

ORIGINAL

Análisis de los cuestionarios psicométricos empleados en selección de pacientes para cirugía bariátrica



Antonio Serrano García^{a,*}, Pilar Valbuena Álvarez^a, Ana Urioste Fondo^b,
Carmen Vilella Martín^c y María Dolores Ballesteros Pomar^b

^a Unidad de Psiquiatría de Enlace del Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^b Unidad de Obesidad de Alto Riesgo del Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^c Psiquiatría, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

Recibido el 4 de agosto de 2022; aceptado el 6 de septiembre de 2022

Disponible en Internet el 18 de octubre de 2022

PALABRAS CLAVE

Cirugía bariátrica;
Psicopatología;
Psicometría;
Selección de
pacientes

Resumen

Introducción: En las formas graves de obesidad existe alta prevalencia de comorbilidad psicopatológica. La evaluación psiquiátrica es un componente importante de la atención integral de la obesidad y contribuye a optimizar los resultados terapéuticos tras cirugía bariátrica.

Objetivo: Valorar la efectividad de los test psicométricos empleados en el protocolo de selección de pacientes para cirugía bariátrica.

Material y métodos: Estudio observacional naturalístico retrospectivo de 100 pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Se incluyen pacientes que completan el protocolo psicométrico y la entrevista psiquiátrica entre enero de 2019 y junio de 2021. Se conforman dos grupos: los considerados no aptos por razón psicopatológica y aquellos considerados aptos. Para evaluar la efectividad de los test empleados se utilizarán curvas ROC. Se obtendrán los valores de sensibilidad y especificidad de cada test empleado.

Resultados: Noventa y siete pacientes incluidos, con edades entre 20 y 61 años, 64,9% mujeres. El 51,5% presentaron antecedentes familiares y el 38,1% antecedentes personales de cualquier trastorno psiquiátrico. Respecto al área bajo la curva, las escalas que presentaron un valor superior a 0,7 fueron la puntuación total YFAS (0,771), HADS-D (0,757), la puntuación total de bulimia de Edimburgo (0,747), la puntuación de gravedad de YFAS (0,722) y la puntuación de gravedad de bulimia de Edimburgo (0,705). Los diagnósticos más frecuentes como causa de exclusión fueron adicción a la comida 8 (20,5%) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG) 6 (15,5%).

Conclusiones: Las escalas YFAS, BITE y HADS-A fueron útiles para discriminar a aquellos pacientes considerados no aptos para cirugía bariátrica por cualquier causa psicopatológica.

© 2022 SEEN y SED. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drantonioserranogarcia@gmail.com (A. Serrano García).

KEYWORDS

Bariatric surgery;
 Psychopathology;
 Psychometry;
 Patient selection

Analysis of psychometric questionnaires used in patient selection for bariatric surgery

Abstract

Introduction: In severe forms of obesity there is a high prevalence of psychopathological comorbidity. Psychiatric evaluation is an important component of comprehensive obesity care and contributes to optimizing therapeutic results after bariatric surgery.

Objective: To assess the effectiveness of psychometric tests used in the protocol for selecting patients for bariatric surgery.

Material and methods: Retrospective naturalistic observational study of 100 patients who were candidates for bariatric surgery. Patients who complete the psychometric protocol and the psychiatric interview between January 2019 and June 2021 are included. Two groups are formed: those considered unfit for any psychopathological reason and those considered fit. To evaluate the effectiveness of the tests used, ROC curves will be used. The sensitivity and specificity values of each test used will be obtained.

Results: 97 patients included, aged between 20 and 61 years, 64.9% women. 51.5% had a family history and 38.1% a personal history of any psychiatric disorder. Regarding the area under the curve, the scales that presented a value greater than 0.7 were the YFAS total score (0.771), HADS-D (0.757), the Edinburgh Bulimia total score (0.747), the severity score of YFAS (0.722) and Edinburgh Bulimia Severity Score (0.705). The most frequent diagnoses as a cause of exclusion were Food Addiction 8 (20.5%) and Generalized Anxiety Disorder (GAD) 6 (15.5%).

Conclusions: The YFAS, BITE and HADS-A scales were useful to discriminate those patients considered unsuitable for bariatric surgery for any psychopathological cause.

© 2022 SEEN y SED. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La obesidad es posiblemente el trastorno metabólico más frecuente en el mundo occidental. En nuestro país, la prevalencia de obesidad es del 21,6%, el 22,8% entre los varones y el 20,5% entre las mujeres, y aumenta con la edad¹. Entre 1987 y 2014, las prevalencias de sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida aumentaron el 0,28%/año². En cuanto a la obesidad mórbida, existen pocos datos en nuestro medio. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, la obesidad alcanza el grado mórbido en el 0,89% de los adultos españoles en los años 2011/2012³.

