

UAH

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.

Grado en Medicina

Presentado por:

D. JAIME CORCUERA CATALÁ

Tutorizado por:

Dr. MIGUEL VEGA PIÑERO.

Co-Tutora:

Dra. ANGELA IBÁÑEZ CUADRADO.

Alcalá de Henares, a 4 de JUNIO de 2020

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Título:

Trastornos psiquiátricos en pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

Presentado por:

JAIME CORCUERA CATALÁ.

Alumno de 6º Grado de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares.

Hospital Universitario Ramon y Cajal.

Tutorizado por:

DR. MIGUEL VEGA PIÑERO.

Adjunto del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Ramon y Cajal.

Palabras clave:

Enfermedad psiquiátrica, cirugía bariátrica, pérdida de peso, salud mental, obesidad, depresión, atracones, IMC, adicciones, comorbilidad, ansiedad, Trastornos de la conducta alimentaria, Trastornos del estado de ánimo.

RESUMEN:

Antecedentes: La obesidad es un problema de primer nivel en nuestro sistema sanitario, tanto por su elevada prevalencia como por las comorbilidades asociadas. Ante este problema sanitario, la cirugía bariátrica es uno de los tratamientos más efectivos en la mejora de la salud global de estos pacientes. Existen evidencias de la estrecha relación entre la obesidad y la patología psiquiátrica, es más, muchos de los pacientes en los programas de cirugía bariátrica presentan trastornos psiquiátricos.

Objetivos: El presente estudio pretende analizar cómo influyen los trastornos psiquiátricos en los pacientes que se someten a una cirugía bariátrica y si las variables sociodemográficas y clínicas modifican la evolución ponderal.

Métodos: Se han recabado datos de 90 pacientes que fueron derivados a la consulta del Dr. Vega por parte de los servicios de Cirugía General y Endocrinología. Los datos estudiados han sido: Sexo, Edad, Motivo de Derivación, Medicación y patología psiquiátrica y evolución de la variación ponderal (Índice de Masa Corporal) tras la cirugía.

Resultados: Podemos afirmar, que el hecho de padecer un trastorno psiquiátrico no es un factor negativo a la hora de la efectividad de la cirugía bariátrica, variación del IMC, siempre y cuando éste trastorno sea debidamente tratado. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en distintos estudios que han abordado el tema.

Conclusión: Debido a la elevada prevalencia de patología psiquiátrica en aquellos pacientes que se someten a procedimientos de cirugía bariátrica, es fundamental la evaluación y tratamiento de dichas enfermedades por parte de psiquiatras integrados en equipos multidisciplinares de cirugía bariátrica.

INTRODUCTION: Obesity is a first level problem in our healthcare system, because of its high prevalence and increased number of associated comorbidities that it produces. As a response to this problem, bariatric surgery has shown to be one of the most effective treatments in improving the general health in these patients. There is significant evidence of a close relationship between obesity and psychiatric pathology.

OBJETIVES: The present study, try to understand how psychiatric syndromes influence patients that undergo a bariatric surgery and what are the main characteristics they share from a social standpoint.

METHODS: We have collected data from 90 patients that were derivate to the consult of Dr. Vega by the services of General Surgery and Endocrinology. The main information that was studied was: Sex, Age, Motive of Derivation, Psychiatric Pathology and Evolution of the IMC after the surgery.

RESULTS: We can affirm that the fact of having a Psychiatric Disease is not a negative factor related to the effectiveness of the Bariatric Surgery, as long as the psychiatric disease is suitably treated. This fact agrees with the results of other studies in this matter.

CONCLUSION: Due to the high prevalence of the psychiatric pathology in the patients who undergo bariatric surgery, the evaluation and treatment of this diseases is of paramount importance, and this evaluation has to be done by psychiatrics fully integrated in multidisciplinary teams along with Endocrinologists and Surgeons.

GLOSARIO:

TD: TRASTORNO DEPRESIVO

AH: ADICCIÓN HEROÍNA

TAL: TRASTORNO ANSIEDAD LEVE

DUENC: DUELO NO COMPLICADO

SPS: SIN PSICOPATOLOGIA

AC: ADICTO COCAINA

TP: TRASTORNO DE PÁNICO

TAD: TRASTORNO ANSIOSO DEPRESIVO

TPL: TRASTORNO PERSONALIDAD LIMITE

INSM: INSOMNIO

TAG: TRASTORNO ANSIEDAD GENERALIZADA

TCA: TRASTORNO CONDUCTA ALIMENTARIA

AA: ADICTO ALCOHOL

TATRA: TRASTORNO ATRACONES

BULI: BULIMIA

MET: METADONA

STTO: SIN TTO

LRZP: LORAZEPAM

FLX: FLUOXETINA

BRZP: BROMAZEPAM

DPR: DEPRAX

PRX: PAROXETINA

ALP: ALPRAZOLAM

PST: PSICOTERAPIA

VFX: VENLAFAXINA

TOPI. TOPIRAMATO

ECP: ESCITALOPRAM

SER: SERTRALINA

DSF: DISULFIRAN

DLX: DULOXETINA

SI: PACIENTE OPERADO Y CON DATOS DEL IMC

NO OP: PACIENTE NO OPERADO O SIN DATOS DE IMC

MOTIVO: PACIENTES QUE FUERON QUE FUERON RECHAZADOS PARA
OPERARSE POR EL EQUIPO DE PSIQUIATRIA.

INTRODUCCIÓN

En España, la obesidad tiene un coste de unos 1.950.000.000 euros/año lo que la convierte en una de las patologías que más recursos consume. Esto es así, no solo por la propia enfermedad y su mortalidad, sino por las comorbilidades asociadas y la alta prevalencia en nuestra sociedad. Además, la obesidad se relaciona con un aumento del absentismo laboral que afecta directamente a la actividad profesional, siendo responsable de disminuciones en la productividad individual,¹ por otro lado, genera una merma notable en la calidad de vida de los pacientes que la sufren y suele afectar negativamente a su autoestima².

Frente a esta epidemia que es la obesidad, la cirugía bariátrica ha surgido como uno de los tratamientos con mejores resultados³, ya que permite al paciente obtener cambios muy significativos en poco tiempo. De hecho, existe un consenso internacional con respecto a que la cirugía es un tratamiento altamente efectivo para pacientes con índices de masa corporal superiores a 40 o a 35 si asocian comorbilidad (Diabetes, Hipertensión, esteatosis Hepática, problemas osteomusculares, etc.). Este procedimiento genera grandes resultados en el paciente, como una marcada pérdida de peso, una disminución de la mortalidad y una reducción de las enfermedades asociadas al exceso de peso, también produce una reducción de los síntomas psicológicos negativos asociados a la obesidad y todo ello produce un incremento en la calidad de vida. No cabe duda de que para que el procedimiento tenga éxito y el paciente consiga mantener un peso adecuado, es necesario que dicho paciente realice cambios en su estilo de vida, dieta y ejercicio físico, pudiendo ser una dificultad añadida el hecho de padecer una patología psiquiátrica no tratada.⁴

La relación entre la obesidad y las enfermedades mentales es en ambos sentidos, se ha demostrado que al aumentar la obesidad aumenta también la posibilidad de tener una enfermedad mental y viceversa, al padecer una enfermedad mental, se tiene más probabilidades de tener sobrepeso.^{5 6}

Merrell J, et al. llegaron a la conclusión de que aquellos pacientes que habían sido diagnosticados de algún trastorno psiquiátrico tenían más probabilidades de abandonar el programa antes de realizarse la cirugía bariátrica, si no eran tratados de dicha patología⁷. De hecho, diversos estudios, han constatado que existe una mejoría de los pacientes

operados por cirugía bariátrica cuando reciben un tratamiento psiquiátrico en caso de padecer alguna patología. Es por esto por lo que existen equipos multidisciplinares en los que los psiquiatras trabajan junto a los cirujanos, los endocrinólogos, digestivos, neumólogos, anestesiistas y cirujanos plásticos para conseguir mejores resultados. Una de las funciones de los psiquiatras en esos equipos, es establecer quién puede operarse o a qué pacientes se les debería retrasar la operación hasta tratar su patología psiquiátrica. *Wallfish S, et al.*, realizaron un estudio para ver qué porcentaje de pacientes veían retrasada su operación por tener trastornos psiquiátricos y cuales eran esos trastornos ⁸.

En dicho estudio, comprobaron cómo un 14,3% de los pacientes veían retrasada su operación por motivos psiquiátricos, las razones eran: tener una sintomatología psiquiátrica activa e incapacitante en ese momento (descompensación en Trastorno bipolar, brote psicótico), padecer una depresión no tratada, tener un trastorno de la conducta alimentaria o tener un problema de abuso de sustancias no tratado en el momento de la entrevista.

Trastornos del estado de ánimo:

Los trastornos del estado de ánimo suelen categorizarse como Depresión, Distimia, Reacciones de adaptación, y trastorno bipolar mayormente ⁹. El impacto que tienen los trastornos del estado de ánimo es un tema que se ha estudiado en diferentes investigaciones, que concluyen, que estas patologías pueden generar conductas perjudiciales con respecto a la ingesta de alimentos. Además, se ha comprobado, que, tras la cirugía, se produce una reducción significativa de los síntomas asociados a la depresión ¹⁰.

Trastornos de la conducta alimentaria:

El más común de estos, es el trastorno por atracones, con el que parece existir un consenso sobre el hecho de que si no es adecuadamente tratado previamente a la intervención, puede ser perjudicial para el resultado final del tratamiento ¹¹.

El DSM-5^{12 13 14}, tiene una serie de criterios para establecer el diagnóstico de trastorno por atracones. Estos criterios se basan en las características de los episodios de ingesta descontrolada, siendo necesarias dos de estas características para establecer el diagnóstico:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DE ATRACONES-DSM 5

A) Episodios recurrentes de atracones de comida. Un *episodio de atracón* se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior al que la mayoría de las personas ingerirían en u la población normal en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

B) Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.

4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C) Malestar intenso respecto a los atracones.

D) Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses

E) El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Mazzeo SE, et al. ¹⁵ demostraron que este trastorno tiene gran asociación con otros Trastornos psicopatológicos como la depresión y la ansiedad. Además, observaron una mayor relación en las mujeres con respecto a los hombres entre la depresión y el trastorno por atracones.

Se prevé un aumento de la prevalencia del trastorno por atracones, estando este aumento relacionado con el incremento de casos de estrés y psicopatología que se está detectando en nuestra sociedad ^{16 12} . Por otra parte, aunque el trastorno en un principio se consideró como algo relacionado con los adultos, empieza a existir evidencia que este comienza en

ocasiones en la niñez y adolescencia, además, ese comienzo temprano puede aumentar la gravedad de la enfermedad.¹⁷

Por otro lado, encontramos la llamada ``adicción a la comida'', que se considera una adicción como al tabaco o al alcohol apareciendo definida en el DSM-V. El patrón que tiene es el de un consumo excesivo de alimentos con altas cantidades de azúcar, grasas saturadas y muchas calorías. En dicho patrón, se han encontrado similitudes conductuales entre los pacientes adictos a sustancias y los pacientes obesos adictos a la comida.

*Mukkades S, et al.*¹⁸ realizaron un estudio para comprobar el porcentaje de pacientes con adicción a la comida que se sometían a una cirugía bariátrica en su hospital. Sus resultados mostraron que un 57,8% de esos pacientes cumplían los criterios de la escala de Yale para la adicción a la comida, necesarios para ser diagnosticados con este trastorno, lo que los llevó a la conclusión de que es uno factores fundamentales a la hora de padecer un alto grado de obesidad como los que se observan en los pacientes de cirugía bariátrica.

Abuso de alcohol y otras sustancias:

Si bien es cierto que la cirugía bariátrica ha demostrado una alta eficacia en la reducción de la obesidad, algunos estudios sugieren que puede aumentar el consumo patológico de alcohol en los pacientes que se someten a este procedimiento^{19 20}, en especial aquellos pacientes en los que se someten a un bypass gástrico por el método Y de Roux²¹. De hecho, parece que la adicción previa a sustancias puede hacer que este consumo aumente tras la operación²².

En cambio, como explican *King WC, et al.*²³ la cirugía bariátrica puede influir positivamente en estos pacientes, disminuyendo el consumo de sustancias, si este consumo patológico es adecuadamente tratado. Por otro lado, se debe tener especial cuidado con los pacientes varones ya que se ha visto que en los programas de reducción de peso, que estos son los que más trastornos relacionados con el consumo presentan²⁴.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:

Hipótesis

Aunque existe un consenso sobre la importancia de una evaluación psiquiátrica previa a una operación de cirugía bariátrica, no existen suficientes evidencias en los estudios para explicar cómo influyen los trastornos psiquiátricos previos en el resultado final tras la operación.

