

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA: INFLUENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA

Ruiz, Domínguez, Claudia
Benítez, Hernández, María del Mar
Gómez, Rodríguez, Cristóbal
Budía, Luque, Asunción
Borda, Mas, Mercedes
Avargues, Navarro, María Luisa

RESUMEN

Debido a la gravedad actual de la obesidad mórbida, siendo causa de muerte de muchos casos en la población, la cirugía bariátrica es una buena solución para esta enfermedad. Ante dicha situación este estudio analiza las diferencias significativas que pueden darse entre un grupo de candidatos a cirugía bariátrica, un grupo no candidato a esta cirugía y una muestra control en diferentes variables, como son la ansiedad, la depresión y la autoestima, viéndose la posible influencia del género en todo ello. Se utilizó una muestra de 274 individuos a través de un método de selección de conveniencia. El diseño realizado fue ex post facto prospectivo. Una vez realizado el estudio, se concluye que existen diferencias significativas entre los tres grupos en todas las variables. Sin embargo, no existen dichas diferencias con respecto a los hombres en ninguna de las variables, excepto en autoestima.

PALABRAS CLAVE

Psicopatología, obesidad mórbida, cirugía bariátrica, diferencias de género.

ABSTRACT

Currently, the majority of the morbid obesity patients die due to the severity levels of that disease, thus the bariatric surgery seems to be a good solution nowadays. Taking into account the actual situation, this research tries to analyse the significantly differences between a group of patients proposed to bariatric surgery, a group of patients who are not proposed to bariatric surgery and a control sample with different variables, such as anxiety, depression and self-esteem, taking into account the possible gender influence among all conditions. The sample is composed of 274 individuals. The design was ex post facto prospective. The results of the research show significant differences between the 3 groups in all the variables conditions. However, there are no

significant differences with the male group in any of the variables conditions, except for self-esteem.

KEYWORDS

Psychopathology, morbid obesity, bariatric surgery, gender differences.

INTRODUCCIÓN

Ya en el siglo IV aC Hipócrates afirmó: "la muerte súbita es más común en aquellos que son naturalmente gordos que en los delgados". (Kauffer et al., 2014).

Según Arteaga (1994) "La obesidad es un síndrome de evolución crónica, caracterizado por un aumento generalizado de la grasa corporal que se asocia a comorbilidades que deterioran la calidad y reducen las expectativas de vida".

Esta enfermedad se define como un aumento del tejido adiposo, no obstante esta definición es simplista y excluye las causas y complicaciones, por lo que es necesario definirla como una enfermedad multifactorial compleja, influida por factores genéticos, fisiológicos, metabólicos, celulares, moleculares, sociales y culturales. (Chavarria Arciniega, 2002).

Sin embargo, la naturaleza de esta relación aún no está clara. Es difícil distinguir entre la obesidad, como causa de un padecimiento determinado y la que constituye un fenómeno que acompaña a dicho padecimiento. Además, no se ha podido esclarecer si las repercusiones negativas del exceso de peso sobre la salud reflejan el papel de la propia obesidad o el de factores asociados con el aumento de tejido adiposo.

Cabe decir que la morbilidad o la mortalidad aumentan significativamente en relación directa con el volumen de grasa corporal. (Kauffer et al., 2014).

Datos de la OMS indican que desde el año 1980 la obesidad ha aumentado más del doble en todo el mundo. En el año 2008, 1.500 millones de adultos tenían exceso de peso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos, por lo cual la OMS ha declarado a la obesidad y al sobrepeso con el carácter de epidemia mundial, de hecho constituyen un importante factor de riesgo de defunción, con una mortalidad de alrededor de 3 millones de adultos al año. La clasificación actual de Obesidad propuesta por la OMS está basada en el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura, expresada en metros. De esta manera, las personas

cuyo cálculo de IMC sea igual o superior a 30 kg/m² se consideran obesas. (Manuel Moreno, 2012).

La obesidad está generando una demanda de atención médica cada vez más creciente y en la actualidad carece de tratamiento curativo. El tratamiento dietético junto a modificaciones del estilo de vida, ejercicio y terapia conductual, así como el tratamiento con fármacos, consiguen pérdidas de peso de alrededor del 10 % a medio plazo, que sin duda contribuyen a mejorar algunas de las comorbilidades asociadas a la obesidad. Sin embargo, a largo plazo estos tratamientos tienen resultados desalentadores en sujetos con obesidad mórbida, pues los que han intentado perder peso vuelven a recuperarlo en un plazo inferior a 5 años. Cuando han fracasado los tratamientos convencionales (dietas, medicamentos y psicoterapia), la cirugía bariátrica es un tratamiento eficaz, porque en un elevado número de pacientes se normalizan las cifras de glucemia, sin necesidad de medicamentos, al igual que mejoran la hipertensión, la dislipidemia, etc. (Matilde et al., 2010).

