

Análisis de variables psicológicas en un grupo de pacientes candidatos a cirugía bariátrica

María Eugenia de la Viuda Suárez, Rebeca Costa Trigo, Rocío Coto Lesmes.

*P.I.R.Hospital Universitario Central de Asturias. Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias. Centro de Salud "La Ería". ✉ euvisu@hotmail.com

Resumen: Objetivo: Dentro de las evaluaciones para candidatos a cirugía bariátrica realizadas desde el Servicio de Salud Mental del Área de Oviedo (Asturias, España) se construyó un protocolo de evaluación de variables clínicas y psicológicas con el fin de describir el perfil de paciente candidato y, en posteriores estudios, determinar cuáles de estas variables podrían predecir el tipo de evolución del tratamiento quirúrgico. **Método:** En el presente trabajo se exponen las variables evaluadas en dicho protocolo y se analizan, a nivel descriptivo, los datos obtenidos de la aplicación del mismo a 28 sujetos. Se describen a continuación los resultados encontrados en las entrevistas de valoración inicial a nivel de cambio de hábitos, atribuciones causales de la obesidad y fracasos previos y motivación actual para el cambio. **Resultados:** Se observa que la mayoría de los candidatos refiere haber iniciado cambios hacia hábitos de vida más saludables, perciben un locus de control interno ante las causas de su obesidad actual así como de los fracasos de tratamientos previos, y se encuentra que las principales motivaciones para el cambio actualmente son las mejoras de su salud y de su capacidad de locomoción. **Conclusiones:** Los candidatos a cirugía bariátrica perciben una relación directa entre sus acciones y los resultados de las mismas y muestran confianza en sus capacidades para mantener los cambios requeridos. Sin embargo, los programas propuestos para personas con obesidad basados en cambios de hábitos que dependen de las acciones de estos pacientes han conseguido escaso éxito. Estos datos apuntan a la necesidad de estudiar la concordancia de estos pacientes entre sus cogniciones y sus acciones.

Palabras clave: cirugía bariátrica, evaluación de candidatos, factores psicológicos, locus de control.

Abstract: Objective: An assessment protocol for candidates for bariatric surgery has been proposed by Public Mental Health Service in Oviedo (Asturias, Spain). The protocol assesses clinical and psychosocial variables, first to understand the candidate profile, and in subsequent studies, to determine which of those variables may predict the outcome of surgical treatment. Methods: In this paper, candidate profile is analyzed at a descriptive level from the data obtained after the assessment of 28 candidates. Results: Results described below are related to behavioural change, causal attributions to obesity and previous treatment failures, and current motivation to surgery. Most of the assessed candidates have made healthy changes in their habits before surgery, the majority of them attribute internal causes to their obesity and their previous treatment failures, and their main motivation for surgery is to improve their health state and their mobility. Conclusions: Candidates for bariatric surgery perceive a direct relationship between their actions and weight results, and show confidence in their capability to maintain changes. However, previous programs for obese people based on changes in health habits have achieved little success. Studies about correlation between cognitions and actions should be made in obese people.

Introducción

La obesidad ha ido incrementando progresivamente su incidencia en la población occidental hasta convertirse en uno de los problemas de salud más significativos. La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) del 2012 reflejaba que el porcentaje de personas con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m² (límite para comenzar a hablar de obesidad) superaba el 17%, mientras que en 1987 este porcentaje era de un 7,4%. Es más, si se tenía en consideración a las personas con sobrepeso (IMC \geq 25), las cifras se incrementaban hasta un 53,7% (1,2).

En Asturias, la Encuesta de Salud del año 2012 arroja cifras semejantes a las nacionales. Menos de la mitad la población adulta (44%) tiene cifras dentro del rango de peso considerado como normal (IMC entre 18,5 y

24,9), un 37% tiene problema de sobrepeso, un 15% tiene problemas de obesidad y un 1% de obesidad mórbida (IMC \geq 40). Además la obesidad mantiene una tendencia creciente con la edad en ambos sexos, aunque algo más en hombres de edades intermedias (3).

Hay gran evidencia de las importantes repercusiones que tiene sobre la salud, aumentando la morbimortalidad asociada. Asimismo, tiene un importante impacto en el bienestar psicosocial y la salud mental (4-7). Diversos estudios encontraban mayor incidencia de psicopatología en personas con obesidad extrema, aunque sin clarificar si ésta es causa o consecuencia de la obesidad, ya que el estigma social que supone puede contribuir a la aparición de desórdenes del humor y ansiedad (5-7).



Hay pocas opciones efectivas para la pérdida de peso en personas con extrema obesidad. Los programas de modificación de conducta y los tratamientos farmacológicos consiguen entre un 8-10% de reducción del peso inicial y es frecuente que se produzca una recuperación de peso significativa una vez interrumpido el tratamiento (6). Ante estas dificultades la cirugía bariátrica ha experimentado un gran desarrollo en los últimos años convirtiéndose en una opción de tratamiento para conseguir pérdidas de peso a largo plazo y mejorar la calidad de vida en aquellas personas con un IMC >35 con significativos problemas comórbidos que cumplan ciertos criterios de inclusión (8) somáticos y psicológicos (Tabla 1).

