



Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20, 189-198, 2015

doi: 10.5944/rppc.vol.20.num.3.2015.15892

www.aepccp.net

http://revistas.uned.es/index.php/rppc

ISSN 1136-5420

© Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología

Diferencias de género en pacientes con obesidad mórbida tributarios de cirugía bariátrica

Manuel Camacho-Laraña¹, Visitación Alcalá-Pérez¹ y Sonia Nieves-Alcalá²

¹Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina, Sevilla, España

²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Resumen: El objetivo de este estudio fue valorar las diferencias por género de los pacientes con obesidad mórbida, candidatos a cirugía bariátrica. La muestra se compone de 441 pacientes evaluados mediante entrevista clínica, el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE, versión CIE-10) y la Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner. Los resultados muestran que las mujeres con obesidad solicitan este tipo de tratamiento dos veces más que los hombres. Además, se hallaron otras diferencias de género, tales como mayor patología del Eje I, mayor índice de insatisfacción, y mayor de distorsión de la imagen corporal en el grupo de mujeres.

Palabras clave: Obesidad mórbida; cirugía bariátrica; imagen corporal; trastorno de personalidad.

Gender differences in patients with morbid obesity candidates for bariatric surgery

Abstract: The aim of this study was to assess the differences by gender of patients with morbid obesity that are bariatric surgery candidates. The sample was composed of 441 patients evaluated through a clinical interview, the International Personality Disorder Examination (IPDE, version CIE-10) and the Gardner's Body Image Assessment Scale. The results show that obese women sought treatment twice as much as men. Moreover, we found other gender differences, such as more Axis I pathology in the female group, and women showing a higher level of dissatisfaction and a more distorted body image than men.

Keywords: Morbid obesity; bariatric surgery; body image; personality disorder.

Introducción

La introducción de la Cirugía Bariátrica (CB) como tratamiento de la obesidad mórbida ha supuesto una medida eficaz y cada día son más los candidatos a la misma, en la medida en que sigue aumentando la prevalencia de esta enfermedad. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), en 2014 más de 1.900 millones de adultos de más de 18 años tenían sobrepeso (39%). De ellos más de 600 millones eran obesos (13%). La proporción por sexo es mayor en las mujeres que en los hombres, tanto en el sobrepeso (40% vs 38%) como

en la obesidad (15% vs 11%). En 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. Entre 1980 y 2014 la prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos. En lo que respecta a la población española, el estudio SEEDO2000 (Aranceta et al., 2003), realizado conjuntamente en varias comunidades autónomas de nuestro país, entre los años 1990 y 2000, se indica que la prevalencia de la obesidad fue del 14.5%, significativamente más elevada en el colectivo femenino que en el masculino. La prevalencia de obesidad aumentó significativamente con la edad en varones y en mujeres, observándose las proporciones más elevadas de personas obesas en el grupo de mayores de 55 años, el 21.58% en varones y el 33.9% en mujeres. Comparados con el estudio SEEDO97 (Aranceta et al., 1998), realizado entre los años 1989 y 1994, se observa un aumento de la prevalencia de la obesidad en algo más de un

Recibido: 1 Marzo 2015; aceptado: 30 noviembre 2015.

Correspondencia: Manuel Camacho, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Avda. Dr. Fedriani s/n, 41009 Sevilla, España. Correo-e: mcamacho@us.es

punto (13.4% en población general; 11.5% en hombres y 15.2% en mujeres). El Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013) constata que de cada 100 adultos de 18 y más años, 17 padecen obesidad y 37 presentan sobrepeso. La obesidad ha aumentado del 7.4% al 17.0% en los últimos 25 años.

La Sociedad Española de Cardiología (SEC) (Basterra-Gortari et al., 2011) advierte del alarmante incremento que ha tenido la obesidad mórbida en España en los últimos 14 años. Así, en 1993 referían tener esta patología 1.8 de cada 1.000 habitantes, y en 2006 la cifra era de 6.1, lo que supone un incremento de más del 200%. A partir de los datos de seis Encuestas Nacionales de Salud publicadas entre 1993 y 2006, se concluye que el crecimiento de la prevalencia de obesidad mórbida es más rápido que el de una obesidad más leve (más del 200% en obesidad mórbida frente a un 65% en obesidad). En conclusión, la obesidad constituye uno de los problemas de salud más preocupante en la actualidad, incrementando el riesgo de padecer otras enfermedades médicas (diabetes y enfermedades cardiovasculares) (Basterra-Gortari et al., 2011).

Una de las técnicas terapéuticas que han proliferado en los últimos años es la CB. Es definida por la Sociedad Española de Cirugía y Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas como “un conjunto de técnicas y procedimientos quirúrgicos que buscan cambios en la fisiología para conseguir pérdidas de peso mantenidas y duraderas en el tiempo. Son procedimientos técnicamente complejos, no exentos de complicaciones a corto ni medio plazo, y pueden presentar mortalidad” (S.E.C.O. www.seco.org/index.php). Una pérdida de peso efectiva se logra en los pacientes con obesidad mórbida tras someterse a CB. La gran mayoría de los pacientes con diabetes, hiperlipidemia, hipertensión y apnea obstructiva del sueño experimenta una resolución completa o mejoría, según meta-análisis realizados (Buchwald et al., 2004; Padwal et al., 2011).