Los pacientes con grados menores de obesidad son tributarios de medidas dietéticas, aumento de la actividad física y ciertas terapias conductuales, asociadas o no a tratamientos farmacológicos. La obesidad extrema o mórbida es con frecuencia refractaria al tratamiento convencional. La cirugía bariátrica constituye una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de la obesidad mórbida, siempre que se realice tras una cuidadosa selección de candidatos, que considere las variables biopsicosociales del paciente, y bajo un estricto seguimiento del paciente.

La cirugía bariátrica es una opción válida de tratamiento para la obesidad si el índice de masa corporal (IMC) supera los 40 kg/m² o en sujetos con comorbilidades y un IMC mayor de 35 kg/m².⁴ Para que los resultados sean óptimos es importante la participación de un equipo multidisciplinar con un médico, un dietista, un psicólogo o un psiquiatra con experiencia en este campo y un cirujano experto en las intervenciones bariátricas. Una parte importante del proceso de evaluación es la definición de las expectativas realistas. No

es probable que los pacientes sometidos a cirugía bariátrica consigan su peso ideal. Una pérdida de peso satisfactoria típica se define como una porcentaje de peso perdido superior al 50% del exceso de peso corporal.

Las causas psicopatológicas que desaconsejan un procedimiento quirúrgico bariátrico, incluyen cualquier estado que ponga en riesgo la modificación de hábitos y creencias respecto a la conducta alimentaria que condicionen la pérdida de peso y mejora de la salud, que es el objetivo del procedimiento quirúrgico⁴.

Hoy por hoy, la obesidad en sí no se considera un trastorno mental, no obstante, cada vez disponemos de mayor evidencia de la posible existencia de cierta comorbilidad psicopatológica. En las formas graves de obesidad hay una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos. La evaluación psiquiátrica puede ser un componente importante de la atención integral de la obesidad y merece una mención adicional. Se puede esperar que esto optimice los resultados terapéuticos y funcionales. Además, a medida que se hace evidente el vínculo bidireccional, el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica puede reducir la carga de la obesidad y viceversa. En algunos casos se trata de un trastorno psiquiátrico primario que actúa como precipitante o mantenedor del exceso de peso patológico; entre estos destacan la bulimia nerviosa, la adicción a la comida y el trastorno por atracón y el síndrome del comedor nocturno^{5,6}.

Según el Protocolo de Intervención en Obesidad Mórbida del Complejo Asistencial Universitario de León, y debido a las contraindicaciones psicopatológicas, es necesaria la valoración psiquiátrica de los pacientes para excluir las siguientes condiciones:

- **Contraindicaciones absolutas:** adicciones, incluido el alcoholismo, retraso mental, bulimia nerviosa.
- **Relativas:** entorno familiar claramente desfavorable, psicosis, personalidad patológica: esquizotípico, límite y paranoide; vómitos psicógenos; hiperfagia en otras alteraciones psicológicas; grave dificultad para comprender y llevar a cabo los requerimientos del procedimiento.

Objetivo: valorar la efectividad de los test psicométricos empleados en el protocolo de selección de pacientes para cirugía bariátrica.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional naturalístico retrospectivo. Aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de las Áreas de Salud de León y El Bierzo el 22 de febrero de 2022, con número de expediente 21162. Según el protocolo empleado para la selección de pacientes para cirugía bariátrica, todos los pacientes candidatos propuestos por endocrinología deben completar una batería de test y un cuestionario sobre variables sociodemográficas durante una entrevista con psicología clínica. Posteriormente son evaluados en una consulta específica por un psiquiatra y, tras esta segunda consulta, se incluye al paciente en el protocolo quirúrgico o se le excluye del mismo, según los hallazgos diagnósticos realizados.

La batería de test psicométricos empleados incluye:

- Test YFAS de adicción a la comida⁷
- Test de bulimia de Edimburgo⁸
- Escala de impulsividad de Plutchik⁹
- Inventario de personalidad de Salamanca¹⁰
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)¹¹

Dado que las contraindicaciones psicopatológicas para la cirugía bariátrica corresponden principalmente a trastornos de la conducta alimentaria y adicciones se han seleccionado el test de bulimia de Edimburgo y la escala YFAS de adicción a la comida. Igualmente, la regulación del control de impulsos, los rasgos de personalidad y las puntuaciones de ansiedad y depresión pueden encuadrarse dentro de las contraindicaciones relativas, por lo que se decidió incluir en la batería test sencillos para su evaluación (escala de impulsividad de Plutchik, inventario de personalidad de Salamanca y HADS).

Criterios de inclusión

- Pacientes que han completado el protocolo psicométrico y la entrevista psiquiátrica prequirúrgica para la obesidad mórbida entre el 1 de enero de 2019 y el 30 de junio de 2021.

Criterios de exclusión

- Pacientes con datos incompletos.