La hipótesis de la que parte nuestro estudio es que los trastornos psiquiátricos pudieran influir negativamente en la pérdida de peso tras la cirugía.

Objetivos:

El objetivo principal del presente estudio será definir cuáles son las características demográficas y psicológicas de los pacientes derivados desde el Servicio de Cirugía Bariátrica a las consultas de Psiquiatría.

Como objetivos secundarios, queremos saber cuál es el resultado de estas consultas y ver cuántos pacientes se rechaza y por qué motivos.

Otro objetivo secundario será ver cómo influye el ser diagnosticado con un trastorno psiquiátrico a la hora de perder peso (variación del IMC) tras la cirugía y con el seguimiento en las consultas de psiquiatría.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El esquema metodológico seguido consta de una revisión bibliográfica sobre los pacientes con trastornos psiquiátricos que se someten a una cirugía bariátrica y del estudio de una muestra de pacientes (N=90) del Hospital Universitario Ramon y Cajal, que habían sido derivados desde el Servicio de Endocrinología y Cirugía General al Servicio de Psiquiatría para una evaluación.

Fuentes de información.

Con respecto a la revisión de artículos relacionados con la cirugía bariátrica y los trastornos psiquiátricos, se ha realizado una exhaustiva búsqueda de bibliografía en la que se han utilizado distintas bases de datos como PubMed o Elsevier.

Para dicha búsqueda en las webs, se utilizaron palabras como *“bariatric surgery”* *“mental health”* *“depression”* *“alcoholism”* *“binge eating disorder”* *“mood disorders”* *“eating disorders”* *“anxiety”* *“addictions”* *“psychopathology”*. Y como nexos entre dichos parámetros de búsqueda, nos servimos de elementos como *“AND”*.

Una vez seleccionados artículos de interés se han clasificado según su utilidad, calidad y actualidad, utilizando el JCR (*Journal Citation Report*) y el año de publicación. Citando dichos artículos en la bibliografía mediante las normas Vancouver. Para la organización de la bibliografía se ha utilizado el programa Mendeley.

Características del estudio

Durante la formación de la hipótesis de trabajo y la elección de la muestra a investigar, se decidió realizar un estudio retrospectivo observacional, en el cual se recogieran datos clínicos y sociodemográficos de un grupo de pacientes pertenecientes al Hospital Universitario Ramon y Cajal. Una vez tomados dichos datos se analizarían y se compararían los resultados con aquellos obtenidos por grupos de investigación que hubiesen tratado de argumentar esta hipótesis.

Muestra de pacientes

Con motivo de la realización del estudio, se han recogido datos de 90 pacientes que habían sido evaluados por el Dr. Vega. Para dicha recogida de datos, se ha contado con la aprobación del Comité de Ética Médica del Hospital Ramon y Cajal. Previo a conseguir

el visto bueno del Comité, se redactó una memoria del proyecto en la que se especificaban cuáles eran las variables que se iban a estudiar, cómo se iba a realizar la recopilación de datos, cuáles habían sido los criterios de inclusión, y sobre qué fundamentos éticos se basaba el trabajo y como se respetarían confidencialidad de los datos recogidos.

A la hora de elegir los pacientes para el estudio, se han seleccionado aquellos pacientes que fueron derivados a la consulta del Dr. Vega Piñero desde el Servicio de Endocrinología y Cirugía General para someterse a una evaluación psiquiátrica previa a una posible operación de cirugía bariátrica. Estos fueron seleccionados por sospecha/confirmación de antecedentes psiquiátricos (o consumo de sustancias) previos y/o concomitancia de ansiedad o estrés detectables a través del test de Goldberg.

Como espacio temporal, se han tomado datos de los pacientes derivados desde el 01-09-2015 hasta el 26-10-2017. Para la búsqueda de datos de estos pacientes, se han utilizado los programas Excalibur, HCIS y HORUS.

La recopilación de los datos clínicos y sociodemográficos de los pacientes se llevó a cabo utilizando los programas Excel y SPSS, mediante los cuales se pudo anonimizar a los pacientes asignando a cada uno un número de tres dígitos (desde el 001 al 090).

Variables

Los datos tomados de las historias clínicas de los pacientes fueron:

- Sexo: con el fin de calcular qué porcentaje de cada sexo existe en nuestra muestra.
- Edad: se ha utilizado para poder calcular la edad media de los pacientes de la muestra.
- Diagnostico Psiquiátrico: con objeto de discernir qué patologías psiquiátricas eran más frecuentes entre aquellos pacientes analizados en este estudio.
- Tratamiento para dicho diagnóstico: mediante este dato se ha podido realizar un análisis de cuáles son los tratamientos psiquiátricos más utilizados por dichos pacientes.
- Decisión sobre si se debía practicar la operación de acuerdo con su salud mental: necesario a la hora de saber el número de pacientes a los cuales se rechaza operar o se demora la intervención por tener un trastorno psiquiátrico activo.

- Realización de la operación (si/no): con el objetivo de saber cuántos de esos 90 pacientes han llegado a operarse y así poder utilizar dichos datos para la variable peso perdido.
- Peso perdido al año de la operación: Este dato permite saber si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la pérdida de peso de nuestros pacientes con respecto a otros grupos. Ha sido medido mediante la disminución del Índice de Masa Corporal (IMC) del paciente al año de la operación.

Análisis estadístico:

Una vez recopilados los datos de cada paciente, éstos han sido expuestos en una tabla Excel y otra SPSS gracias a las cuales hemos podido calcular los resultados plasmados en el presente trabajo. Además, utilizando dichos programas hemos podido generar gráficos aclaratorios con los resultados de las distintas variables estudiadas. Dichos gráficos, han sido elaborados utilizando dos herramientas. Por un lado, las llamadas ``tablas dinámicas`` del programa Excel, que además de permitir calcular diferentes medidas de los datos expuestos (como porcentajes, medias, medianas, rangos etc.), generan distintos medios visuales (como gráficos, tablas, mapas y diagramas) con lo que exponer de manera visual dichos resultados. Por otro lado, mediante el programa SPSS hemos podido comparar distintos datos utilizando para ello recursos descriptivos, tablas personalizadas y el test T de Student (tomando como $p=0,05$).

Con la variable sexo, nos hemos centrado en identificar cual era el porcentaje de pacientes derivados a nuestras consultas según su sexo. En cuanto a la variable edad, además de sacar la media aritmética de la edad de nuestros pacientes, hemos reflejado los datos en una gráfica en la cual se puede ver cuántos pacientes teníamos para cada edad, pudiendo observar de esta forma los picos de edad y generando rangos en los cuales podemos incluir al 95% de los pacientes. Además, hemos analizado la edad según el sexo de nuestros pacientes para conocer posibles diferencias significativas relativas al sexo.

Finalmente, con el objetivo de analizar la posible correlación edad y diagnósticos psiquiátricos, hemos generado una tabla que cruza información de los diagnósticos (escritos con sus abreviaturas) y las edades.

A la hora de trabajar sobre los datos de los diagnósticos psiquiátricos, generamos primero unas abreviaturas para cada uno de los diagnósticos que recibieron nuestros pacientes,

esto facilita la lectura del trabajo. Dichas abreviaturas, han sido colocadas en las explicaciones de los gráficos para facilitar su comprensión.

Una vez generadas las abreviaturas, hemos procedido a generar un gráfico de columnas en el cual los diagnósticos psiquiátricos han sido ordenados por frecuencia en nuestro pool de pacientes (las columnas están ordenadas de mayor a menor altura según el número de pacientes con dicho diagnóstico), en el eje de abscisas aparece la abreviatura del diagnóstico, y en el eje de ordenadas el número de pacientes para dicho diagnóstico. Además, sobre cada columna del gráfico, se puede apreciar qué número exacto de pacientes presentó ese diagnóstico, cabe comentar que no se han representado únicamente los pacientes con diagnósticos patológicos, sino también aquellos pacientes que fueron catalogados como sanos desde el punto de vista psiquiátrico.

A su vez, con el fin de saber cuáles son las edades de nuestros pacientes según sus diagnósticos psiquiátricos, hemos cruzado los datos generando una tabla con la que poder observar si existen diferencias entre los diagnósticos según sus edades.

Para poder obtener información concreta sobre los datos de los tratamientos psiquiátricos de los pacientes, generamos primero una serie de abreviaturas sobre todos fármacos que se habían prescrito a nuestros pacientes. Una vez generadas dichas abreviaturas (que han sido colocadas en las explicaciones de los gráficos), hemos expuesto en otro gráfico de columnas, cual ha sido la frecuencia de pacientes con cada fármaco, es decir, en el eje de abscisas hemos colocado nuestras abreviaturas y en el eje de ordenadas aparece el número de pacientes tratado con dicho fármaco. Además, al igual que hemos expresado los datos de los diagnósticos, en este gráfico también aparecen las columnas ordenadas por orden de frecuencia de dicha prescripción en nuestra base de datos.

Por otra parte, a la hora de generar resultados de la información que teníamos sobre los tratamientos, no solo se han tenido en cuenta fármacos, sino también tratamiento psicoterápico y aquellos pacientes que o bien por no tener ninguna patología psiquiátrica, o bien por criterio médico, no recibieron ningún tratamiento del ámbito psiquiátrico.

Por otro lado, con el fin de seguir indagando en la relación existente entre los diagnósticos de nuestros pacientes y su tratamiento, se han generado una serie de gráficos circulares, en los cuales para cada diagnóstico aparecen las prescripciones médicas que le fueron recetadas al paciente. Con esto queremos analizar cuáles han sido los tratamientos más comunes para cada patología. Dentro de cada círculo, observamos como las partes en las

que está dividido el gráfico tienen distintas superficies según el número de pacientes con cada tratamiento (siendo las partes con mayor tamaño, las que representan a las prescripciones más comunes para dicha patología).

Otro de nuestros objetivos, es conocer cuántos son los pacientes a los que se decidió no operar y cuáles son los motivos que llevaron al psiquiatra a tomar esta decisión. Para plasmar de manera numérica esta variable, a cada paciente se le asignó en la tabla SPSS un valor para la columna de operaciones, siendo estos valores *SI*, que hace referencia a que sí se ha operado y por lo tanto podemos saber el resultado de la operación en cuanto al peso perdido, *MOTIVO*, este valor hace referencia a los pacientes que fueron rechazados por motivos psiquiátricos (en el SPSS dichos motivos fueron descritos por una palabra definatoria del trastorno padecido) y por último *NO OP*, en esta categoría englobamos a los pacientes que sí recibieron el visto bueno por psiquiatría para la operación, pero o bien no se han operado todavía, o se han operado en un centro privado o se han operado hace menos de un año y no podemos obtener el dato de pérdida de peso al año de estos pacientes.

Con todos estos datos, en el apartado de resultados se ha reflejado cuál es el porcentaje de pacientes de nuestro pool total que fueron rechazados para la cirugía bariátrica siguiendo el criterio psiquiátrico, después, hemos explicado los motivos que llevaron a dicha decisión. Así mismo, hemos identificado cuántos de nuestros pacientes sí recibieron el visto bueno por parte de psiquiatría y dentro de esos, hemos hecho la distinción entre aquellos en los cuales sí hemos podido recoger datos sobre el peso y aquellos en los que nos ha sido imposible saber si se operaron o se han operado hace menos de un año.

Con respecto al peso, hemos tomado los siguientes datos: altura, peso previo a la operación y peso al año de la operación; con todo esto hemos calculado el IMC antes de la operación y el IMC tras un año de la operación (éste es el parámetro que han utilizado otros grupos de cirugía bariátrica para estudiar la pérdida de peso). Contrastando el IMC previo y el IMC postoperatorio, hemos obtenido el número de puntos en la escala IMC que nuestros pacientes han perdido. Sobre este dato hemos realizado una media aritmética que hemos comparado con los datos de otros grupos de estudio de los trastornos psiquiátricos en cirugía bariátrica y con pacientes sin patología que se someten a esta operación, utilizando para ello herramientas del programa SPSS como el test T de Student.

