



EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DE LA OBESIDAD MÓRBIDA CON EL CUESTIONARIO DE SOBREINGESTA ALIMENTARIA

ARANTXA SANAGUSTÍN LLES

Tutor: CARMELO MARIANO PELEGRÍN VALERO. Departamento de Medicina,
Psiquiatría y Dermatología

Fecha de presentación: 16/06/2015

Resumen

La Obesidad Mórbida ($IMC > 40$), lejos de constituir un problema exclusivamente estético, se ha convertido en un problema sanitario por la altísima frecuencia de comorbilidad con la que va asociada (hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, dislipemia, diabetes mellitus tipo II, síndrome de apnea-hipoventilación, osteoartrosis grave en articulaciones,...). La Obesidad Mórbida, por lo tanto, representa un riesgo vital para el individuo y una importante repercusión en la calidad de vida de los afectados.

Se han realizado múltiples estudios de la sintomatología psiquiátrica y psicológica, tanto antes como después de la cirugía bariátrica, objetivándose que antes de la cirugía se presentan cifras elevadas de comorbilidad, pero desde una perspectiva categorial, es decir, de enfermedades psiquiátricas según criterios de los manuales de clasificación actuales. También se han realizado estudios de la personalidad premórbida y con instrumentos, como el estudio del neuroticismo de Eyseck.

En este Trabajo de Fin de Grado, basado en el Prácticum del Grado en Nutrición y Dietética, realizado en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital San Jorge (Huesca), se realiza un estudio de las características sobre los “Hábitos y actitudes relacionadas con la conducta alimentaria” y “Hábitos generales de salud y funcionamiento social” mediante la utilización del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ), que es un instrumento con una elevada validez de contenido para el estudio de los pacientes obesos en general, y de los obesos mórbidos en particular.

Los hallazgos obtenidos son congruentes con la escasa publicación existente, y apoyan la utilización del OQ en próximos estudios sobre la obesidad.

Índice y listado de abreviaturas

ÍNDICE

1. Introducción.....	Página 5
2. Objetivos.....	Página 7
3. Hipótesis.....	Página 8
4. Materiales y métodos.....	Página 10
4.1. Sujetos de estudio.....	Página 10
4.2. Materiales y métodos.....	Página 10
5. Resultados.....	Página 13
6. Discusión.....	Página 17
7. Conclusiones.....	Página 21
8. Bibliografía.....	Página 23

LISTADO DE ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
IMC	Índice de Masa Corporal
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
OQ	Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria
INC	Inconsistencia en las respuestas
DEF	Defensividad
SOB	Sobreingesta alimentaria
SUB	Subingesta alimentaria
ANT	Antojos alimentarios
EXP	Expectativas relacionadas con comer
RAC	Racionalizaciones
MOT	Motivación para bajar de peso
SAL	Hábitos de salud
COR	Imagen corporal / Corporalidad
AIS	Aislamiento social
ALT	Alteraciones afectivas

1. Introducción

Se entiende como **obesidad** la acumulación excesiva de grasa corporal, hecho que puede ser perjudicial para la salud. Actualmente, un gran sector de la población está afectado por esta patología, considerada como la enfermedad del Siglo XXI. La obesidad está asociada a un gran número de comorbilidades, que empeoran el estado de salud general del individuo, sobre todo los grados mayores en los que se presenta (Obesidad Mórbida).

En la determinación del grado de obesidad, los distintos comités de expertos internacionales proponen la utilización de datos antropométricos obtenidos a partir del peso, la talla, los pliegues y los perímetros corporales, según edad y sexo. Esto es debido a que, cuantos más parámetros se incluyan en la valoración del grado de obesidad, más fiable será su resultado y con más exactitud se podrá iniciar una intervención adecuada.

El indicador más utilizado es el llamado **Índice de Masa Corporal (IMC)**, el cual relaciona el peso y la talla, pero hay que usarlo sólo a título indicativo, porque es posible que a veces el resultado no se corresponda con la valoración física real. Se calcula de la siguiente manera:

$$\text{IMC} = \text{peso en kg} / (\text{talla en m})^2$$

El resultado se expresa en kg/m^2 . Para la interpretación del resultado obtenido, nos fijamos en el siguiente rango de valores:

- < 19: Desnutrición
- 20 – 25: Normopeso
- 25 – 30: Sobrepeso
- 30 – 35: Obesidad tipo I
- 35 – 40: Obesidad tipo II
- > 40: Obesidad Mórbida

Como podemos observar, se considera que una persona padece **Obesidad Mórbida** cuando su IMC es superior a 40. La Obesidad Mórbida se ha convertido en un problema sanitario muy importante, por la altísima comorbilidad con la que va asociada.

