

Análisis de variables psicopatológicas y demográficas en una población de pacientes remitidos para valoración psiquiátrica previa a cirugía de obesidad mórbida

Analysis of demographic and psychopathologic variables in a population of patients derived to psychiatric evaluation previously to morbid obesity surgery

M^a José Martín Vázquez*, Carla Messeguer Rosell**

Resumen

En el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida colaboran muchos profesionales sanitarios, siendo el papel del profesional de salud mental importante en la valoración previa. Presentamos los resultados de un programa de valoración de la cirugía bariátrica, en el que utilizamos tests específicos de trastornos de la conducta alimentaria (BITE y EAT) y una escala autoaplicada de psicopatología general (SCL-90-R). El perfil medio era una mujer (82,6%), con estudios primarios (63%), que vivía con su familia propia (69,6%) y mantenía un trabajo activo fuera de casa (41,3%). Los hombres quienes presentan un mayor IMC (Índice de Masa Corporal) promedio. En los pacientes con obesidad mórbida se da un patrón de alimentación alterado, sin llegar a configurar una bulimia, y es un grupo de población que presenta morbilidad psiquiátrica menor, asociada a trastornos funcionales o psicósomáticos. Se puede clasificar a los pacientes con obesidad mórbida en función de la severidad, encontrando pacientes con obesidad mórbida, super-mórbida y super-super mórbida. El grupo de obesidad mórbida presenta mayor sintomatología psiquiátrica y más desórdenes de la alimentación que los pacientes con obesidad super-mórbida en nuestra muestra.

En general, se descartan pocos pacientes para cirugía bariátrica por razones estrictamente psiquiátricas, y en ocasiones después de realizar el tratamiento psiquiátrico pertinente los pacientes pueden entrar de nuevo en el protocolo de cirugía de la obesidad mórbida.

Palabras clave: Obesidad mórbida. Cirugía bariátrica. Valoración psiquiátrica precirugía. Cirugía de la obesidad. Perfil psicológico de obesidad.

*Psiquiatra, Hospital Son Llàtzer

**Psicólogo. Clínica Palma Planas, Palma de Mallorca

Correspondencia: Dra. M^a José Martín Vázquez
Hospital Son Llàtzer
Carretera Manacor, km. 4
07198 Palma de Mallorca
e-mail: mjmv66@gmail.com; mjmartin@hssl.es

Summary

Many health staff has to collaborate in the surgical treatment of morbid obesity, and the role of mental health professional is an important part of the previous valuation. We present results of the psychiatric valuation into a bariatric surgery program, in which we use alimentary disorder specific tests (BITE and EAT) and a general psychopathology scale (SCL-90-R). The mean profile is that of a woman (82,6%), with elementary studies (63%), that lives with her own family (69,6%) and works actively out of her home (41,3%). The mean BMI (Body Mass Index) was greater among the male. The morbid obesity patients present an altered alimentary pattern, without shaping a bulimia and they are a group of people that present minor psychiatric morbidity, related to functional or psychosomatic disorders. Patients with morbid obesity can be classified by its severity, finding patients with morbid obesity, super-morbid obesity and super-super-morbid obesity. The morbid obesity group in our sample presents more psychiatric symptomatology and more alimentary disorders than the super-morbid obesity patients.

Generally, little percentage of patients is ruled out for bariatric surgery due to strictly psychiatric reasons and sometimes, after following the pertinent psychiatric treatment patients can enter again into the morbid obesity surgery protocol.

Key words: Morbid obesity. Bariatric surgery. Pre-surgical psychiatric valuation. Obesity surgery. Obesity psychological profile.