En relación al enfoque terapéutico de la obesidad la cirugía bariátrica ha demostrado obtener mejores resultados a largo plazo, al ofrecer cambios en el individuo que no dependen completamente de su voluntad, como es la restricción a la entrada de alimentos al aparato digestivo, o la disminución en la absorción de los mismos. Existen tres procedimientos diferentes:

Los procedimientos restrictivos tienen como ventajas fundamentales que una cantidad reducida de comida bien masticada sigue el camino habitual fisiológico y, por lo tanto, no suelen existir déficits de nutrientes y vitaminas.

Los procedimientos combinados restrictivos y de malabsorción retardan la mezcla del alimento con la bilis y el jugo pancreático, los cuales contribuyen a que se absorban los nutrientes. El resultado es una sensación de pronta saciedad, combinada con un sentido de satisfacción que disminuye la ansiedad por la comida.

Un tercer grupo lo constituyen los procedimientos puramente de malabsorción cuyas ventajas están relacionadas con la mayor reducción del peso, permitiendo mayor ingesta alimentaria. Los riesgos están relacionados a la posibilidad de deficiencia de proteínas, vitaminas, anemia, y patología ósea. (Hernández, 2006).

Asimismo, los beneficios físicos y psicológicos vinculados a la cirugía bariátrica están bien documentados. Son diversas las anomalías físicas, asociadas al excedente adiposo, que mejoran tras las pérdidas de peso, y la supervivencia esperada del individuo tras la operación es equiparable a la de un sujeto con peso normal (NIH, 1992). En la misma línea, tras las intervenciones se producen reducciones en indicadores de ansiedad, depresión, insatisfacción con la imagen corporal o

sobreingesta compulsiva y los sujetos informan que experimentan mejoras en sus relaciones interpersonales, de pareja y sexuales, en las actividades de ocio y ambulación (Rand y Macgregor, 1990; Kalarchian, Wilson, Brolin y Bradley, 1999). Apareados a dichos beneficios, sin embargo, la cirugía conlleva efectos negativos en un alto porcentaje de individuos (Kral, 1992; Mason, Renquist y Jiang, 1992). En primer lugar, toda cirugía de la obesidad está considerada como cirugía mayor, con lo que no queda exenta de las potenciales complicaciones asociadas a esta última. El riesgo de mortalidad se estima en un 1% y la morbilidad es, aproximadamente, del 30%. A largo plazo pueden aparecer otros problemas que demanden reoperación. (Ruiz Moreno, Montiel & Aguayo, 2002).

Pérez Huertas (2016) defiende que hoy en día podemos afirmar que la cirugía es el tratamiento más efectivo para la Obesidad Mórbida (OM), que consigue una mayor pérdida de peso mantenida en el tiempo y una mejoría y/o resolución de las comorbilidades que se asocian a ella. Esta cirugía tiene un alto coste económico y sanitario, pero supone un tratamiento definitivo, que a su vez es caro y arriesgado. Por tanto, sería altamente recomendable encontrar indicadores que nos puedan predecir cuáles son los pacientes que van a responder adecuadamente a la cirugía y optimizar sus comorbilidades con el fin de minimizar el riesgo quirúrgico, asegurando el éxito a largo plazo. Se debe incidir en la correcta selección y preparación del paciente. No todo paciente que tenga indicación de cirugía bariátrica debe ser operado.

De acuerdo a la evidencia más reciente, se observa en algunos pacientes, una mejoría de las patologías psiquiátricas presentes antes de la cirugía, atribuible principalmente a la disminución de peso y a los cambios en la imagen corporal, que llevan a un aumento en la sensación del paciente de ser capaz de retomar el control de su vida. (Pablo, Daniela, & Manuel, 2015).

Pero no son médicas las únicas complicaciones relacionadas con dicha enfermedad, también encontramos algunas relacionadas con la parte psicológica.

Los síntomas psíquicos se han intentado explicar de 2 formas: por la existencia de factores psicológicos que predisponen a la sobreingesta y, secundariamente, la ganancia de peso o porque exista una predisposición biológica. (Juan et al., 2002).

Las personas obesas que buscan tratamiento presentan tasas significativamente elevadas de psicopatología en comparación con las personas obesas que no buscan tratamiento. (Pablo, Daniela, & Manuel, 2015).

Uno de los factores etiológicos de la obesidad lo constituye la personalidad. Según un estudio publicado por la Asociación Americana de Psicología, las personas obesas con alto neuroticismo y baja conciencia (personalidad tipo A) tienen alta probabilidad de pasar por ciclos de pérdida y ganancia de peso durante toda su vida. La impulsividad es considerada el predictor más fuerte del sobrepeso, ya que suele ser necesario que para mantener un peso saludable se siga una dieta balanceada y un programa de actividad física constante, lo cual implica compromiso y moderación, algo generalmente difícil para individuos altamente impulsivos. (Sutin et al., 2011; cit. en Tamayo Lopera & Restrepo, 2014)

El estrés es otro factor importante en la etiología de la obesidad. (Bennett, Greene, & Schwartz-Barcott, 2013). Una situación de estrés agudo inhibe el apetito, sin embargo si este se mantiene hasta convertirse en crónico las glándulas adrenales liberan una hormona llamada cortisol, que incrementa el apetito en particular hacia alimentos altos en grasa o en calorías. (Simon et al., 2008; cit. en Tamayo Lopera, & Restrepo, 2014)

Se considera que las personas con obesidad mórbida son psicológicamente diferentes, debido a que está asociada con consecuencias psicosociales debilitantes, como depresión, ansiedad y baja autoestima. (Ortega, et al., 2012). A su vez, estas consecuencias psicosociales de la obesidad determinan patrones de comportamiento y modelos de personalidad, que tienen una influencia sobre la ingesta calórica y el gasto de energía y, en consecuencia, sobre la ganancia de peso. (Tamayo Lopera, & Restrepo, 2014).