Desde el punto de vista psicopatológico, se han realizado diversos estudios que evalúan a los pacientes desde una perspectiva categorial. Así, las cifras de prevalencia de comorbilidades aportadas son:

- Trastorno por atracón: 27%
- Bulimia atípica: 6,7%
- Trastorno adaptativo: 15,2%
- Trastorno de personalidad: 10%

A pesar de estos estudios realizados desde el punto de vista categorial, existen pocos estudios que evalúen a estos pacientes desde una perspectiva psicológica dimensional, con un instrumento que valore hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad.

Por lo tanto, este estudio va destinado a evaluar los hábitos y actitudes de las personas afectadas por esta patología, relacionadas con el comportamiento alimentario y otros aspectos psicosociales de interés, para una valoración más completa y un tratamiento posterior más individualizado.

2. Objetivos

El **objetivo principal** de este estudio es describir los hábitos y actitudes referentes al comportamiento alimentario, mediante el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, a partir de una muestra de treinta pacientes con una patología en común, la Obesidad Mórbida.

Además, los **objetivos secundarios** del estudio son los siguientes:

- Utilizar por primera vez la versión en español de Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) de William E. O'Donnell y W.L. Warren, en pacientes con Obesidad Mórbida.
- Conocer los hábitos alimenticios de pacientes con Obesidad Mórbida.
- Estudiar qué otros factores influyen en el desarrollo y mantenimiento de esta situación.
- Valorar en qué sectores de la población está más presente esta patología.
- Obtener resultados para poder realizar un abordaje terapéutico individualizado, insistiendo y resolviendo, primero, factores psicosociales negativos, para poder después iniciar un tratamiento dietético fructífero.

3. Hipótesis

Las **hipótesis** planteadas antes de realizar el estudio, basadas en los conocimientos sobre los aspectos alimentarios y psicológicos de la Obesidad Mórbida, son las siguientes:

1. Los pacientes con Obesidad Mórbida obtendrán puntuaciones elevadas en las subescalas del cuestionario referentes a “Hábitos y actitudes relacionadas con la conducta alimentaria”, siendo las siguientes:
 - 1.1. Sobreingesta alimentaria (SOB): se relacionan con la tendencia a seguir comiendo aun después de haber saciado el hambre.
 - 1.2. Antojos alimentarios (ANT): son una experiencia común entre aquellas personas que están tratando de bajar peso, y un obstáculo importante para su éxito.
 - 1.3. Expectativas relacionadas con comer (EXP): las puntuaciones altas sugieren que, para un individuo dado, comer representa una manera de alcanzar la regulación emocional.
 - 1.4. Racionalizaciones (RAC): la tendencia a racionalizar es una forma de deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano.
2. Por el contrario, los pacientes con Obesidad Mórbida obtendrán puntuaciones bajas en las subescalas del cuestionario referentes a:
 - 2.1. Subingesta alimentaria (SUB): indica una tendencia a no comer lo suficiente.
 - 2.2. Motivación para bajar de peso (MOT): indica el grado al cual el individuo está dispuesto a trabajar para bajar de peso y para conservar un peso corporal sano.
3. Por otro lado, en las subescalas relacionadas con “Hábitos generales de salud y funcionamiento social”, los pacientes con Obesidad Mórbida obtendrán puntuaciones bajas en:
 - 3.1. Hábitos de salud (SAL): valora la regularidad con la que el individuo participa en conductas que, por lo general, se consideran buenas prácticas de salud.
 - 3.2. Imagen corporal (COR): implica que el mantener una apariencia personal atractiva es importante para el individuo, además de cómo valoran ellos su apariencia física.

4. Por último, los pacientes con Obesidad Mórbida obtendrán puntuaciones elevadas en las subescalas del cuestionario relacionadas con:
 - 4.1. Aislamiento social (AIS): indica una relativa escasez de recursos sociales, como apoyo para conseguir la reducción y el mantenimiento del peso.
 - 4.2. Alteración afectiva (AFE): refleja la presencia de estrés, depresión o ansiedad que pueden afectar los esfuerzos para bajar de peso.

En resumen, las hipótesis planteadas antes de realizar el estudio van dirigidas a que los pacientes con Obesidad Mórbida obtendrán puntuaciones elevadas en los ítems referidos a una alimentación excesiva y en los referidos a un bajo o nulo apoyo social; por el contrario, obtendrán puntuaciones bajas en los ítems relacionados con hábitos saludables para conseguir la reducción de peso deseada.