Se conformaron dos grupos de comparación entre los pacientes incluidos en el estudio, por una parte, aquellos

que fueron considerados no aptos por cualquier causa psicopatológica en la consulta de valoración por parte de psiquiatría y, por otra parte, aquellos considerados aptos en la citada consulta.

Para evaluar la efectividad de los test empleados se utilizará metodología basada en curvas ROC, en la que se estableció como estado real positivo la exclusión en primera consulta del paciente por causa psíquica y como estado real negativo la no exclusión en primera consulta del paciente por causa psíquica. El objeto de este análisis estadístico es obtener los valores de sensibilidad y especificidad de cada uno de los test empleados respecto a la exclusión de los pacientes por cualquier causa psíquica.

Se realizó igualmente un análisis descriptivo de los diferentes diagnósticos encontrados como causa de exclusión de los pacientes y una comparación de las variables sociodemográficas y psicométricas entre excluidos y no excluidos.

Resultados

En nuestro estudio, 100 pacientes fueron enviados para valoración según el protocolo de cirugía bariátrica en el periodo de estudio. Tres de ellos realizaron la entrevista psicológica, pero finalmente no acudieron a la entrevista psiquiátrica, por lo que el total de pacientes incluidos en el estudio fue de 97 pacientes. El grupo de estudio quedó conformado por 34 varones (35,1%) y 63 mujeres (64,9%), con edades comprendidas entre los 20 y los 61 años, con una media de 44,54 (9,48) años. En la [tabla 1](#) se describen las variables sociodemográficas, siendo lo más frecuente un oficio no cualificado, es decir, oficios que para su desempeño no precisan una titulación específica ($n = 37$; 38,1%), y un nivel de estudios básico ($n = 42$; 43,3%). En 50 casos (51,5%) se evidenciaron antecedentes familiares de cualquier trastorno psiquiátrico y en 37 (38,1%) antecedentes personales de cualquier trastorno psiquiátrico.

Del total de pacientes evaluados, 39 pacientes (40,2%) se consideraron no aptos por causa psíquica tras la entrevista psiquiátrica. Respecto a los diagnósticos recibidos como causa de exclusión para la cirugía bariátrica, la distribución fue la siguiente: adicción a la comida 8 (20,5%), TAG 6 (15,5%), bulimia nerviosa 10 (25,7%), trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCA-NE) 10 (25,7%), trastornos adaptativos 3 (7,7%), alcoholismo 1 (2,6%) y trastorno límite de la personalidad (TLP) 1 (2,6%).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre aptos y no aptos respecto a la edad ($p = 0,462$), al sexo ($p = 0,771$), a la existencia de antecedentes familiares psiquiátricos ($p = 0,230$) o al nivel académico ($p = 0,316$). Sí se observaron diferencias significativas respecto a la existencia de antecedentes personales psiquiátricos ($p = 0,009$) y a la situación laboral ($p = 0,004$). En la [tabla 1](#) se describen de forma desglosada las variables sociodemográficas.

Respecto a la batería psicométrica empleada, en la [figura 1](#) se representan las curvas ROC para cada uno de los parámetros estudiados y en la [tabla 2](#) se describen las puntuaciones obtenidas. Observamos diferencias estadísticamente significativas entre pacientes aptos y no aptos en los siguientes parámetros: Puntuación total de la escala YFAS ($p < 0,001$), puntuación de gravedad de la escala YFAS ($p < 0,001$), puntuación de rasgo paranoide de la escala de

Tabla 1 Variables sociodemográficas

| | Pacientes totales (n = 97) | Aptos (n = 58) | No aptos (n = 39) | p |
|--|----------------------------|----------------|-------------------|-------|
| <i>Edad (años)</i> | 44,54 (9,48) | 45,12 (9,03) | 43,67 (10,16) | 0,462 |
| <i>Sexo</i> | | | | |
| Varones | 34 (35,05%) | 21 (36,21%) | 13 (33,33%) | 0,771 |
| Mujeres | 63 (64,95%) | 37 (63,79%) | 26 (66,67%) | |
| <i>Situación laboral</i> | | | | |
| Cualificado | 20 (20,62%) | 16 (27,59%) | 4 (10,26%) | 0,004 |
| Desempleo | 29 (29,90%) | 10 (17,24%) | 19 (48,72%) | |
| Jubilado | 11 (11,34%) | 9 (15,52%) | 2 (5,13%) | |
| No cualificado | 37 (38,14%) | 23 (39,66%) | 14 (35,90%) | |
| <i>Nivel académico</i> | | | | |
| Bachillerato | 14 (14,43%) | 10 (17,24%) | 4 (10,26%) | 0,316 |
| Básicos | 42 (43,30%) | 27 (46,55%) | 15 (38,46%) | |
| FP | 32 (32,99%) | 15 (15,46%) | 17 (43,59%) | |
| Universidad | 9 (9,28%) | 6 (10,34%) | 3 (7,69%) | |
| <i>Antecedentes familiares psiquiátricos</i> | | | | |
| Presentes | 50 (51,55%) | 27 (46,55%) | 23 (58,97%) | 0,230 |
| Ausentes | 47 (48,45%) | 31 (53,45%) | 16 (41,03%) | |
| <i>Antecedentes personales psiquiátricos</i> | | | | |
| Presentes | 37 (38,14%) | 16 (27,59%) | 21 (53,85%) | 0,009 |
| Ausentes | 60 (61,86%) | 42 (72,41%) | 18 (46,15%) | |