La cirugía bariátrica es una cirugía funcional o metabólica. Su objetivo no es estético sino que se trata de disminuir la morbimortalidad asociada a la obesidad. Las técnicas quirúrgicas utilizadas pueden ser restrictivas (o simples) o bien malabsortivas (o mixtas). Las técnicas restrictivas reducen la capacidad del estómago produciendo una sensación precoz de llenado gástrico, disminuyendo así la cantidad de alimento que la persona ingiere. Las técnicas malabsortivas hacen que los alimentos ingeridos no sean bien aprovechados y las grasas no sean absorbidas por el intestino.

La pérdida de peso tras la cirugía está asociada con mejoras significativas en los problemas comórbidos a la obesidad. Aun así es importante tener en consideración la posible incidencia de complicaciones. Las complicaciones postoperatorias tempranas se dan en un 5-10% de los pacientes mientras que las complicaciones tardías como anemia o deficiencia de vitamina B se dan en torno al 25% de los casos. La tasa de mortalidad se estima en torno a un 1%. (6, 8)

Si bien la cirugía bariátrica se ha convertido en una opción de tratamiento muy popular para aquellas personas con obesidad extrema, los expertos están de acuerdo en que factores psicosociales y conductuales contribuyen a un resultado postoperatorio exitoso (5-6). El peso y la altura, la edad y el tipo de operación explican entre el 40-50% de la varianza en la pérdida de peso, quedando el resto de la varianza a merced de otras variables como los factores psicosociales. Algunas de las variables que funcionan como predictores psicosociales son: la existencia de alteraciones psicológicas o de atracones en la etapa preoperatoria, dificultades para ajustarse a los requerimientos dietéticos, mayor riesgo de dificultades psicosociales por la posible existencia de estigmatización y discriminación, la pobre autoimagen, el aislamiento social, la falta de habilidades sociales e incluso la incapacidad para desempeñar ciertas tareas o implicarse en determinadas actividades debido a las limitaciones ocasionadas por el sobrepeso (5, 6, 10, 11).

En general los datos parecen reflejar una pérdida de peso en los dos años posteriores a la intervención de entre un 50-60%. A pesar de que este dato muestra una importante superioridad sobre otros métodos de pérdida de peso para las personas con obesidad mórbida, la cirugía tiene riesgos de que se produzca una recuperación del peso. Esta suele iniciarse tras estos dos primeros años y está estimada en torno al 15% del máximo peso perdido. También hay hasta un 20% de personas que fracasan en conseguir una significativa pérdida de peso. (5,6)

Tanto el fracaso como la recuperación del peso en los dos primeros años tras la intervención son típicamente atribuidos a una pobre adherencia a la dieta postoperatoria. Algunos autores atribuyen esta recuperación de peso o fracaso en la pérdida del mismo a factores psicológicos, a inadecuadas estrategias de afrontamiento que están en la base de la incapacidad de los pacientes para mantener la pérdida de peso (5).

Previo a la cirugía, es necesario realizar un buen proceso de selección de los pacientes, que suponga una evaluación exhaustiva de todas las áreas relevantes (9, 12-15), teniendo en cuenta un marco de evaluación holístico, añadiendo a los criterios de inclusión tradicionales de reducción del peso y problemas médicos previos, la evaluación de factores psicosociales. Los estudios muestran que tanto la evaluación como el abordaje de dichos factores psicosociales son necesarios para poder plantear un programa de cirugía bariátrica eficaz y para llevar a cabo evaluaciones más efectivas (focalizadas en aquellos factores que demuestren estar en relación con el éxito o fracaso de la operación) y eficientes (que posibilite invertir el alto coste de la operación en aquellos casos en los que la probabilidad de una evolución favorable sea mayor) (5).

Así, la evaluación del paciente con obesidad mórbida, según queda especificado en la *Declaración de Salamanca* (2003), debe ser realizada por un equipo multidisciplinar que trabaje de forma coordinada y protocolizada en la realización de una evaluación integral de las personas que opten a la cirugía. Posteriormente el Consenso SEEDO 2007 de la Sociedad Española para el estudio de la obesidad, estableció los criterios de evaluación del sobrepeso y la obesidad así como de intervención terapéutica (13).

