

## Los candidatos a cirugía bariátrica con obesidad mórbida presentan un perfil diferente a los pacientes con un IMC mas bajo

Rubió Gavidia, Maria Isabel (\*); Escartí Usó, Miguel Ángel (\*); Márquez Álvarez, Johana Marcela (\*); Mangas Martí, Irene (\*); Martínez Almazora, Nieves (\*\*); Clemente Marín, Gonzalo (\*\*); Sanz Juan, José (\*\*)

(\*) Clínica Escartí: Hospital 9 de Octubre (Valencia), La Vega (Murcia), La Paloma (Madrid). Áreas de Nutrición, Psicología Clínica, Investigación y Cirugía Bariátrica. (\*\*) Departamento de Estadística e Investigación Operativa Aplicadas y Calidad de la Universidad Politécnica de Valencia. ✉ [psicologia@clinicaescarti.com](mailto:psicologia@clinicaescarti.com)

**Resumen:** En el presente estudio, se van a valorar las posibles diferencias sociales, psicológicas y educativas, entre los candidatos a Cirugía Bariátrica con y sin Obesidad Mórbida (O.M.:IMC  $\geq 40$  Kg/m<sup>2</sup>), para disponer de un perfil diferenciador del paciente Obeso Mórbido. Se trata de un estudio de 307 candidatos a cirugía bariátrica. Los datos, han sido recogidos mediante una primera entrevista psicológica semiestructurada, cara a cara con el paciente, previamente a una intervención quirúrgica. Se ha revisado la asociación bivalente entre la prevalencia de O.M. y diferentes aspectos del candidato a cirugía (trastorno de ansiedad, así como su tratamiento, nivel de estudios, si vive sólo o acompañado, ejercicio físico actual). A través del estudio de asociación bivalente, se ha obtenido que los candidatos a cirugía bariátrica con O.M., refieren presentar menor sintomatología ansiosa, acuden menos a tratamiento psicológico por tal sintomatología, viven en su mayoría acompañados y en su mayoría disponen solamente de estudios primarios, respecto a los pacientes que presentan obesidades menores. Los pacientes con obesidad mórbida disponen de perfil social, educativo y de estilo de vida, diferente del paciente con menor obesidad, y además tienen una percepción psicopatológica de sí mismos menos grave.

**Palabras clave:** Cirugía Bariátrica, Obesidad Mórbida, Sedentario.

**Abstract:** In the present study, the possible social, psychological and educational differences between the candidates for Bariatric Surgery without Morbid Obesity (O.M.:IMC  $\geq 40$  kg / m<sup>2</sup>) are valued; It is made to have a differentiator morbidly obese patient profile. It is a study of 307 candidates for bariatric surgery. The data were collected by a first semistructured psychological interview, face to face with the patient prior to surgery. It has reviewed the bivariate association between the prevalence of O.M. and different aspects of the candidate surgery (anxiety disorder and its treatment, education level, if you live alone or accompanied, current exercise). Through the study of bivariate association it has been obtained that candidates for bariatric surgery OM, refer exhibit less anxiety symptoms, come less psychological treatment for such symptoms, living mostly accompanied and mostly have only primary education, compared to patients with lower obesities. Patients with morbid obesity have social, educational and lifestyle, different patient with less obesity, profile and also have a less severe psychopathological perception of themselves.

### Introducción

La prevalencia de sobrepeso y obesidad está aumentando globalmente tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo (1). Desde la primera Encuesta Nacional de Salud en 1987, la obesidad sigue una línea ascendente en ambos sexos, mas marcada en hombres que en mujeres. Mientras que en 1987 el 7.4 % de la población de 18 o más años, tenía un índice de masa corporal de 30kg/m<sup>2</sup>, en 2011 este porcentaje supera el 17% (2). Hay un amplio consenso entre los profesionales de la salud respecto a que la obesidad puede ser atribuida a factores psicológicos, fisiológicos y sociales (3). Dado que los pacientes candidatos a un programa de cirugía bariátrica presentan una elevada comorbilidad psiquiátrica, fundamentalmente en trastornos del humor y otras muchas alteraciones, se considera justificada la presencia de una evaluación psiquiátrica previa a cirugía bariátrica (4,5,6). En la evaluación psicológica previa a la intervención quirúrgica, los pacientes sometidos a cirugía bariátrica con trastornos depresivos y/o ansiedad, pierden significativamente menos peso comparado con los que no tienen un

diagnóstico de comorbilidad psicopatológica (7), siendo relevante, recoger esta información antes de la intervención quirúrgica para valorar si el candidato presenta tal sintomatología (8), además de tener en cuenta otros aspectos asociados a la obesidad.