INTRODUCCIÓN

La obesidad se ha convertido en uno de los principales problemas de salud del mundo occidental. El tratamiento supone la colaboración de un número importante de profesionales de la salud, implicados tanto en el tratamiento directo de la obesidad, como en el tratamiento de las complicaciones. En los últimos años se han perfeccionado las técnicas de cirugía de la obesidad, lo que ha supuesto poder proporcionar este tratamiento a un porcentaje mayor de pacientes. Debido a que esta cirugía no es, en modo alguno, inocua, y la necesidad de un buen cumplimiento terapéutico posterior, desde el inicio de la aplicación de ésta se ha intentado predecir qué tipo de paciente se beneficiaría más de dicha técnica y en cuáles estaría, sin embargo, contraindicada. Pese a ello, no se han descrito definitivamente predictores de buena respuesta. Se ha correlacionado la mayor pérdida de peso con mejoría de la calidad de vida posterior a la intervención. También se ha descrito la mejor evolución psicológica en las mujeres jóvenes, con mejor nivel de autoestima, buena salud mental, casadas satisfactoriamente, con un nivel sociocultural elevado, autocríticas y que reaccionan de manera activa y directa, estaban obesas antes de los 18 años, su-

fren y están preocupadas por su obesidad, tienen expectativas realistas y sin trastornos de la conducta alimentaria. No se han encontrado rasgos de personalidad predictivos de la pérdida de peso, aunque si la depresión y la ansiedad previas estaban relacionadas con la obesidad, parecen predecir una mayor pérdida de peso.

Se ha descrito psicopatología desde la mitad de los pacientes remitidos para valoración de cirugía bariátrica, fundamentalmente en el eje I y con una comorbilidad del 30%, siendo la patología más prevalente la del espectro de la ansiedad, hasta cifras de 2/3 partes de los derivados, sobre todo trastornos depresivos, estando 2/5 partes en tto. psiquiátrico previo. La presencia de psicopatología depresiva o ansiosa no ha supuesto inconveniente para la cirugía, excepto en un porcentaje mínimo de casos. De hecho se han relacionado las puntuaciones previas elevadas de depresión en el BDI con mejores resultados de la cirugía, pero también mejorías en este parámetro tras la cirugía, relacionadas positivamente con la pérdida de peso.

En pacientes con obesidad mórbida se encuentran frecuentemente conductas alimentarias anormales, fundamentalmente atracones, asociadas con la ansiedad.

En estudios que han utilizado el SCL-90-R para descartar psicopatología se encuentra que

las mujeres tienen valores superiores en todos los parámetros psicopatológicos estudiados, sobre todo en depresión, ideación paranoide y sensibilidad interpersonal, que mejoraban tras la intervención.

En algunos estudios se han relacionado las complicaciones psicológicas posteriores a la cirugía con estilos de personalidad previos, fundamentalmente con personalidades dependientes (13) y también con la presencia previa de patología psiquiátrica grave, como hospitalizaciones.

Analizamos datos epidemiológicos y clínicos de una muestra de la población de pacientes con obesidad mórbida remitidos para ver la idoneidad de ser intervenidos de cirugía de la obesidad mórbida por reducción gástrica. Nuestros objetivos son: descartar la presencia de patología psiquiátrica que contraindique la intervención y explorar la capacidad para dar el consentimiento informado para ésta.

MATERIAL Y MÉTODO

El protocolo de tratamiento de la obesidad mórbida incluye la derivación para la evaluación al servicio de psiquiatría, además de las consultas a endocrinología, cirugía general, anestesia, neumología y cardiología, como parte de éste. Así pues, recibimos pacientes tanto derivados de endocrinología como de cirugía para valoración. Nuestro protocolo incluye la realización de una historia clínica psiquiátrica, con especial énfasis en los antecedentes de trastornos de la alimentación, historia de los hábitos de alimentación, tratamientos psicofarmacológicos recibidos, si los hubiera, exploración psicopatológica y del estado mental y la realización de una batería

de tests autoaplicados (BITE (Bulimic Investigatory Test Edinburgh), EAT (Eating Attitudes Test) y SCL-90R (Symptom Check List), relativos a los trastornos de la alimentación, los dos primeros y el último de psicopatología general.

Recogemos los datos de pacientes atendidos en un año desde la puesta en marcha del programa. En el año analizado han sido entrevistados un total de 46 pacientes, de los cuales se han desestimado como candidatos idóneos para cirugía el 28,3%, 13 pacientes. De los demás, habían sido intervenidos 8 al final del período de observación, un 17,4% de los pacientes atendidos. (figura 1).