Explicación de resultados:

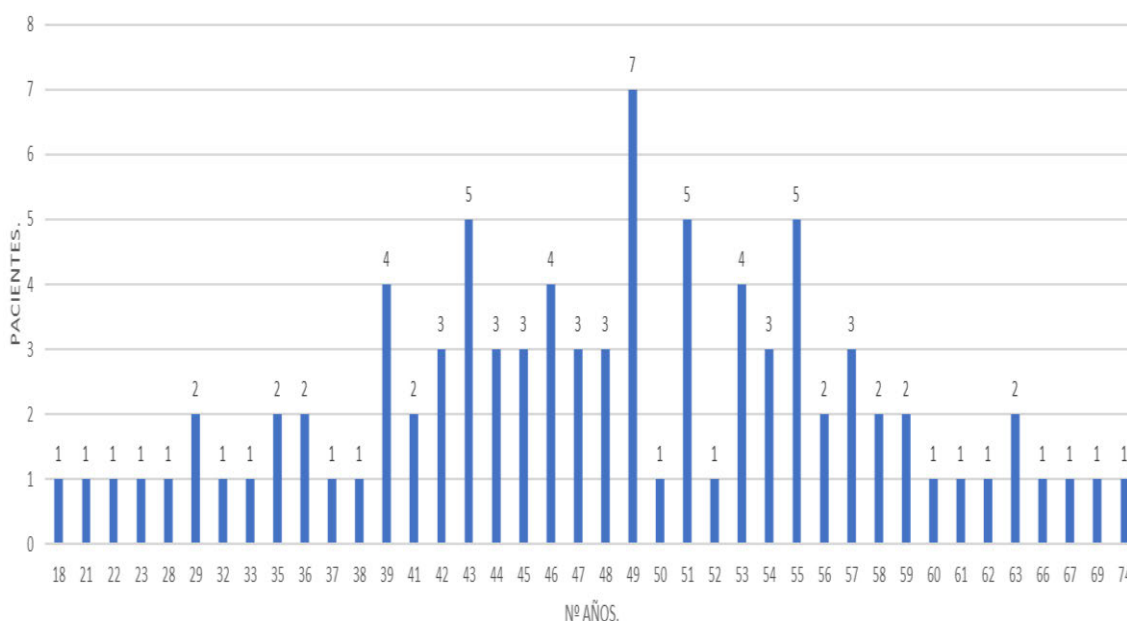
A raíz del análisis de datos y de los resultados obtenidos, pasaremos a realizar una exposición de estos, a su vez, hemos realizado una comparación de nuestros resultados con los que habían obtenido otros grupos que han investigado sobre este tema, teniendo en cuenta en todo momento las diferencias de nuestro estudio con respecto al resto, en cuanto a pool de pacientes, la recogida de datos y la orientación del estudio.

RESULTADOS:

Demografía:

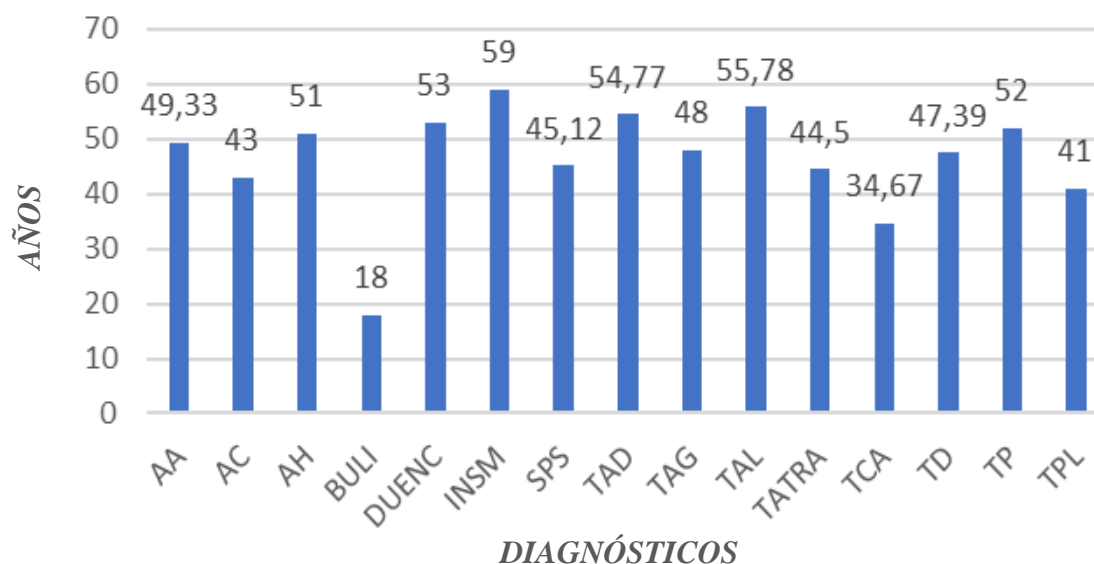
A la hora de analizar los resultados obtenidos, observando primero las características demográficas de nuestros pacientes, encontramos que, de un pool de 90 pacientes, un 76,67% (69) son mujeres y un 23,33% (21) varones.

Si nos fijamos en sus edades, podemos comprobar como en el caso de las mujeres tenemos una mediana de 47,61 +/- 11,65 años. Por su parte los hombres, tienen una media de 46,68 +/- 6,91 años. Si analizamos el conjunto de los pacientes, apreciamos una media de edad de 47,34 +/- 10 años. Podemos ver que para el rango 40-60 años tenemos el 68,88% de nuestros pacientes. No hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a las diferencias de edad entre hombres y mujeres con una $p=0,645$ en el test T de Student.



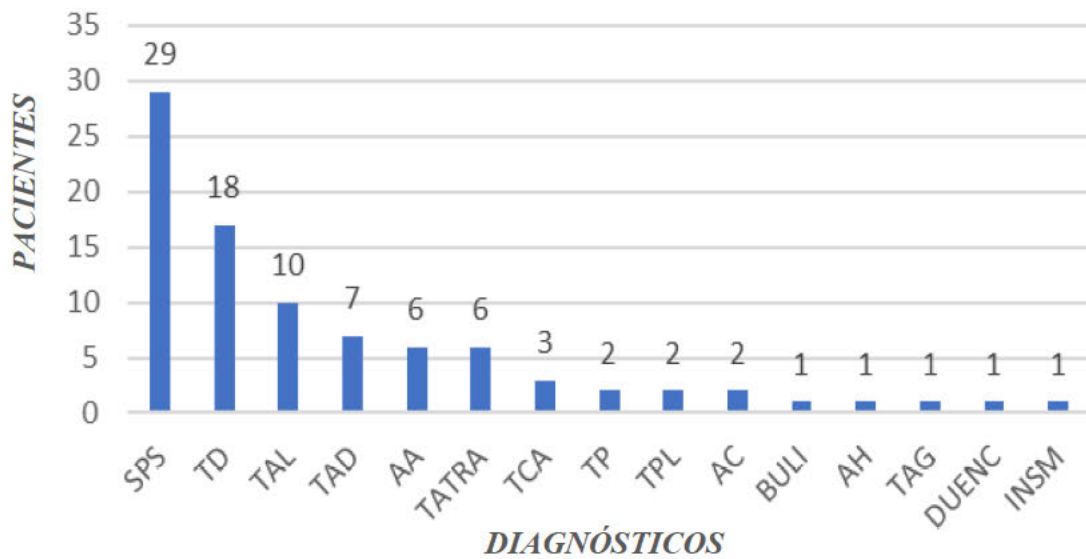
Con respecto a las edades según diagnósticos, encontramos promedios de edad tales como: Adictos al Alcohol (AA): 49,33 +/- 7,698 años; Adictos a Cocaína (AC): 43 +/- 2,83 años; Adictos a Heroína (AH): 51 años; Bulimia (BULI): 18 años, Duelo no complicado (DUENC): 53 años; Insomnio (INSM): 59 años; Sin patología psiquiátrica (SPS): 45,12 +/- 10,77 años; Trastorno Ansioso-Depresivo (TAD): 54,77 +/- 7,8 años; Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): 48 años; Trastorno de Ansiedad Leve (TAL): 55,78 +/- 10,33 años, Trastorno por Atracones (TATRA): 44,5 +/- 8,4 años, Trastorno de

la conducta alimentaria (conductas disruptivas con respecto a la comida) (TCA): 34,67 +/- 11,15 años; Trastorno depresivo (TD): 47,39 +/- 10,84 años;; Trastorno de personalidad (TP): 52 años; Trastorno límite de la personalidad (TPL): 41 años.

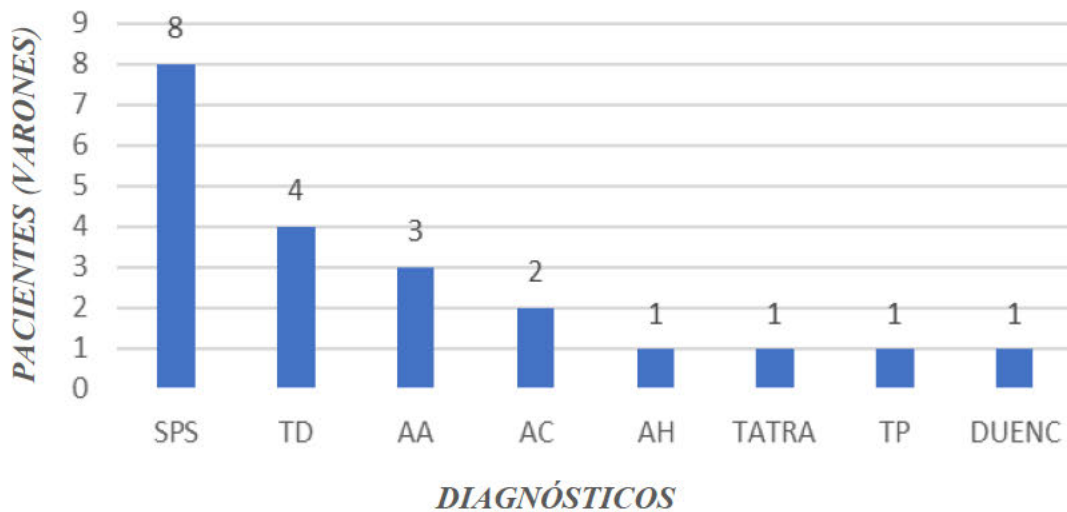


Diagnósticos:

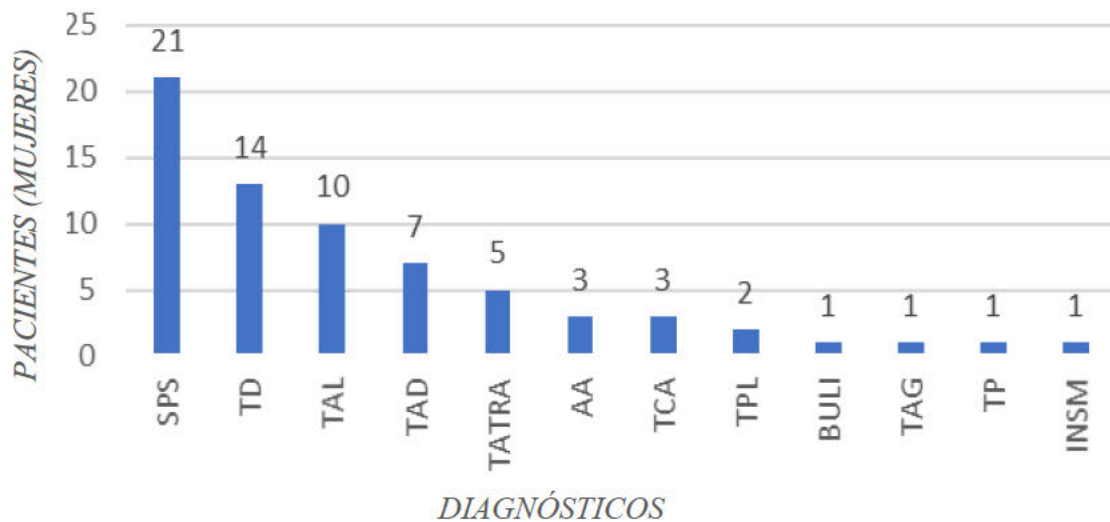
Atendiendo a los diagnósticos más comunes que fueron otorgados a los pacientes tras las entrevistas psiquiátricas, encontramos que el diagnóstico más común fue el de Sin Patología Psiquiátrica (SPS) con un 32,3%; seguido después de Trastorno Depresivo (TD) con un 20% de los pacientes; a continuación, Trastorno por Ansiedad Leve (TAL) 11,1%; a su vez Trastorno Ansioso-depresivo (TAD) tuvo un 7%; en cuanto a la prevalencia del trastorno por atracones (TATRA) y la adicción al alcohol (AA) encontramos que un 6,67% de nuestros pacientes fueron diagnosticados de cada uno de ellos; el Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) fue diagnostico en 3 pacientes suponiendo un 3,33% del total; así mismo, hubo dos pacientes diagnosticados de Adicción a cocaína (AC), dos de Trastorno Limite de la personalidad (TPL) y dos de otros trastornos de la personalidad (TP) lo que supone un 2,22% de todos los pacientes; por ultimo encontramos que tanto Bulimia (BULI), Insomnio (INSM), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Duelo no complicado (DUENC) y Adictos a Heroína (AH), fueron diagnosticados en un paciente de todo nuestro pool lo que supone un 1,11%.