4. Materiales y métodos

4.1. SUJETOS DEL ESTUDIO

Para la realización del estudio, se recoge una muestra de treinta pacientes con Obesidad Mórbida, los cuales acuden a consultas de seguimiento en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), ubicada en el Hospital San Jorge de Huesca, desde Noviembre de 2014 hasta Abril del 2015. Además, todos ellos están en lista de espera para someterse a una intervención de cirugía bariátrica.

Se incluyen pacientes que, antropométricamente, cumplen los criterios para ser diagnosticados de Obesidad Mórbida ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$), eliminándose del estudio aquellos que presentan alguno de los siguientes criterios de exclusión:

- Padecer enfermedad psiquiátrica grave.
- Padecer retraso mental.
- Abusar de drogas y alcohol.
- Padecer un trastorno de personalidad grave.
- Padecer bulimia nerviosa

4.2. MATERIALES Y MÉTODOS

A continuación, se explica cómo se lleva a cabo la recogida de datos y cómo se interpretan, para obtener los resultados que se observan en el siguiente apartado:

Se sienta al paciente en un área cómoda, tan silenciosa y libre de distracciones como sea posible.

Conseguida la atmósfera adecuada, en primer lugar, se entrega al paciente una ficha que recoge datos sociodemográficos básicos (*Anexo I*), como **Cuestionario Previo**, para poder después establecer diferencias y comparar entre los distintos perfiles sociodemográficos.

En segundo lugar, y como parte central del estudio, se entrega el **Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ)** (Anexo II).

Este cuestionario es un instrumento completo que mide hábitos, pensamientos y actitudes clave, relacionados con la obesidad. Es un cuestionario de autoinforme de ochenta ítems, que puede aplicarse de manera individual, y las preguntas son de fácil lectura para cualquiera.

En él, se pide a la persona que indique el grado en el cual concuerda con cada reactivo en una escala de 0 a 4, donde 0 = “para nada”, 1 = “un poco”, 2 = “moderadamente”, 3 = “bastante” y 4 = “muchísimo”.

Una vez contestados los ítems, el proceso de recogida de datos ha finalizado.

Comienza el proceso de interpretación de los datos para la obtención de los resultados.

El cuestionario arroja las puntuaciones en doce áreas diferentes. Dos de las escalas, Inconsistencia en las respuestas (INC) y Defensividad (DEF), examinan el sesgo de respuesta. Seis escalas, abordan áreas relacionadas con los hábitos y actitudes del comportamiento alimentario: “Sobreingesta Alimentaria”, “Subingesta Alimentaria”, “Antojos Alimentarios”, “Expectativas relacionadas con el comer”, “Racionalizaciones” y “Motivación para bajar de peso”. Las últimas cuatro escalas: “Hábitos de salud”, “Imagen corporal”, “Aislamiento social” y “Alteración afectiva”, se relacionan con hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial:

- Inconsistencia en las respuestas (INC): es la suma del número de pares de reactivos en la que la evaluación de reactivos difiere en dos puntos o más. Evalúa, así, si el participante ha respondido con la suficiente reflexión cada uno de los reactivos.
- Defensividad (DEF): denota autoafirmaciones idealizadas, para evaluar si tienen una imagen realista de sí mismos o si no están dispuestos a compartir información acerca de sus defectos.
- Sobreingesta alimentaria (SOB): relacionada con la tendencia a seguir comiendo aún después de haber saciado el hambre.
- Subingesta alimentaria (SUB): indica tendencia a no comer lo suficiente.
- Antojos alimentarios (ANT): experiencia común entre aquellas personas que están tratando de bajar peso, siendo un obstáculo para su éxito.

- Expectativas relacionadas con comer (EXP): relacionada con los resultados positivos que se esperan como consecuencia de ingerir alimentos.
- Racionalizaciones (RAC): refleja una tendencia a racionalizar para deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano.
- Motivación para bajar de peso (MOT): grado en el cual el individuo está dispuesto a trabajar para bajar de peso para conservar un peso corporal sano.
- Hábitos de salud (SAL): relaciona la regularidad con la que el individuo participa en conductas que, por lo general, se consideran buenas prácticas de salud.
- Imagen corporal (COR): señalan hacia una imagen corporal positiva.
- Aislamiento social (AIS): indica una relativa escasez de recursos sociales, en los que el individuo puede apoyarse para alcanzar con mayor éxito el peso corporal sano.
- Alteración afectiva (AFE): refleja presencia de estrés, depresión o ansiedad, que pueden minar los esfuerzos por bajar de peso.