En cuanto a los datos epidemiológicos, la mayoría de los pacientes valorados han sido mujeres, 38, un 82,6%, con estudios primarios (63%), que viven con su familia propia (69,6%) y mantiene un trabajo activo fuera de casa (41,3%) (figuras 2, 3, 4 y 5 y tabla 1). Su edad media es de 43,6 años, con una talla de 1,62 m, un peso de 126,4 kg y un IMC de 47,70.

Los hombres representan el porcentaje menor de la población estudiada (17,3%: 8). Esperamos valores más elevados en talla y peso, pero también encontramos un índice de masa corporal mayor en los varones derivados a cirugía de la obesidad. (Tabla 2) No se observan diferencias en cuanto a salud física ni en otros datos sociodemográficos.

La mitad de los pacientes tenía un estado de salud aceptable, pese a la obesidad mórbida; un 26,1% padecían problemas somáticos moderados y 11 (23,9%) sufrían una enfermedad incapacitante causada o agravada por la obesidad mórbida (figura 6).

En la valoración de las escalas autoaplicadas, encontramos en el BITE (test de valoración de bu-

Tabla 1
Variables sociodemográficas

Estudios		Convivencia		Situación laboral	
Sin estudios	5: 10,9%	Solo	6: 13%	En activo	19: 41,3%
Primarios	29: 63%	Fam. Origen	5: 10,9%	ILT	2: 4,3%
Secundarios	12: 26,1%	Fam. Propia	32: 69,6%	Jubilado	11: 23,9%
Superiores	0	Otros	3: 6,5%	Paro	4: 8,7%
				No trabajo	10: 21,7%

Tabla 2
Valores de sexo, edad, talla e IMC

	Rango	Media	Desviación estándar
Edad (años)	18-62	43,61	11,47
Mujeres/hombres	18-62 / 31-60	43,47 / 44,25	12,08 / 8,61
Talla (cm)	148-182	162,63	7,81
Mujeres/hombres	148-174 / 164-182	160,87 / 171,00	7,03 / 5,83
Peso (kg)	80-250	126,42	28,08
Mujeres/hombres	80-165 / 128-250	119,38 / 159,87	18,22 / 42,04
IMC	32-86,5	47,7	9,25
Mujeres/hombres	32-64,5 / 41,5-86,5	46,22 / 54,77	7,09 / 14,68