Las indicaciones de la CB están ampliamente consensuadas a nivel europeo para los pacientes entre 18 y 60 años y se reducen a: 1) pacientes con un IMC igual o superior a 40 kg/m²; 2) pacientes con IMC entre 35 y 40 kg/m² con comorbilidad; 3) pacientes con obesidad mantenida al menos durante 5 años y que los distintos tratamientos conservadores para pérdida de peso, debidamente controlados, hayan fracasado y 4) pacientes que han perdido peso de forma notable con un tratamiento conservador, pero que tienen tendencia a recuperarlo de nuevo (Fried et al., 2007). Como contraindicaciones principales se señalan las siguientes: 1) no haber realizado previamente un tratamiento médico controlado; 2) incapacidad para realizar un seguimiento controlado; 3)

presencia de trastornos psicóticos no estabilizados, depresiones graves y trastornos de personalidad, a menos que sea específicamente aconsejado por un psiquiatra con experiencia en obesidad; 4) dependencia a alcohol/drogas; 5) presencia de enfermedades potencialmente mortales a corto plazo y 6) incapacidad para el autocuidado y carencia de un apoyo familiar o social que garantice los cuidados (Fried et al., 2007)

Se han descrito complicaciones secundarias a la realización de los procedimientos quirúrgicos como alteraciones nutricionales (desnutrición y carencias de micro y macronutrientes), alteraciones metabólicas (anomalías en el metabolismo del calcio y formación de cálculos biliares). Son frecuentes los efectos secundarios que alteran la calidad de vida como el vómito y el síndrome de Dumping y los trastornos adaptativos relacionados con la necesidad de modificar los hábitos alimentarios. La mortalidad se relaciona directamente con la experiencia del grupo quirúrgico mostrando ser muy baja en sitios de gran experiencia y con un equipo interdisciplinario (Yupanki, Muñoz y Guerra, 2008). Un estudio reciente reporta una mortalidad (a partir del 2005) entre el 0.09 y 0.12% (Gould et al., 2011).

Existen escasos estudios que muestren el estado y la evolución reciente de la CB en España. En una aproximación a estos datos en Cataluña se señala (Pons-Ráfols, Espallargues y Tebé, 2006) que durante el período 1996 a 2003, el número de ingresos por obesidad se multiplicó por 5, mientras que los casos de CB se multiplicaron por 10. La tasa de CB se multiplicó por 15 en el grupo de mujeres entre 45 y 60 años y por casi 9 en mujeres menores de 45 años (de 1,6 a 14,2 por 100.000). En varones, las tasas de cirugía por grupo de edad no alcanzan cifras tan altas, aunque en el grupo de media edad las tasas se multiplican por 20 durante este período (de 0,3 a 6,0 por 100.000).

La Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Junta de Andalucía, consciente de las complicaciones e importancia que conlleva este tipo de asistencia en sus diferentes facetas y etapas, tanto para los pacientes como para los profesionales implicados en el proceso, ha considerado necesario adecuar esta actividad, con una mejora en su coordinación, establecimiento de unos criterios comunes de selección de pacientes, circuitos de asistencia, y contenido de los protocolos asistenciales, de evaluación y de seguimiento. Para ello, se estableció un protocolo de asistencia a obesidad mórbida con CB desde 2005 (Servicio Andaluz de Salud, 2005). En dicho protocolo, se incluye la valoración del estado de salud mental de los candidatos a CB. Entre las contraindicaciones absolutas que se establecen destacan: la afectación elevada o grave y evolución crónica, bajo o nulo nivel de insight,

abandono de los tratamientos y/o de los seguimientos, comorbilidad (trastorno de personalidad, de la conducta alimentaria, descontrol de impulsos, etc.), presencia de conductas de riesgo (abuso o dependencia actual de sustancias, intentos autolíticos, promiscuidad o conducta desorganizada, etc.) y desestructuración de la red de apoyo social. A partir de Octubre de 2007, se implanta en el Área Sanitaria del Hospital Universitario Virgen Macarena el protocolo de valoración por Salud Mental, habiendo evaluado hasta mayo de 2014 un total de 441 pacientes con obesidad mórbida.

El objetivo del presente estudio es la valoración de las diferencias por género de los pacientes estudiados, candidatos a CB y la comparación con otros estudios publicados sobre el tema. Las hipótesis que se plantean son: 1) existen perfiles diferenciales en cuanto a las características de la obesidad según el género; 2) existen diferencias por género en cuanto a presencia de patología psiquiátrica del eje I; 3) existen perfiles diferenciales de personalidad en cuanto al género, y 4) existen diferencias entre género en relación a la imagen corporal.

Método

Participantes

Se han estudiado un total de 441 pacientes, de ambos sexos, remitidos entre octubre de 2007 y mayo de 2014 a la Unidad de Valoración de Salud Mental para CB del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Los pacientes aceptaron voluntariamente la inclusión en el protocolo general establecido por la Junta de Andalucía. Previamente habían sido valorados por los Servicios de Cirugía, Endocrinología y, en los casos que lo requirieron, por la Unidad de Hipertensión, todos ellos pertenecientes al mismo centro hospitalario.