Según esto, los objetivos de la evaluación psicológica son, en primer lugar, descartar la existencia de patología psiquiátrica que pueda contraindicar o condicionar la intervención. Esto se hace en base a una serie de criterios que podrían ser contraindicaciones absolutas o relativas de cara a la cirugía, si bien no existe actualmente un consenso internacional (12, 13, 14, 15) (Tabla 2). Se valora también la motivación y las



expectativas del paciente en torno a la cirugía, reforzando su papel activo en la recuperación frente al tradicional rol pasivo del paciente quirúrgico, valorando la capacidad de la persona para mantener unos hábitos de vida saludables. Finalmente se tiene también en consideración la red de apoyo socio-familiar (6). Se pretende por tanto un abordaje no solo nutricional y/o quirúrgico, sino también psicológico, que ayude en la estructuración y adaptación a los nuevos hábitos así como de apoyo emocional para afrontar los cambios físicos y psicosociales que acarrearán la intervención.

A nivel Nacional, y según el Real Decreto 1030/2006, del 15 de Septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, se recoge en el apartado de "Atención al adulto, grupos de riesgo y enfermos crónicos" la necesidad de atención integral a las personas con problemas de salud crónicos y prevalentes, entre los que se encontrarían la obesidad. A nivel regional, en Asturias, el 20 de Enero de 2003, se presentó el proyecto de creación de la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) siendo este el centro de referencia de la Comunidad Autónoma. En coordinación con dicha unidad se encuentra el equipo de Salud Mental del Principado de Asturias, encargado de realizar la valoración de aquellos factores psicosociales que puedan ayudar a un abordaje más eficaz y eficiente del paciente candidato a cirugía bariátrica.

En este marco y desde el Centro de Salud Mental (CSM) La Ería en Oviedo, se ha elaborado un protocolo de evaluación para aquellos pacientes candidatos a cirugía bariátrica. El objetivo del mismo es poder tener un registro exhaustivo de aquellas variables psicológicas que nos permita valorar el perfil de candidato al tratamiento de cirugía bariátrica y que puedan ser útiles a la hora de predecir la evolución posterior tras la intervención quirúrgica.

A pesar de los múltiples estudios existentes sobre la importancia de la evaluación psicosocial en esta población, escasean en nuestro país estudios descriptivos y longitudinales que concreten por un lado, cómo se comportan estas variables en la valoración inicial del candidato y posteriormente, cuáles de estas variables funcionan como mejores predictores del éxito o fracaso de la intervención.

El objetivo del presente trabajo es describir la muestra de pacientes que acudieron para la valoración de cirugía bariátrica en un Centro de Salud Mental de la Ería en Oviedo entre los años 2010-2014 para dar a conocer sus características sociodemográficas, clínicas y psicosociales. Se pretende en posteriores trabajos analizar las correlaciones entre dichas variables y éxito en la intervención quirúrgica de cirugía bariátrica.

Pacientes y métodos

Participantes

La muestra está compuesta por todos aquellos sujetos derivados por el servicio de Endocrinología del HUCA al CSM de La Ería, en Oviedo, para valoración prequirúrgica entre Noviembre de 2011 y Mayo de 2014. Dicha valoración forma parte de un protocolo de estudios previos que sirve para orientar la decisión sobre la indicación o contraindicación de cirugía bariátrica. El número total de sujetos de la muestra fue de 28.

Variables e instrumentos

Para llevar a cabo el estudio se construyó un protocolo de entrevista semiestructurada ad-hoc que recogía información sobre las siguientes variables:

- Existencia de diagnóstico psicopatológico. Tratamientos psicofarmacológicos actuales. Se evalúa a través de entrevista clínica y revisión de historia clínica.
- Hábitos de vida y organización diaria. Se exploraba a través de las siguientes cuestiones:

Cambio de hábitos ante las nuevas medidas dietéticas. Se realizaban preguntas al candidato sobre si había sido capaz de introducir o no alguno de los siguientes cambios en sus hábitos: cambio en el número de comidas, cambio en el tipo de alimentos consumidos, cambio en la cantidad de comida ingerida o incorporación de ejercicio físico a su rutina semanal. En el caso de una respuesta positiva a esta última cuestión se preguntaba por el grado de estructuración de la actividad física realizada (estructurada en tiempo y espacio vs. no pautada) y por su percepción subjetiva sobre el nivel de actividad física realizada (escaso, adecuado o excesivo). Así mismo se preguntaba si en la actualidad presentaban conductas de picoteo atracones (sí/no). Consumo de alcohol o tabaco. Se indagaba sobre el consumo actual o previo de estas sustancias (sí/no).

- Percepción de apoyo socio-familiar. Nos interesamos por si el candidato percibía la confianza y apoyo de su entorno hacia todos los cambios que el proceso requería (sí/no).



- Planificación de comidas. Se preguntaba por el tiempo de antelación con el que planificaban sus menús (semanal, varios días, de un día para otro o no planificado).