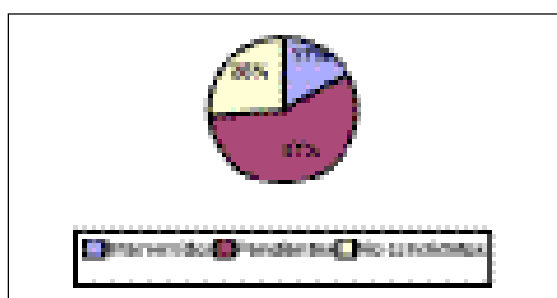


Figura 1
Intervención quirúrgica

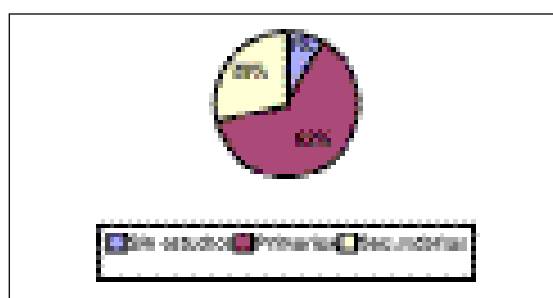


Figura 4
Nivel de estudios

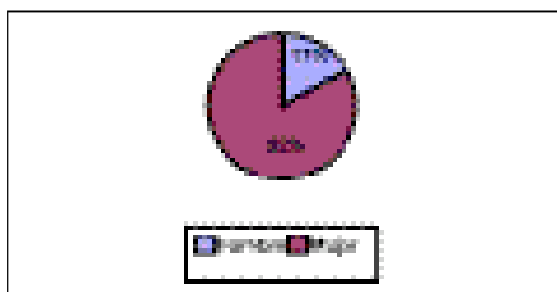


Figura 2
Sexo

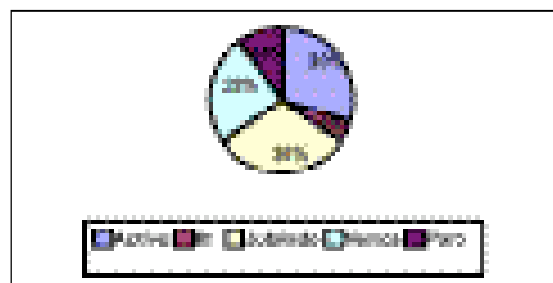


Figura 5
Situación laboral

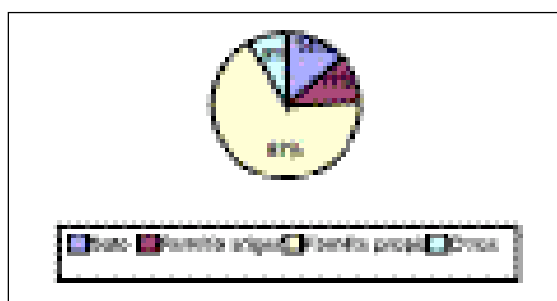


Figura 3
Convivencia

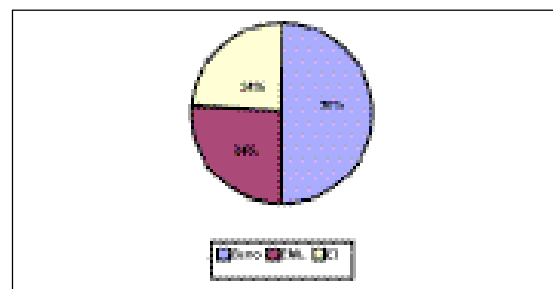


Figura 6
Nivel de enfermedad • EML: Enfermedad médica leve; EI: Enfermedad incapacitante.

limia de Edimburgo) una media de $11,3 \pm 7,7$, lo que muestra la presencia de un patrón de comportamientos alimentarios alterados en nuestra población, sin que configuren un cuadro de suficiente entidad para ser considerado bulimia nerviosa subclínica. La gravedad media es baja (de $2,4 \pm 2,9$).

En el test EAT (Eating Disorders Inventory, versión de 40 preguntas), la media total de nuestra población es de $22,8 \pm 10,7$, por debajo del punto de corte de 30 que se ha propuesto como indicativo de patología alimentaria. Las puntuaciones más altas se obtienen en el factor 1 (dieta y preocupación por la alimentación), con una media de $15,9 \pm 9,1$, seguidas por las del factor 3 (trastornos psicobiológicos), que son relativamente bajas: $2,4 \pm 2,6$ y del factor 2 (percepción de presión social y malestar ante la alimentación) de $1,7 \pm 2,0$. (Valores de EAT).

En cuanto a las puntuaciones en el SCL-90 R, son las siguientes: (figura 7)

- Subescala de somatización: $1,4 \pm 0,8$. Supone un valor elevado (superior al centil 85 tanto en mujeres como en varones) con respecto a la población general.

- Subescala de obsesión-compulsión: $1,0 \pm 0,8$. Valores elevados (superior al centil 80).

- Subescala de sensibilidad interpersonal: $1,1 \pm 0,8$. Valores elevados (superior al centil 85).

- Subescala de depresión: $1,3 \pm 0,9$. Valores elevados (superior al centil 80).

- Subescala de ansiedad: $0,8 \pm 0,7$. Valores elevados (superior al centil 75).

- Subescala de hostilidad: $0,7 \pm 0,6$. Valores elevados (superior al centil 70).

- Subescala de ansiedad fóbica: $0,5 \pm 0,6$. Valores elevados (superior al centil 70).

- Subescala de ideación paranoide: $1,0 \pm 0,8$. Valores elevados (superior al centil 85).

