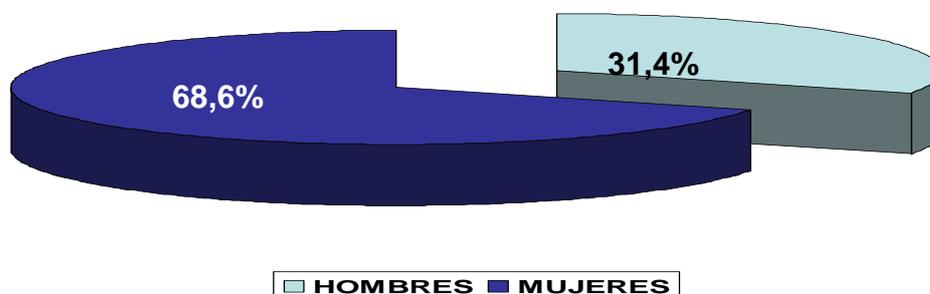


Gráfico 3: Proporción por sexos de la muestra de pacientes obesos sin atracones.

En el nivel de estudios de este grupo, un 54,3% de los pacientes habían completado el bachillerato o la formación profesional, el 22,9 % cumplimentó los estudios básicos, el 11,4% eran diplomados o licenciados al igual que los que no tenían estudios. (Ver gráfico 4).

RASGOS DE PERSONALIDAD EN SUJETOS OBESOS CON Y SIN TRASTORNO DE CONDUCTA POR ATRACONES

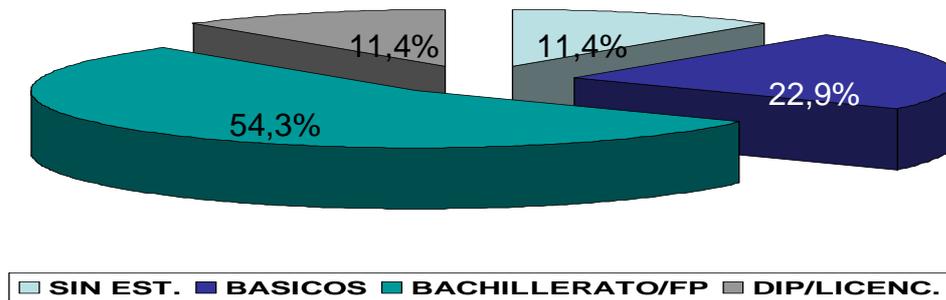


Gráfico 4 Porcentajes de pacientes según los estudios cursados en el grupo de sujetos obesos que no presentaron atracones.

Para comprobar que no existían diferencias entre el tamaño de los dos grupos, llevamos a cabo una prueba no paramétrica chi-cuadrado, obteniendo una probabilidad mayor de 0,05. ($\chi^2_1 = 0,474$), lo que nos indica que no existen diferencias de proporción entre las dos muestras.

Posteriormente realizamos un análisis de varianza de las dos muestras. Evaluamos el criterio de normalidad mediante la prueba de Kolmogrov-Smirnov con un resultado ($Z = 0,84$; $p > 0,05$) que indicó que se cumplía el supuesto. Para el supuesto de homocedasticidad utilizamos un estadístico de contraste de Levene ($F_{1, 74} = 0,34$; $p > 0,05$) que también se cumplió.

En el análisis de varianza para las dos muestras obtuvimos resultado ($F_{1, 74} = 6,82$; $p < 0,05$) que nos indicaron que existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, siendo la media de IPDE límite mayor para el grupo de pacientes con atracones (ver gráfico 5).