Los Trastornos de Conducta Alimentaria, aunque son relativamente escasos, suelen estar asociados con otras psicopatologías y frecuentemente son desatendidos. Se caracterizan por una alteración persistente de la alimentación o de la conducta alimentaria, que se traduce en el consumo alterado o de la absorción de los alimentos y que entorpece seriamente la salud física o el funcionamiento psicosocial. (American Psychiatric Association, 2013; cit. en Tamayo Lopera, & Restrepo, 2014).

Entre los factores psicológicos que aparecen como variables importantes en el proceso de la constitución de la obesidad y obesidad mórbida, se describen los estados ansiosos y depresivos que propician el comer en exceso. (Black, Goldstein & Mason, 2003; Ríaset al., 2008), así como una baja autoestima y pesimismo asociado a

lo relevante de la dimensión corporal en la construcción de la identidad individual y social (Cofré, Riquelme-Mella & Angulo-Díaz, 2014).

Dicha enfermedad está asociada con el aumento de afectos negativos, lo cual se refleja en emociones como angustia, ira, disgusto, miedo y vergüenza, esta asociación es atenuada por la enfermedad física (Pasco, Williams, Jacka, Brennan, & Berk, 2013). Favorecidos por la estigmatización social, aunque varían de persona a persona, los efectos emocionales secundarios más comunes de la obesidad son la baja autoestima, la falta de habilidades sociales, la visión distorsionada del cuerpo, la depresión, los pensamientos suicidas, y el autocastigo (Puhl, Luedicke, & Heuer, 2013; cit. en Tamayo Lopera & Restrepo, 2014).

Hasta ahora se ha hablado de las comorbilidades relacionadas con esta enfermedad de forma general, a continuación se verá de manera más específica.

La primera comorbilidad importante es la depresión, siendo un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria (OMS)

Existen hallazgos que sugieren que la obesidad se asocia con la depresión, principalmente entre las personas con obesidad severa. (Onyike, Crum, Lee, Lyketsos, & Eaton, 2003), presentando mayores tasas de suicidio los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, que la población general (Peterhänsel, et al., 2013, cit en Oñate Gomez, 2016).

En su origen, la ansiedad es una reacción positiva y natural que el organismo pone en funcionamiento para defenderse ante una amenaza o simplemente para afrontar una situación difícil.

Sin embargo, ha dejado de ser adaptativa para muchas personas. Este estado intenso y agotador es lo que se conoce como ansiedad patológica o trastorno de ansiedad. Se trata de una reacción emocional, escasamente controlable por parte del individuo, que puede manifestarse en tres campos: el pensamiento, la fisiología y la conducta. (Nogales Bacariza, et al., 2008).

Por otro lado, la autoestima se desarrolla a lo largo de nuestras vidas a medida que desarrollamos una imagen de nosotros mismos, a través de nuestras experiencias con diferentes personas y actividades.

En las personas con obesidad, la autovaloración y la autoestima mantienen una relación constante con el IMC durante la infancia y la adolescencia. El IMC alto se asocia con bajos niveles de autoestima y baja auto-aceptación. (Biro, et al., 2006; Hosseinzade et al., 2013, cit en Tamayo Lopera & Restrepo, 2014).

En relación a las diferencias de género, (Olson y Strawderman, 2009; Warin y cols., 2008) concluyen que el fenómeno de la obesidad y el sobrepeso se presentan por igual en hombres y mujeres de todas las edades. No obstante las mujeres reflejan tasas mayores de obesidad. Si bien la explicación de la obesidad en las mujeres se vincula a la maternidad, el trabajo doméstico, el estrato socioeconómico bajo y la baja escolaridad, estas explicaciones no aportan argumentos suficientes para comprender el porqué del fenómeno. (Cruz-Sánchez, et al., 2012).

Favorecidos por la estigmatización social, aunque varían de persona a persona, los efectos emocionales secundarios más comunes de la obesidad son la baja autoestima, la falta de habilidades sociales, la visión distorsionada del cuerpo, la depresión, los pensamientos suicidas y el autocastigo. (Puhl, Luedicke, & Heuer, 2013). Estos efectos también varían según el género, ya que muchos hombres no resienten las desventajas sociales del sobrepeso tanto como las mujeres, a quienes esta condición afecta negativamente su autoestima y percepción de bienestar. (Carraça et al., 2011); por lo cual las mujeres son más propensas a desarrollar trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia nerviosas. (Tamayo Lopera & Restrepo, 2014).