- Subescala de psicoticismo: $0,5 \pm 0,6$. Valores elevados (superior al centil 85).

- Índice global de severidad: $1,0 \pm 0,6$. Valores elevados (superior al centil 85).

En general, las puntuaciones son similares a las encontradas por los investigadores en muestras psiquiátricas (superiores al 0,8). Señalan hacia la presencia en la muestra de morbilidad psi-

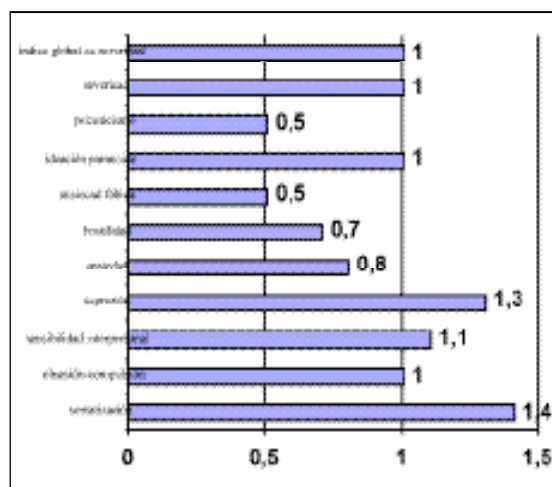


Figura 7

Media de las subescalas de SCL-90-R

quiátrica menor, asociada a trastornos funcionales o psicósomáticos. El perfil de la muestra indicaría una elevación en los factores de somatización (implica la existencia de vivencias de disfunción corporal), sensibilidad interpersonal (sentimientos de vergüenza, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales) y psicoticismo (relacionado con sentimientos de alienación social).

Clasificamos los pacientes en función del índice de masa corporal en aquellos con un IMC menor de 40 (7: 15,2% de la muestra), mayor o igual de 40 y menor de 50 (24 pacientes, un 52,2%) y aquéllos con un índice de masa corporal igual o mayor de 50 (15, 32,6%) (figura 8). No encontramos diferencias en las puntuaciones en los diferentes tests aplicados entre estos tres grupos, a excepción de la mayor puntuación en el EAT en el grupo de IMC ≥ 40 y < 50 cuando lo comparamos con el grupo de IMC ≥ 50 . ($p < 0,05$).

En cuanto a la edad, los pacientes de 40 años o menos puntuaban más alto en la escala de bulimia que los de más de 40 años, siendo esta diferencia significativa con $p < 0,05$.

Otros factores, como el sexo o la presencia de enfermedad somática, no parecen tener correlación con estas valoraciones.

RESULTADOS:

- Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de pacientes

con obesidad mórbida y los pacientes con obesidad supermórbida en las puntuaciones obtenidas en los tests EAT y SCL-90-R. Obtienen mayores puntuaciones en ambas pruebas el grupo de obesidad mórbida (figuras 8 y 9).

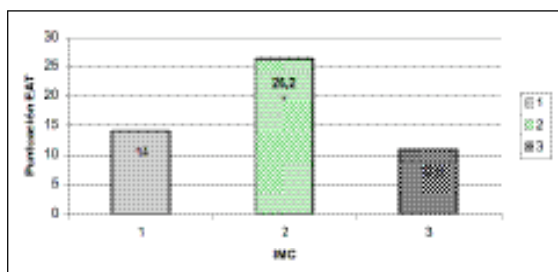


Figura 8

Resultados del EAT según el IMC.