Instrumentos

Los pacientes fueron evaluados mediante entrevista clínica abierta por un psiquiatra, recogiendo antecedentes familiares y personales de enfermedad psíquica, con atención especial a la presencia de trastornos de la alimentación, deficiencia mental, psicosis y depresiones graves. Además se utilizaron dos instrumentos de evaluación: el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE, versión CIE-10) (OMS, 1996) para el estudio de personalidad y la Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner para evaluar el grado de insatisfacción y de distorsión de la imagen corporal (Gardner, Stark, Jackson y Friedman, 1999).

El Examen Internacional de los Trastornos de Perso-

nalidad (IPDE, versión CIE-10) es una entrevista clínica semiestructurada diseñada para identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los diversos trastornos de la personalidad según los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV. Consta de 59 preguntas donde se agrupan los trastornos paranoide, esquizoide, disocial, inestabilidad emocional (tipo impulsivo y tipo límite), histriónico, anancástico, ansioso y dependiente (García-Portilla et al., 2008).

La escala Gardner se compone de un cuestionario de 11 siluetas auto-administrado y/o administrado por un clínico con experiencia en este campo. La silueta central obtiene el valor 0, mientras que las siluetas situadas a su izquierda tienen puntuaciones negativas (de -1 a -6) y las situadas a su derecha obtiene puntuaciones positivas (de 1 a 6). El paciente señala con una "P" la silueta que representa la percepción actual de su imagen corporal (Imagen Percibida) y con una "I" la silueta que desearían tener (Imagen Ideal). Posteriormente, el entrevistador señala con una "O" su estimación de la imagen corporal real del paciente (Imagen Objetiva). La diferencia entre la Imagen Percibida y la Ideal se considera el *Índice de Insatisfacción* de la imagen corporal, y la diferencia entre la Imagen Percibida y la Objetiva, se considera el *Índice de Distorsión* de la imagen corporal (García-Portilla et al, 2008) Esta escala se encuentra validada en población española (Rodríguez-Campayo, Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, y Martínez-Sánchez, 2003)

Procedimiento

Los datos obtenidos se han procesado mediante análisis estadístico con el SPSS 15.0. Se han realizado pruebas paramétrica de t de Student para variables cuantitativas y Chi-cuadrado para las variables cualitativas, considerando valores significativos para $p < 0.05$.

Resultados

La población estudiada de 441 pacientes (Tabla 1) refleja un mayor porcentaje de mujeres (68.7%) frente a los hombres (31.3%). La edad media es similar para hombres y mujeres (40.61 años en las mujeres, y 40.48 años en los hombres). No se observa una significación estadística en el estado civil, ni en el nivel de estudios entre ambos grupos.

Analizados los antecedentes familiares de obesidad, se observa que un 62.3% de los hombres y un 60.1% de las mujeres tenían al menos un familiar de primer grado con obesidad. Sin embargo, las diferencias entre ambos géneros no son significativas estadísticamente. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre ambos

Tabla 1. Datos comparativos por género

		Total		Hombres		Mujeres		Comparación H vs M
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<i>Datos Sociodemográficos</i>								
Sexo		441 (n = 441)		138	31.3	303	68.7	
Estado civil	Solteros	113	25.6	42	30.4	71	23.4	$\chi^2 = 5.59$ <i>n.s.</i>
	Casados	303	68.7	93	66.7	211	69.6	
	Sep./divorc.	19	4.3	4	2.9	15	5.0	
	Viudos	6	1.4	0	0	6	2.0	
Nivel estudios	EGB	277	62.8	80	58	197	65	$\chi^2 = 2.54$ <i>n.s.</i>
	BUP	124	28.1	42	30.4	82	27.1	
	E. Superior	40	9.1	16	11.6	24	7.9	
Edad media	Media/DT	40.68/11.02		40.48/ 9.79		40.61/11.54		$t = 0.20$; <i>n.s.</i>
<i>Antecedentes familiares</i>								
Obesidad	No	173	39.2	52	37.7	121	39.9	$\chi^2 = 0.20$; <i>n.s.</i>
	Fam.1ºgrado	268	60.8	86	62.3	182	60.1	
Enfermedad mental	No	392	88.9	127	92%	265	87.5	$\chi^2 = 2.01$; <i>n.s.</i>
	Padre/madre	49	11.1	11	8%	38	12.5	
<i>Antecedentes personales de patología psiquiátrica</i>								
Enfermedad mental	No	284	64.4	105	76,1	179	59.1	$\chi^2 = 13.89$ $p < 0.001$
	Pasado	46	10.4	6	4.3	40	13.2	
	Presente	111	25.2	27	19.6	84	27.7	
Tipo Enfermedad mental actual	Tr. afectivos	46	10.5	9	6.5	37	12.3	$\chi^2 = 4.51$ <i>n.s.</i>
	Tr. ansiedad	19	4.3	5	3.6	14	4.6	
	Tr. aliment.	44	10.0	13	9.4	31	10.3	
	Tr. no espec.	1	0.2	0	0.0	1	0.3	
<i>Datos sobre obesidad</i>								
IMC	Media/DT	48.66/6.51		49.04/6.41		48.48/6.56		$t = 0.84$ <i>N.S</i>
Grado Obesidad	Tipo II	27	6.2	6	4.3	21	7.0	$\chi^2 = 1.93$ <i>n.s.</i>
	Tipo III	247	56.3	75	54.3	172	57.1	
	Tipo IV	165	37.6	57	41.3	108	35.9	
Edad Inicio Obesidad	Infancia	202	45.8	73	52.9	129	42.6	$\chi^2 = 31.16$ $p < 0.0001$
	Puber./adol.	123	27.9	44	31.9	79	26.1	
	Parto	63	14.3	0		63	20.8	
	Edad adulta	46	10.4	20	14.5	26	8.6	
	N.C.	7	1.6	1	0.7	6	2.0	

grupos en cuanto a la existencia de enfermedad mental en lo progenitores, siendo la frecuencia del 8% en los hombres y del 12.5% en las mujeres.

