

Factores asociados a mala respuesta tras cirugía en obesidad mórbida

J. A. Guisado Macías, J. Alarcón Domingo y F. J. Vaz Leal
Departamento de Psiquiatría. Universidad de Extremadura. Badajoz.

Hemos analizado la conducta alimentaria, estado psicopatológico y personalidad en un grupo de pacientes con obesidad mórbida, 18 meses tras el tratamiento quirúrgico, estudiando factores psicopatológicos asociados a mala respuesta tras la cirugía.

PALABRAS CLAVE: obesidad mórbida, cirugía gástrica, conducta alimentaria, trastornos psiquiátricos.

Guisado Macías JA, Alarcón Domingo J, Vaz Leal FJ. Factores asociados a mala respuesta tras cirugía en obesidad mórbida. *Rev Clin Esp* 2003;203(12):589-90.

Factors associated with poor response after surgery in morbid obesity
The eating behavior, the psychopathological status, and the personality were analyzed in a group of patients with morbid obesity, 18 months after surgery, isolating psychopathological factors associated with a poor response.

KEY WORDS: morbid obesity, bariatric surgery, food behavior, psychiatric disorders.

Introducción

El estudio de las características psicológicas de los pacientes con obesidad mórbida que son sometidos a tratamiento quirúrgico ayuda a determinar qué variables influyen en la respuesta a la cirugía, así como orientar hacia el mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo^{1,2}. Los pacientes con obesidad mórbida que presentan trastornos alimentarios (trastorno por atracón, bulimia nerviosa), insatisfacción corporal y conductas alimentarias anómalas (ingesta abundante de dulces, picoteo, restricción y atracones) estarían en riesgo de tener una mala pérdida de peso tras la cirugía³⁻⁵. Tras la intervención los síntomas psicológicos suelen mejorar con la pérdida de peso^{6,7}, aunque algunos estudios han informado un empeoramiento del estado psicológico, con predominio de reacciones depresivas⁸ y elementos asociados a la propia obesidad debido a las dificultades sociales de convivencia de estos enfermos y al estigma de ser obeso⁹. Si valoramos la personalidad del paciente con obesidad mórbida que es sometido a cirugía gástrica nos encontramos con un enfermo con mayor malestar psicológico y con más tasa de trastornos de la personalidad¹⁰ que hace que busque el tratamiento con más frecuencia¹¹. Asimismo se ha correlacionado dicha personalidad con una insuficiente pérdida de peso tras la cirugía, encontrándose mayor predominio de personalidades *borderline* y psicopáticas en estos enfermos^{12,13}, así como esquizoide¹⁴.

El objetivo del presente estudio fue analizar las características psicopatológicas de un grupo de pacientes con obesidad mórbida que no han respondido al tratamiento quirúrgico, en un intento de analizar factores asociados al nivel de funcionamiento de estos enfermos.

Material y métodos

Nuestra muestra está compuesta de 25 pacientes (20 mujeres y 5 hombres) con obesidad mórbida que fueron intervenidos de cirugía gástrica para perder peso (gastroplastia vertical bandeada) hace 18 meses. El índice de masa corporal (IMC) del día de la cirugía fue de 59,11 (DE: 9,46) y tras año y medio de 43,37 (DE: 3,71). La edad de los enfermos fue de 40,56 (DE: 4,15). El porcentaje de pérdida de peso fue del 25,25% (DE: 10,40).

Cada paciente completó:

1) *The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)*¹⁵: es un cuestionario de 51 ítems que mide los aspectos emocionales de la conducta alimentaria, según tres factores: restricción (factor I), desinhibición (factor II) y hambre (factor III).

2) *The Symptom Check List 90 Revised (SCL-90-R)*¹⁶: es una entrevista autoadministrada que cuenta con 90 ítems que valoran el malestar psicológico de la semana previa. Consta de las siguientes escalas: somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Como parámetro de funcionamiento global está el índice de severidad global (GSI) que es la media aritmética de los 90 ítems.