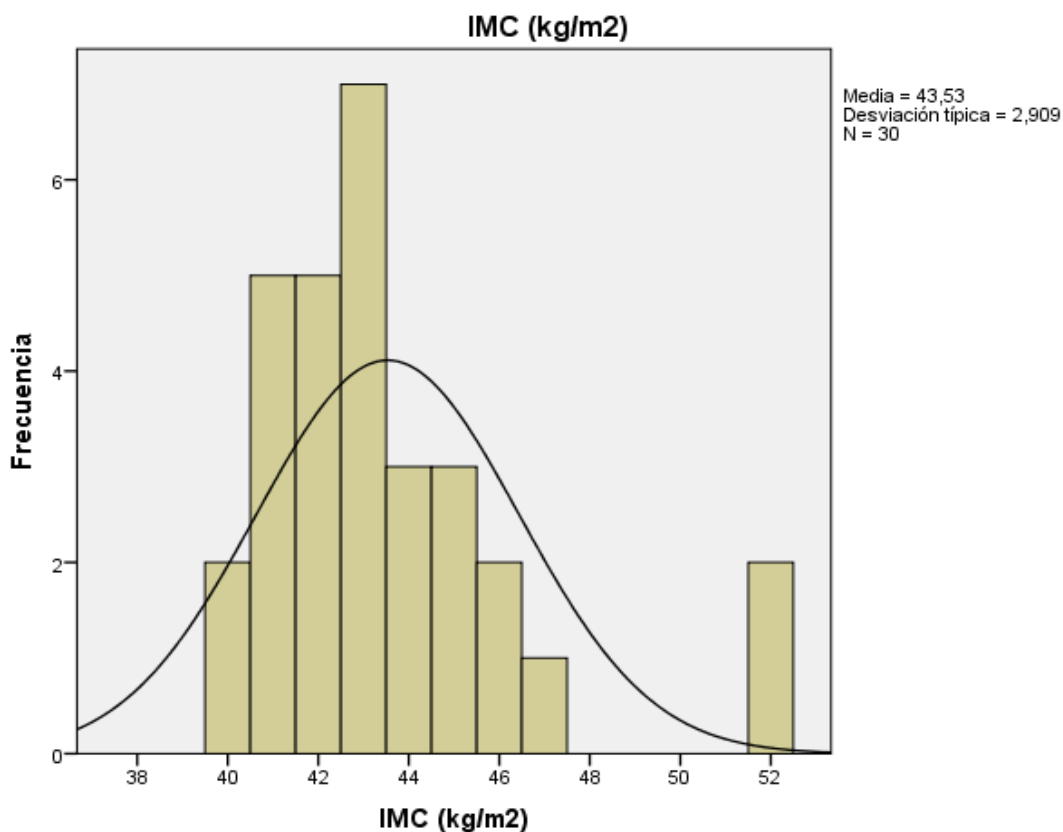
Una vez obtenidas las puntuaciones para cada una de las áreas descritas, se pasan los resultados a la Hoja de Perfil, en la que se vuelcan los datos de cada una de ellas (puntuación natural) para obtener la puntuación T, y así poder valorar finalmente los resultados, gracias a las interpretaciones que aparecen en el manual del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ).

5. Resultados

A continuación, se exponen los resultados obtenidos del estudio:

Respecto los **datos sociodemográficos** de la muestra, destacar que la edad media es de 44,93 años, con una desviación típica de 12,46. Respecto al sexo, la gran mayoría de los participantes son mujeres. En cuanto al estado civil, predomina el de casados, y una amplia mayoría tienen hijos. El nivel de estudios es superior a 16 años en la gran mayoría. Por último, el grupo étnico mayoritario es caucásico. Respecto a los antecedentes familiares de obesidad, el 90% de los pacientes tienen uno o más familiares de primer orden con obesidad. Del mismo modo, el 70% de los sujetos de la muestra empezaron a estar obesos en los primeros años de vida, lo cual apoya un patrón de obesidad hiperplásica en la mayoría de los pacientes.