- Estrategias ante situaciones “de riesgo”. Nos interesamos por las estrategias de afrontamiento ante situaciones en las que aumenta la probabilidad de infringir la dieta como pueden ser un evento social. Propusimos cuatro opciones de respuesta: evita acudir a la situación, acude con intención de “controlarse” y mantenerse en las recomendaciones endocrinológicas, acude permitiéndose flexibilidad o acude sin intención alguna de “controlarse”. A aquellos candidatos que acudían a estas situaciones con intención de controlarse se les preguntaba si, en su experiencia, conseguían mantener las recomendaciones pautadas en estas situaciones (sí/no).

- Atribuciones sobre la funcionalidad del comer, atribuciones causales del problema de la obesidad y de los éxitos y fracasos ante los intentos de solución:

- Atribución de funcionalidad de la conducta del comer y alternativas. Se pregunta al candidato si en su caso cree que el hecho de comer tiene alguna función particular además de la puramente alimenticia. Al ser un ítem de respuesta abierta se generaron tres categorías a posteriori: función alimenticia (calmar el hambre), función de generar satisfacción y función de calmar la ansiedad. A aquellos participantes que contestaron de manera afirmativa a las funciones de generar satisfacción o calmar la ansiedad se les preguntó además si tenían alguna alternativa al comer que pudiera funcionar como equivalente. Los sujetos podían contestar respuestas que englobaran más de una categoría.

- Atribuciones causales sobre la obesidad. Se pregunta al candidato cuál cree que es la principal causa de su problema de obesidad y si creían que esta era controlable (locus interno) o no controlable (locus externo). Al ser un ítem de respuesta abierta se generaron cinco categorías a posteriori. Los sujetos podían contestar respuestas que englobaran más de una categoría.

- Atribución causal del fracaso en medidas dietéticas previas. Se preguntaba a los candidatos por cuáles creían que habían sido las causas principales del fracaso de los tratamientos previos y si creían que esta

era controlable (locus interno) o no controlable (locus externo).. Al ser un ítem de respuesta abierta se generaron seis categorías a posteriori. Los sujetos podían contestar respuestas que englobaran más de una categoría.

- Motivación, dificultades y capacidad percibida para el cambio:

- Dificultad percibida para el cambio y capacidad percibida para el cambio. Mediante pregunta de escala (1 a 10) se evaluaba la dificultad percibida para realizar y mantener los cambios postquirúrgicos así como la confianza en su capacidad para realizarlos.

- Motivación principal al tratamiento. Se realizaba a los candidatos la siguiente pregunta “¿que es lo que mas le impulsa en este momento a querer operarse?”. Para la misma se ofrecían varias categorías de respuesta no excluyentes utilizadas en otros cuestionarios (21): salud, mejorar la imagen corporal, aumentar la capacidad de locomoción o movilidad, mejorar el estado psicológico, mejorar la adaptación y disfrute del ámbito social, mejorar la adaptación y disfrute del ámbito familiar, mejorar la adaptación y disfrute del ámbito laboral o mejorar en el disfrute de las relaciones de pareja.

- Nivel de satisfacción con su calidad de vida. Se evalúa mediante una pregunta de escala (del 1 al 10) cuál es su nivel de satisfacción en diferentes áreas vitales (21): satisfacción personal, capacidad de participación en actividades físicas, capacidad de participación en actividades sociales, capacidad de rendimiento en el trabajo e interés por las relaciones sexuales.

Asimismo se recogió información mediante autoinformes relacionados con los siguientes factores:

- Patrones alimentarios disfuncionales. Evaluado mediante el cuestionario BITE (Test de Bulimia de Edimburgo). Cuestionario para identificar a sujetos que presenten síntomas bulímicos. Permite obtener dos subescalas: una de síntomas que evalúa el número de los mismos y una de gravedad sintomática que tiene en cuenta su frecuencia.

- Locus de control. Evaluado mediante escala BEEGC 20 (Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control). Evalúa diferentes tipos de expectativas en



5 subescalas: Éxito, Contingencia, Autoeficacia, Suerte e Incontrolabilidad.

· Sintomatología psicopatológica. Se evaluó a través del SA-45 (Symptom Assessment-45 Questionnaire). Mide las escalas de Depresión, Sensibilidad interpersonal, Hostilidad, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Psicoticismo, Ideación Paranoide, Somatización y Ansiedad Fóbica. Se emplea en este estudio la puntuación media global.

También se recogieron datos mediante revisión de historias clínicas de los siguientes datos socio-demográficos: edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel de estudios y convivencia. Por último se revisó mediante la historia clínica electrónica el estado en la lista de espera para la intervención quirúrgica de los evaluados.

Procedimiento

La evaluación pre-quirúrgica se realizó en dos entrevistas. Durante la primera se aplicó la entrevista semi-estructurada ad-hoc diseñada para el estudio. Así mismo se les entregaron a los participantes los cuestionarios EDI, BEEGGC-20, CAE y SA-45 los cuales deberían traer cumplimentados a una segunda entrevista. Durante la segunda entrevista se revisaban posibles dudas de los autoinformes y se completaban aquellos datos que pudieran haber quedado poco definidos durante la primera entrevista.