3) *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*¹⁷: consta de 13 categorías de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva, autodestructiva, esquizotípica, límite y paranoide) y de 9 síndromes clínicos (ansiedad, histeriforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol, abuso de drogas, pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). El contenido de este

Correspondencia: J. A. Guisado Macías.
Avda. Villanueva 10, 1.º izda.
06005 Badajoz.

Correo electrónico: jguisadom@medynet.com

Aceptado para su publicación el 9 de octubre de 2002.

instrumento deriva de la teoría biopsicosocial de Millon de que los síndromes clínicos son extensiones del estilo de personalidad básica de una persona. Mediante el análisis de regresión logística (*backward*: LR) hemos analizado qué factores se asocian hacia la permanencia de un IMC > 40 (el enfermo continúa siendo obeso mórbido tras 18 meses) en los pacientes intervenidos. Se calcula la *odds ratio*, el intervalo de confianza al 95% y la probabilidad estadística.

Resultados

En la **tabla 1** reflejamos los factores asociados a la permanencia de los enfermos en un IMC > 40. Este tipo de pacientes tendría mayores puntuaciones en desinhibición alimentaria, índice de severidad global de psicopatología, rasgos de personalidad histriónicos, esquizoides, mayor abuso de drogas y más síndromes psiquiátricos (somatizaciones, distimia y depresión mayor).

Discusión

El malestar psicológico que presentan los enfermos con obesidad mórbida se correlaciona con la intensidad de la obesidad^{18,19}. Hoy día el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida es el tratamiento de elección²⁰; sin embargo, con frecuencia nos encontramos con un grupo de pacientes que tras la cirugía no suele responder adecuadamente^{3-5,8,10,12-14}. Nuestro grupo de pacientes, que han continuado siendo obesos mórbidos tras 18 meses del tratamiento quirúrgico, presenta una conducta alimentaria más desestructurada (mayores puntuaciones en desinhibición), estando de acuerdo con los estudios que han encontrado un mayor número de conductas alimentarias anómalas²¹ con más dificultades en la pérdida de peso tras la cirugía³⁻⁵. Desde el punto de vista psicopatológico, en este grupo los niveles han sido mayores (puntuaciones más elevadas en el índice de severidad global, somatización, distimia, abuso de drogas y depresión mayor), lo que indica el alto nivel de malestar psicológico que presentan estos enfermos²² asociado a una menor pérdida de peso^{8,9}. Si analizamos la personalidad, en nuestro grupo el pre-