En relación a los **datos antropométricos**, todos cumplen los criterios de inclusión en Obesidad Mórbida, como puede observarse en el histograma número 1, con la media y desviación típica reflejados en el mismo:



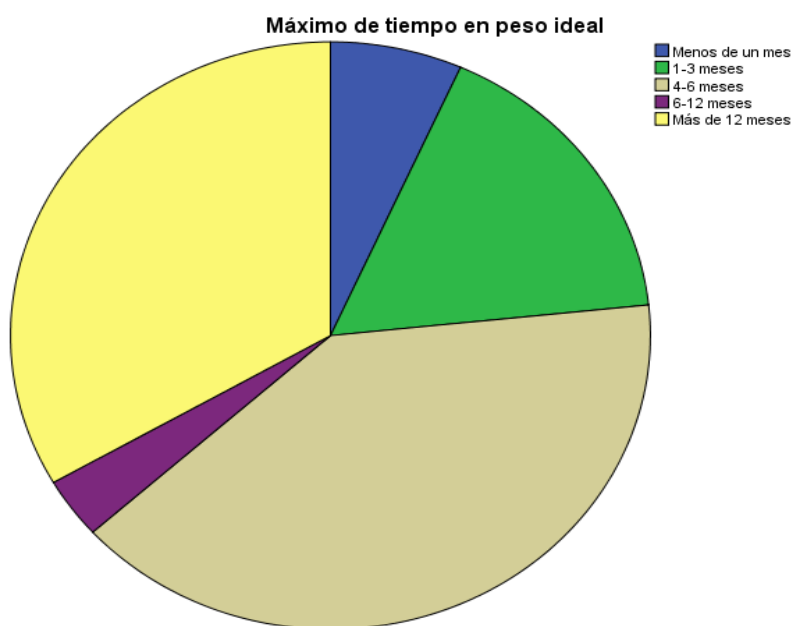
La estatura media es de $165,93 \text{ cm} \pm 7,11$. El peso medio en el momento de la evaluación es de $119,53 \text{ kg} \pm 13,96$, muy próximo al peso adulto máximo, con una media de $123,43 \text{ kg} \pm 14,35$ y, por el contrario, muy alejado del peso adulto mínimo, con una media de $73,8 \text{ kg} \pm 12,327$.

Este dato es congruente con el peso medio objetivo de los pacientes que, según su propia apreciación, era de alcanzar de media los $76,47 \text{ kg} \pm 10,69$.

La **edad media en la cual los pacientes empezaron a preocuparse por el peso** es de $24,9 \text{ años} \pm 10,35$, lo cual es indicador de la cronicidad de la enfermedad, que comienza desarrollarse a edades tempranas.

Resulta muy llamativo que los sujetos de la muestra tienden a evaluarse a sí mismos como que presentan un peso muy por encima de lo normal. El 50% de los sujetos de la muestra se encontraban en tratamiento dietético en el momento del estudio, y más de un 25% ya presentaba problemas de salud, asociados, la gran mayoría, a la Obesidad Mórbida. Ninguno presenta trastornos por dependencia de alcohol ni drogas, y todos ellos tienen expectativas de reducción de peso en los próximos seis meses gracias al tratamiento.

El máximo de tiempo que durante toda su vida han mantenido un **peso ideal**, se refleja en el siguiente gráfico que, de nuevo, es muy ilustrativo de la gravedad y cronicidad de la Obesidad Mórbida:



Como puede observarse en el gráfico, la mayoría de los sujetos no ha conseguido mantener un peso corporal sano, para tu talla y sexo, de más de cuatro a seis meses de media.

Respecto la interpretación del **Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria** (OQ), referir que con la excepción del Índice de Inconsistencia en las Respuestas, todas las puntuaciones de escala del OQ son del tipo denominado puntuaciones normalizadas. Éstas son puntuaciones estándar que tienen una media de 50 y una desviación estándar de 10.

El término normalizadas indica que se ha realizado un ajuste adicional, de modo que cada valor de puntuación T corresponde al mismo rango de percentil para cada escala. Si una puntuación T de 57 se asocia con un rango de percentil 76, esto indica que 76% de los grupos de referencia obtuvieron una puntuación menor de a T57. La interpretación común que se asocia con rangos de puntuación T específicos, es que las puntuaciones por debajo de T son bajas y que aquellas de T60 o mayores son altas, considerando que los valores por encima de T70 son muy elevados. Las puntuaciones entre T40 y T59 son el rango promedio.

Al usar esta información, se podría decir, por ejemplo, que una puntuación de T61 en la escala de Sobreingesta Alimentaria es mayor que aquellas de Sobreingesta Alimentaria que obtuvieron la mayoría de los individuos (86%) en el grupo de estandarización, y esta puntuación señala un área que podría ser de especial importancia en la planificación de un programa eficaz de reducción de peso, en particular si ésta es la más elevada en algún protocolo dado.

Explicado este aspecto psicométrico y de la estandarización del OQ, el siguiente paso es describir en las siguientes tablas las medias obtenidas por la muestra de estudio en los distintos ítems de la escala y los percentiles medios, según la estandarización realizada por los autores de dicho cuestionario.