1: Obesidad; 2: Obesidad Mórbida; 3: Obesidad Supermórbida

* $p < 0,05$ entre grupos 2 y 3

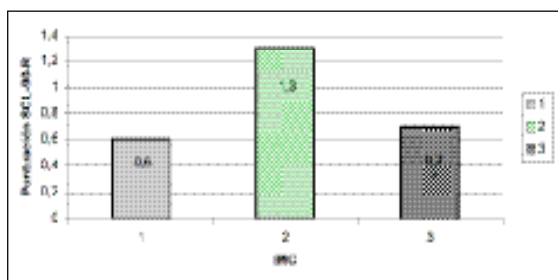


Figura 9

Resultados del SCL-90-R según IMC

1: Obesidad; 2: Obesidad Mórbida; 3: Obesidad Supermórbida

* $p < 0,05$ entre los grupos 2 y 3

– También hemos observado una tendencia a la significación entre los dos grupos de edad (< 40 años; ≥ 40 años) en las puntuaciones del BITE. El grupo de pacientes menores de 40 años ha presentado puntuaciones superiores (Figura 10).

– Entre sexos no se han encontrado diferencias estadísticas en los resultados de los tres tests administrados.

DISCUSIÓN

Encontramos resultados diferentes en el patrón de alimentación dependiendo del grupo de

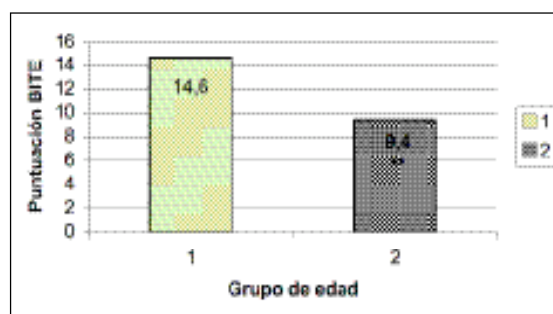


Figura 10

Resultados del BITE según la edad

1: Pacientes ≤ 40 años; 2: Pacientes > 40 años

** $p < 0,1$

edad, siendo los patrones de alimentación en el grupo más joven, más patológico. Estos resultados pueden estar relacionados, tanto con mayores tasas de impulsividad en el grupo más joven, como en la dificultad para perder el peso establecido desde hace años en el grupo mayor, que les haría buscar soluciones más drásticas como la cirugía. Aunque los resultados indican patrones alterados, no encontramos prácticamente pacientes con bulimia franca, ni en los tests ni en la exploración clínica; esto puede ser debido a que los pacientes con patología alimentaria más severa, no llegan a ser derivados por parte de los demás servicios implicados. Sorprendentemente, el patrón de alimentación está más alterado en los pacientes que tienen obesidad mórbida que en los que sufren obesidad supermórbida.

No encontramos diferencias en psicopatología entre los diferentes grupos de edad, ni en función del peso. En la escala SCL-90 los resultados más elevados aparecen en los ítems de sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y somatización. Estos resultados pueden ser secundarios a la obesidad (los pacientes se sienten observados, lo que en ocasiones es un hecho real, tienen más patología médica asociada que les produce molestias, como apnea del sueño, hipertensión, artrosis, etc).

El nivel educativo en nuestra muestra es medio-bajo, no hemos encontrado datos en muestras derivadas a cirugía de la obesidad, pero es probable que la obesidad más severa aparezca más en este segmento de la población en los países occidentales. En cuanto a su situación laboral, aunque la totalidad de los pacientes están en edad laboral,

únicamente trabaja el 30%. En muchos casos no trabajan por el sobrepeso y sus complicaciones (artrosis, rechazo social), pero también la inactividad es un factor mantenedor del sobrepeso.

Hay más mujeres derivadas para valoración, pese a que los hombres tienen un IMC mayor. Este hallazgo puede tener relación con que hay un mayor porcentaje de mujeres con obesidad mórbida, pero en los hombres con obesidad mórbida, ésta es más severa; podría estar relacionado también con la mayor preocupación por parte de las mujeres por su salud o su aspecto físico que les harían buscar ayuda antes o con la mayor facilidad de acceso de las mujeres al sistema de salud, por su rol social de cuidadoras habituales.

CONCLUSIONES

Aunque se remite a un mayor número de mujeres a consulta para cirugía de la obesidad mórbida por reducción gástrica, son los hombres quienes presentan un mayor IMC promedio. Aún así no se observan diferencias en cuanto a sintomatología psiquiátrica ni en cuanto a patrones de alimentación entre los dos sexos.