Tabla 2 Resultados de la batería psicométrica

| | Pacientes totales (n = 97) Media (DE) | Aptos (n = 58) Media (DE) | No aptos (n = 39) Media (DE) | p |
|---|--|------------------------------|---------------------------------|---------|
| <i>Escala de adicción a la comida de Yale (YFAS)</i> | | | | |
| Puntuación total | 2,28 (2,53) | 1,26 (1,55) | 3,79 (2,94) | < 0,001 |
| Gravedad | 0,53 (1,00) | 0,10 (0,36) | 1,15 (1,29) | < 0,001 |
| <i>Inventario de personalidad de Salamanca (IPS)</i> | | | | |
| Paranoide | 1,47 (1,39) | 1,24 (1,44) | 1,82 (1,25) | 0,044 |
| Esquizoide | 1,65 (1,71) | 1,45 (1,73) | 1,95 (1,65) | 0,158 |
| Esquizotípico | 0,52 (0,89) | 0,34 (0,69) | 0,77 (1,09) | 0,021 |
| Histriónico | 2,07 (1,40) | 1,97 (1,48) | 2,23 (1,29) | 0,363 |
| Antisocial | 0,10 (0,45) | 0,07 (0,32) | 0,15 (0,59) | 0,359 |
| Narcisista | 0,46 (0,93) | 0,55 (1,05) | 0,33 (0,70) | 0,256 |
| Impulsivo | 1,56 (1,08) | 1,31 (0,88) | 1,92 (1,24) | 0,006 |
| Límite | 1,03 (1,27) | 0,81 (1,15) | 1,36 (1,39) | 0,036 |
| Anancástico | 1,78 (1,39) | 1,93 (1,39) | 1,56 (1,38) | 0,203 |
| Dependiente | 1,56 (1,44) | 1,66 (1,49) | 1,41 (1,37) | 0,415 |
| Ansioso | 2,02 (1,59) | 1,84 (1,51) | 2,28 (1,70) | 0,187 |
| <i>Escala de impulsividad de Plutchik (PIS)</i> | | | | |
| Total | 12,74 (4,65) | 11,50 (4,41) | 14,59 (4,44) | 0,001 |
| <i>Escala de bulimia de Edimburgo (BITE)</i> | | | | |
| Síntomas | 9,14 (5,56) | 7,31 (4,90) | 11,87 (5,42) | < 0,001 |
| Gravedad | 1,74 (2,57) | 1,33 (2,72) | 2,36 (2,23) | 0,044 |
| <i>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)</i> | | | | |
| HADS-A | 7,54 (3,90) | 6,56 (3,07) | 8,97 (4,53) | 0,002 |
| HADS-D | 5,32 (3,45) | 4,04 (2,75) | 7,21 (3,54) | < 0,001 |