Teniendo en cuenta que los objetivos de este estudio son estudiar las diferencias significativas entre la población clínica y una muestra control y dentro de la población clínica las diferencias entre grupo de obesos aptos y no aptos a cirugía bariátrica en las siguientes variables: ansiedad, depresión, autoestima. Y a su vez comprobar como la variable género influye en todo ello.

Una vez finalizada la recogida de los datos de la muestra control, estos se introdujeron en la misma base de datos de la muestra clínica, y se procedió a su análisis conjunto.

MÉTODO

Participantes

Este estudio contaba con una muestra total de 274 individuos, los cuales estaban divididos en tres grupos a su vez, el grupo control, por un lado, y el grupo clínico, dividido en dos grupos (Aptos y No Aptos).

- a) Por un lado el Grupo Control, formado por 112 individuos que no presentaban obesidad (IMC inferior a 30 kg/m²), con procedencia casi completa de la provincia de Sevilla. Estos sujetos fueron seleccionados por muestreo de conveniencia, en función de las características de la muestra clínica, de esta forma se controlaron ciertas variables extrañas. Lo que se hizo a través de la técnica de equiparación, con el bloqueo de 4 variables que podían estar relacionadas con las variables dependientes del estudio según la literatura revisada. Se intentó conformar una muestra que presentara valores similares en las variables género, edad, estado civil y nivel de estudio.
- b) Por otro lado el Grupo Clínico, formado por 162 pacientes que presentaban obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica que habían sido evaluados por los facultativos del Programa de Enlace e Interconsulta de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío (HU Virgen del Rocío), en Sevilla. De estos pacientes, 88, se consideraron como aptos para someterse a la cirugía, mientras que 74 fueron calificados como no aptos según los facultativos de la Unidad de Salud Mental. El acceso a esta muestra clínica se consiguió mediante un acuerdo preexistente entre el departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la facultad, y el Programa de Enlace e Interconsulta de Salud Mental del Hospital. El muestreo empleado, fue de conveniencia.

Los pacientes que fueron seleccionados aptos para la cirugía bariátrica, se consideraron así mediante un criterio basado tanto en el estado psicopatológico como en el estado físico de los mismos, de los cuales, aquellos que presentaran alguna característica que pudiera influir negativamente en la intervención y en el post-operatorio serían calificados como no aptos por los profesionales médicos del hospital.

Entre estos criterios se encuentran:

Situarse dentro de un IMC superior a 40 Kg/m², presentar comorbilidades médicas como la diabetes o el HTA (hipertensión arterial), la ausencia de trastorno psicopatológico severo o trastorno de la conducta alimentaria y el no abuso de alcohol o drogas.

El resumen de los datos sobre los diferentes grupos es el siguiente:

Tabla 1: Datos descriptivos sobre el grupo clínico

GRUPO CLÍNICO [162 sujetos]					
		NO APTOS [20-60 años]		APTOS [21-63 años]	
GÉNERO	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
	55 (74,32%)	19 (25,68%)	62 (70,45%)	26 (29,54%)	
PESO	92Kg - 198Kg		82Kg - 200Kg		
NIVEL ESTUDIOS	Primarios 30 (54,93%)		Primarios (44,58%)		
	Medio 10 (30,99%)		Medio 34 (40,96%)		
	Superiores 22 (14,08%)		Superiores 12 (14,46%)		
ESTADO CIVIL	25 solteros (34,24%)		22 solteros (25,58%)		
	35 casados (47,95%)		46 casados (53,48%)		
	1 viudo (1,37%)		7 viudos (8,13%)		
	9 divorciados (12,34%)		4 divorciados (4,65%)		
	2 separados (2,74%)		5 separados (5,81%)		

Tabla 2: Datos descriptivos sobre el grupo control

	GRUPO CONTROL [112 sujetos] (20-65 años)	
GÉNERO	Hombres 28 (25%)	Mujeres 84 (75%)
PESO	92Kg - 198Kg 82Kg - 200Kg	
NIVEL ESTUDIOS	Primarios 44 (35,77%) Medio 40 (35,71%) Superiores 28 (25%)	
ESTADO CIVIL	44 solteros (39,28%) 64 casados (57,14%) 2 divorciados (1,63%) 2 separados (1,63%)	

Instrumentos y materiales

Las variables tratadas como independientes son la variable género y la presencia o no de obesidad. Dichas variables son categóricas nominales, o cualitativas, presentando dos valores, presencia de obesidad mórbida ($IMC \geq 40$), dividida esta a su vez en aptos y no aptos para la intervención, y no presencia de obesidad ($IMC < 30$); y Hombre o Mujer.

Las variables tratadas como dependientes fueron ansiedad, depresión y autoestima, presentando valores comprendidos entre 0-21 y 0-40 respectivamente.

Las variables que fueron controladas para equiparar muestra clínica y control, fueron género, edad, nivel de estudios y estado civil.