Por un lado, los varones (V), tienen como patología psiquiátrica más común el Trastorno depresivo (TD), pero el tercer diagnóstico que más recibieron los varones fue el de adicción al Alcohol (AA).

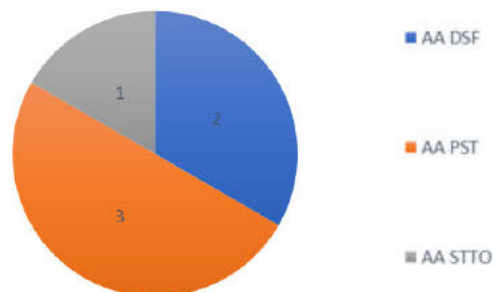


Con respecto al grupo de pacientes con sexo femenino (M), observamos como al igual que los varones la enfermedad psiquiátrica más diagnosticada fue el Trastorno Depresivo (TD). Tras esta, las dos patologías más diagnosticadas fueron el Trastorno de Ansiedad Leve (TAL) y el Trastorno Ansioso-Depresivo (TAD), con 10 y 7 pacientes respectivamente.



Unificando conceptos, podemos ver cuáles son los tratamientos más comunes para cada uno de los diagnósticos:

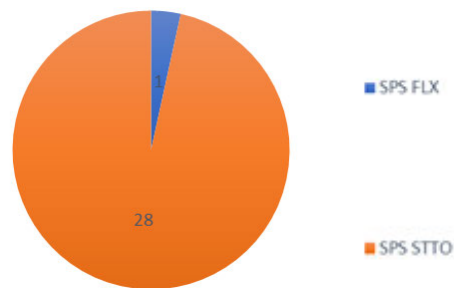
- Adicción al alcohol (AA): Los tratamientos más utilizados a la hora de tratar esta patología fueron: Psicoterapia cognitivo conductual (PST) con la que fueron tratados 3 pacientes, 2 recibieron tratamiento con Disulfiram (DSF) y con el paciente restante no recibió ningún tipo de tratamiento (STTO) para su adicción.



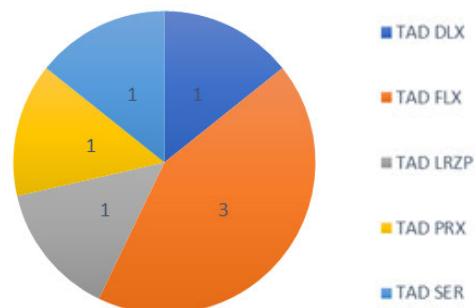
- Adicción a cocaína (AC): En este caso volvemos a encontrarnos con que uno de los pacientes si recibió una prescripción por parte de psiquiatría, concretamente Alprazolam (ALP), mientras que el otro paciente no.



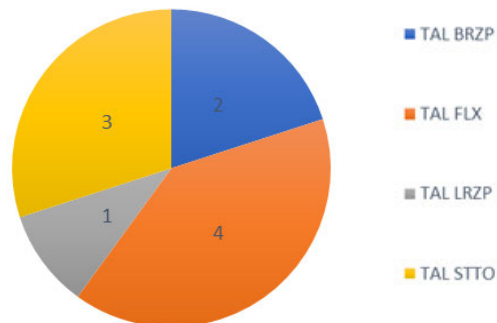
- Adicción a heroína: En este caso tenemos solo un paciente, de 51 años y al que se le recetó Metadona.
- Bulimia: tenemos una paciente con diagnóstico de Bulimia, con una edad de 18 años y que recibió Topiramato, además fue derivada a la consulta Psicoterapia del centro.
- Duelo no complicado: en este caso la paciente tenía 53 años y se le recetó Lorazepam.
- Insomnio: volvemos a tener solo un paciente de 59 años que fue tratado con Paroxetina.
- Sin patología psiquiátrica (SPS): este fue el diagnóstico más común de los pacientes de nuestra base de datos, en este caso si bien es cierto que la gran mayoría no recibieron tratamiento, encontramos que con uno de los pacientes el psiquiatra consideró oportuno recetar Fluoxetina (FLX).



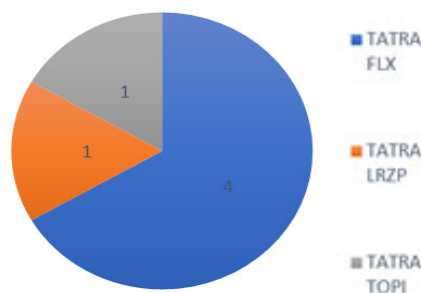
- Trastorno mixto ansiedad depresión (TAD): uno de los trastornos más diagnosticados, observamos como de los 7 pacientes que fueron registrados bajo este diagnóstico, 6 de ellos recibieron tratamiento con antidepresivo, siendo la Fluoxetina (FLX) el más recetado, el resto fueron Duloxetina (DLX), Paroxetina (PRX), Sertralina (SER). Por su parte, solo uno de los pacientes recibió tratamiento únicamente con un ansiolítico, en este caso Lorazepam (LRZP).



- Trastorno de ansiedad generalizada: (TAG) para este trastorno solo disponemos de datos de un paciente que fue tratado con Fluoxetina.
- Trastorno de ansiedad leve (TAL): este diagnóstico fue el segundo en frecuencia tras el trastorno depresivo, sin contar con aquellos pacientes que fueron catalogados como sanos desde el punto de vista psiquiátrico, podemos ver como en nuestro pool teníamos 10 pacientes. De estos, cuatro fueron tratados con un antidepresivo como es la Fluoxetina (FLX), a otros tres se les recetaron benzodiazepinas en este caso dos con Bromazepam (BRZP) y uno con Lorazepam (LRZP). Por último, con 3 de estos pacientes, el psiquiatra decidió no dar ningún tratamiento (STTO).

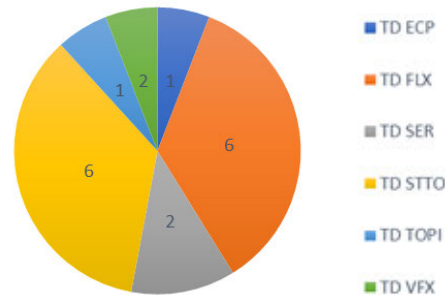


- Trastorno por atracones (TATRA): en este caso contamos con 6 pacientes de los cuales cuatro fueron tratados con Fluoxetina (FLX), uno recibió tratamiento con Lorazepam (LRZP) y otro con topiramato (TOPI).



- Trastorno depresivo (TD): si eliminamos aquellos pacientes que no fueron diagnosticados de ninguna patología psiquiátrica, este diagnóstico fue el trastorno más prevalente dentro de nuestro pool de pacientes, en concreto contamos con 18

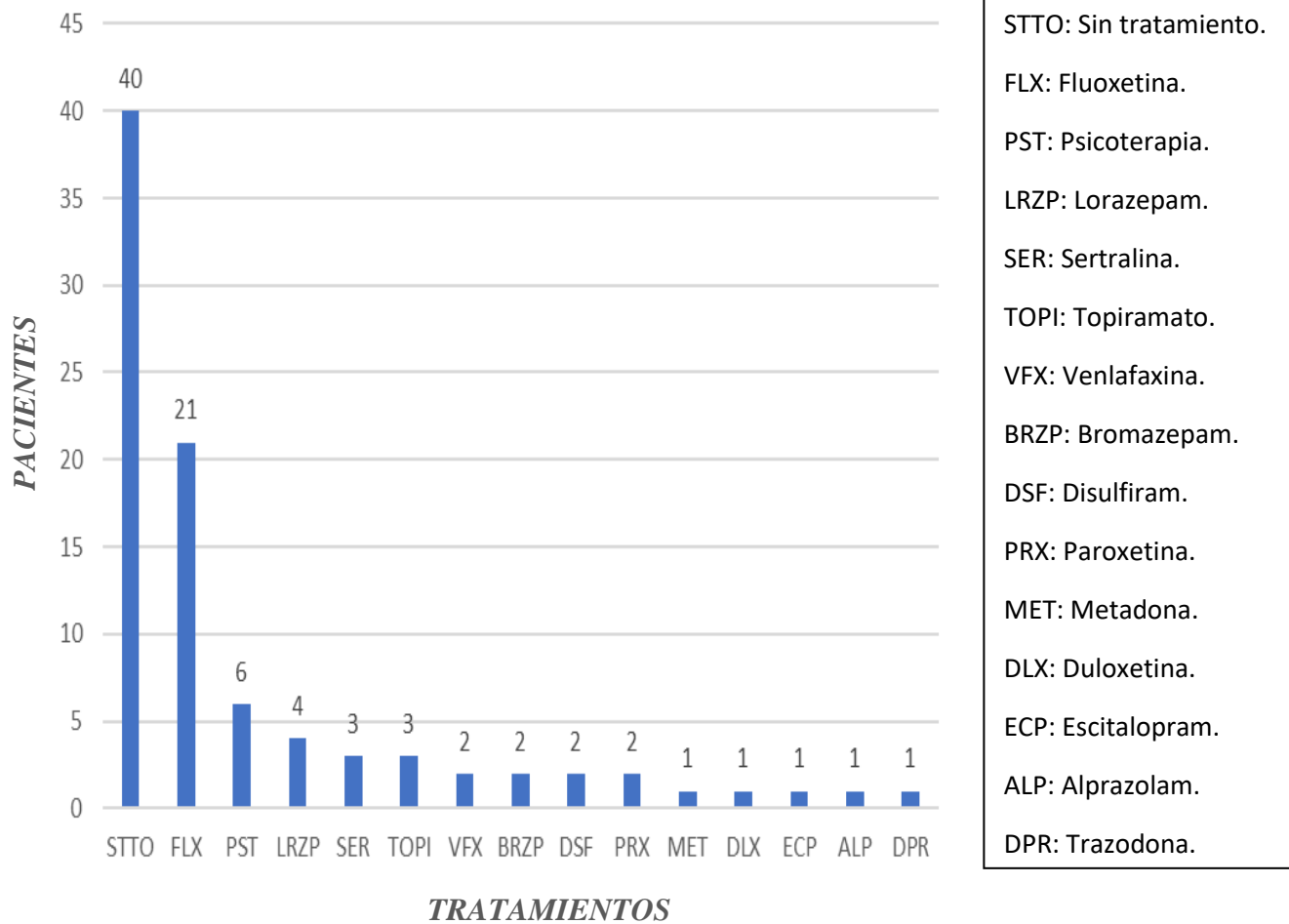
pacientes 6 recibieron tratamiento con Fluoxetina (FLX), 2 con Sertralina (SER), un paciente recibió Topiramato (TOPI), uno con Venlafaxina (VFX) y otro con Escitalopram (ECP). A su vez, 6 fueron los pacientes con los que el psiquiatra se abstuvo de realizar ninguna intervención terapéutica (STTO).



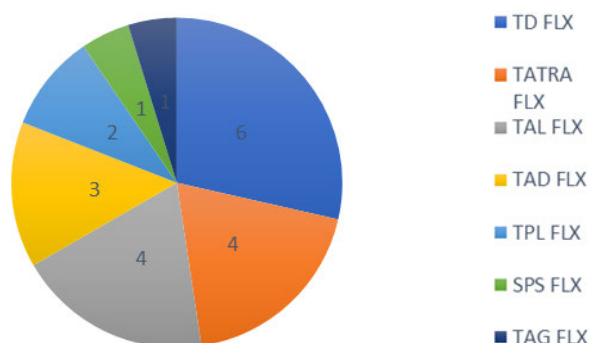
- Trastorno de la personalidad no filiada y límite: dentro de nuestro grupo de pacientes tenemos cuatro con diagnóstico de trastorno de personalidad. Los dos pacientes que fueron diagnosticados con trastornos de personalidad límite fueron tratados con Fluoxetina, mientras que de los pacientes que fueron diagnosticados de trastorno de personalidad no filiada, uno recibió Trazodona y otro no recibió ninguna ayuda farmacológica.

Tratamientos:

Con respecto a los tratamientos más utilizados para tratar la patología psiquiátrica de nuestros pacientes, aparecen varios resultados destacables. Por un lado, destacar que de 90 pacientes con 40 de ellos el equipo de psiquiatría decidió que no era necesario aplicar ningún tratamiento, es cierto que de esos 40 un 70% (28 personas) no padecían ninguna enfermedad psiquiátrica, pero un 30% si fueron diagnosticados de alguna patología y, sin embargo, no se les administró tratamiento alguno (entendiendo que el grado de severidad era leve y no precisaban medicación alguna), dentro de este grupo recalcar patologías como el Trastorno de Ansiedad Leve y Trastorno Depresivo (leve) como las que más pacientes sin tratamiento psiquiátrico tuvieron, si bien es cierto, que también fueron las más diagnosticadas.