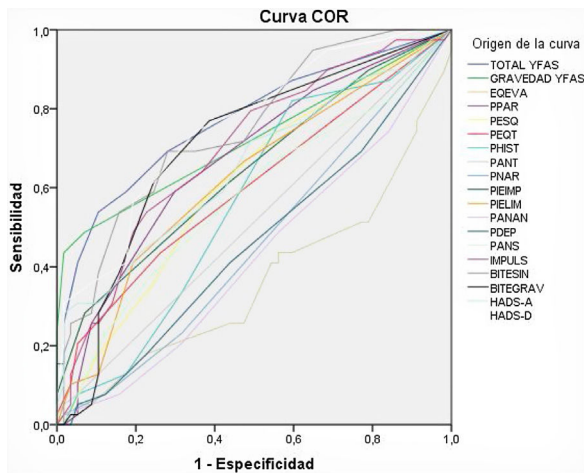


Figura 1 Curvas ROC de las escalas empleadas. Total YFAS: puntuación total de la escala YFAS; Gravedad YFAS: puntuación de gravedad de la escala YFAS; EQEVA: puntuación de calidad de vida global de la escala EuroQoL5; PPAR: rasgo paranoide de la escala de personalidad de Salamanca; PESQ: rasgo esquizoide de la escala de personalidad de Salamanca; PEQT: rasgo esquizotípico de la escala de personalidad de Salamanca; PHIST: rasgo histriónico de la escala de personalidad de Salamanca; PANT: rasgo antisocial de la escala de personalidad de Salamanca; PNAR: rasgo narcisista de la escala de personalidad de Salamanca; PIEIMP: rasgo impulsivo de la escala de personalidad de Salamanca; PIELIM: rasgo límite de la escala de personalidad de Salamanca; PANAN: rasgo anancástico de la escala de personalidad de Salamanca; PDEP: rasgo dependiente de la escala de personalidad de Salamanca; PANS: rasgo ansioso de la escala de personalidad de Salamanca; IMPULS: puntuación total de la escala de impulsividad de Plutchnik; BITESIN: puntuación total de síntomas de la escala de Bulimia de Edimburgo; BITEGRAV: puntuación de gravedad de la escala de Bulimia de Edimburgo; HADS-A: puntuación de Ansiedad de la escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión; HADS-D: puntuación de Depresión de la escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

personalidad de Salamanca ($p = 0,004$), puntuación de rasgo impulsivo de la escala de personalidad de Salamanca ($p = 0,006$), puntuación de rasgo límite de la escala de personalidad de Salamanca ($p = 0,036$), puntuación de rasgo paranoide de la escala de personalidad de Salamanca ($p = 0,044$), puntuación de rasgo esquizotípico de la escala de personalidad de Salamanca ($p = 0,021$), puntuación total de la escala de impulsividad de Plutchik ($p = 0,001$), puntuación total de la escala de bulimia de Edimburgo ($p < 0,001$), puntuación de gravedad de la escala de bulimia de Edimburgo ($p = 0,044$), puntuación total de la escala HADS de ansiedad ($p = 0,002$) y puntuación total de la escala HADS de depresión ($p < 0,001$).

Respecto al área bajo la curva, las escalas que presentaron un valor superior a 0,7 fueron la puntuación total de la escala YFAS (0,771), la escala HADS de depresión (0,757), la puntuación total de la escala de bulimia de Edimburgo (0,747), la puntuación de gravedad de la escala YFAS (0,722) y la puntuación de gravedad de la escala de bulimia de Edimburgo (0,705). En la [tabla 3](#) se describe la determinación de coordenadas de las citadas escalas empleadas y se trata de determinar el punto de corte que presenta mayor sensibili-

dad y especificidad. De esta forma encontramos que para la puntuación total de la escala YFAS este punto corresponde al valor $> 3,5$ (sensibilidad 0,54; especificidad 0,90), para la escala HADS de depresión este es $> 4,5$ (sensibilidad 0,74; especificidad 0,65), para la puntuación total de la escala de bulimia de Edimburgo este es $> 9,5$ (sensibilidad 0,69; especificidad 0,72), para la puntuación total de gravedad de la escala YFAS $> 1,5$ (sensibilidad 0,44; especificidad 0,98) y para la puntuación de gravedad de la escala de bulimia de Edimburgo $> 0,5$ (sensibilidad 0,77; especificidad 0,61).

Discusión

Respecto a las herramientas psicométricas utilizadas encontramos que la que presenta mayor capacidad discriminativa entre pacientes aptos y no aptos en primera consulta es la escala YFAS, cuyo diseño se plantea en torno a la hipótesis de la comida como sustancia adictiva. Encontramos que el mayor rendimiento diagnóstico de esta escala se encuentra con cuatro o más puntos en la escala de síntomas y con dos o más puntos en la escala de gravedad. En ambos casos, este elevado rendimiento diagnóstico se obtiene a partir de una elevada especificidad, por lo que no se considera una buena herramienta de *screening* al ser poco sensible, aunque en caso de obtenerse un resultado positivo es probable que exista un cuadro que sea necesario abordar antes de continuar con el procedimiento.

La escala BITE presenta unos valores de sensibilidad y especificidad más equilibrados. La puntuación de máximo rendimiento de la escala de síntomas se corresponde con la obtenida por la validación española de la escala que orienta hacia la existencia de patrones alimentarios anormales. La escala de gravedad sin embargo presenta su mayor rendimiento diagnóstico por encima de uno, lo que es mucho menor que la indicada en la validación (cinco o más), a nuestro modo de ver esta disparidad es probable que se vea influenciada por la composición de la muestra, que no compara pacientes con bulimia con pacientes sanos, sino que mezcla todo tipo de pacientes con obesidad mórbida.

Otra cuestión llamativa se obtiene en los resultados de la escala HADS-D, que presenta un mayor rendimiento diagnóstico de la escala HADS-A (aunque esta última también es discriminativa), y cuyo punto de mayor rendimiento (cinco o más) se encuentra por debajo de la indicada en la validación española (siete o más). Esto podría atribuirse a que el afrontamiento de las circunstancias estresantes a través de la ingesta podría tener un componente antidepresivo y «tapar» de alguna manera un cuadro de afectación anímica durante un tiempo, de tal forma que el cuadro de obesidad mórbida aparecería antes de que se agotara la función homeostática sobre el ánimo de la ingesta.