En el encuadre de las entrevistas se le explicaba al paciente la importancia de la evaluación psicológica con el fin, no sólo de evaluar los aspectos de interés, sino de poder ayudarles en el proceso de cambio de hábitos y preparación para la intervención.

Análisis de datos

En el presente estudio se describen las características de la muestra según las variables recogidas pre-intervención quirúrgica. El análisis de los datos es descriptivo. Los datos fueron analizados con el programa SPSS-21.

Resultados

1 -Variables recogidas a través de historia clínica:

a) Variables sociodemográficas: la muestra del estudio está compuesta por 28 sujetos cuyas características socio-demográficas pueden observarse en la Tabla 3. De los 28 sujetos evaluados, a fecha de publicación del trabajo, tan sólo 2 (un 7%) habían sido intervenidos quirúrgicamente.

b) Diagnóstico psicopatológico actual o previo y tratamientos psicofarmacológicos actuales: ocho personas (28,6%) tienen algún diagnóstico psicopatológico (cuatro casos de trastornos de ansiedad, tres casos de trastornos depresivos y un caso de trastorno adaptativo). Además, el 64,3% de la muestra refieren estar tomando algún tipo de tratamiento para sintomatología psicopatológica (cinco personas están tomando antipsicóticos, cinco antiepilépticos, ocho antidepresivos, y dos personas benzodiazepinas)

2-Variables recogidas en entrevista:

a) Hábitos de vida y organización diaria:

i. Cambio de hábitos ante las nuevas medidas dietéticas: el 78,6% de la muestra refiere cambio en cuanto al número de comidas, el 85,7% cambio en el tipo de alimentos y el 75% cambio en la cantidad de comida. Por otro lado el 71,4% de la muestra afirma haber introducido la realización de ejercicio físico. Además, en el momento de la valoración tres personas (10,7%) confirman presencia de conductas de picoteo y dos (7,1%) presencia de atracones. Al valorar específicamente la actividad física realizada a lo largo del día, encontramos que sólo el 21,4% siguen una actividad física pautada, 35,7% realizan una actividad física no regulada, y 42,9% no especifican el tipo de actividad. En cuanto al nivel de actividad percibido por la muestra un 46,4% lo consideran escaso, un 50% adecuado y un 3,6% excesivo.

ii. Consumo de tabaco y alcohol: el 32,1% refiere consumo frecuente de tabaco y 7,1% consumo frecuente de alcohol. Por otro lado, siete personas (25%) se reconocen como exfumadores.

iii. Percepción de apoyo socio-familiar: de las 28 personas que conforman la muestra, 25 (89,3%) perciben el ánimo y la confianza de su entorno para el cambio de hábitos que el proceso requiere.



iv. Planificación de comidas: la mayoría de los evaluados refieren planificar su comida de un día para otro (57%), seguido de aquellos que dicen no planificar las comidas (22%). El resto planifica el menú con unos días de antelación (14%) o bien semanalmente (7%).

v. Estrategias ante situaciones “de riesgo” de incumplir las recomendaciones nutricionales (figura 1): entre aquellos que acuden con intención de “controlarse” (9 sujetos) un 67,9% indica que lo consiguen, el 25% dice que no lo logran y para el 7,15% no consta la respuesta.

b. Atribuciones sobre la funcionalidad del comer, atribuciones causales del problema de la obesidad y de los éxitos y fracasos ante los intentos de solución:

i. Funcionalidad de la conducta de comer y alternativas: un 50% refiere que la comida cumple la función de generar satisfacción en ellos, un 35,7% que les calma la ansiedad y un 28,6% se refieren a las funciones de saciación de hambre. A la pregunta de si poseen otras herramientas con la misma función, 19 personas (67,9%) indican que sí y 8 (32,1%) que no. De los que responden que sí un 32,1% recurre a actividades sociales, un 25% recurre a otras sustancias (psicofármacos, tabaco o chicles), un 21,4% realiza actividades físicas y un 21,4% habla de nuevos hábitos.

ii. Atribuciones causales sobre la obesidad (figura 2): tres personas (10,7%) hacen una atribución tanto interna como externa (aluden a genética y también a desorganización o sedentarismo); las otras 25 (89,3%) realizan una atribución interna.

iii. Atribución causal del fracaso en medidas dietéticas previas (figura 3): un 92,9% de los participantes aluden a causas de locus interno (falta de constancia, ansiedad, falta de motivación o sedentarismo) frente a un 3,6% que alude a causas de locus de control externo (como el hecho de que la dieta fue demasiado estricta). Un 3,6% no respondió a la cuestión.

c) Motivación, dificultades y capacidad percibida para el cambio:

i. Dificultad y capacidad percibida para el cambio: la media para el grado de dificultad percibida es de 5,35 sobre 10. El grado de confianza medio en sus

capacidades y recursos para mantener dichos cambios fue de 7,89 sobre 10.

ii. Motivación principal al tratamiento (figura 4): destacan la necesidad de mejorías en salud (86%) y en capacidad de movilidad (79%).

d) Nivel de satisfacción con su calidad de vida (figura 5): destaca la baja puntuación en participación en actividades físicas (3,6/10) y que la más elevada (7/10) sea la satisfacción relacionada con el interés en las relaciones sexuales.