Uno de los instrumentos que se utilizó en esta investigación fueron las Historias clínicas de los pacientes con obesidad mórbida. Entre los documentos que se poseen, se encuentran todos los datos considerados trascendentales, referentes a los procesos asistenciales de los pacientes en el sistema de salud (Artículos 14 y 15 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre). Algunos de estos datos son relevantes para la valoración, llevada a cabo por el profesional sanitario, de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, como son el peso e IMC del paciente y la presencia o no de trastorno mental o enfermedad médica. A partir de las historias clínicas, los facultativos cumplimentaron unas plantillas que reflejan estos datos. Presentes en dichas plantillas también se encuentran otros datos como son la presencia de obesidad infantil, la presencia de atracones tanto objetivos como subjetivos, antecedentes psicopatológicos o alteraciones actuales, estado psicológico actual y percepción de apoyo familiar. Como datos adicionales también se recogían datos de índole sociodemográfica considerados relevantes para considerar apto o no apto a un paciente y someterse a dicha cirugía. Entre estos datos sociodemográficos se encuentran la edad, el nivel de estudio y el estado civil, los cuales se recogían mediante una entrevista previa de los facultativos de la Unidad de Salud Mental basándose en el Manual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la CIE-10.

A los individuos de la muestra control se les administró una adaptación de esta plantilla, en la que se eliminaron los aspectos relacionados con la cirugía, debido a que no se trataba de sujetos con obesidad, como es el caso de la "Razón principal para someterse a la intervención" o las "Expectativas sobre la intervención".

Otro instrumento para medir las variables dependientes en los tres grupos fue la adaptación española de la escala de Autoestima Rosenberg (Fernández-Montalvo y

Echeburúa 1997) y La Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond y Snaith 1983). Dichas pruebas son pruebas auto-administradas.

La Escala de Autoestima de Rosenberg, se trata de un cuestionario que explora la autoestima personal, entendiendo esta como el sentimiento de valía personal y de respeto a sí mismo, consta de 10 ítems, un ejemplo es “A veces pienso que no sirvo para nada”, en una escala tipo Likert, puntuando de 1 a 4 (A= muy de acuerdo, B= de acuerdo, C= en desacuerdo y D= muy en desacuerdo, respectivamente) de los cuales 5 están enunciados de forma positiva y 5 de forma negativa, controlándose así el efecto de aquiescencia y llevádo a la necesidad de invertir los 5 primeros ítems, enunciados de forma positiva. Así, de los ítems 1 al 5, las respuestas de la A a la D se puntúan de 4 a 1 y los de los ítems del 6 al 10, de la A a la D se puntúan de 1 a 4. Los sujetos pueden obtener un máximo de 40 puntos, siendo de 30 a 40 una puntuación que indica una autoestima elevada considerada como normal, de 26 a 29 una autoestima media y menos de 25 sugiere una autoestima baja. La validez y fiabilidad del instrumento han sido valoradas basándose en los resultados de un estudio propuesto por Vázquez Jiménez & Vázquez-Morejón (2004), los datos muestran una fiabilidad temporal (test-retest) satisfactoria, tanto para 2 meses ($r=.72$) como para 1 año ($r=.74$) y una alta consistencia interna (α de Crombach $=.87$).

Por otro lado la Escala de HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) es el instrumento de autoevaluación más usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes con enfermedad física. Está compuesto por 14 ítems, tipo Likert, formados por dos subescalas (ADA con ítems impares y HADD con ítems pares) de 7 ítems cada una con puntuaciones de 0 a 3. Los puntos de corte son los siguientes: 0-7 indica ansiedad y depresión normal, 8-10 indica que ambas son probables y 11-21 son altas, uno de ellos es “Me siento alegre”. Para controlar el efecto de aquiescencia, siendo este la tendencia a responder afirmativamente de forma independiente al contenido de la pregunta, algunos ítems se invierten, los ítems 4, 11 y 13. En cuanto a la consistencia interna los índices de “alpha de Crombach” son aceptables o buenos para ambas subescalas, situándose siempre por encima del .70.

Diseño

El diseño del presente estudio es ex post facto.

Procedimiento

El procedimiento de recogida de datos estuvo constituido por dos fases: La primera de ellas, consistió en la recopilación de los datos de la muestra de pacientes con obesidad mórbida, que se llevó a cabo en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Allí, las facultativas (psiquiatras y psicólogas clínicas) del Programa de Enlace e Interconsulta de Salud Mental de HU Virgen del Rocío accedieron a las historias clínicas de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica y cumplimentaron la plantilla citada anteriormente con los datos considerados más relevantes para la investigación junto a datos sociodemográficos, cuyo conocimiento era necesario para la posterior selección de los individuos de la muestra control, que debería presentar valores similares en dichas variables. La cumplimentación de estas plantillas debía ser realizadas por las facultativas del Hospital, ya que según el Artículo 7 de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que establece el carácter confidencial de los datos referentes a la salud del paciente (BOE, 2002), el acceso a las historias clínicas está restringido a los profesionales del sistema sanitario.