En el presente estudio, pretendemos valorar si en la primera entrevista psicológica, los pacientes candidatos a Cirugía Bariátrica con Obesidad Mórbida (O.M.:IMC  $\geq 40$  Kg/m<sup>2</sup>), refieren tener en mayor medida trastorno de ansiedad, y si reciben tratamiento psicológico/psiquiátrico por ello. Por otro lado, pretendemos valorar cuál es su nivel de estudios, si viven sólo o acompañados, y ver si hay diferencias significativas en cuanto a realizar ejercicio físico, respecto a los pacientes que tienen una obesidad menor a la mórbida (IMC  $< 40$  Kg/m<sup>2</sup>).

### Material y métodos

En este estudio se han investigado ciertas variables relacionadas con el perfil psicológico, social y educativo, de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica con O.M, respecto a los candidatos que

tienen un IMC menor a la O.M. Los datos han sido tomados cara a cara con el paciente, en el contexto de la evaluación psicológica previa a la intervención quirúrgica. En la entrevista clínica, se les ha preguntado directamente a los pacientes, que hicieran referencia a si padecían algún trastorno de ansiedad o presentaban sintomatología ansiosa, así como si estaban recibiendo tratamiento por tal sintomatología. Por otro lado, se ha preguntado si vivían sólo o acompañados, su nivel de estudios y si realizaban ejercicio físico habitualmente. La muestra evaluada, ha estado formada por un total de 307 pacientes, con edades comprendidas entre 19 y 67 años, (M = 39,2 años). El rango de IMC de la muestra es de (33,7-74,9) y media (M = 42,7). De los 307 pacientes, 122 presentaban un IMC <40 Kg/m<sup>2</sup>, y 185 un IMC ≥ 40 Kg/m<sup>2</sup>. Todos los pacientes fueron entrevistados por un psicólogo en el marco de un equipo multidisciplinar dedicado a la cirugía bariátrica, formado por: cirujano bariátrico, nutricionista, endocrino (si lo precisan) y psicólogo.

Se han llevado a cabo estadísticos descriptivos para definir las características de la muestra y se ha revisado la asociación bivalente entre la prevalencia de O.M. en diferentes factores tales como: trastorno de ansiedad, así como su tratamiento, nivel de estudios, si vive sólo o acompañado y ejercicio físico actual.