Respecto a las otras escalas empleadas que completan el protocolo encontramos que la escala de impulsividad de Plutchik presenta capacidad discriminativa, si bien tanto en el grupo de pacientes aptos como en el de no aptos presenta unas puntuaciones medias muy por debajo del punto de corte propuesto en la validación española (> 20). Una vez más atribuimos esta disparidad a la heterogeneidad de nuestro grupo de estudio. Los rasgos de personalidad más prominentes en nuestros pacientes son el histriónico y el ansioso ([fig. 2](#)), sin embargo, no se evidencia capacidad dis-

Tabla 3 Coordenadas de las escalas con área bajo la curva superior a 0,7

| Escala | Positivo si es mayor o igual que | Sensibilidad | Especificidad | Sensibilidad + Especificidad |
|---------------|----------------------------------|--------------|---------------|------------------------------|
| Total YFAS | 1,5 | 0,692 | 0,719 | 1,411 |
| | 2,5 | 0,59 | 0,825 | 1,415 |
| | 3,5 | 0,538 | 0,895 | 1,433 |
| | 4,5 | 0,41 | 0,947 | 1,357 |
| | 5,5 | 0,256 | 0,982 | 1,238 |
| HADS-D | 2,5 | 0,949 | 0,316 | 1,265 |
| | 3,5 | 0,821 | 0,474 | 1,295 |
| | 4,5 | 0,744 | 0,649 | 1,393 |
| | 5,5 | 0,615 | 0,754 | 1,369 |
| | 6,5 | 0,564 | 0,807 | 1,371 |
| BITE Síntomas | 7,5 | 0,718 | 0,526 | 1,244 |
| | 8,5 | 0,692 | 0,649 | 1,341 |
| | 9,5 | 0,692 | 0,719 | 1,411 |
| | 10,5 | 0,59 | 0,754 | 1,344 |
| | 11,5 | 0,538 | 0,842 | 1,38 |
| Gravedad YFAS | 0,5 | 0,487 | 0,93 | 1,417 |
| | 1,5 | 0,436 | 0,982 | 1,418 |
| | 2,5 | 0,231 | 1 | 1,231 |
| BITE gravedad | -1 | 1 | 0 | 1 |
| | 0,5 | 0,769 | 0,614 | 1,383 |
| | 1,5 | 0,615 | 0,754 | 1,369 |

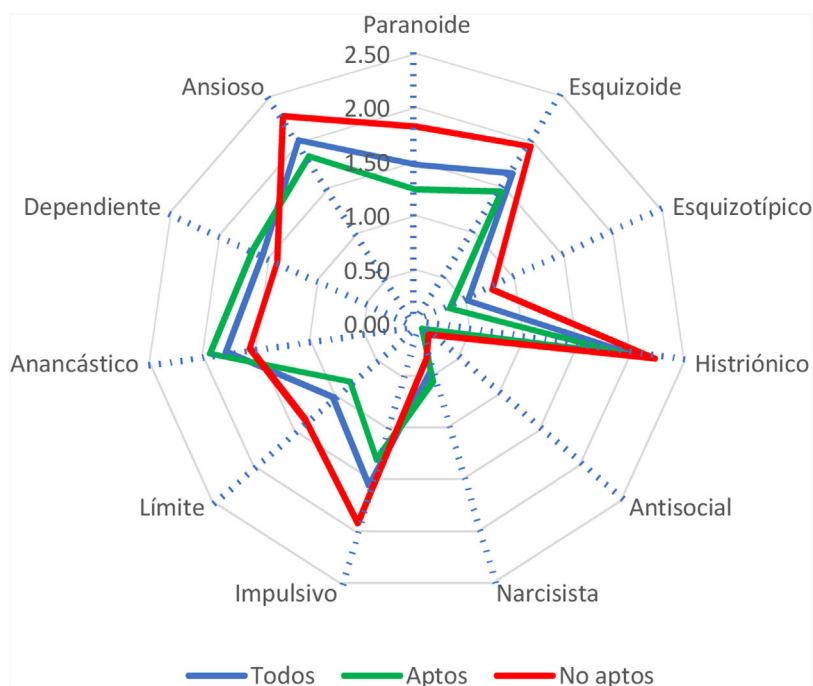


Figura 2 Perfil de personalidad obtenido.

criminatoria de estos rasgos entre aptos y no aptos, siendo los rasgos esquizotípicos, límite, paranoide e impulsivo los que se encuentran más marcados en el grupo de pacientes no aptos, lo que coincide con la literatura sobre el tema¹².