El hospital facilitó junto a estas plantillas, los instrumentos antes descritos para el análisis de las variables dependientes (Escala de Autoestima de Rosenberg y Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria), ya cumplimentados por los pacientes. Los mismos facultativos informaron a los pacientes del tratamiento que se daría a todos estos datos y recogieron las firmas del consentimiento informado, tal y cómo estipula el Artículo de la Ley 41/2002. Al conjunto de datos recogidos para cada paciente, se le asignó un número aleatorio, en lugar de su nombre, como medio de garantizar el anonimato de dichos datos, actuando según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad (BOE, 2002).

Tras realizar los análisis estadísticos pertinentes sobre las variables sociodemográficas previamente referidas de la muestra de pacientes, se seleccionaron los individuos de la muestra control, de forma que presentaran valores aproximados en esas variables. Tras la selección de los sujetos, se les facilitó una adaptación de la plantilla administrada a los pacientes. Además de la plantilla, se les entregaron los

mismos instrumentos empleados en la muestra de pacientes, junto al consentimiento informado, que deberían firmar para el posterior uso de los datos.

Análisis de datos

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas en los tres grupos considerados (pacientes obesos aptos para cirugía bariátrica; pacientes no aptos para cirugía bariátrica; individuos control), a través de un análisis de frecuencias. Estas variables eran: depresión; ansiedad y autoestima.

Para el análisis estadístico se comprobó el supuesto de normalidad con la prueba de t para muestras independientes. Al no cumplirse este supuesto, se optó por la prueba no paramétrica U de Mann Withney para responder a los objetivos del estudio. Dicha prueba mostró diferencias significativas en las variadas comparaciones. Como índice de tamaño de efecto se utilizó d de Cohen, valorado según el criterio de Cohen (1988).

Para llevar a cabo este análisis se empleó el paquete estadístico IBM SPSS Statics Versión 15.0 para Windows.

RESULTADOS

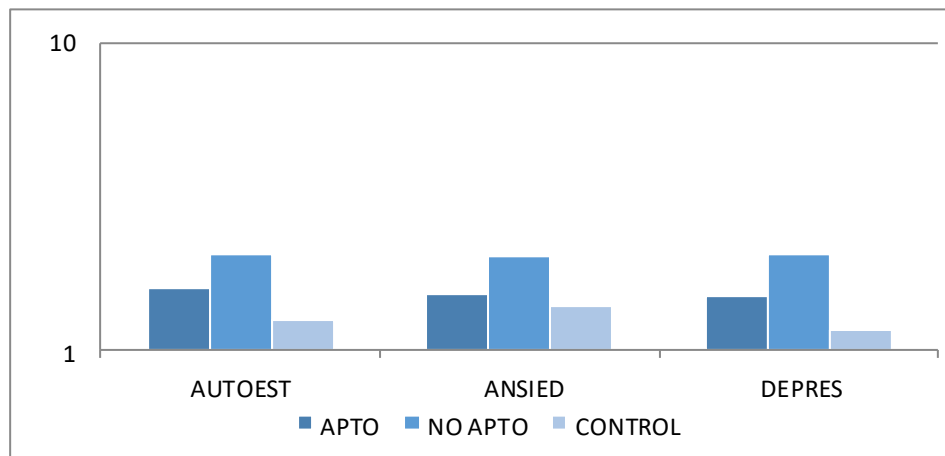
Los resultados de los análisis de descriptivos para las variables en general pueden verse en las Tablas 3 y 4 y en las Figuras 1 y 2. En ellas se observa cómo para las variables independientes existe cierta diferencia apreciable entre el grupo de pacientes clínicos (apto y no apto) y el grupo control.

Tabla 3

Descriptivos de las variables: Autoestima, Ansiedad y Depresión en base a la variable Orientación diagnóstica (Apto, No Apto y Control).

		AUTOEST	ANSIED	DEPRES
APTO	M	1.60	1.53	1.51
	DT	0.78	0.81	0.82
NO APTO	M	2.06	2.03	2.04
	DT	0.89	0.89	0.85
CONTROL	M	1.26	1.40	1.17
	DT	0.60	0.65	0.44

Figura1: Representación de las variables: Autoestima, Ansiedad y Depresión en base a la variable Orientación diagnóstica (Apto, No Apto y Control).



Se destacan dos observaciones:

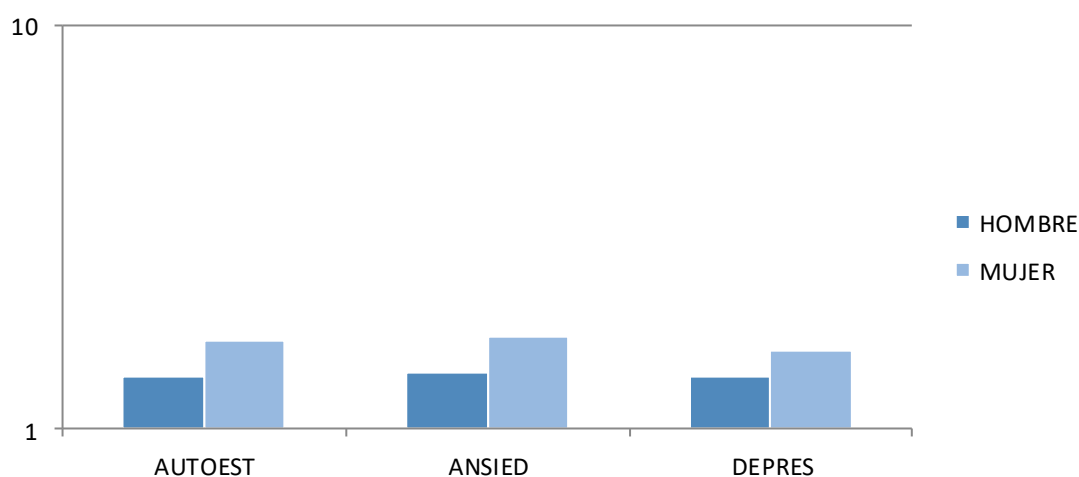
- En primer lugar, contrastando el grupo clínico, considerando los valores Apto y No Apto como un mismo grupo (llamado Clínica 1), y el grupo control se mantiene que las diferencias son similares en todas las variables estudiadas.
- En segundo lugar, haciendo la comparación entre los dos valores del grupo clínico (Clínica 2), se aprecia que los valores son más altos en el grupo No Apto.

Tabla 4

Descriptivos de las variables: Autoestima, Ansiedad y Depresión en base a la variable Género (Hombre y Mujer).

		AUTOEST	ANSIED	DEPRES
HOMBRE	M	1.35	1.38	1.35
	DT	0.69	0.68	0.68
MUJER	M	1.66	1.69	1.57
	DT	0.84	0.84	0.81

Figura 2: Representación de las variables: Autoestima, Ansiedad y Depresión en base a la variable Género (Hombre y Mujer).



Apreciamos que las diferencias entre las variables comparadas en base al Género son algo más marcadas que las que corresponden a la variable Orientación Diagnóstica.

Las diferencias observadas entre variables muestran cierta similitud en la correlación realizada en ambos casos, tanto en las variables que se analizan en base a la Orientación diagnóstica como en base al Género. Siendo la mujer en todos los casos la que mayor puntuación presenta con respecto al Hombre.

Una vez hecha la prueba estadística correspondiente se llega a la conclusión de que los datos no se ajustan a la normalidad, debido a que existe una menor concentración de datos empíricos en las zonas próximas a las medias de los grupos (zona central de la campana) y mayores concentraciones en progresión hacia los extremos superior e inferior a dicho centro.

Por lo que se procede al análisis a través de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, en la que se realizan varias comparaciones para dar respuesta a nuestros objetivos:

Tabla 3: Comparación entre la muestra clínica (Apto y No Apto) y la muestra control.
 “Clínica 1”

CLÍNICA-CONTROL (CLÍNICA 1):

	AUTOES	ANSIED	DEPRES
U de Mann-Whitney	5867	6969.5	5667.5
W de Wilcoxon	12195	13185.5	11883.5
Z	-5.62	-3.18	-5.85
Sig. asintót. (bilateral)	.000	.001	.000
Tamaño Efecto	.34	.19	.36

Se observan diferencias significativas en cada una de las variables de estudio, un claro ejemplo es la variable Depresión, con resultados comparativos de ($Z = -5.85$; $p = .001$), y el tamaño del efecto mediano ($d = .36$).

Tabla 4: Comparación entre Apto y No Apto dentro de la muestra clínica. "Clínica 2"

APTO-NO APTO (CLÍNICA2):

	AUTOES	ANSIED	DEPRES
U de Mann-Whitney	2298.50	2144	2027
W de Wilcoxon	6126.50	5885	5768
Z	-3.26	-3.55	-4
Sig. asintót. (bilateral)	.001	.000	.000
Tamaño efecto	.26	.28	.32

Existen diferencias significativas en cada una de las variables dependientes, véase como ejemplo el caso de la Depresión, siendo los resultados comparativos ($Z = -4$; $p < .001$), resultando el tamaño del efecto mediano ($d = .32$).

Tabla 5: Comparación entre Clínica 1 y Género.

CLÍNICA 1- GÉNERO:

		AUTOES	ANSIED	DEPRES
HOMBRE	U de Mann-Whitney	496.5	512.5	490
	W de Wilcoxon	902.5	918.5	896
	Z	-2.05	-1.36	-1.77
	Sig. asintót. (bilateral)	.040	.175	.077
	Tamaño efecto	.24	.16	.21

MUJER	U de Mann-Whitney	2892	3628.5	2793
	W de Wilcoxon	6462	7114.5	6279
	Z	-5.43	-3.1	-5.73
	Sig. asintót. (bilateral)	.000	.002	.000
	Tamaño efecto	.4	.22	.41

Al analizar la relación, se observa que, con respecto a los hombres no se encuentran diferencias significativas en general, excepto la variable Autoestima ($Z = -2.05$; $p = .040$), donde el tamaño del efecto es bajo-medio ($d = .24$); por otro lado, las mujeres muestran diferencias significativas en todas sus variables y todos los tamaños de efectos resultan medios-grandes.

Tabla 6: Relación entre clínica 2 y Género.