Como tratamiento más frecuente aparece la Fluoxetina (FLX) que fue recetada a 21 pacientes (23,33%), este medicamento fue recetado en 7 trastornos, siendo el más común el Trastorno Depresivo (TD), seguido por el Trastorno de Ansiedad Leve (TAL) y el Trastorno por atracones (TATRA).



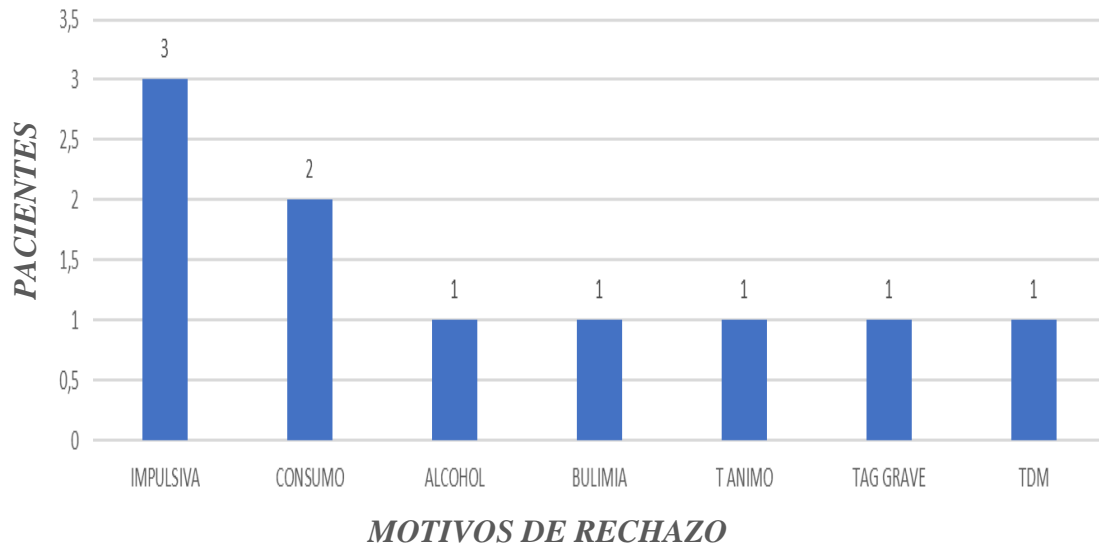
Reseñable también, que el segundo tratamiento más indicado fue la psicoterapia cognitivo conductual (PST). Concretamente, fue la opción terapéutica en 3 casos de Adicción al Alcohol (AA) y 3 casos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Aprobación o rechazo para cirugía:

De los 90 pacientes seleccionados, 10 de ellos recibieron un resultado negativo de su entrevista con el equipo de Psiquiatría, esto supone un 11% de los casos que fueron derivados a psiquiatría.

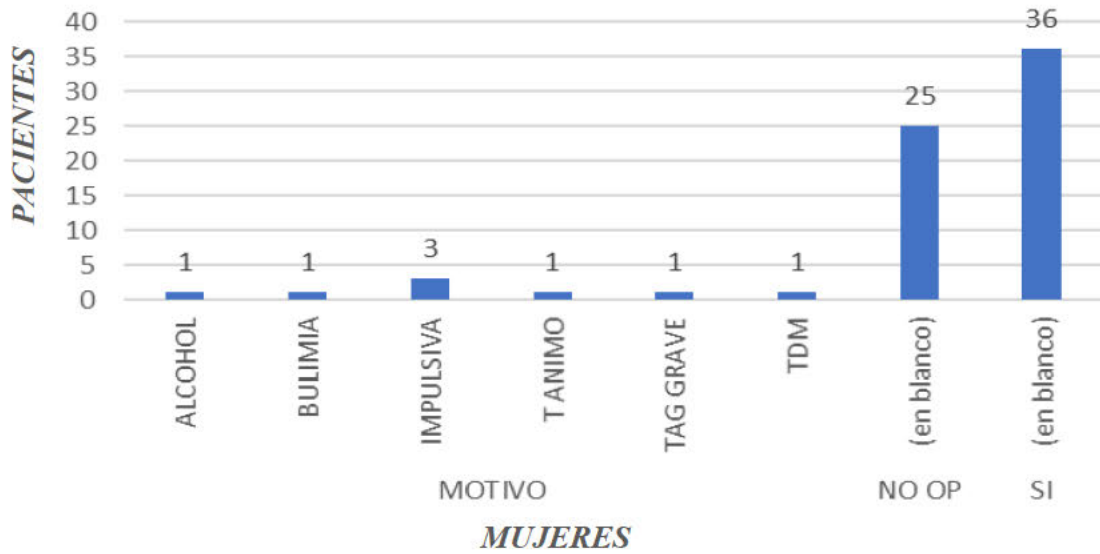
De los otros 80, hemos podido recabar datos de 47 pacientes, es decir, aquellos de los que tenemos la fecha de la operación y hemos podido obtener el IMC previo a la cirugía y el IMC al año de la cirugía. Del resto de pacientes, concretamente 33, sabemos que recibieron el visto bueno por parte de psiquiatría para continuar con el programa de cirugía de bariátrica, pero no contamos con datos del resultado de la operación (una de las razones por las que no disponemos de datos es porque 4 de estos pacientes se operaron en 2020).

Con respecto a los motivos que llevaron al rechazo de los pacientes, observamos que el más común fue el de Rasgos de personalidad Impulsiva (manifestando dicha impulsividad no solo en el plano conductual, sino también y de forma destacada en el de la ingesta alimentaria) con tres casos; después encontramos el motivo consumo perjudicial de sustancias (hace referencia a la adicción en ese momento a drogas, concretamente a Cocaína y Heroína) por el que fueron rechazados 2 pacientes; finalmente encontramos 5 entidades patológicas que motivaron el rechazo o demora a 5 pacientes, entre los cuales aparece Adicción al Alcohol, Bulimia, Trastorno de ansiedad Generalizada Grave (TAG), Trastorno depresivo mayor (TDM) y Trastorno del estado de Ánimo (episodio depresivo).

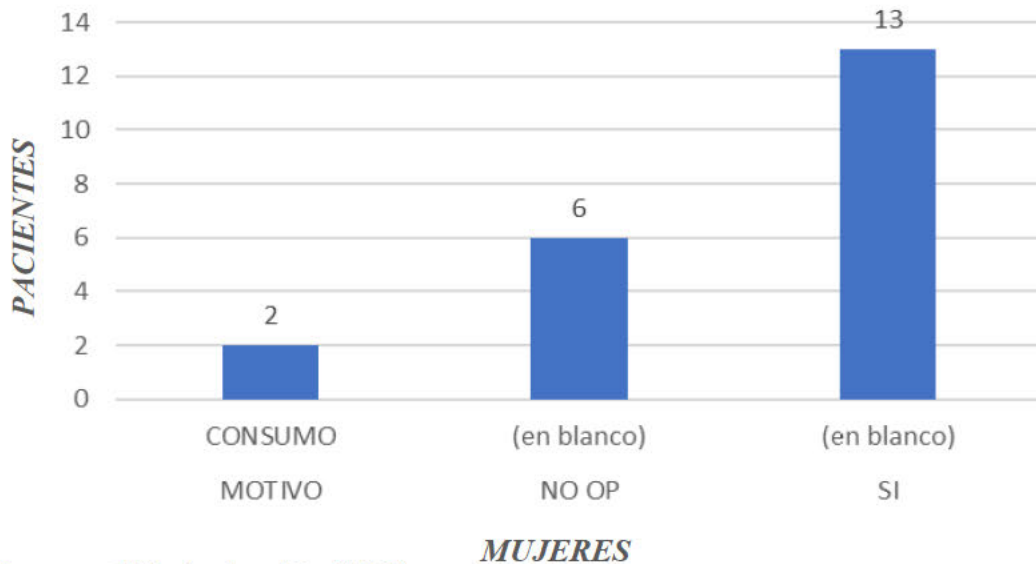


Con respecto a cómo influyen los diagnósticos en el hecho de que el paciente reciba el visto bueno por psiquiatría, observamos que existen una serie de diagnósticos que luego fueron utilizados a la hora de rechazar a algunos pacientes: Adictos al Alcohol, Adictos a drogas, Bulimia Activa, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno de depresión mayor. En cambio, encontramos algunos casos en que el motivo no coincidía exactamente con el diagnóstico dado. En concreto, el motivo conducta impulsiva (en la esfera alimentaria), contenía 3 pacientes que habían sido diagnosticados de Trastorno por Atracónes, Trastorno de ansiedad Leve y Trastorno de personalidad Límite.

Por sexos, tenemos que del grupo de pacientes mujeres (M), 61 recibieron la aprobación (SI) por parte de psiquiatría para seguir con el proceso de pérdida de peso mediante cirugía bariátrica, de esas 61 tenemos datos del resultado de la operación de 36 mujeres, mientras que de 25 no tenemos datos concluyentes (NO OP). Con relación a las que no recibieron una evaluación positiva y por tanto su cirugía fue retrasada por recomendación psiquiátrica, tenemos 8 mujeres, dentro de sus motivos, el único compartido por 3 de ellas es conducta impulsiva con respecto a la ingesta de alimentos.



Los varones (V), tuvieron 19 casos en los que recibieron el visto bueno (SI) para seguir con el proceso, de los cuales tenemos datos a posteriori de 13. Por otro lado, hubo 2 casos a los que por recomendación de psiquiatría se decidió retrasar su operación, en estos dos casos el motivo principal fue la Adicción activa a drogas.



Peso perdido (reducción IMC)

Atendiendo al peso, tenemos que el promedio de IMC perdido al año de la operación por los 47 pacientes de los que tenemos datos es de 14,9147 +/- 5,08 kg/m2.

IMC TOTAL PERDIDO

	N	RANGO	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA		DESVIACIÓN
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. Error	Estadístico
PESO	47	25,37	7,02	32,39	14,9147	0,74135	5,08241

VARONES

Si observamos los varones, vemos que tenemos una media de pérdida de peso (calculada como pérdida de IMC) de 16,747 +/- 7,0381 kg/m². El paciente que menos varió su IMC consiguió una reducción de 7,02 kg/m², mientras que, el que más consiguió disminuir su IMC lo hizo en 32,39 kg/m².

IMC PERDIDO. GRUPO: VARONES

	N	RANGO	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA		DESV. DESVIACIÓN
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. Error	Estadístico
PESO	13	25,37	7,02	32,39	16,7477	1,95202	7,03811

MUJERES

Si miramos al grupo de las mujeres, tenemos que, de media, consiguieron disminuir su IMC 14,213 +/- 4,02kg/. Asu vez, la paciente que menos IMC perdió fue 7,86 kg/m², mientras que la que consiguió una mayor reducción, perdió 24,33 kg/m².

IMC PERDIDO. GRUPO: MUJERES.

	N	RANGO	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA		DESV. DESVIACIÓN
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. Error	Estadístico
PESO	34	16,47	7,86	24,33	14,2138	0,68951	4,02048

PERDIDA PESO: SIN PSICOPATOLOGIA

Analizando el grupo que fue catalogado como, Sin Psicopatología, observamos una pérdida de masa corporal de 14,33 kg/m² de IMC con una desviación de 4,5 kg/m².

Utilizando aquellos pacientes a los que no se les diagnosticó ningún trastorno como grupo control, se ha analizado no existen diferencias significativas en cuanto a la disminución de IMC con respecto a aquellos diagnosticados de Trastorno Depresivo y Trastorno de Ansiedad Leve (los dos trastornos psiquiátricos más comúnmente detectados). Tanto con los pacientes con Trastorno Depresivo ($p=0,95 > p=0,05$), como con los diagnosticados de Trastorno de Ansiedad Leve ($p=0,826 > p=0,05$)

IMC PERDIDO. PACIENTES SIN PSICOPATOLGIA.

	N	RANGO	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA		DESV. DESVIACIÓN
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. Error	Estadístico
PESO	20	17,31	7,02	24,33	14,3339	1,00699	4,50340

VARONES VS MUJERES:

A la hora de analizar la pérdida de peso entre hombres y mujeres, realizando el test T de Student, comprobamos que no hay diferencias significativas entre las medias de disminución e IMC ($p=0,24 > p=0,05$).

DISCUSIÓN:

Psiquiatras en equipos de cirugía Bariátrica:

En España, tanto en nuestro hospital como en otros centros con programas de cirugía Bariátrica, los psiquiatras son una parte fundamental del equipo multidisciplinar que sigue y evalúa preoperatoriamente a estos pacientes.⁸

Tanto la primera evaluación psiquiátrica, como el posterior seguimiento/tratamiento de los pacientes si así se considera necesario, son herramientas fundamentales para conseguir resultados favorables en aquellos pacientes que presentan patología psiquiátrica y quieren perder peso y mejorar su salud y calidad de vida.