Encontramos que el perfil de los pacientes valorados en el protocolo de cirugía bariátrica corresponde a una mujer en torno a los 45 años que presenta un nivel de

estudios básico y un empleo no cualificado, con antecedentes familiares psiquiátricos y sin antecedentes personales psiquiátricos. A nuestro entender, este perfil se corresponde con un nivel socioeconómico medio-bajo y entendemos que puede deberse a dos orígenes principales. Por una parte, al predominio de la obesidad en las capas sociales con menores recursos económicos, con menor concienciación y acceso a

alimentación saludable y, por otra parte, al carácter público de nuestro hospital, que implica una menor velocidad para la realización de la cirugía y un mayor número de pasos administrativos, cuestión que habitualmente no sucede en dispositivos de carácter privado en los cuales la rápida realización de procedimientos es su forma de principal de competir con un sistema mucho más dotado en recursos como es el sistema sanitario público español.

Un 40,2% de los pacientes valorados fueron considerados no aptos tras la primera consulta psiquiátrica. Este porcentaje es muy superior a otros estudios publicados, oscilando este entre un 15 y un 20%^{12,13}. Consideramos que esta variación se debe principalmente a la existencia de un equipo multidisciplinar integrado, que permite ofrecer diferentes alternativas terapéuticas a la exploración sistemática de conductas adictivas y al objetivo de que el paciente se encuentre en la mejor situación psicológica posible para encarar el procedimiento, lo que puede dar lugar a varias consultas antes de considerar al paciente apto.

Esto en modo alguno significa un desistimiento del procedimiento, sino que se considera que la situación psíquica del paciente no es adecuada en el momento de la valoración para afrontar un procedimiento como es la cirugía bariátrica.

Entre los diagnósticos encontrados, los grupos principales corresponden con alteraciones del sistema de control de la ansiedad, que se acompañan de un afrontamiento disfuncional mediante el uso de comida como ansiolítico y que contribuyen a la ganancia ponderal, trastornos de la conducta alimentaria de tipo bulímico, generalmente no acompañado de conductas purgativas, y trastornos por atracón y un último grupo en los que se ha considerado la comida como conducta adictiva. El abordaje de los diferentes diagnósticos resulta diferente tanto desde el punto de vista de la interacción con el paciente como desde su abordaje psicofarmacológico. De esta manera, en los cuadros relacionados con la ansiedad se hipotetiza que la disfunción principal se encuentra a nivel amigdalario y suelen abordarse mediante fármacos de la familia de los ISRS, principalmente fluoxetina, y una entrevista orientada a la identificación de factores ansiógenos y búsqueda de conductas alternativas a la ingesta; los cuadros relacionados con cuadros de tipo bulímico/atracón se consideran una alteración de la regulación de la impulsividad, neuroanatómicamente se centran en la alteración de la interacción entre el córtex prefrontal y la amígdala, la entrevista suele orientarse a la creación de un adecuado *insight* y al refuerzo de los factores de control externo e interno y psicofarmacológicamente suelen tratarse con una combinación de topiramato y fluoxetina; y el último grupo, que se relaciona con los mecanismos cerebrales de las adicciones y se centra en el papel hedónico de la comida, se sitúa anatómicamente en los circuitos de recompensa mesolímbicos y suele abordarse mediante las mismas técnicas que otras adicciones y psicofarmacológicamente orientarse hacia la regulación dopaminérgica con fármacos que puedan sustituir ese componente hedónico, como el bupropión. Los demás grupos diagnósticos son marginales en nuestro estudio y, en caso de los trastornos depresivos, suelen poder continuar con el procedimiento una vez remitido el cuadro.

Una de las cuestiones importantes para la generalización de los resultados es la ausencia de consenso sobre las

entidades clínicas psiquiátricas relevantes en el despistaje de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, así como cuáles deberían ser contraindicaciones absolutas o relativas para la misma. En este estudio hemos aplicado el protocolo clínico elaborado en nuestro hospital, lo que podría dificultar la extrapolación a otros entornos clínicos. Otra cuestión a tener en cuenta es la inestabilidad de los diagnósticos psiquiátricos, principalmente en el campo de las neurosis, ya que lo que hoy se manifiesta como un trastorno de conducta alimentaria de tipo bulímico puede manifestarse en el futuro como un cuadro adictivo, una ansiedad generalizada o, incluso, un trastorno conversivo.

En cuanto a las fortalezas del estudio, este se ha realizado en condiciones clínicas reales en un hospital público. La valoración de los pacientes es integral, con un enfoque multidisciplinar y biopsicosocial de la obesidad. En cuanto a las limitaciones, este estudio está realizado durante el periodo de un único año, en un único centro y es de carácter retrospectivo. Los antecedentes psiquiátricos han sido recogidos como variable dicotómica, sin explicitar diferencias. La variable principal es la exclusión o no por causas psíquicas, lo que podría dar lugar a que la sensibilidad y especificidad de cada test sea mayor según el diagnóstico psiquiátrico específico.