CLÍNICA 2-GÉNERO:

		AUTOES	ANSIED	DEPRES
HOMBRE	U de Mann-Whitney	222.5	193.5	182.5
	W de Wilcoxon	573.5	518.5	507.5
	Z	-.69	-.94	-1.29
	Sig. asintót. (bilateral)	.490	.349	.195
	Tamaño efecto	.10	.14	.20
MUJER	U de Mann-Whitney	1083	1073.5	985
	W de Wilcoxon	2974	2964.5	2876
	Z	-3.38	-3.37	-3.89
	Sig. asintót. (bilateral)	.001	.001	.000
	Tamaño efecto	.31	.31	.37

Por último, los resultados entre Clínica 2 y Género son similares a los obtenidos en la tabla anterior, teniendo en cuenta que en hombres no se encuentran diferencias significativas en general; sin embargo, en mujeres se observan diferencias significativas en todas sus variables y todos los tamaños de efectos resultan medios.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión se puede decir que los resultados de este estudio parecen confirmar una alta presencia de ansiedad, depresión, autoestima. Todas estas variables están más presentes en el grupo No Apto, encontrándose algo menos en el grupo Apto y muy levemente en el Control, siempre teniendo en cuenta lo contrario para la autoestima, esta regla se ve confirmada dentro en el género femenino, cosa que no ocurre en el género masculino, exceptuando la variable autoestima, en la comparación entre el grupo clínico y el control.

Los sujetos No Aptos resultan ser los que se encuentran en las peores condiciones con niveles de autoestima más bajos y niveles de depresión y ansiedad más altos, esto conlleva la necesidad de ser tratados de forma continuada en grupos terapéuticos, debido a que se ven envueltos en dos situaciones complicadas, el hecho de ser obesos mórbidos y el no poder ser operados para solucionarlo.

Llama bastante la atención que dentro de las comparaciones entre las distintas variables se muestren diferencias significativas en general, sin embargo en el momento de segmentar la variable género se comprueba que en el caso de los hombres no se observan dichas diferencias, dejando como incumplida una de las hipótesis y siendo obvia la necesidad de abrir futuras líneas de investigación más específicas en base a las diferencias de género.

BIBLIOGRAFÍA

- El, O. E. N., Kauffer-horwitz, M., Tavano-colaizzi, L., & Ávila-Rosas, H. (2014). Adulto. *Obesity*, 1-34.
- Arteaga. A. (1994). *Diabetes y metabolismo*. Escuela Med Puc, p.1.
- Chavarria Arciniega. S. (2002) Definición y criterios de obesidad. *Nutrición clínica*, 5, 236-40
- Manuel Moreno, G. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70288-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70288-2)
- Matilde, M., Suárez, S., Astoviza, I. M. B., Ángel, I. I. M., Alfonso, M., Rosa et al (2010). Cirugía bariátrica endoscópica para el tratamiento de la obesidad mórbida : presentación de 3 casos Endoscopic bariatrics surgery for treatment of morbid obesity : presentation of three cases. *Revista Cubana de Cirugía*. 49
- Hernández, J. S. (2006). Hipovitaminosis D y obesidad mórbida : efectos de la cirugía bariátrica . Hipovitaminosis D y obesidad mórbida : efectos de la cirugía bariátrica . Joan Sánchez Hernández.
- Ruiz Moreno, M. A., Montiel, C. B., & Aguayo, L. V. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14(3), 577-582.
- Pérez Huertas, M. R. (2016). Impacto del equipo multidisciplinar en el proceso asistencial de cirugía bariátrica.
- Pablo, O. V, Daniela, C. A., & Manuel, F. S. (2015). PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y CIRUGÍA BARIÁTRICA / Bariatric surgery and mental disorders. <https://doi.org/10.4067/S0718-40262015000400016>
- Juan A., G., Francisco J., V., Javier, A., Agustín, B., Mariano, C., & Miguel A., R. (2002). Psicopatología en pacientes con obesidad mórbida poscirugía gástrica / Psychopathology in patients with morbid obesity after gastric surgery, 13(1 OP-Revista Cubana de Endocrinología. Apr 2002 13(1):0-0), 0.
- Tamayo Lopera, D., & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112.
- Cofré, A., Riquelme-Mella, E. H., & Angulo-Díaz, P. (2014). Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología. *Summa Psicológica UST, ISSN 0718-0446, Vol. 11, Nº. 1, 2014 (Ejemplar dedicado a: Psicoanálisis y Cultura), págs. 89-98, 11(1), 89-98.*
- Oñate Gomez, M. del C. (2016). Estudio de un perfil específico de estilo de afrontamiento predictivo de pronóstico «excelente» en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica.
- Nogales Bacariza, I., Psicología, U. A. O. C. E. U. D. de, & Giner Lladós, M. (2008). El papel de la ansiedad en los trastornos alimentarios.

Cruz-Sánchez, M., Tuñon-Pablos, E., Villaseñor-Farías, M., Álvarez-Gordillo, G. C., & Nigh-Nielsen, R. (2012). Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9(2), 1-22.