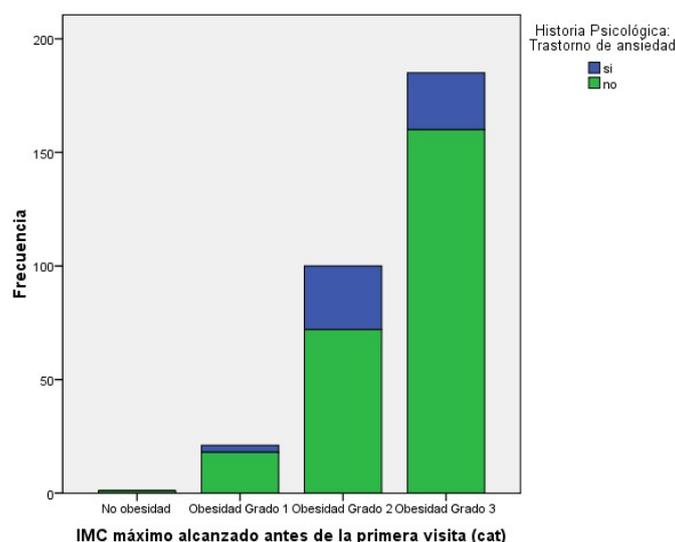
## Resultados

Según el análisis estadístico realizado con el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versión 15, los pacientes con O.M., refieren presentar sintomatología ansiosa (n = 25; 13,5%), ver fig. 1, en menor medida que los pacientes que presentan obesidades menores (n = 31; 25,4%). Entre estas variables, se ha mostrado un riesgo relativo (RR = 0.70), y un intervalo de confianza (ICRR 90%), indicando que la probabilidad de presentar sintomatología ansiosa, se multiplica por 0.70 cuando el paciente presenta OM. Por otro lado, se ha obtenido que los pacientes con este grado de obesidad, refieren haber recibido en menor medida tratamiento por sintomatología ansiosa (n = 18; 9,7%), frente a los pacientes que presentan menor grado de obesidad (n = 27; 22,1%), con un riesgo relativo (RR = 0.63), y un intervalo de confianza (ICRR 90%).

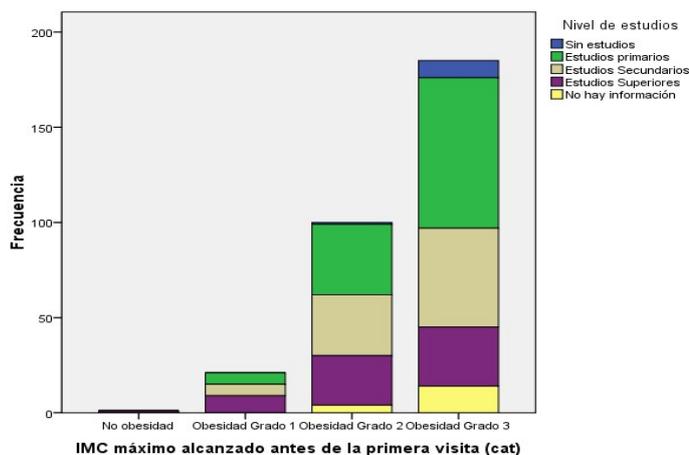
Respecto a si viven sólo o acompañados, la mayoría de los pacientes con O.M y con obesidades menores, no viven sólo (OM: n = 164; 88.6%), frente a los que sí

viven sólo (OM: n = 21; 11.4%), el riesgo relativo (RR = 1.28) indica que la probabilidad de no vivir sólo con O.M. se multiplica por 1.28. En cuanto al nivel educativo, obtenemos que los candidatos a cirugía con O.M. presentan en su mayoría estudios primarios (n = 93; 50.3%), ver figura 2. Por otro lado, los pacientes con O.M son en su mayoría sedentarios, mientras que los candidatos con obesidades menores, realizan mas ejercicio físico de forma habitual, analizado mediante p-valor test Chi 2 (p = 0.079) .

**Figura 1.** IMC máximo alcanzado antes de la primera visita e historia psicológica



**Figura 2.** IMC máximo alcanzado antes de la primera visita y nivel de estudios



## Discusión

En contra de lo que cabría esperar, los pacientes con OM refieren tener en la evaluación psicológica previa a Cirugía Bariátrica, menor trastorno de ansiedad o sintomatología ansiosa y consecuentemente recibir menos tratamiento por sintomatología ansiosa, respecto a los pacientes con obesidades inferiores. Esto nos puede estar indicando que los pacientes con OM, quieren dar una mejor imagen de su perfil psicopatológico para ser aceptados en la intervención quirúrgica, ya que en otros estudios los resultados muestran que los pacientes con OM presentan una psicopatología mayor (4,5,6).

En cuanto al entorno social, los pacientes con OM, al igual que los pacientes con una obesidad inferior, viven en su mayoría acompañados. Estos datos nos pueden estar indicando que, a pesar de que es sabido que comer con compañía puede proteger contra los problemas nutricionales relacionados con los problemas de salud, incluyendo la obesidad, comer insano, y trastorno alimentario (9,10), los pacientes con O.M, así como los pacientes con obesidades menores, siguen patrones alimentarios que les llevan a tener sobrepeso, independientemente de vivir con más personas. Por otro lado, el hecho de que los candidatos a cirugía con O.M tengan en su mayoría un nivel de estudios primarios, les puede estar llevando a un menor conocimiento de los requerimientos nutricionales adecuados, a un peor estatus socioeconómico y/o menor acceso a alimentos de calidad (11).