3- Variables recogidas en autoinformes

a) Patrones alimentarios disfuncionales (BITE). El 75% de la muestra obtiene puntuaciones compatibles con el rango de ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida; el 17,9% presenta patrones alimentarios anormales, no necesariamente bulimia nerviosa (BN) y el 7,1% cumple criterios de posible BN subclínica. En el rango de gravedad de los síntomas un 60,7% presentan ausencia de gravedad, un 21,4% presenta gravedad significativa y el 17,9% restante presenta mucha gravedad.

b) Locus de control (BEEGC 20) (figura 6): destaca la alta puntuación obtenida en la subescala contingencia.

c) Sintomatología psicopatológica (SA-45). La puntuación total media de la muestra fue de 38,29 sobre 180, lo que se sitúa en rangos normales dentro de los baremos para población española. La media total de síntomas positivos fue 19,42 sobre 45. El índice de distress de 1,69 sobre 4 y la gravedad media de 0,83 sobre 4.

Conclusiones

El perfil de candidato a cirugía bariátrica, según la muestra analizada, lo conforman sujetos (en un 60% mujeres) de en torno a 40 años de edad, con estudios de formación profesional, trabajadoras, con hijos y que conviven con su familia de origen. Aunque la mayoría no tiene diagnóstico psiquiátrico, y las puntuaciones que se registran en las escalas de evaluación psicopatológica (BITE y SA45) sean bajas, cabe señalar que un alto porcentaje de las entrevistadas (64,3%) está bajo tratamiento psicofarmacológico.



En torno a tres cuartas partes de las participantes refieren haber sido capaces de introducir cambios en sus hábitos alimenticios y actividad física, aunque en su mayor parte dicha actividad física no es estructurada o no se especifica qué tipo de actividad realizan. La gran mayoría no presentan conductas alimentarias de riesgo ni consumen sustancias como alcohol o tabaco. Por lo general sienten confianza y apoyo por parte de su entorno para los cambios que el proceso requiere. La mayor parte de los candidatos reconoce planificar sus comidas de un día para otro o no planificarlas y consideran su nivel de organización de actividad diaria bastante flexible. En cuanto a las estrategias de afrontamiento ante situaciones en las que sería fácil “saltarse” las recomendaciones, la mayoría de los candidatos prefiere asistir a las mismas y permitirse cierta flexibilidad con la dieta o bien asistir cumpliendo las recomendaciones. De estos últimos la mayoría refiere conseguirlo.

Llama la atención el alto porcentaje de entrevistados que atribuyen su obesidad y sus anteriores fracasos para perder peso a factores internos, es decir, a causas que tendrían un locus de control interno (como su nivel de organización, el sedentarismo, etc.). Así mismo, las puntuaciones obtenidas en la escala BEEGC20 (subescala de contingencia) nos orientan a pensar que los encuestados perciben una alta relación entre sus acciones y los resultados.

Tanto en la escala BEEGC20 (subescalas de autoeficacia y éxito) como en la entrevista los candidatos muestran confianza en sus capacidades para conseguir lo que se proponen, y que esto genere buenos resultados. La capacidad media con la que se perciben para conseguir y mantener los cambios requeridos supera al nivel medio percibido sobre la dificultad que supone lograr dichos cambios.

A la luz de los resultados obtenidos se diría que los candidatos a cirugía bariátrica perciben una relación directa entre sus acciones y los resultados de las mismas (en concreto el fracaso en medidas previas de pérdida de peso y la propia problemática de la obesidad). Estudios previos en salud mental vinculan una mayor capacidad y potencialidad de cambio en aquellos sujetos que perciben un locus de control interno en las conductas a modificar, sin embargo, y como se ha señalado anteriormente, los programas propuestos hasta el momento con personas con

obesidad han conseguido un escaso éxito. Así mismo los candidatos muestran confianza en sus capacidades para mantener los cambios requeridos.

En cuanto a la satisfacción actual de los candidatos con su vida no parece existir una mala percepción. El único área que puntuaría por debajo del 5 es la participación actividades físicas, factor que constituye una de las principales motivaciones al cambio y la cirugía bariátrica junto con la posibilidad de mejora de su salud y sus posibilidades de movilidad.