dominio de rasgos disfuncionales de personalidad (de tipo histriónico y esquizoide) se ha asociado a una menor pérdida de peso, coincidiendo con otros autores que han encontrado que las personalidades psicopáticas, límite^{12,13} y esquizoide¹⁴ se asocian a una inadecuada pérdida de peso. De todos los factores asociados a la menor pérdida de peso tras la cirugía bariátrica, el GSI y el abuso de drogas han sido los de mayor asociación estadística, por lo que parece importante analizar el estado mental y consumo de sustancias psicótropas en este grupo de pacientes. Para concluir, apuntamos la necesidad de realizar una exhaustiva valoración psiquiátrica en los pacientes con obesidad mórbida tras la intervención quirúrgica, desde que hemos encontrado que el funcionamiento psicológico del paciente se asocia a la pérdida de peso tras la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mason EE, Maher JW, Scott DH, Rodríguez EM, Doherty C. Ten years of vertical banded gastroplasty for severe obesity. *Probl Gen Surg* 1992;9:280-9.
2. Reinhold RB. Critical analysis of long-term weight loss following gastric bypass. *Surg Gynecol Obstet* 1982;155:385-94.
3. Lang T, Hauser R, Schlumpf R, Klaghofer R, Buddeberg C. Psychological comorbidity and quality of life of patients with morbid obesity and requesting gastric banding. *Schweiz Med Wochenschr* 2000;130(20):739-48.
4. Hsu LKG, Betancourt S, Sullivan SP. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1996;19:23-34.
5. Resch M, Jako P, Sido Z, Haasz P. The combined effect of psychotherapy and fluoxetine on obesity. *Orv Hetil* 1999;3:2221-5.
6. Halmi KA, Stunkard AJ, Mason EE. Emotional responses to weight reduction by three methods: gastric bypass, jejunoileal bypass, diet. *Am J Clin Nutr* 1980b;33:446-51.
7. Rand CSW, MacGregor A, Hankins G. Gastric bypass surgery for obesity: weight loss, psychosocial outcome and morbidity one and three years later. *Southern Med J* 1986;79:1511-4.
8. Espmark S. Psychological effects of intestinal and gastric bypass. En: Maxwell JC, Gazet J-C, Pilkington TRE, editores. *Surgical management of obesity*. London: Academic Press, 1980; p. 189-208.
9. Mills JK. A note on interpersonal sensitivity and psychotic symptomatology in obese adult outpatients with a history of childhood obesity. *J Psychol* 1995;129:345-8.
10. Fulp G, Strain JJ, Vita J, Lyons JS, Hammer JS. Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients: A preliminary report. *Am J Psychiatry* 1987;144:878-82.
11. Cummings NA, Follette WT. Psychiatric services and medical utilization in a prepaid plan setting: Part II. *Med Care* 1968;6:31-41.
12. Larsen F. Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective psychiatric study. *Acta Psychiatr Scand* 1990;359(Suppl):1-57.
13. Jonsson B, Bjorvell H, Levander S, Rossner S. Personality traits predicting weight loss outcome in obese patients. *Acta Psychiatr Scand* 1986;74:384-7.
14. Guisado JA, Vaz FJ, Rubio MA, López-Ibor JJ. Personalidad en mujeres con obesidad mórbida. *Psiquiat Biol* 2001;8:9-10.
15. Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom Res* 1985;29:71-83.
16. Derogatis LR. SCL-90 R version. Manual I. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, 1977.
17. Millon T. Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: Manual for the MCMI-II. Minneapolis: National Computer Systems, 1987.
18. Kral JG, Sjöström LV, Sullivan MBE. Assessment of quality of life before and after surgery for severe obesity. *Am J Clin Nutr* 1992;55(Suppl):611S-4.
19. Kral JG. Morbid obesity and related health risks. *Ann Intern Med* 1985;103:1043-7.
20. Balsinger BM, Murr MM, Poggio JI, Sarr MG. Bariatric surgery. Surgery for weight control in patients with morbid obesity. *Med Clin North Am* 2000;84:477-89.
21. Guisado JA, Vaz FJ, López-Ibor JJ Jr, Rubio MA. Eating behavior in morbidly obese patients undergoing gastric surgery: differences between obese people with and without psychiatric disorder. *Obes Surg* 2001;11:576-80.
22. Guisado JA, Vaz FJ, Alarcón J, Béjar A, Casado M, Rubio MA. Psicopatología en pacientes con obesidad mórbida postgastrorectomía [en prensa]. *Rev Cubana Endocrinol*.

TABLA 1

Factores psicopatológicos asociados a mala respuesta tras cirugía bariátrica

Características clínicas	OR	IC 95%	p
Desinhibición*	1,61	1,05-2,45	0,01
Índice de severidad global (GSI)**	9,98	3,49-16,85	0,001
Histriónica***	0,89	0,82-0,96	0,01
Esquizoide***	1,25	0,99-1,30	0,01
Somatización***	1,04	1,00-1,09	0,05
Distimia***	0,90	0,84-0,97	0,01
Abuso de drogas***	1,09	1,01-1,17	0,001
Depresión mayor***	0,96	0,91-1,00	0,05

* TFEQ. ** SCL-90-R. *** MCMI-II. OR: *odds ratio*; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; p: probabilidad estadística.