Po otro lado, el 25.2% de los sujetos estudiados se encontraban en tratamiento por algún trastorno del Eje I

en el momento de ser evaluados. Se encontraron en esta variable diferencias significativas a nivel estadístico, ya que en las mujeres el porcentaje era del 27.7%, mientras que en los hombres era del 19.6%. Los trastornos más prevalentes fueron los afectivos (10.5%) y los de la ali-

mentación (10%), y en menor proporción los de ansiedad (4.3%) No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre géneros. Un 10.4% de la muestra habían padecido algún trastorno del Eje I al menos tres años antes de ser evaluados. Se encontraron diferencias significativas ya que las mujeres eran las más afectadas (13.2% frente al 4.3% de los hombres).

La media del IMC fue de 48.66, sin que existieran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, siendo la media de 49.1 en los hombres y de 48.5 en las mujeres. Tampoco se diferencian los grupos en el grado de Obesidad Mórbida, siguiendo los parámetros de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (Rubio et al., 2007). El 93.9% de los sujetos estudiados pertenecían al tipo III o IV, sin que existieran diferencias significativas entre géneros. Casi la mitad de la muestra (45.8%) desarrolló la obesidad desde la infancia, siendo la etapa del desarrollo, pubertad/adolescencia otro momento en el que el 27.9% desarrolló la obesidad. No existen diferencias significativas al comparar en ambos grupos la edad de inicio de la obesidad en infancia y adolescencia. La diferencia entre ambos grupos viene dada por el embarazo/parto en la mujer (20.8%).

Los resultados obtenidos sobre la imagen corporal, mediante la Escala Gardner (Tabla 2), reflejan que el grupo femenino presenta unos valores significativamente más elevados que el masculino en la imagen percibida (-5.56 vs -5.13). En consecuencia, los índices de insatisfacción (Imagen Ideal-Imagen Percibida) y de distorsión (Imagen Percibida-Imagen Objetiva) están significativamente más alterados en el grupo de mujeres (IS: -6.41 vs -5.72; ID: -0.52 vs -0.08).

Tabla 2. Imagen Corporal (Gardner) según género

	Sexo	Media	D.T	t	g.l.	p
Imagen Percibida	Hombres	-5.13	1.13	4.44	437	< 0.0001
	Mujeres	-5.56	0.82			
Imagen Ideal	Hombres	0.59	1.74	1.40	437	n.s.
	Mujeres	0.87	2.00			
Imagen Objetiva	Hombres	-5.05	1.08	0.16	437	n.s.
	Mujeres	-5.04	0.83			
Índice Insatisfacción	Hombres	-5.72	2.13	3.13	436	< 0.002
	Mujeres	-6.41	2.13			
Índice Distorsión	Hombres	-0.08	1.33	3.86	436	< 0.0001
	Mujeres	-0.52	0.99			

Los resultados sobre la presencia de criterios CIE-10 para trastornos de personalidad, evaluados mediante el

IPDE (Tabla 3), indican que no existen diferencias significativas entre géneros en cuanto a la presencia o ausencia de los mismos. Llama la atención, sin embargo, que el 68.7% de los pacientes de ambos géneros cumplen criterios para algún trastorno de personalidad. Asimismo es llamativo que el 36.9% de los hombres cumplan criterios para más de un trastorno y en el caso de las mujeres un 43.2%. Al comparar la presencia de los trastornos de personalidad en ambos grupos no se encuentran diferencias estadísticamente significativas. Los trastornos más frecuentes en el grupo de los hombres son esquizoide (34.8%), anancástico (29%) y ansioso (24.6%). En el grupo de mujeres, por su parte, los trastornos más frecuentes son el ansioso (32%), esquizoide (30.4%) y anancástico (28.1%).

Tabla 3. Trastornos de personalidad (IPDE) por género

	Total		Hombres		Mujeres		χ ²
	n	%	n	%	n	%	
Ningún Tr. pers.	138	31.3	43	31.2	95	31.4	0.02
Algún Tr. pers.	303	68.7	95	68.8	208	68.6	
Un TP	121	27.4	44	31.9	77	25.4	8.12
2 TP	66	15.0	13	9.4	53	17.5	
3 TP	60	13.3	20	14.5	40	13.2	
4 TP	22	5.0	9	6.5	13	4.3	
5 TP	23	5.2	5	3.6	18	5.9	
6 TP	7	1.6	3	2.2	4	1.3	
7 TP	4	0.9	1	0.7	3	1.0	
Tipo de trastorno							
Paranoide	88	20	27	19.6	61	20.1	0.02
Esquizoide	140	31.7	48	34.8	92	30.4	0.85
Disocial	1	0.2	1	0.7	0	0	0.12
Impulsivo	54	12.2	18	13.0	36	11.9	0.12
Límite	41	9.3	11	8.0	30	9.9	0.42
Histriónico	42	9.5	14	10.1	28	9.2	0.09
Anancástico	125	28.3	40	29.0	85	28.1	0.41
Ansioso	131	21.7	34	24.6	97	32.0	2.47
Dependiente	84	19.0	23	16.7	61	20.1	0.73