Conclusiones

Hoy, la obesidad en sí no se considera un trastorno mental, no obstante, la presencia de comorbilidad psiquiátrica es frecuente y en un 40,2% de los casos requiere intervención previa a la cirugía.

La escala con mayor capacidad discriminativa entre pacientes aptos y no aptos en primera consulta es la escala YFAS. Este elevado rendimiento diagnóstico se obtiene a partir de una elevada especificidad.

Entre los diagnósticos encontrados los grupos principales corresponden con alteraciones del sistema de control de la ansiedad, que se acompañan de un afrontamiento disfuncional mediante el uso de comida como ansiolítico y que contribuyen a la ganancia ponderal.

Los rasgos de personalidad más prominentes en nuestros pacientes son el histriónico y el ansioso, sin embargo, no se evidencia capacidad discriminativa de estos rasgos entre aptos y no aptos, siendo los rasgos esquizotípicos, límite, paranoide e impulsivo los que se encuentran más marcados en el grupo de pacientes no aptos.

El perfil de los pacientes valorados en el protocolo de cirugía bariátrica corresponde a una mujer en torno a los 45 años que presenta un nivel de estudios básico y un empleo no cualificado, con antecedentes familiares psiquiátricos y sin antecedentes personales psiquiátricos.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bartrina JA, Rodrigo CP, Aresti GA, Carrera NR, Masedo SL. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-64 años) 2014-2015: estudio ENPE. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69(6):579–87.
2. Hernández Á, Zomeño MD, Dégano IR, Fernández SP, Arno AG, Vila J, et al. Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72(11):916–24.
3. Gortari FJB, Rastrollo MB, López MRC, Gea A, González MÁM. Prevalencia de obesidad y diabetes en adultos españoles, 1987-2012. *Med Clin*. 2017;148(6):250–6.
4. Ballesteros Pomar MD, Vilarrasa García N, Rubio Herrera MÁ, Barahona MJ, Bueno M, Caixàs A, et al. The SEEN comprehensive clinical survey of adult obesity: Executive summary. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2021;68(2):130–6.
5. Michael DJ. Obesidad. En: Goldman L, Schafer A, editores. *Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna*. 26 a ed Elsevier; 2021 [consultado 6 Abr 2022]. Disponible en: <https://clinicalkey.publicaciones.saludcastillayleon.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491137658002071?scrollTo=%23h0000371>
6. Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad en Niños y Adolescentes [Internet]. 1 a ed Elsevier; 2020 [consultado 6 Abr 2022]. Disponible en: <https://clinicalkey.publicaciones.saludcastillayleon.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491135760000165?scrollTo=%23h0000246>
7. Valdés-Moreno MI, Rodríguez-Márquez MC, Cervantes-Navarrete JJ, Camarena B, de Gortari P. Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su evaluación en una muestra de población mexicana. Análisis factorial. *Salud Ment [Internet]*. 2016;39(6):295–302 [consultado 25 May 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0185-33252016000600295&lng=es>.
8. Franco Paredes K, Álvarez Rayón GL, Ramírez Ruelas RE. Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Rev Mex Trastor Aliment [revista en la Internet]*. 2011;2(2):148–64 [consultado 25 May 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S2007-15232011000200009&lng=es>.
9. Alcázar-Córcoles MÁ, Verdejo AJ, Bouso-Sáiz JC. Propiedades psicométricas de la escala de impulsividad de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes. *Actas Esp Psiquiatr*. 2015;43(5):161–9.
10. Pérez Urdániz A, Rubio Larrosa V, Gómez Gazol M.E. Cuestionario Salamanca Para El Screening De Trastornos De La Personalidad [Internet]. Sociedad Española de Trastornos de Personalidad [consultado 5 Ene 2022]. Disponible en: https://www.iqb.es/diccio/t/test_personalidad.pdf
11. Terol-Cantero MC, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anal Psicol [Internet]*. 2015;31(2):494–503, <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701> [consultado 25 May 2022]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0212-97282015000200013&lng=es>.
12. Norris L. Psychiatric Issues in Bariatric Surgery. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30:717–38 [consultado 6 Abr 2022];30(4). Disponible en: <https://clinicalkey.publicaciones.saludcastillayleon.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0193953X07000937>
13. Mark Z, Caren FW, Iwona C, Diane YDB. Presurgical psychiatric evaluations of candidates for bariatric surgery, part 1: reliability and reasons for and frequency of exclusion. *J Clin Psiquiatr [Internet]*. 2007;68(10):1557–62 [consultado 11 Abr 2022]. Disponible en: <https://pubmed.publicaciones.saludcastillayleon.es/17960972/>