Encontramos estudios como el de *Marek J, et al.* en el cual, analizando una muestra de 1160, demostraron que utilizando escalas de diagnóstico psiquiátrico como la *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* aquellos pacientes que presentaban patología psiquiátrica tenían mayor riesgo de rechazar la operación por dichas enfermedades; por otra parte, otro de los resultados de su estudio, fue que aquellos pacientes que tras ser diagnosticados de trastornos psiquiátricos seguían un tratamiento, tenían más probabilidades de obtener un resultado positivo tras la cirugía, comparados con aquellos que abandonaban el tratamiento psiquiátrico, que además tenían más probabilidades de abandonar el programa antes incluso de someterse a la cirugía.²⁵

Demografía:

En nuestro estudio, hemos encontrado que de una muestra de 90 pacientes que pasaron por las consultas de Psiquiatría, un 76,7% fueron mujeres y un 23,33% hombres. Esto concuerda con lo descrito en la bibliografía, encontramos estudios como el de *Zimmerman M, et al.*²⁶ en el cual de una muestra de 500 pacientes de la zona de Rhode Island (EE.UU) tuvieron 407 mujeres (81,4%) y 93 hombres (18,6%). Por otro lado, encontramos resultados parecidos en el estudio llevado a cabo por *Fisher D, et al.* los cuales detectaron un 79,9% de mujeres en su muestra de 8192 pacientes.

Estudios estadísticos como el de *Bernaldo-de-Quirós M, et al.*²⁷, encontraron que existía una mayor prevalencia de algunos de los trastornos mentales más frecuentes (como la ansiedad) en las mujeres. Es importante tener en cuenta también la población objeto de estudio, ya que el sexo femenino se considera que multiplica por dos las probabilidades

de padecer obesidad, y también patologías psiquiátricas como ansiedad y depresión más frecuentes en el género femenino ²⁸. Además, si nos fijamos en Estados Unidos comprobamos que existe un 3,3% más de mujeres con obesidad que de hombres ²⁹. Una de las causas que explica esta prevalencia del sexo femenino en nuestro estudio, puede ser el hecho de que las mujeres tienden a tener mayor número de trastornos de la conducta alimentaria, como por ejemplo un 15,6% más de probabilidad de padecer conductas impulsivas sobre el alimento para calmar la ansiedad (patrón de ingesta emocional), lo que a su vez repercute en la aparición de la obesidad³⁰.

Con respecto a la edad de nuestros pacientes, tenemos una media del total de pacientes de 47,34 +/- 10 años. Esto coincide con otros estudios en los que la edad media era de 47; 41,84; 46,07 [²¹, ²⁵, ¹⁵]. Si bien es cierto que tenemos diferentes cifras en la edad media entre hombres y mujeres, éstas no son diferencias significativas (p=0,645 en el test T de Student).

Diagnósticos:

A la hora de aceptar a un potencial candidato para un programa de cirugía bariátrica, se ponen en marcha diferentes aproximaciones y evaluaciones médicas de diferentes especialistas (Endocrinólogos, Cirujanos Digestivos, Psiquiatras, Especialistas en Gastroenterología, Anestesiólogos y Neumólogos) con el fin de poder conseguir el mejor resultado tras la operación y con el menor daño para el paciente. Una de estas aproximaciones es desde el punto de vista psiquiátrico.

Se ha comprobado que el hecho de padecer un trastorno psiquiátrico, aumenta la probabilidad de sufrir obesidad severa ³¹. Se ha concluido, además, que esta asociación aumenta de forma directamente proporcional al IMC, esto hace que los trastornos mentales estén sobrerrepresentados en los programas de cirugía bariátrica ⁹.

Analizando nuestros resultados, encontramos 90 pacientes que fueron derivados a las consultas de psiquiatría ante la sospecha/confirmación de Antecedentes psiquiátricos (o consumo de sustancias) previos y/o concomitancia de ansiedad o estrés detectables a través del test de Goldberg. De estos pacientes, 61 (67,7%) fueron diagnosticados de alguna patología psiquiátrica, siendo las más frecuentes el Trastorno Depresivo con 17 (27,8%) casos y el Trastorno de Ansiedad Leve con 11 (18%). Esto está en consonancia con el hecho de que uno de los trastornos psiquiátricos más comunes es la depresión con

una prevalencia del 3,9% en nuestras sociedades occidentales ³², seguido de cerca por el Trastorno de Ansiedad con una prevalencia de 2,6% ³².

Si bien es cierto que el trastorno más común en nuestro país es la ansiedad, esta no siempre es notificada al personal sanitario por lo que los datos de prevalencia real son variables según los estudios. Destacables son también los 7 casos de Trastorno Ansioso-Depresivo que encontramos entre nuestros pacientes, y que sumados a los de Trastorno depresivo nos darían un 39,34% de todos los pacientes diagnosticados de algún Trastorno Psicopatológico.

Podemos ver, por tanto, como nuestros resultados se asemejan a aquellos obtenidos en estudios con un mayor número de pacientes, como es el caso de los dos metaanálisis que se llevaron a cabo con datos del *Ontario Bariatric Registry* en los que, con una muestra de 10.000 pacientes seleccionados para cirugía bariátrica, detectaron patología psiquiátrica activa o previa en el 51%, de esos pacientes, siendo el diagnóstico más común el de trastorno depresivo con un 41,7% ^{33 10}.

Con respecto al trastorno por atracones, encontramos 6 casos entre nuestros pacientes, lo que supone un 9,84% entre aquellos que presentaban psicopatología, este resultado es similar al que encontraron *Valentina I, et al.* los cuales de una muestra de 345 pacientes con obesidad, obtuvieron que un 12,6% de estos presentaba como patología psiquiátrica principal un trastorno por atracones ³⁴. Es necesario destacar que, en muchas ocasiones personas que padecen otra psicopatología, tienen conductas con la comida similares al trastorno por atracones ^{35 36}. Esto podría suponer que probablemente, la mayor parte de las personas con obesidad que acuden a programas de cirugía bariátrica, tengan actitudes relacionadas con el trastorno por atracones ³⁷, sin llegar a cumplir los criterios diagnósticos del Trastorno por Atracones.

Si analizamos la relación entre la obesidad y las adicciones, observamos que, de nuestros 90 pacientes, un 6,67% eran adictos al alcohol, 2,22% a cocaína y 1,11% a heroína. Estos datos, concuerdan con los obtenidos en la literatura que hablan de que un 6,7% de las personas que se someten a Cirugía bariátrica tienen problemas con el abuso de Alcohol y un 4,2% son adictos a drogas ²¹. Este consumo es altamente peligroso para el paciente ya que un 84% de las personas que se someten a cirugía bariátrica refieren que debido a los cambios anatómicos de su estómago e intestino el efecto del consumo de alcohol es mucho mayor en ellos, es más, un 29% refiere intoxicaciones etílicas con pequeñas cantidades de alcohol ³⁸.

Artículos como el de *Adam CE, et al.* apuntan a la posibilidad de que aquellos pacientes que tuvieran una adicción a la comida desarrollen un problema de consumo perjudicial de alcohol ³⁹.

Tratamientos:

Observando los tratamientos más comunes entre nuestros pacientes, encontramos un resultado interesante, y es el hecho de que, en 40 pacientes, se decidió no aplicar ningún tratamiento psiquiátrico, a pesar de estar algunos de ellos diagnosticados de alguna patología, esto se explica en parte por el hecho de que 29 de dichos pacientes no padecían en ese momento ningún trastorno psiquiátrico. En concreto, encontramos 11 pacientes a los que no se les aplicó terapia pudiendo ser debido a que en algunas ocasiones los pacientes eran referidos a la consulta de psiquiatría por trastornos previos que ya no estaban presentes en el momento de la valoración psiquiátrica.

De los tratamientos farmacológicos, el más utilizado fue la Fluoxetina con 21 casos (23,3% del total de pacientes). La elección de la Fluoxetina no es caprichosa, dentro del grupo de fármacos ISRS (Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina) con el que normalmente se tratan cuadros depresivos y mixtos de ansiedad depresión, de intensidad leve-moderada, es un fármaco con buena tolerancia, disminuye la impulsividad hacia el alimento, inhibe el apetito y no provoca incremento ponderal; no debemos olvidarnos que el grupo de pacientes a tratar padecen obesidad mórbida ⁴⁰. A su vez, debemos tener en cuenta la fluoxetina es el fármaco más recomendado por la *Food and Drugs Administration* para el tratamiento del trastorno por atracones ¹³.

Resulta interesante reseñar que el segundo tratamiento más recomendado fuera la psicoterapia. Concretamente, la psicoterapia cognitivo conductual que es considerada por muchos como el mejor tratamiento para el trastorno por atracones y las conductas similares a este ⁴¹.

Decisión

Una parte fundamental del trabajo del equipo de psiquiatría en el programa de cirugía bariátrica es el decidir si el paciente es apto para continuar sin un abordaje psiquiátrico específico o si, por el contrario, debe tratar su patología psiquiátrica antes de someterse a la cirugía. De hecho, hay que resaltar que los motivos psiquiátricos más comunes para el rechazo son: episodio psicótico activo, trastorno bipolar en fase maniaca, depresión sin tratamiento, trastorno de la conducta alimentaria activo, problema con el consumo de

sustancias y trastorno de personalidad que impida el correcto funcionamiento del individuo y empeore la evolución y el pronóstico del paciente tras la cirugía ⁸. La frecuencia de rechazo varía de unos estudios a otros pero en general la encontramos entre el 14% ⁸ y el 18,4% ²⁶.

Con respecto a nuestros pacientes, encontramos que de los 90 evaluados 10 fueron rechazados para continuar con el programa de cirugía bariátrica. Esto supone un 11% del total, los motivos que se dieron fueron: impulsividad con respecto a la comida (3 pacientes), consumo de drogas ilícitas (2 personas), consumo de alcohol (1), bulimia (1), trastorno del estado de ánimo (1), trastorno de ansiedad grave (1) y trastorno depresión mayor (1). Aquí volvemos a coincidir con los estudios realizados, ya que el motivo principal que citan otros autores es una conducta impulsiva con el alimento ⁴², así mismo, esa conducta se ve motivada en muchas ocasiones por trastornos del estado de ánimo que producen en el sujeto la necesidad de comer de manera impulsiva con el fin de disminuir su angustia ⁴³.

Pérdida de peso:

Al realizar una revisión bibliográfica sobre el tema, encontramos posturas enfrentadas a la hora de abordar el efecto que tiene la patología psiquiátrica en el resultado final de la cirugía bariátrica. Así, existen numerosos factores que podrían producir una menor pérdida de peso en los pacientes con algún trastorno psiquiátrico. Uno de ellos es el hecho de que algunos pacientes utilizan la comida como herramienta terapéutica para disminuir la angustia y la tristeza, lo que hace que coman de manera impulsiva; también es importante el hecho de que numerosos psicofármacos aumentan la ganancia de peso ⁴⁴.

Con respecto a los pacientes de nuestra muestra, tenemos datos de pérdida de peso (disminución de IMC) de 47 pacientes, los cuales disminuyeron su IMC 14,9147 +/- 5,08 kg/m². De éstos, aquellos que no fueron diagnosticados de ningún trastorno psiquiátrico, bajaron 14,33 +/- 4,5 kg/m² su IMC. Si comparamos esto con aquellos pacientes con Trastorno depresivo o Trastorno de ansiedad apreciamos que no existen diferencias significativas en cuanto a la pérdida de peso entre aquellos pacientes con psicopatología y aquellos sanos desde el punto de vista psiquiátrico.

Este resultado coincide con resultados internacionales como el de *Fisher D, et al.* que realizaron un estudio similar al nuestro con 8.000 pacientes en el que no encontraron diferencias significativas en la pérdida de peso entre sus pacientes con psicopatología y

aquellos sin diagnóstico, aunque si refieren diferencias significativas en las sucesivas visitas a urgencias tras la operación en los grupos ⁴⁵.

Comprobando con los datos proporcionados por el equipo de Cirugía bariátrica de nuestro hospital los cuales en tres estudios distintos consiguieron pérdida de peso de 16,4 +/- 6,8 kg/m² ⁴⁶; 12,4 +/-3,9 kg/m² ⁴⁷; 15,9 +/- 4,9 kg/m² ⁴⁷, no encontramos tampoco diferencias significativas, con una $p=0,97 > p=0,05$. En el ámbito internacional coincide con los datos reportados por *Sevinçer G.M, et al.* los cuales notificaron una disminución de IMC de 16,53 +/- 6,6 kg/m² en 72 pacientes que sometieron a cirugía bariátrica en la universidad de Bezmialem Vakif en Estambul ¹⁸.