Nota. IPDE = Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad

Discusión

El número de mujeres que solicitan la CB en nuestro estudio es algo mayor del doble que los hombres (31.3% H; 68.7% M) (H/M = 1/2.2). Los datos referenciados en

nuestro país sobre CB en ambos géneros, son escasos. En Cataluña (Pons-Ráfols et al. 2006), durante un período de ocho años (1996-2003) se recoge una proporción aún mayor en las mujeres (entre el 76.5; y el 86.3%), al igual que en otros estudios (Cánovas et al., 2011; Fernández de Mosteyrin, García-Camba y Mancha, 2011). Sin embargo, pueden encontrarse resultados más equiparables a los nuestros (66% de mujeres) (Van-der Hofstadt et al., 2012) Estudios realizados en otros países oscilan entre un 70.5% a un 83.3% de mujeres (Rosenberger, Henderson y Grilo C, 2006a; Kalarchian et al., 2007; Mauri et al, 2008; Mühlhans B, Horbach T, de Zwaan M, 2009; Mitchell et al., 2012; Lin et al., 2013) (Tabla 4). La edad media de los pacientes de nuestra muestra (40.68 años) fue similar a la encontrada por otros autores, cuyos rangos de edad se encuentran entre los 37.8 y los 46.6 años (Cánovas et al., 2011; Fernández de Moisteyrin et al, 2011; Van-der Hofstadt et al., 2012; Rosenberger et al., 2006a; Kalarchian et al., 2007; Mauri et al., 2008; Mühlhans et al., 2009; Mitchell et al., 2012; Lin et al., 2013). También el predominio de casados (68.7%) se asemeja a los citados estudios (rango entre 51.4% y 69.5%). Los datos relativos al nivel de estudios (62.8% de estudios básicos) confrontados con estudios realizados en población española, muestran que son muy similares a los rangos publicados (54.6% a 60%) (Fernández de Moisteyrin et al, 2011; Van-der Hofstadt et al., 2012). Los estudios realizados en otros países dan cifras en rangos muy amplios, que van desde un 25.9% (Rosenberger et al., 2007) hasta un 86.9% (Mühlhans et al., 2009).

Los resultados obtenidos en relación a las variables sociodemográficas nos permiten concluir que no existen diferencias entre ambos géneros, siendo el perfil de ambos una edad media de 40 años, casados en un 66-69% de los casos y con nivel de estudios básicos. Este perfil

similar está en consonancia con otros estudios realizados en población española y extranjera. En conclusión, la ausencia de diferencias significativas entre géneros en las variables sociodemográficas, despeja su influencia en los resultados de las variables objeto de nuestro estudio.

En cuanto al perfil diferencial por género en relación a los datos de obesidad, los datos de IMC, grado de obesidad, inicio de la misma y antecedentes familiares de obesidad, no reflejan diferencias en cuanto al género, salvo el desencadenante del embarazo en las mujeres. El rango de IMC encontrado en los estudios referenciados abarca del 39.5% (Lin et al., 2013) al 52.2% (Kalarchian et al., 2007), por lo que el IMC de nuestros pacientes con obesidad (48,7) se encuentra en posición intermedia. La falta de diferencias significativas en cuanto al IMC por géneros, también se referencia en algunos estudios (Rosenberger et al., 2006a; Mühlhans et al., 2009). Por consiguiente no puede confirmarse en su totalidad nuestra primera hipótesis de que se encontrarían diferencias entre hombres y mujeres en los datos referidos a la obesidad (IMC, grado, inicio y antecedentes familiares).

En lo que se refiere al perfil diferencial por género en función de la patología psiquiátrica, la presencia en el 25.2% de algún trastorno del eje I en el momento de la evaluación, (19.6% de los hombres y 27.7% de las mujeres) es un dato que, en la comparación con los datos globales de otros estudios se sitúa dentro del rango recogido en otros trabajos, que oscila entre un 22% y un 55.5% (Rosenberger et al., 2006a; Kalarchian et al., 2007; Mauri et al., 2008; Mühlhans B, et al., 2009; Mitchell et al., 2012; Lin et al., 2013). La amplitud del rango en la prevalencia de patología del Eje I, encontrada en los estudios publicados al respecto, ha sido atribuida a diferencias en la naturaleza de las muestras, factores socio-