Discusión

El protocolo de evaluación para candidatos a cirugía bariátrica construido desde el Servicio de Salud Mental del Área de Oviedo pretende abordar todas aquellas áreas señaladas como relevantes (presencia de alteraciones psicológicas, autoimagen y autoconcepto, adaptación al cambio de hábitos, limitaciones generadas por el sobrepeso, aspectos relacionados con la motivación para el cambio y percepción de apoyo sociofamiliar) por la literatura previa (9, 12-15) complementarias a la valoración endocrinológica. Se propone así un modelo posible de protocolo para este tipo de valoraciones en equipos multiprofesionales.

Los datos previos muestran que la mayoría de los candidatos evaluados tienen un perfil con ausencia de factores psicológicos que contraindiquen la intervención quirúrgica (5, 6, 10, 11): bajas puntuaciones en sintomatología psicopatológica, buena adaptación a los cambios de hábitos, percepción ajustada de la necesidad de su implicación en el cambio, etc. Así, los datos obtenidos parecen indicar que la visión de los entrevistados parece bastante alentadora con respecto a sus posibilidades de mantenimiento de los cambios necesarios antes y después de la intervención de cirugía bariátrica, lo cual contrasta con los datos que existen en la literatura sobre las dificultades de seguimiento de medidas endocrinológicas por parte de personas con obesidad mórbida (6).

Pueden existir diferentes variables que estén afectando a esta cuestión. Por un lado, no podemos olvidar, que el entrevistado es un candidato para un nuevo tratamiento que supone una esperanza en un problema crónico. Dicha entrevista se vive en muchos casos como una evaluación de la idoneidad o no del



candidato para poder optar a dicho tratamiento, por lo que existe un interés particular por mostrarse como buen candidato. Por otro lado, podría existir una dificultad en estas personas para percibir y cuantificar de manera realista las dificultades y sensaciones internas que conlleva el mantenimiento de un cambio de hábitos. Esto puede estar relacionado con el hecho de que muchos de ellos hayan intentado múltiples tratamientos previos con ilusión sin lograr sin embargo los resultados esperados. También, el hecho de convivir largo tiempo con un cierto tipo de rutinas puede dificultar la percepción de lo que conforma hábitos saludables o hábitos dañinos, haciendo que los contornos entre lo que es normal y patológico se desdibujen. Esto podría estar relacionado con el hecho de que la mayoría de ellos puntúen bajo en los índices psicopatológicos empleados (en los cuales tendrían que ser capaces de ser conscientes de sus eventos internos para poder autoinformarlos) pero sin embargo estén bajo tratamiento psicofarmacológico. Por último, el hecho de situarse ante un nuevo tratamiento innovador y nunca antes intentado, puede que anime a posicionarse más confiado ante las propias capacidades, a intentar un último esfuerzo y a que esto le acompañe la convicción de que, en realidad, los resultados dependen de algo que está dentro del control de uno mismo. Sea como fuere, la percepción de las dificultades ante el cambio de hábitos, así como la confianza en los propios recursos para conseguirlo, es dispar a lo que los resultados en la literatura previa nos muestran (5-6).

Por otro lado, los entrevistados identifican la mejoría de su salud y de su capacidad de movilidad como principales motores del cambio de hábitos requerido para poder someterse a la intervención de cirugía bariátrica. Las limitaciones ocasionadas por el sobrepeso han sido señaladas en estudios previos como variables que influyen en la eficacia de la operación (10-11) y constituyen buenas herramientas de trabajo desde la clínica para favorecer la motivación al cambio que será necesaria y costosa de mantener.

Como limitaciones del estudio señalamos el hecho de que el presente trabajo sea meramente descriptivo. Se pretende, sin embargo, realizar un seguimiento de esos participantes con el fin de determinar quiénes llegaron a mantener los cambios en los hábitos para poder ser intervenidos. Tras la operación se pretende realizar una entrevista única en la que se recogerán datos relativos al éxito de la operación y complicaciones

derivadas de la misma para poder correlacionar los resultados del éxito de la misma con las variables presentadas en el presente trabajo. Asimismo, se señala como limitación el escaso tamaño de la muestra, limitando la posibilidad de generalizar las conclusiones extraídas para otras poblaciones.

Agradecimientos

A Juan M. García Haro, nuestro tutor durante nuestra formación en el CSM de la Ería, a él le debemos la idea de este proyecto y gran parte de los aprendizajes logrados en este periodo de residencia.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011-2012. Consultado el 16 de Junio de 2014 en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/ense.htm>
2. Larrad A, Sánchez C y Moreno B. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. En Moreno B, Monereo S y Álvarez J. Obesidad: la epidemia del siglo XXI. Madrid: Internacional de Ediciones y Publicaciones; 1999 p 340-71
3. Margolles M y Donate I. III Encuesta de Salud para Asturias (ESA), año 2012. Conserjería de Sanidad del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública. Consultado el 18 de Junio de 2014 en http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/CC_AA/Informe_Asturias.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: obesidad (s.f) Consultado el 16 de Junio de 2014 en <http://www.who.int/topics/obesity/es/index.html>
5. Bocchieri LE, Meana M y Fisher BL (2002). A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3), 155-165.
6. Sarwer DB, Wadden TA, y Fabricatore AN. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity research*, 13(4), 639-648.