Tabla número 1: Puntuaciones medias, desviaciones típicas y percentiles de los ítems relacionados con “Hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria”:

Ítem	SOB	SUB	ANT	EXP	RAC	MOT
Media	59,83	55,13	55,70	59,67	58,70	71,87
Desviación típica	7,71	7,88	9,21	9,76	9,76	6,24
Percentil	82	69	69	82	79	88

La OQ también valora los “Hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial”, cuyos resultados se reflejan en la siguiente tabla:

Tabla número 2: Puntuaciones medias, desviaciones típicas y percentiles de los ítems relacionados con “Hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial”:

Ítem	SAL	COR	AIS	AFE
Media	48,57	34,10	47,83	61,73
Desviación típica	12,15	5,20	7,47	8,70
Percentil	42	6	38	86

Las respuestas de los pacientes de la muestra fueron consistentes y fiables, con muy bajos porcentajes de pacientes que puntuaron 5 y 6 en el Índice de Inconsistencia en las Respuestas, que es cuando aumenta la probabilidad de que las respuestas generadas sean aleatorias, ya que no se contestado con la suficiente reflexión cada uno de los reactivos:



6. Discusión

La Obesidad Mórbida puede considerarse, por sí misma, una auténtica enfermedad (6). Es una obesidad “maligna”, pues su índice de morbilidad y mortalidad es significativamente mayor a la población normal. Se asocia a una elevada comorbilidad cardiovascular, con descenso de la esperanza de vida y de la calidad de vida de los afectados (7). En este Trabajo de Fin de Grado, realizado de forma transversal, no se ha valorado específicamente la comorbilidad física, sino que se ha documentado cómo la mayoría de los pacientes empiezan a preocuparse por su salud a una edad muy temprana, y cómo la mayor parte de ellos han sido obesos toda su vida, con un pequeño porcentaje de su trayectoria vital en el que han conseguido un peso que consideraban normal para ellos.

Desde el punto de vista psicológico, se han realizado múltiples estudios sobre estos pacientes. Stunkard y Wadden (8) en su trabajo clásico de recopilación de las exploraciones realizadas previas a la cirugía bariátrica, deducen que: a) no existe una personalidad peculiar que caracterice a los obesos mórbidos, b) no se aprecia una mayor patología psiquiátrica general que en el resto de población y c) se distinguen alteraciones significativas en la conducta alimentaria (presencia de comportamientos bulímicos) y en la distorsión de la imagen corporal. Estudios más recientes han constatado la presencia de trastornos psiquiátricos categoriales en pacientes candidatos a cirugía bariátrica, así, se ha documentado la presencia de trastornos afectivos (depresión mayor y trastorno distímico), trastornos de ansiedad como trastorno de ansiedad generalizada y trastornos por atracón (9,10).

Por otra parte, otros estudios han objetivado trastornos del eje II, es decir, de la personalidad en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Así, destaca el estudio reciente de Claes et al., que documenta rasgos neuróticos de personalidad en pacientes candidatos a cirugía bariátrica; estos rasgos se asocian a la no aceptación de su imagen corporal, la utilización de la comida como forma de abordar el estrés y reacciones emocionales negativas para afrontar la enfermedad (11). La comida sería utilizada por determinados pacientes, en especial con rasgos neuróticos de la personalidad, como forma de regular estados emocionales negativos como la soledad, la ansiedad y la depresión. Episodios de atracones con pérdida del autocontrol en la ingesta, en ocasiones de alimentos ricos en hidratos de carbono, se observarían entre el 10-25 % de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica (12).

Este estudio, según datos de Medline, es el primero que se realiza en pacientes candidatos a cirugía bariátrica, utilizando un instrumento como el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria. La ventaja de este cuestionario respecto a una valoración psiquiátrica/psicológica estándar, es que valora mediante un amplio número de ítems, es decir, con una validez de contenido aparentemente muy buena, los hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria. Del mismo modo evalúa la “Inconsistencia en las respuestas”, para descartar respuestas no válidas y los “Hábitos generales de salud y funcionamiento social”, también de una forma amplia, incluyendo aspectos muy importantes como los hábitos de salud, la imagen corporal, el aislamiento social y las alteraciones afectivas. Se considera que es un instrumento que puede ser muy útil para el estudio de la obesidad en general. Como limitaciones del estudio, decir que si bien es un instrumento traducido y adaptado al castellano, el proceso de estandarización que se realizó con una n. de 1788 sujetos, no se ha realizado en nuestro país sino con distintos grupos étnicos de Estados Unidos.