Tabla 4. Datos sociodemográficos y trastornos psiquiátricos en candidatos a CB

	Rosenberger et al. (2006) (16)	Kalarchian et al. (2007) (17)	Mauri et al. (2008) (18)	Mühlhans et al (2009) (19)	Mitchelle et al. (2012) (20)	Lin et al. (2013) (21)	Nuestro estudio
N	174	288	255	146	199	455	441
% Mujeres	75.3	83.3	79.8	71.9	82.9	70.5	68.7
Edad media (DT)	42.9 (11.1)	46.6 (9.4)	42.1 (11.4)	38.7 (10.0)	46.0	34.1 (10.8)	40.7 (11.1)
% Casados	59.8	57.3	69.5	51.4	—	35.4	68.7
Media IMC (DT)	50.2 (8.5)	52.2 (9.7)	—	49.3 (7.8)	44.9	39.5 (8.3)	48.7 (6.5)
Algún tr. psiquiátrico pasado	36.8%	66.3%	38.0%	72.6%	68.6%	—	10.4%
Algún tr. psiquiátrico actual	24.1%	37.8%	22.0 %	55.5%	33.7%	54.1%	25.2%
Trastornos afectivos	10.9	15.6	6.4	31.5	11.6	27.0	10.5
Trastornos ansiedad	11.5	24.0	12.4	15.1	18.1	16.9	4.3
Trastornos alimentarios	10.3	16.3	7.1	37.7	11.1	10.8	10.0

Nota: CB = Cirugía bariátrica

demográficos y otros factores no suficientemente estudiados (Malik, Mitchell, Engel, Crosby y Wonderlich, 2014). Los estudios realizados sobre el tema señalan que en la población de obesos sometidos a tratamiento quirúrgico o no quirúrgico existe una mayor prevalencia de trastornos del eje I frente a obesos que no se encuentran en tratamiento. Además, en las personas con obesidad que solicitan CB la severidad de su obesidad está relacionada con mayor índice de psicopatología (Malik et al., 2014). La mayor presencia de trastornos del eje I en las mujeres de nuestra muestra, concuerda con otros estudios (Mühlans B, et al., 2009; Malik et al., 2014), aunque otros no las encuentran. Son los trastornos afectivos y de la alimentación los que encontramos en un 10% de nuestra muestra, datos que se encuentran en el rango de los estudios que venimos referenciando (Rosenberger et al., 2006a; Mauri et al., 2008; Mitchell et al., 2012). Otros estudios dan cifras más elevadas de hasta el 31.5% para los trastornos afectivos y de 37.7% en los trastornos de la alimentación (Mühlans et al., 2009). La presencia de atracones (causa de exclusión para la CB) en nuestra muestra fue del 9.8%, muy inferior al rango señalado en otra muestra realizada en población española (46-68%) (Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, et al., 2010), aunque se han señalado rangos más inferiores (23-36%) (Bulik, Sullivan y Kendler, 2002).

Por consiguiente, en relación con la segunda hipótesis formulada, podemos concluir que el único factor diferencial entre hombres y mujeres es la presencia de una mayor frecuencia de patología del eje I en las mujeres en el momento de la evaluación, así como en sus antecedentes personales. Sin embargo, no existen diferencias en el tipo de patología.

En cuanto al perfil diferencial por género en relación a trastornos de personalidad, llama la atención la alta prevalencia de sujetos que cumplen criterios para al menos un trastorno de personalidad, sin que existan diferencias entre género (68.8% en hombres y 68.6% en mujeres). Tan sólo hemos encontrado dos publicaciones en España que hayan utilizado el mismo instrumento de evaluación, el IPDE. En la primera de ellas (Guisado, Vaz, Rubio y Lopez-Ibor, 2001), realizada en una muestra sólo de mujeres, no se hace referencia al porcentaje de pacientes que presentan algún trastorno de personalidad. Señalan una proporción también alta en el trastorno paranoide y anancástico (50%), seguidos del esquizoide (40%), ansioso (38%), límite (24%) y dependiente (20%). En nuestro caso las frecuencias de trastornos de personalidad en el grupo de mujeres fue, de mayor a menor, ansioso (32%), esquizoide (30.4%), anancástico (28.1%) y paranoide (20.1%). En la segunda publicación

(Fernandez de Moisteyrin T, et al., 2011), realizada en hombres y mujeres, tampoco se señalan el porcentaje de pacientes que presentaron algún trastorno de personalidad. La mayor frecuencia de trastornos de personalidad era el anancástico (56.5%), el histriónico (50.9%), el ansioso (48.1%) y el límite (47.2%). En nuestro caso, considerando hombres y mujeres de forma conjunta encontramos datos diferentes. El trastorno esquizoide (31.7%) es el más frecuente, seguido del anancástico (28.3%), el ansioso (21.7%), y paranoide (20%).

Existen datos en la literatura internacional sobre trastornos de personalidad en sujetos candidatos a CB (Kalarchian et al., 2007; Mauri et al., 2008), pero en ellos se utilizan entrevistas estructuradas, como la entrevista estructura para el eje II del DSM-IV (SCID-II), por lo que los resultados difieren de los realizados con el IPDE. La prevalencia de trastornos de personalidad en las poblaciones de CB es mucho menor. Esto confirma las limitaciones de la utilización de cuestionarios breves, operativos en la clínica, frente a las entrevistas diseñadas especialmente para investigación (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006). A pesar de todo, convendría rescatar un dato, que se repite en los trabajos comentados, como es la mayor presencia de trastornos de personalidad del tipo anancástico, ansioso-evitativo y paranoide en los sujetos candidatos a CB. Datos que también se confirma en nuestro estudio.

Por consiguiente, respecto a nuestra tercera hipótesis, los datos demuestran que no existen diferencias significativas en función del género en cuanto a presencia o no de trastornos de personalidad. Las mayores frecuencias de presentación en los pacientes que padecen algún trastorno, son el trastorno esquizoide, el anancástico y el ansioso, aunque el orden de mayor a menor presentación sea diferente.