CONCLUSIÓN:

De los datos obtenidos, teniendo en cuenta la muestra analizada, podemos inferir que los trastornos psiquiátricos son algo claramente prevalente en los pacientes obesos y al mismo tiempo, la obesidad podría ser un factor que incremente el riesgo de desarrollar problemas psiquiátricos.

En relación con la variable sociodemográfica, la población que se somete a estas evaluaciones presenta características similares a la población analizada en otros estudios, pero con un aumento significativo de problemas psiquiátricos y de conductas perjudiciales de la ingesta alimentaria.

Hemos podido comprobar, como los trastornos psiquiátricos más comunes en los pacientes con obesidad, son similares a los trastornos más prevalentes en la sociedad occidental. Sin embargo, los pacientes obesos parecen tener una mayor predisposición a padecer una enfermedad psiquiátrica relacionada con el consumo de alimentos, como el trastorno por atracones y las conductas relacionadas con este.

Con respecto a la entrevista psiquiátrica, podemos concluir que es muy efectiva a la hora de detectar a aquellos pacientes que presenten una psicopatología aguda y severa, que pueda poner en riesgo el resultado del programa de cirugía bariátrica. Así mismo, parece que de todos los pacientes con trastornos psiquiátricos solo un pequeño porcentaje ven retrasada o anulada su intervención por padecer una enfermedad psiquiátrica. A su vez, dicha entrevista es positiva para el paciente ya que en caso de presentar patología psiquiátrica posterior recibirá el tratamiento adecuado.

Si bien es cierto que nuestro estudio contaba con un pool pequeño de pacientes, consideramos que, con respecto a las diferencias en la pérdida de peso entre pacientes sin patología psiquiátrica y pacientes con patología psiquiátrica, podemos rechazar la hipótesis inicial planteada de que los problemas psiquiátricos influyen de manera perjudicial en la disminución de peso al año de la cirugía, ya que no existen diferencias significativas en cuanto a la disminución de peso entre los pacientes con diagnóstico psiquiátrico y aquellos sanos en este aspecto, indicando probablemente que la valoración y tratamiento psiquiátrico adecuados pueden contribuir a equiparar el pronóstico

postquirúrgico en la evolución ponderal de los pacientes sin y con psicopatología asociada en nuestro grupo de pacientes.

Por último, creemos necesario que, además de investigar los trastornos previos a la cirugía, se debería estudiar qué ocurre con la salud mental de los pacientes años después de la cirugía. A este respecto encontramos poca información en la bibliografía, pero los datos que aportan muestran resultados discordantes, por un lado podría objetivarse una cierta mejoría en algunas alteraciones del estado de ánimo, puesto que la pérdida ponderal importante ejerce un refuerzo positivo y motivador para mejorar anímicamente, pero pudieran incrementarse otros riesgos psicopatológicos como la posibilidad del abuso de alcohol o la aparición de cuadros de dismorfofobia ante el drástico cambio en la imagen corporal que acontece a medida que nuestros pacientes siguen perdiendo peso con las modificaciones anatómicas que acontecen con el paso del tiempo. Por esto pensamos que es fundamental realizar estudios longitudinales a medio y largo tras la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hernández Á, Zomeño MD, Dégano IR, Pérez-Fernández S, Goday A, Vila J, et al. Excess Weight in Spain: Current Situation, Projections for 2030, and Estimated Direct Extra Cost for the Spanish Health System. *Rev Esp Cardiol.* 2019 Nov 1;72(11):916–24.
2. Mitchell JE, King WC, Courcoulas A, Dakin G, Elder K, Engel S, et al. Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. *Int J Eat Disord.* 2015 Mar 1;48(2):215–22.
3. Nguyen NT, Varela JE. Bariatric surgery for obesity and metabolic disorders: State of the art. Vol. 14, *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology.* Nature Publishing Group; 2017. p. 160–9.
4. Sockalingam S, Micula-Gondek W, Lundblad W, Fertig AM, Hawa R. Bariatric Surgery and Psychiatric Care. *Am J Psychiatry.* 2017 Jan;174(1):81–2.
5. Taylor VH, Hensel J. Multimorbidity: A Review of the Complexity of Mental Health Issues in Bariatric Surgery Candidates Informed by Canadian Data. Vol. 41, *Canadian Journal of Diabetes.* Elsevier B.V.; 2017. p. 448–52.
6. Thiara G, Cigliobianco M, Muravsky A, Paoli RA, Mansur R, Hawa R, et al. Evidence for Neurocognitive Improvement After Bariatric Surgery: A Systematic Review. Vol. 58, *Psychosomatics.* Elsevier Inc.; 2017. p. 217–27.
7. Merrell J, Ashton K, Windover A, Heinberg L. Psychological risk may influence drop-out prior to bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8(4):463–9.
8. Walfish S, Vance D, Fabricatore AN. Psychological evaluation of bariatric surgery applicants: Procedures and reasons for delay or denial of surgery. *Obes Surg.* 2007 Dec;17(12):1578–83.
9. Ashton D, Favretti F, Segato G. Preoperative psychological testing - Another form of prejudice. Vol. 18, *Obesity Surgery.* Springer; 2008. p. 1330–7.
10. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, et al. Mental health conditions among patients seeking and undergoing

- bariatric surgery a meta-analysis. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2016 Jan 12;315(2):150–63.
11. Hrabosky JI, White MA, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Grilo CM. Psychometric evaluation of the eating disorder examination-questionnaire for bariatric surgery candidates. *Obesity.* 2008 Apr;16(4):763–9.
 12. Amianto F, Ottone L, Abbate Daga G, Fassino S. Binge-eating disorder diagnosis and treatment: A recap in front of DSM-5. Vol. 15, *BMC Psychiatry.* BioMed Central Ltd.; 2015.
 13. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, O’Melia AM. Pharmacological management of binge eating disorder: Current and emerging treatment options. Vol. 8, *Therapeutics and Clinical Risk Management.* 2012. p. 219–41.
 14. American Psychiatric Association. *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MENTAL DISORDERS MANUAL OF FIFTH EDITION DSM-5.* Vol. 17, American Psychiatric Publishing. 2013. 461–462 p.
 15. Mazzeo SE, Saunders R, Mitchell KS. Gender and binge eating among bariatric surgery candidates. *Eat Behav.* 2006 Jan;7(1):47–52.
 16. Trace SE, Thornton LM, Root TL, Mazzeo SE, Lichtenstein P, Pedersen NL, et al. Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: Implications for DSM-5. *Int J Eat Disord.* 2012 May;45(4):531–6.
 17. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry.* 2013 May 1;73(9):904–14.
 18. Sevinçer GM, Konuk N, Bozkurt S, Coşkun H. Food addiction and the outcome of bariatric surgery at 1-year: Prospective observational study. *Psychiatry Res.* 2016 Oct 30;244:159–64.
 19. Spadola CE, Wagner EF, Dillon FR, Trepka MJ, De La Cruz-Munoz N, Messiah SE. Alcohol and Drug Use Among Postoperative Bariatric Patients: A Systematic Review of the Emerging Research and Its Implications. Vol. 39, *Alcoholism:*

- Clinical and Experimental Research. Blackwell Publishing Ltd; 2015. p. 1582–601.
20. Li L, Wu LT. Substance use after bariatric surgery: A review. Vol. 76, *Journal of Psychiatric Research*. Elsevier Ltd; 2016. p. 16–29.
 21. King WC, Chen JY, Courcoulas AP, Dakin GF, Engel SG, Flum DR, et al. Alcohol and other substance use after bariatric surgery: prospective evidence from a U.S. multicenter cohort study. *Surg Obes Relat Dis*. 2017 Aug 1;13(8):1392–402.
 22. Saules KK, Wiedemann A, Ivezaj V, Hopper JA, Foster-Hartsfield J, Schwarz D. Bariatric surgery history among substance abuse treatment patients: Prevalence and associated features. *Surg Obes Relat Dis*. 2010 Nov 1;6(6):615–21.
 23. King WC, Chen JY, Mitchell JE, Kalarchian MA, Steffen KJ, Engel SG, et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2012 Jun 13;307(23):2516–25.
 24. Iparraguirre J. Socioeconomic determinants of risk of harmful alcohol drinking among people aged 50 or over in England. *BMJ Open*. 2015;5(7).
 25. Marek RJ, Tarescavage AM, Ben-Porath YS, Ashton K, Heinberg LJ, Rish JM. Associations between psychological test results and failure to proceed with bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2017 Mar 1;13(3):507–13.
 26. Zimmerman M, Francione-Witt C, Chelminski I, Young D, Boerescu D, Attiullah N, et al. Presurgical psychiatric evaluations of candidates for bariatric surgery, part 1: Reliability and reasons for and frequency of exclusion. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(10):1557–62.
 27. Bernaldo-de-Quirós M, Estupiñá FJ, Labrador FJ, Fernández-Arias I, Gómez L, Blanco C, et al. Sociodemographic, clinical and outcome differences among anxiety disorders. *Psicothema*. 2012;24(3):396–401.
 28. Watterson RA, Williams JVA, Lavorato DH, Patten SB. Descriptive Epidemiology of Generalized Anxiety Disorder in Canada. *Can J Psychiatry*. 2017 Jan 1;62(1):24–9.
 29. Hallama J, Boswella RG, Devito EE, Kober H. Gender-related differences in

- food craving and obesity. Vol. 89, Yale Journal of Biology and Medicine. Yale Journal of Biology and Medicine Inc.; 2016. p. 161–73.
30. Lafay L, Thomas F, Mennen L, Charles MA, Eschwege E, Borys JM, et al. Gender differences in the relation between food cravings and mood in an adult community: Results from the fleurbaix laventie ville santé study. *Int J Eat Disord.* 2001 Mar;29(2):195–204.
 31. Taylor V, Macdonald K, McKinnon MC, Joffe RT, MacQueen GM. Increased rates of obesity in first-presentation adults with mood disorders over the course of four-year follow-up. *J Affect Disord.* 2008 Jul;109(1–2):127–31.
 32. Patten SB, Williams JVA, Lavorato DH, Wang JL, McDonald K, Bulloch AGM. Descriptive epidemiology of major depressive disorder in Canada in 2012. *Can J Psychiatry.* 2015 Jan 1;60(1):23–30.
 33. Hensel J, Selvadurai M, Anvari M, Taylor V. Mental Illness and Psychotropic Medication use Among People Assessed for Bariatric Surgery in Ontario, Canada. *Obes Surg.* 2016 Jul 1;26(7):1531–6.
 34. Ivezaj V, White MA, Grilo CM. Examining binge-eating disorder and food addiction in adults with overweight and obesity. *Obesity.* 2016 Oct 1;24(10):2064–9.
 35. Grilo CM, White MA, Gueorguieva R, Wilson GT, Masheb RM. Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: Findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Psychol Med.* 2013 Jun;43(6):1335–44.
 36. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Abbate-Daga G, Rovera GG. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *J Psychosom Res.* 2003 Jun 1;54(6):559–66.
 37. Devlin MJ, Goldfein JA, Dobrow I. What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *Int J Eat Disord.* 2003 Jan 1;34(S1):S2–18.
 38. Ertelt TW, Mitchell JE, Lancaster K, Crosby RD, Steffen KJ, Marino JM. Alcohol abuse and dependence before and after bariatric surgery: a review of the

- literature and report of a new data set. *Surg Obes Relat Dis*. 2008 Sep 1;4(5):647–50.
39. Adams CE, Gabriele JM, Baillie LE, Dubbert PM. Tobacco use and substance use disorders as predictors of postoperative weight loss 2 years after bariatric surgery. *J Behav Heal Serv Res*. 2012 Oct 29;39(4):462–71.
 40. Guisado-Macías JA, Méndez-Sánchez F, Baltasar-Tello I, Zamora-Rodríguez FJ, Escudero-Sánchez AB, Vaz-Leal FJ. Fluoxetine, topiramate, and combination of both to stabilize eating behavior before bariatric surgery. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016 May;44(3):93–6.
 41. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, et al. Meta-Analysis of the Efficacy of Psychological and Medical Treatments for Binge-Eating Disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2019 Jan 1;87(1):91–105.
 42. Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. Vol. 16, *Obesity Surgery*. Springer; 2006. p. 567–73.
 43. Conceição EM, Utzinger LM, Pisetsky EM. Eating disorders and problematic eating behaviours before and after bariatric surgery: Characterization, assessment and association with treatment outcomes. Vol. 23, *European Eating Disorders Review*. John Wiley and Sons Ltd; 2015. p. 417–25.
 44. Gerlach G, Herpertz S, Loeber S. Personality traits and obesity: a systematic review. *Obes Rev*. 2015 Jan 1;16(1):32–63.
 45. Fisher D, Coleman KJ, Arterburn DE, Fischer H, Yamamoto A, Young DR, et al. Mental illness in bariatric surgery: A cohort study from the PORTAL network. *Obesity*. 2017 May 1;25(5):850–6.
 46. Calderón B, Galdón A, Calañas A, Peromingo R, Galindo J, García-Moreno F, et al. Effects of bariatric surgery on male obesity-associated secondary hypogonadism: comparison of laparoscopic gastric bypass with restrictive procedures. *Obes Surg*. 2014 Oct;24(10):1686–92.
 47. Gómez-Martin JM, Aracil E, Galindo J, Escobar-Morreale HF, Balsa JA, Botella-Carretero JI. Improvement in cardiovascular risk in women after bariatric surgery

as measured by carotid intima-media thickness: comparison of sleeve
gastrectomy versus gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2017 May 1;13(5):848–
54.