En los pacientes con obesidad mórbida se da un patrón de alimentación alterado, sin llegar a configurar una bulimia, y es un grupo de población que presenta morbilidad psiquiátrica menor, asociada a trastornos funcionales o psicosomáticos, datos que aparecen tanto en nuestra muestra como en la literatura.

Se puede clasificar a los pacientes con obesidad mórbida en función de la severidad, encontrando pacientes con obesidad mórbida, supermórbida y super-super mórbida. El grupo de obesidad mórbida presenta mayor sintomatología psiquiátrica y más desórdenes de la alimentación que los pacientes con obesidad super-mórbida.

En general, se descartan pocos pacientes para cirugía bariátrica por razones estrictamente psiquiátricas, tanto en nuestro estudio, como en la literatura, y en ocasiones después de realizar el tratamiento psiquiátrico pertinente, los pacientes pueden entrar de nuevo en el protocolo de cirugía de la obesidad mórbida.

Una limitación de nuestro estudio es la falta de datos de seguimiento después de la cirugía, que esperamos corregir en posteriores comunica-

ciones, después de articular definitivamente la derivación post-quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Abram HS, Meixel SA, Webb WW, Scott HW.:** Psychological adaptation to jejunoileal bypass for morbid obesity. *J Nerv Ment Dis.* 1976; 162: 151-7.
2. **Averbukh Y, Heshka S, El-Shoreya H, Flancbaum L, Geliebter A, Kamel S, Pi-Sunyer FX, Lafferriere B.:** Depression score predicts weight loss following Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg.* 2003 Dec; 13(6):833-6.
3. **Delgado Calvete C, Morales Gorria MJ, Maruri Chimeno I, Rodríguez del Toro C, Benavente Martín JL, Núñez Bahamonte S.:** Conductas alimentarias, actitud corporal y psicopatología en obesidad mórbida *Actas Esp Psiquiatr.* 2002 Nov-Dec; 30(6): 376-81.
4. **Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE.:** Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Arch Intern Med.* 2003 Sep 22; 163 (17): 2058-65.
5. **Gertler R, Ramsey-Stewart G.:** Pre-operative psychiatric assessment of patients presenting for gastric bariatric surgery (surgical control of morbid obesity). *Aust N Z J Surg.* 1986 Feb; 56(2): 157-61.
6. **Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Hebebrand J, Senf W.:** Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res.*, 2004; 12(10): 1554-69.
7. **Mathus-Vliegen EM, de Weerd S, de Wit LT.:** Health-related quality-of-life in patients with morbid obesity after gastric banding for surgically induced weight loss. *Surgery.* 2004; 135: 489-97.
8. **Papageorgiou GM, Papaconstantinou A, Mampelkou E, Terzis I, Melissas J.:** Pre- and postoperative psychological characteristics in morbidly obese patients. *Obes Surg.* 2002 Aug; 12(4): 534-9.
9. **Rosik CH.:** Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery, and follow-up attendance. *Obes Surg.*, 2005; 15(5):677-83.
10. **Sánchez-Roman S, López-Alvarenga JC, Vargas-Martínez A, Téllez-Zenteno JF, Vázquez-Velázquez V, Arcila-Martínez D, González-Barranco J, Herrera-Hernández MF, Salin-Pascual RJ.:** Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con obesidad severa en espera de cirugía bariátrica. *Rev Invest Clin.* 2003 Jul-Aug; 55(4): 400-6.
11. **Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM, Magee L, Crend CE, Raper SE, Rosato EF, Williams**

-
- NN, Wadden TA.:** Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg.* 2004 Oct; 14(9): 1148-56.
12. **ValleyV, Grace DM.:** Psychosocial risk factors in gastric surgery for obesity: identifying guidelines for screening. *Int J Obes.* 1987; 11(2): 105-13.
13. **Van Hout GC, Verschure SK, van Heck GL.:** Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg.*, 2005; 15(4): 552-60.
14. **Wise TN.:** Adverse psychologic reactions to ileal bypass surgery. *South Med J.*, 1976; 69(12): 1533-5.