En cuanto al ejercicio físico realizado, la mayoría de los pacientes con OM, refieren que son sedentarios. Hemos considerado que el concepto sedentarismo

implica que “habitualmente no realizan ninguna actividad física como caminar, practicar deporte y/o gimnasia” (12).

Las limitaciones que encontramos en el presente estudio son las de no disponer de datos objetivos de medidas psicométricas de las variables valoradas. En este caso, se han tenido en cuenta sólo las verbalizaciones de los sujetos candidatos a cirugía bariátrica. Para un siguiente estudio, consideramos que es recomendable incluir medidas psicométricas.

## Conclusiones

Tras valorar en el presente estudio las posibles diferencias sociales, psicológicas, educativas y de estilo de vida, entre los candidatos a Cirugía Bariátrica con y sin Obesidad Mórbida (O.M.:IMC  $\geq$  40 Kg/m<sup>2</sup>), encontramos que sí existen diferencias a nivel social, psicológico, educativo y de estilo de vida. El perfil diferencial de los pacientes con OM respecto a los que tienen obesidades menores, se caracteriza por manifestar que no tienen antecedentes de trastorno de ansiedad o sintomatología ansiosa, tener un nivel de estudios en su mayoría primarios y tener un estilo de vida marcado por el sedentarismo.

Con ello, podemos disponer de un perfil diferenciador de los pacientes con un IMC  $\geq$  40 Kg/m<sup>2</sup> respecto de obesidades menores.

## Bibliografía

- 1.- Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. Interdisciplinary European guidelines on surgery of severe obesity. *Int J Obes* 2007; 31:569-77.
- 2.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS), Agosto 2013. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012.
- 3.- Sarwer DB, Fabricatore AN. Psychiatric considerations of the massive weight loss patient. *Clin Plast Surg* 2008; 35:1.
- 4.- Arias F., Sánchez S., Gorgojo J., Almodóvar F. et.al. Cormorbilidad psiquiátrica y alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con obesidad



mórbida candidatos a cirugía bariátrica. *Anales de psiquiatría* 2007; 22: 328-334.

5.- Malik S., Mitchell J.E., Engel S, et al. Psychopathology in bariatric surgery candidates: A review of studies using structured diagnostic interviews. *Compr Psychiatry* 2014; 55: 248-59.

6.- Lasagni V. Estado psicológico de los postulantes a cirugía bariátrica. *BMI* 2012; 2.3.10: 118-124.

7.- Legenbauer T., Zwaan M., Benecke A. et al. Depression and Anxiety: their predictive function for weight loss in obese individuals *Obes Facts* 2009; 227-234.

8.- Gerbrand C.M. et al. Psychological profile of candidates for vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery* 2007; 16: 67-74.

9.- Fulkerson J.A, Farbakhsh K., Lytle L. et al. Away-from-home family dinner sources and associations with weight status, body composition, and related biomarkers of chronic disease among adolescents and their parents. *J Am Diet Assoc.* 2001; 111: 1892-7.

10.- Tani Y, Kondo N, Takagi D et al. Combined effects of eating alone and living alone on unhealthy dietary behaviors, obesity and underweight in older Japanese adults: Results of the JAGES. *Appetite* 2015; 95; 1-8.

11.- Devaux M, Sassi F, Church J et al. Exploring the relationship between education and obesity. *OECD Journal: Economic Studies* 2011; 121-143.

12.- Ministerio de sanidad, Servicios sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012.

## **Agradecimientos**

Estamos especialmente agradecidos con la colaboración de los profesionales estadísticos pertenecientes a la Universidad Politécnica de Valencia. Queremos agradecer a cada uno de los participantes en este estudio por su colaboración en la entrevista clínica antes de ser intervenidos de cirugía bariátrica.