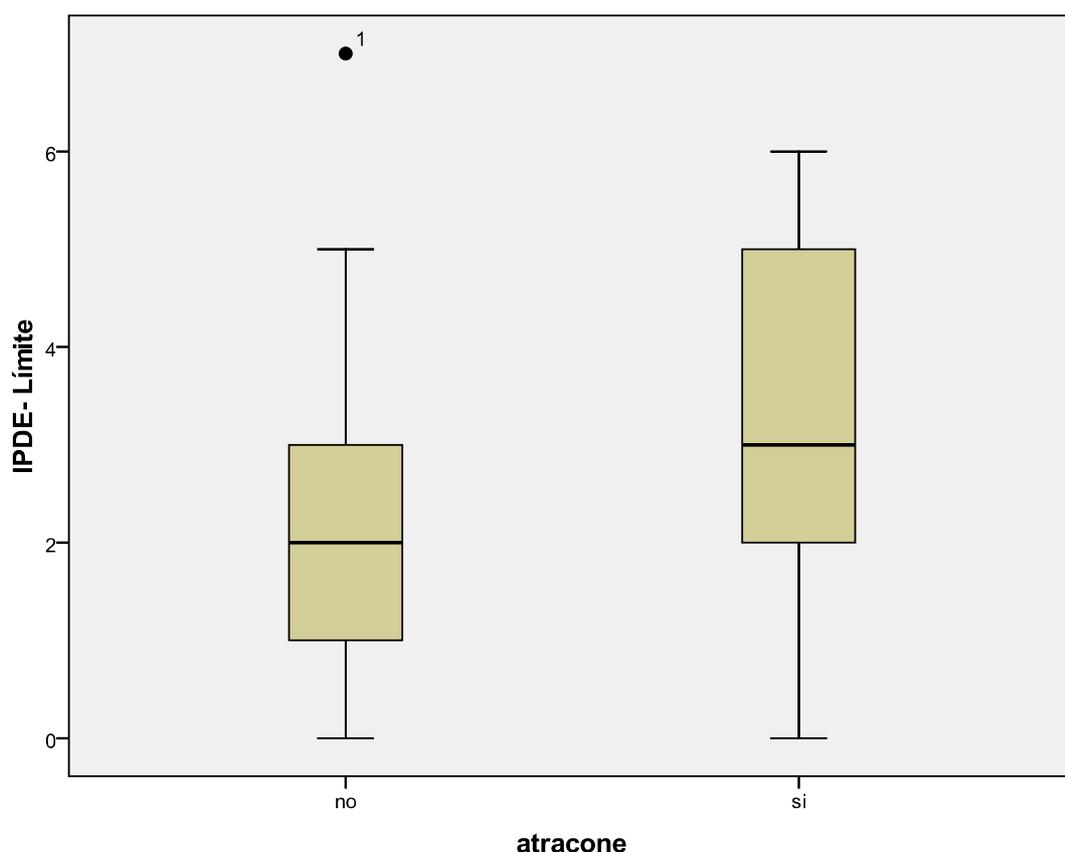


Grafico 5: Diagrama de cajas de estadísticos descriptivos.

Discusión y Conclusiones

Observamos que de los 76 pacientes obesos de nuestra muestra, el 53, 94% presentaron conductas por atracón. Se estima que un 30% de los pacientes que acuden a programas de adelgazamiento padecen conductas por atracones y más del 50% de los pacientes con un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40 ^{xiv}. Niego y Kofman encuentran una prevalencia de conducta por atracones de hasta el 49% en pacientes candidatos a cirugía bariátrica, cifras similares a la nuestra. ^{xv}.

Al comparar el grupo de pacientes obesos con y sin atracones, observamos que los dos grupos compartían ciertas características. Ambos presentaban una edad de inicio de la obesidad aproximada, un Índice de Masa Corporal (IMC) similar y edad media y nivel de estudios equivalentes. Como sería de esperar la muestra de pacientes obesos con atracones ofreció unas puntuaciones mayores en la escala de gravedad de la Escala BITE que aquellos que no presentaron

atracones.

Se ha descrito la relación entre los rasgos de personalidad límite y la obesidad como uno de los factores potencialmente importantes que podrían dar sentido a diferentes hallazgos clínicos en la población obesa como, por ejemplo, a la alteración de la autorregulación de los impulsos en múltiples áreas^{xvi}. Se ha llegado a postular, que en muchos casos de cirugía bariátrica, la respuesta terapéutica puede estar determinada por la presencia de rasgos límites de personalidad ^{xvii}.

Con los datos obtenidos en nuestra muestra, comparando el grupo de pacientes obesos con y sin atracones, concluimos que los rasgos de personalidad límite se asocian a la presencia de atracones en los pacientes obesos. Estos resultados corroboran estudios previos que afirman que la conducta por atracones podría definir un subgrupo dentro los pacientes obesos en los que se observa de forma concomitante tasas elevadas en patología del eje II^{xviii}.

Creemos que estos datos aportan una información útil a la hora de enfocar el tratamiento de la obesidad tanto en el plano farmacológico como psicoterapéutico^{xix}. Posibles dificultades a considerar en la evolución y tratamiento del subgrupo de pacientes con presencia de atracones son, la propia gravedad (que es mayor que este subgrupo) y el posible mal cumplimiento terapéutico si se presentan conductas desadaptativas. Estos datos deberían de ser tenidos en cuenta a la hora de definir los programas de tratamiento^{xx}. Por ello, incidimos en la necesidad de protocolizar el tratamiento multidisciplinar tanto en pacientes obesos incluidos en programas para el control del peso, como en los candidatos a cirugía bariátrica, dada la comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria y la patología psiquiátrica descrita en los mismos.