7. Montt D, Koppmann A, y Rodríguez M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16(4).
8. Morales MJ, Díaz-Fernández MJ, Caixas A, Cordido F. Grupo de trabajo sobre Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Aspectos médicos del tratamiento quirúrgico de la obesidad. *Med clínica*. 2011
9. Bretón JO, Naranjo SP, Laborda SG, Ruesca PB, Hernández RG. (2005). Eficacia y complicaciones de la cirugía bariátrica en el tratamiento de la obesidad mórbida. *Nutrición Hospitalaria*, 20(n06).
10. Rivero ZML. (2012). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*, 9(17).
11. Gómez Candela C, Palma Milla S, Piedra León M, Bermejo L, Loria Kohen V. (2009). Eficacia y predictores de cumplimiento de un programa terapéutico en pacientes con obesidad grado II complicada o mórbida, no candidatos a programa de cirugía. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 29, (3), 25-31.
12. Rubio MA; Martínez C, Vidal O, Larrad A, Salas-Salvadó J, Pujol J, Díez I; Moreno B. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Española de obesidad*, 4, 223-249.
13. Rubio, MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D y cols. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes*, 5(3), 135-75.
14. Arrizabalaga JJ, Masmiquel L, Vidal J, Calañas-Continento A, Díaz-Fernández MJ, García-Luna PP y cols. (2004) Grupo de trabajo sobre Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología. Recomendaciones y algoritmo de tratamiento de sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Med Clin*. 2004; 122(19): 104-110
15. Rodríguez FM, Mora GP, Palacios VC. (2013). Obesidad mórbida y criterios de evaluación previos a la cirugía bariátrica. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 18, 2008-2038.
16. Zabala EE, Ezcurra JS, Sánchez-Gómez PM. (2001) Aspectos psiquiátricos del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. *Salud Global*, 1(3), 2-8.
17. Hornero JP, Tilve MJG. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del psicólogo*, 26(90), 10-14.
18. Moreno RMA, Montiel BC, Aguayo VL. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14(3), 577-582.
19. Van Hout G, Van Heck G. (2009). Bariatric psychology, psychological aspects of weight loss surgery. *Obesity facts*, 2(1), 10-15.
20. Gradaschi R, Noli G, Cornicelli M, Camerini G, Scopinaro N, Adami GF. (2013). Do clinical and behavioural correlates of obese patients seeking bariatric surgery differ from those of individuals involved in conservative weight loss programme? *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(s1), 34-38.
21. Oria HE, Moorehead MK. (1998). Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Obesity Surgery*, 8, 489-499.
22. Guisado J, Vaz F, López-Ibor J, Rubio M. Características clínicas y pérdida de peso en pacientes con obesidad mórbida tras cirugía bariátrica. *Rev Nutrición Hospitalaria* 2001; 5: 170-4.
23. Guisado JA, Vaz FJ, Alarcón J, Béjar A, Casado M, Rubio MA. (2002). Psicopatología en pacientes con obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Revista Cubana de Endocrinología*, 13, (1), 29-34.
24. Castillo-Castellanos R, Azuara-Forcelledo H, Ruiz-Macosay J, Garza-Pulido MA, Castañeda-Vázquez JM, Gutiérrez-López V. (2004). Tratamiento quirúrgico de la obesidad y control de peso. *Salud en Tabasco*, 10, (1-2), 233-242.

25. Sarwer DB, Fabricatore AN. (2008). Psychiatric considerations of the massive weight loss patient. *Clinics in plastic surgery*, 35(1), 1-10.

26. Sarwer DB, Thompson JK, Mitchell JE, Rubin JP. (2008). Psychological considerations of the bariatric surgery patient undergoing body contouring surgery. *Plastic and reconstructive surgery*, 121(6), 423-434.

27. Friedman MA, Brownell KD (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological bulletin*, 117(1), 3.

28. Morales MJ, Delgado C, Mauri I, Parada P, Otero I, Olmos MAM y col. (2004). Tratamiento quirúrgico de la obesidad: ¿a quién?, ¿qué técnica?, ¿es necesario el seguimiento postoperatorio? *Endocrinología y Nutrición*, 51(5), 245-253.

29. Vázquez V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso. *Rev Endocrinol Nutr*, 4(13), 136-142.

30. Vázquez IA, Rodríguez CF. (2013). El papel del Psicólogo Clínico en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Papeles del psicólogo*, 34(1), 49-56.

31. Martínez RBP, Rentería SM, Hernández GM, Carbajal PD, Pérez GS, Rodríguez RM y col. (2010). El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cirujano General*, 32(2-2010), 114-120.