Según los resultados medios obtenidos en los “Hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria” descritos en la tabla número 1, podemos inferir el siguiente análisis:

- En todos los ítems se obtiene puntuaciones medias muy elevadas con percentiles muy elevados, en especial, en la subescalas: “Sobreingesta Alimentaria” (SOB), “Expectativas relacionadas con comer” (EXP), “Racionalizaciones” (RAC) y “Motivación para bajar peso”.
- Respecto la primera subescala, nos informara de que los pacientes con Obesidad Mórbida admiten la tendencia a seguir comiendo aun después de haber saciado el hambre. Una puntuación SOB muy elevada (≥ 70) nos llevaría a pensar la necesidad de un estudio más detallado del caso para intentar, mediante alternativas conductuales y farmacológicas específicas, reducir esta conducta; que puede ocasionar complicaciones después de la cirugía bariátrica, en especial en las cirugías restrictivas que reducen exclusivamente el volumen del estómago para limitar la ingesta, como la banda gástrica ajustable o la gastrectomía vertical.
- Las puntuaciones elevadas en la subescala EXP son compatibles con los hallazgos antes descritos, es decir, muchos de los pacientes con obesidad, incluido en este caso la Obesidad Mórbida, utilizan la alimentación o la ingestión de alimentos para obtener efectos psicológicos positivos. Ejemplos de los ítems de esta escala son: “Como para olvidarme de mis problemas”; “Me siento tranquilo después de comer”..., es decir, utilizan la comida como forma de mejorar o controlar las emociones.

- En este estudio, la escala de Racionalizaciones (RAC) consiste en ocho ítems que reflejan la tendencia a racionalizar para deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano. Ejemplos de los ítems son: “Peso demasiado por la manera en que funciona mi cuerpo” o “Mi agitada vida no me permite ponerme a dieta”. Las técnicas cognitivo-conductuales están orientadas a desarrollar técnicas para aumentar la conciencia de enfermedad y mejorar la percepción del autocontrol en los obesos.
- Por el contrario, de forma positiva, se ha obtenido que los pacientes de la muestra, pendientes de ser intervenidos por su obesidad mórbida, tienen una alta motivación para perder peso, factor que en la hipótesis se había evaluado como negativo. Los ocho ítems de esta escala MOT indican el grado al cual el individuo está dispuesto a trabajar para bajar de peso y para conservar un peso corporal sano. Los individuos con altas puntuaciones MOT ($\geq T60$) están listos para realizar el esfuerzo que se requiere para bajar de peso. No obstante, dadas las características de la muestra con Obesidad Mórbida y múltiples intentos en su trayectoria vital de bajar peso con distintos métodos, podemos interpretar que más que una motivación para perder peso, las puntuaciones elevadas en esta escala se pueden interpretar como dos motivos: 1) una obsesión relativa para perder peso agotados de estar con sobrepeso y 2) las expectativas creadas por la cirugía bariátrica.

De los resultados obtenidos en los “Hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial”, descritos en la tabla número 2, se destacan los siguientes aspectos:

- Se obtienen puntuaciones intermedias en la escala “Hábitos de salud” (SAL) y “Aislamiento social” (AIS). Respecto la primera, podemos explicarlos por distintos motivos: la larga trayectoria de la enfermedad hace que los pacientes vayan interiorizando hábitos saludables como evitar alimentos que engorde, y, por otra parte, se excluyen de la muestra pacientes con trastornos por dependencia al alcohol u otras sustancias. No obstante, la puntuación es media-baja, ya que se considera que puntuación de $T \leq 40$ ya indica “hábitos de salud inadecuados” y que es preciso una $T \geq 60$ para indicar una disposición a seguir una rutina diaria, que es consistente con la conservación de un peso corporal sano.
- La escala “Aislamiento Social” (AIS) consiste en ocho ítems que indican una relativa escasez de habilidades sociales con ejemplos como: “Me siento incomodo cuando estoy con otras personas”. Puntuaciones de T por encima de 60 en esta escala, son comunes entre pacientes con Obesidad Mórbida que se siente cohibidas por su apariencia, sin

embargo, en la muestra, hay un alto porcentaje de pacientes con pareja e hijos, que es un aspecto protector del aislamiento social de los pacientes.

- Los pacientes puntúan, como era previsible ya en la hipótesis, muy bajo en la escala “Imagen Corporal” (COR), que consiste en seis ítems que señalan hacia una imagen corporal positiva, como por ejemplo: “Me agrada mi cuerpo”; “Me siento orgulloso de cómo me veo”... En este estudio se obtiene una $T < 40$, que son muy frecuentes entre aquellos pacientes que llevan mucho tiempo intentando perder peso. El propósito de lograr una apariencia física más deseable puede ser un factor motivador importante para estos pacientes. No obstante, las personas con bajas puntuaciones COR con frecuencia vinculan su apariencia personal con su sentido de identidad personal de manera excesiva. Esto añade una dimensión personal potencialmente abrumadora a los éxitos y fracasos para bajar peso.
- Los pacientes puntúan muy elevado en la escala “Alteración Afectiva” (AFE), lo que refleja la pérdida de estrés, depresión, ansiedad, trastornos adaptativos... que son congruentes, en este caso, con todas las publicaciones en este tipo de pacientes.