Una de las limitaciones de este estudio es la utilización de cuestionarios autoaplicados así como el número limitado de pacientes de la muestra.

Bibliografía

ⁱ Psiquiatría .com. España lidera las tasas de obesidad infantil en Europa. Fuente: SALUDALIA. Junio 2009.

ⁱⁱ Christou NV. Impact of Obesity and Bariatric Surgery on Survival. World J Surg. 2009; 33: 2022-27.

ⁱⁱⁱ [Carpiniello B](#), [Pinna F](#), [Pillai G](#), [Nonnoi V](#), [Pisano E](#), [Corrias S](#), et al.. Obesity and psychopathology. A study of psychiatric comorbidity among patients attending a specialist obesity unit. Epidemiol Psichiatr Soc. 2009 ; 18:119-127.

^{iv} Ramacciotti C.E, Coli E, Bondi E, Buralassi A, Massimetti G, Dell'Osso L. Shared Psychopathology in Obese Subjects with and without Binge-Eating Disorder International Journal of Eating Disorders. 2008; 41: 643-649.

^v [Mather AA](#), [Cox BJ](#), [Enns MW](#), [Sareen J](#). Associations between body weight and personality disorders in a nationally representative sample. Psychosom Med. 2008; 70:1012-9.

^{vi} Johnson J.G, , Cohen P, Kasen S, Brook J. S. Personality Disorder Traits Evident by Early Adulthood and Risk for Eating and Weight Problems during Middle Adulthood. International Journal of Eating Disorders. 2006; 39: 184-192.

^{vii} Stunkard AJ, Allison KC, Geliebter A, Lundgren JD, Gluck ME, O'Reardon JP. [Development of criteria for a diagnosis: lessons from the night eating syndrome](#). Compr. Psychiatry. 2009;391-9.

^{viii} Ramacciottia C. E, Colia E, Passagliab C, Lacorteb M, Peab E, Dell'Ossoa L. Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy .Psychiatry Research 2000; 94:131-138.

^{ix} Arias Horcajadas F, Sánchez Romero S, Gorgojo Martínez JJ, Almodovar Ruiz F, Fernandez Rojo S, Llorente Martin F. Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones. Actas Españolas de Psiquiatría 2006; 34:362-370.

- ^x Guisado J.A., Vaz F.J. Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2001; 77: 27-32.
- ^{xi} American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th. ed.). Washington, DC, EE.UU.: APA. 1994.
- ^{xii} Henderson M, Freeman P.L. A Self-rating Scale for Bulimia. The BITE. Br J Psychiatry 1987; 150: 18-24.
- ^{xiii} Loranger AW. International Personality Disorder examination (IPDE). Geneve: World Health Organization. 1995.
- ^{xiv} Walsh, B. T., Wilfley, D. E., & Hudson, J. I. .Binge eating disorder: Progress in understanding and treatment. N J Health Learning Systems. 2003.
- ^{xv} Niego, S. H., Kofman, M. D., Weiss, J. J., & Geliebter, A. Binge eating in the bariatric surgery population: A review of the literature. International Journal of Eating Disorders 2007; 40: 349–359.
- ^{xvi} Sansone R, Wiederman M.W, Sansone L.A.The prevalence of borderline personality disorder among individuals with obesity: A critical review of the literature. Eating Behaviors 2000; 1: 93-104.
- ^{xvii} Sansone R.A, Schumacher D , Wiederman , Routsong-Weichers L . The prevalence of binge eating disorder and borderline personality symptomatology among gastric surgery patients. Eating Behaviors 2008; 9:197–202.
- ^{xviii} [Specker S](#), [Zwaan M](#), [Raymond N](#), [Mitchell J](#). Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. Compr Psychiatry 1994; 35:185-901.
- ^{xix} Van Hanswijck de Jonge P, Van Furth EF, Lacey JH, Waller G.. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. Psychological Medicine 2003; 7:1311-1317.

^{xx} [Harvey SC](#), MR. Medical treatment and discharge planning for a patient with a borderline personality: a multidisciplinary challenge. Mil Med. 1998; 163:122-125.