En cuanto al perfil diferencial por género en relación a la imagen corporal, no hemos encontrado trabajos publicados con la Escala Gardner en población de pacientes con obesidad mórbida, candidatos a CB. Nuestros datos recogen que las mujeres tienen un grado de insatisfacción y de distorsión con la imagen corporal significativamente mayor que los hombres, a expensas de una imagen percibida más elevada. Otros estudios, realizados con otros instrumentos, recalcan este mismo hallazgo, es decir, una elevada insatisfacción corporal, mayor en las mujeres que en los hombres, en población infanto-juvenil, entre 9 y 18 años (Cebolla, Baños, Botella, Lurbe y Torró, 2011) y en población general entre 17 y 38 años (Gonzalez-Carrascosa, García-Segovia y Martínez-Monzó, 2013). Otro estudio realizado en población juvenil, de 14 a 25 años, confirma este mayor grado de insatisfacción en el género femenino, que no cambia con

Tabla 5. Trastornos de Personalidad en candidatas a CB

	Kalarchian et al. (2007) (17)	Mauri et al. (2008) (18)	Guisado et al. (2001) (29)	Fernandez et al. (2011) (30)	Nuestro estudio
	N = 288 (H y M)	N = 282 (H y M)	N = 50 (M)	N = 108 (H y M)	N = 441 (H y M)
Instrumento	SCID-II	SCID-II	IPDE	IPDE	IPDE
Paranoide	5.6	0.7	50	24.1	19.9
Esquizoide	2.1	—	40	33.3	31.7
Disocial	2.8	—	10	7.4	0.2
Impulsivo	—	13.9	6	—	12.2
Límite	4.9	1.8	24	47.2	9.3
Histriónico	0.0	—	12	50.9	9.5
Anancástico	7.6	—	50	56.5	28.3
Ansioso	17.0	6.8	38	48.1	21.7
Dependiente	1.7	0.4	20	24.1	19.1

Nota: CB = Cirugía bariátrica; IPDE = Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad; SCID-II = Entrevista estructura para el eje II del DSM-IV; H = hombres; M = mujeres.

la edad (Garaigordobil y Maganto, 2013). Los mismos hallazgos encuentran estudios realizados en obesidad mórbida (Delgado et al., 2002) y en candidatas a CB (Rosenberger, Henderson y Grilo, 2006b; Grilo, Masheb, Brody, Burke-Martindale y Rothschild, 2005).

Estos datos confirman, pues, nuestra última hipótesis, ya que las mujeres tienen, no sólo una mayor grado de insatisfacción corporal que los hombres, sino que además es mayor también el índice de distorsión con respecto a su imagen corporal.

Por último habría que señalar algunas limitaciones del presente estudio. Se trata de un estudio realizado en una población atendida en la Red Asistencial Pública del Servicio Andaluz de Salud, en la que las exigencias de los protocolos y la demora entre la fecha de admisión y la intervención quirúrgica pueden oscilar entre doce y dieciocho meses. Esto supondría un posible número de pacientes que desistirían de esta vía y otros que recurrirían a la red asistencial privada, lo que podría suponer un sesgo de la muestra. En cuanto a los instrumentos seleccionados, se han elegido en función de las limitaciones de la clínica y del tiempo para su aplicación. Sería interesante replicarlo con instrumentos más complejos. Finalmente, podría haberse incluido dos muestras de pacientes de la población general, el primero de ellos sin obesidad y el segundo con obesidad mórbida, pero que no hayan solicitado la CB.

Referencias

- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Pérez de la Cruz, A., y Fernández-Santaella, MC. (2010). Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 20, 161-167.
- Aranceta, J., Pérez, C., Serra, L., Ribas, L., Quiles, J., Vioque, J., Tur, J., Mataix, J., Llopis, J., y Tojo, R. (1998). Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO '97. *Medicina Clínica*, 111, 441-445.
- Aranceta, J., Pérez, C., Serra, L., Ribas, L., Quiles, J., Vioque, J., Tur, J., Mataix, J., Llopis, J., y Tojo, R. (2003). Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Medicina Clínica*, 120(16), 608-12.
- Basterra-Gortari, F., Beunza, J., Bes-Rastrollo, M., Toledo, E., García-López, M., y Martínez-González, M. (2011). Tendencias creciente de la prevalencia de obesidad mórbida en España: de 1,8 a 6,1 por mil en 14 años. *Revista Española de Cardiología*, 64(5), 424-6.
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M., Pories, W., Fahrbach, K., & Schoelles, K. (2004). Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of the Medical Association*, 292(14):1724-1737.
- Bulik, C., Sullivan, P., & Kendler, K. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 72-8.
- Cánovas, B., Sastre, J., Moreno, G., Llamazares, O., Familiar, C., Abad, S., López, R., y Sánchez-Cabezudo, MA. (2011). Comparación de resultados previos y posteriores a la aplicación de un protocolo de actuación en cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*, 26(1), 116-121.
- Cebolla, A., Baños, R., Botella, C., Lurbe, E., y Torró, MI. (2011). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 125-134.
- Delgado, C., Morales, MJ., Maruri, I., Rodríguez, C., Benavente, JL., y Nuñez, S. (2002). Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(6), 376-381.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1), 1-12.
- Fernández de Mosteyrin, T., García-Camba, E., y Mancha, A. (2011). Evaluación psicológica en pacientes con obesidad