INTRODUCCIÓN.

En España, la obesidad tiene un coste de unos 1.950.000.000 euros/año lo que la convierte en una de las patologías que más recursos consume. Esto es así, no solo por la propia enfermedad y su mortalidad, sino por las comorbilidades asociadas y la alta prevalencia en nuestra sociedad. Frente a esta epidemia que es la obesidad, la cirugía bariátrica ha surgido como uno de los tratamientos con mejores resultados.

La relación entre la obesidad y las enfermedades mentales es en ambos sentidos, se ha demostrado que al aumentar la obesidad aumenta también la posibilidad de tener una enfermedad mental y viceversa, al padecer una enfermedad mental, se tiene más probabilidades de tener sobrepeso.

Hipótesis del estudio: Valorar si los trastornos psiquiátricos pueden influir negativamente en la pérdida de peso tras la cirugía.

OBJETIVOS

- Definir cuáles son las características demográficas y psicológicas de los pacientes derivados desde el Servicio de Cirugía Bariátrica a las consultas de Psiquiatría.
- Evolución ponderal (IMC) de los pacientes atendidos en psiquiatría frente al grupo control
- Analizar el resultado de las consultas psiquiátricas y ver cuántos pacientes se rechaza y por qué motivos.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Pacientes: se han recogido datos de 90 pacientes que habían sido evaluados (desde el 01-09-2015 hasta el 26-10-2017) por el Dr. Vega, derivados desde los servicios de Cirugía General y Endocrinología.

Recogida de datos: A la hora de recoger los datos de los pacientes se han utilizado los programas Excelibur, HCIS y HORUS. En cuanto a la búsqueda de bibliografía se han utilizado las webs Pubmed y Scopus.

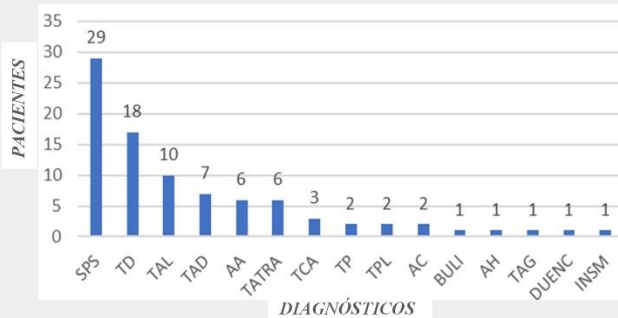
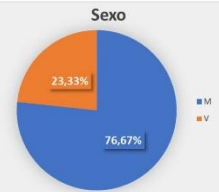
Análisis de datos: Los resultados se han obtenido ayudándose de las herramientas de los programas SPSS y Excel.

BIBLIOGRAFÍA.

- Mitchell JE, King WC, Courcoulas A, Dakin G, Elder K, Engel S, et al. Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. *Int J Eat Disord.* 2015 Mar 1;48(2):215-22.
- Walfish S, Vance D, Fabricatore AN. Psychological evaluation of bariatric surgery applicants: Procedures and reasons for delay or denial of surgery. *Obes Surg.* 2007 Dec;17(12):1578-83.
- Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry.* 2013 May 1;73(9):904-14.
- Gerlach G, Herpertz S, Loeber S. Personality traits and obesity: a systematic review. *Obes Rev.* 2015 Jan 1;16(1):32-63.

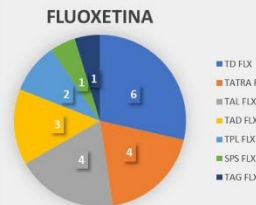
RESULTADOS.

Con respecto a las **características demográficas**, encontramos que de un pool de 90 pacientes tenemos un 76,67% (69) de mujeres y un 23,33% (21) de varones. Por otra parte, no hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a las diferencias de edad entre hombres y mujeres con una $p=0,645$ en el test T de Student.

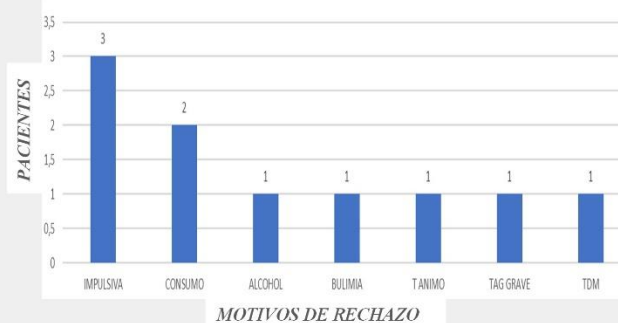


- AA: Adictos Alcohol.
- AC: Adictos Cocaína.
- AH: Adictos Heroína.
- BULI: Bulimia.
- DUENC: Duelo no complicado.
- INSM: Insomnio.
- SPS: Sin patología psiquiátrica.
- TAD: Trastorno ansioso-depresivo.
- TAG: Trastorno de ansiedad generalizada.
- TAL: Trastorno de ansiedad leve.
- TATRA: Trastorno por atracones.
- TCA: Trastorno conducta alimentaria.
- TD: Trastorno depresivo.
- TP: Trastorno de personalidad.
- TPL: Trastorno de personalidad límite.

Dentro de los tratamientos más utilizados, la **Fluoxetina** fue el fármaco que más se prescribió, concretamente a un 23,33% de nuestros pacientes. Cabe destacar el hecho de que a 28 de los pacientes no se les prescribió ningún tratamiento y que el segundo tratamiento más utilizado tras la Fluoxetina fue la psicoterapia cognitivo-conductual.



- SPS: Sin patología psiquiátrica.
- TAD: Trastorno ansioso-depresivo.
- TAG: Trastorno de ansiedad generalizada.
- TAL: Trastorno de ansiedad leve.
- TATRA: Trastorno por atracones.
- TD: Trastorno depresivo.
- TPL: Trastorno de personalidad límite.



- IMPULSIVA: Conductas impulsivas hacia la ingesta
- CONSUMO: Adicción a drogas.
- ALCOHOL: Adicción a alcohol.
- BULIMIA: Bulimia.
- T ANIMO: Trastorno del estado de ánimo.
- TAG GRAVE: Trastorno de ansiedad generalizada grave.
- TDM: Trastorno depresivo mayor.

IMC TOTAL PERDIDO

	N	RANGO	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. Error
PESO	47	25,37	7,02	32,39	14,9147	0,74135
						Estadístico
						5,08241

Analizando el **IMC perdido** por nuestros pacientes que presentaban psicopatología y comparándolo tanto con el grupo control (pacientes sin psicopatología) como con la bibliografía, vemos que no existen diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES.

- Los trastornos psiquiátricos son algo claramente prevalente en los pacientes obesos y al mismo tiempo, la obesidad podría ser un factor que incremente el riesgo de desarrollar problemas psiquiátricos.
- No existen diferencias significativas en cuanto a la disminución de peso entre los pacientes con diagnóstico psiquiátrico y aquellos sanos en este aspecto. Por lo que padecer un trastorno psiquiátrico diagnosticado y tratado por un especialista no afecta al resultado de la operación.



Conformidad de la Dirección del HURyC

La Dirección del Hospital Universitario Ramón y Cajal, visto el informe favorable emitido por el Comité de Ética de la Investigación que ha evaluado el estudio:

Título del Estudio:

**Trastornos Psiquiátricos en pacientes candidatos a cirugía bariátrica.
Versión de 11 de Marzo de 2020**

Código: PCBTFGM6

CEI/CEIm evaluador: Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Investigador Principal en el Hospital Universitario Ramón y Cajal:
Dr. Miguel Vega Piñero (Psiquiatría)**

Acepta la realización de dicho estudio en el centro, con estricta sujeción al protocolo aprobado y, cuando su ejecución implique algún ingreso o gasto específico, al contrato que se tendrá que formalizar al efecto a través de la entidad gestora: *Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Ramón y Cajal.*

Madrid a 12 de Marzo de 2020

Fdo. Dra M^a Angeles Gálvez Múgica



DICTAMEN DEL COMITE DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

D^a. Itziar de Pablo López de Abechuco, Secretaria del COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

CERTIFICA

Que se ha evaluado la propuesta referida al ESTUDIO:

**TÍTULO: Trastornos Psiquiátricos en pacientes candidatos a cirugía bariátrica.
Versión de 11 de Marzo de 2020**

- El estudio se plantea siguiendo los requisitos legalmente establecidos, y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Este CEIm actuando como comité evaluador, emite dictamen FAVORABLE y acepta que dicho estudio sea realizado en los centros siguientes por los investigadores principales que se relacionan a continuación:

Dr. Miguel Vega Piñeiro / Hospital Universitario Ramón y Cajal

Y HACE CONSTAR QUE:

- 1° En la reunión celebrada el día 24/02/2020 ACTA 382 se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.
- 2° En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente y se cumplieron las normas de funcionamiento interno del Comité para que la decisión del citado CEIm sea válida.
- 3° El CEIm, tanto en su composición, como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ ICH/ 135/95)
- 4° La composición actual del CEIm es la siguiente:

PRESIDENTE	Sonsoles Sancho García.	Oncología Radioterápica
VICEPRESIDENTE	M ^a Ángeles Gálvez	Farmacología Clínica
SECRETARIO TECNICO	Itziar de Pablo López de Abechuco	Farmacología Clínica
VOCALES	M ^a Jesús Blanchard Rodríguez	Hematología
	Irene Cabrera Troye	Miembro Lego, ajeno a la investigación biomédica/asistencia clínica. Licenciada en Derecho.
	Yolanda de Blas Fernández	DUE Servicio de Urgencias
	Guillermo García Ribas	Neurología
	Carmen Guillén Ponce	Oncología Médica.
	Rosa Ana Hernández Antolín	Cardiología
	Manuel Luque Ramírez	Endocrinología y Nutrición.
	María Muñoz García	Farmacia Hospitalaria.
	Alfonso Muriel García	Bioestadística Clínica
	Cristina Pueyo López	Farmacia Hospitalaria. Máster en



		Bioética. Miembro del Comité de ética asistencial.
	Carmen Ruiz Ballesteros	Miembro Lego, ajeno a la investigación biomédica/asistencia clínica. Abogada
	Javier Sánchez Casajús	Miembro Lego, ajeno a la investigación biomédica/asistencia clínica
	José Luis San Millán López	Genética Molecular
	Sonia Soto Díaz	Medicina Familiar y Comunitaria.
	Carmen Herrero Domínguez-Berrueta	Farmacéutica de Primaria
	Ana Jiménez Gordo	Oncología Médica. Hospital Universitario Infanta Sofía.
	Javier Martínez González	Gastroenterología.
	Sergio Serrano Villar	Enfermedades Infecciosas. Miembro de la Comisión de Investigación.

En el caso de que algún miembro participe en el estudio o declare algún conflicto de interés no habrá participado en la evaluación, ni en el dictamen de la solicitud de autorización del mismo.

Se recuerda al investigador que al ejecutar este proyecto contrae una serie de compromisos con respecto al Comité (Anexo)

Fdo.:
Secretaría CEIm



ANEXO: Compromisos contraídos por el investigador con respecto al Comité de Ética de la investigación:

Se recuerda al investigador que la ejecución del estudio le supone los siguientes compromisos con el Comité:

- Ejecutar el estudio con arreglo a lo especificado en el protocolo, tanto en los aspectos científicos como en los aspectos éticos.
- Notificar al Comité todas las modificaciones o enmiendas en el estudio y solicitar una nueva evaluación de las relevantes.
- Enviar al Comité un informe final al término de la ejecución del estudio. Este informe deberá incluir los siguientes apartados:
 - Número de registro del estudio en bases de datos públicas de proyectos de investigación, si procede
 - Memoria final del estudio, la enviada a las agencias reguladoras
 - Publicación/es científica/s generada/s por el estudio
 - Información (tipo y modo) transmitida a los sujetos del estudio sobre los resultados de la investigación y sobre los que afecten directamente a su salud (si procede)