- mórbida incluidos en el programa de Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario de la Princesa en Madrid. *Revista Psiquiatría.com.*, 15, 55. <http://hdl.handle.net/10401/4798>.
- Fried, M., Hainer, V., Basdevant A., Buchwald H., Deitel M., Finer N., Greve J., Horber F., Mathus-Vliegen E., Scopinaro N., Steffen R., Tsigos C., Weiner R., & Widhalm K. (2007). *International Journal of Obesity* 31, 569-577.
- Garaigordobil, M., y Maganto, C. (2013). Sexisme and eating disorders: Gender differences, changes with age, and relations between both constructs. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 18(3), 183-192.
- García-Portilla, MP., Bascarán, MT., Sáiz, P., Parellada, M., Bousoño, M., y Bobes J. (2008). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Edit. Ars Médica (5ª ed.).
- Gardner, RM., Stark, K., Jackson, N., & Friedman, BN. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body-image. *Perceptual and Motor Skills*, 87(3), 981-93.
- González-Carrascosa, R., García-Segovia, P., y Martínez-Monzó, J. (2013). Valoración de la imagen corporal y de los comportamientos alimentarios en universitarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(1), 45-59.
- Gould, JC., Kent, KC., Wan, Y., Rajamanickam, V., Levenson, G. & Campos, GM. (2011). Perioperative safety and volume: outcomes relationship in bariatric resurgery: a study of 32.000 patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 213(6), 771-777.
- Grilo, C., Masheb, R., Brody, M., Burke-Martindale, C. & Rothchild, B. (2005). Binge eating and self-esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 347-351.
- Guisado, J., Vaz, F., Rubio, M., y López-Ibor, JJ. (2001). Personalidad en mujeres con obesidad mórbida: análisis mediante el IPDE. *Psiquiatría Biológica*, 8(1), 9-10.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2013). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.
- Kalarchian, M., Marcus, M., Levine, M., Courcoulas, A., Pilkonis, P., Ringham, R., Soulakova, J., Weissfeld, L. & Rofey, D. (2007). Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and Functional Health Status. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 328-334.
- Lin, H., Huang, Ch., Tai, Ch., Lin, H., Kao, Y., Tsai, Ch...& Yen, Y. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, 13(1)1-8. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/1>.
- Malik, S., Mitchell, J., Engel, S., Crosby, R. & Wonderlich, S. (2014). Psychopathology in bariatric surgery candidates: A review of studies using structured diagnostic interviews. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 248-259.
- Mauri, M., Rucci, P., Calderone, A., Santini, F., Oppo, A., Romano, A., Rinaldi, S., Armani, A., Polini, M., Pinchera, A., & Cassano, G. (2008). Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 295-301.
- Mitchell, JE., Selzer, F., Kalarchian, MA., Devlin, MJ., Strain, GW., Elder, KA., Marcus, MD., Wonderlich, S., Christian, NJ. & Yanovski, SZ. (2012). Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8(55), 33-541.
- Mühlhans, B., Horbach, T. & de Zwaan, M. (2009). Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates: a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample. *General Hospital Psychiatry*, 31(5), 414-21.
- OMS. *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)*. (1996). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. *Obesidad y sobrepeso*. (2015). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- Padwal, R., Klarenbach, S., Wiebe, N., Birch, D., Karmali, S., Manns, B., Hazel, M., Sharma, AM. & Tonelli, M. Bariatric surgery: a systematic review and network meta-analysis of randomized trials. (2011). *Obesity Reviews*, 12, 602-621.
- Pons-Ráfols, J., Espallargues, M, y Tebé C. (2006). Obesidad y cirugía bariátrica: de último recurso a tratamiento de primera elección. *Medicina Clínica*, 126(1), 19-24.
- Rodríguez-Campayo, MA., Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., y Martínez-Sánchez, F. (2003). Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(2), 59-64.
- Rosenberger, P., Henderson, K, y Grilo, C. (2006a). Psychiatric disorder comorbidity and association with eating disorders in bariatric surgery patients: a cross-sectional study using structured interview-based diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7),1080-1085.
- Rosenberger, P., Henderson, K, y Grilo, C. (2006b). Correlates of body image dissatisfaction in extremely obese female bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, 16, 1331-1336.
- Rubio, M., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., Blay, V., Carraro, R., Formiguera, X., Foz, M., Pablos, P., García-Luna, P., Griera, JL., López de la Torre, M., Martínez, J., Remesar, X., Tebar, J. y Vidalet, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española Obesidad*, 5(3), 135-175.
- Servicio Andaluz de Salud. (2005). *Asistencia sanitaria a los pacientes con Obesidad mórbida-CB*. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas. (2015). www.seco.org/index.php.
- Van-der Hofstadt, CJ., Moncho, E., López, JL., Abellán, C., Pérez, E., Tirado, S. y Rodríguez-Marin, J. (2012). Medida de la satisfacción del paciente e identificación de oportunidades de mejora en la preparación de pacientes de cirugía bariátrica. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(5), 255-261.
- Yupanqui, H., Muñoz, JM., y Guerra, L. (2008). Obesidad y cirugía bariátrica. Complicaciones clinicometabólicas. Revisión sistemática. *Actas de Medicina Colombiana*, 33, 15-21.