7. Conclusiones

Por último, las conclusiones que se obtienen tras la realización del estudio son las siguientes:

1. Los pacientes con Obesidad Mórbida, candidatos a cirugía bariátrica, presentan alteraciones disfuncionales en los hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria. En la muestra destacan:
 - 1.1. La Sobreingesta alimentaria (SOB), definida como la tendencia a seguir comiendo aun después de haber saciado el hambre.
 - 1.2. Las Expectativas relacionadas con comer (EXP), conceptualizadas como la utilización de la ingesta de alimentos como forma de manejar las emociones.
 - 1.3. Las Racionalizaciones (RAC), descritas como la tendencia a racionalizar para deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano.
2. Además, los pacientes de la muestra presentan trastornos en los hábitos generales de salud y en el funcionamiento social:
 - 2.1. Los pacientes con Obesidad Morbida estudiados en la muestra presentan alteraciones de la imagen corporal de manera importante.
 - 2.2. Del mismo modo, presentan de forma intensa alteraciones afectivas y emocionales, en forma de estrés, depresión, ansiedad,...
3. Los pacientes con Obesidad Mórbida, candidatos a cirugía bariátrica, se encuentran motivados con el tratamiento; siendo difícil discriminar si se trata de una motivación para perder peso por sí mismos y/o con las terapias habituales, o secundario a las expectativas creadas por la posibilidad de ser intervenidos quirúrgicamente (cirugía bariátrica).
4. La utilización de cuestionarios, como el utilizado en el estudio, es útil y práctico para completar el estudio psiquiátrico/psicológico de los pacientes con obesidad en general y Obesidad Mórbida en particular. Esto sirve para detectar aspectos psiquiátricos/psicológicos que habría que tratar antes de comenzar un tratamiento dietético o antes de someter al paciente a cirugía bariátrica, para asegurar el mayor éxito posible del tratamiento.



5. El cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) de O'Donnell y Warren es un cuestionario que impresiona, dada su validez y fidelizar, para evaluar los hábitos, pensamientos y actitudes vinculados con la obesidad, con el fin de planificar programas de reducción de peso personalizados y eficaces.

8. Bibliografía

1. Lang T, Hauser R, Schlumpf R et al. Psychic comorbidity and quality of life in patients with morbid obesity applying for gastric banding. *J Suisse Med* 2000; 130: 739-748.
2. Black DW, Yates WR, Reich JH et al. DSM-III personality disorder in bariatric clinic patients. *Annals Clin Psych* 1989; 1: 33-37.
3. Heaven PC, Mulligan K, Merrilees R, Woods T, Fairoz Y. Neuroticism and conscientiousness as predictors of emotional, external, and restrained eating behaviors. *Int J Eat Disord* 2001; 30: 161-166.
4. William E. O'Donnell, W.L. Warren. Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ). 30 de Mayo de 2007, México, D.F. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
5. Osakidetza/Servicio vasco de salud. Recomendaciones para la práctica clínica de cirugía bariátrica. Vitoria: Administración de la Comunidad Autónoma Vasca, 2001.
6. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D y cols. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes* 2007; 5 (3): 135-175.
7. Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet* 2005; 366: 1197-1209.
8. Stunkard AJ, Wadden TA. Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr* 1992; 55 (Suppl): 524-32.
9. Lin HY, Huang CK, Tai CM et al. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry* 2013; 9 (13): 1-12.
10. Malik S, Mitchell JE, Engel S et al. Psychopathology in bariatric surgery candidates: a review of studies using structured diagnostic interviews. *Compr Psychiatry* 2014; 55: 248-259.
11. Claes L, Vandereycken W, Vandepuut A, Braet C. Personality subtypes in prebariatric obese patients: do they differ in eating symptoms, psychological complaints and coping behaviour? *Eur Eat Disord Rev* 2013; 21: 72-77.
12. Gade H, Rosenvinge JH, Hjelmestaeth J, Friborg O. Psychological Correlates to Dysfunctional Eating Patterns among Morbidly Obese patients Accepted for Bariatric Surgery. *Obes Facts* 2014; 7:111-119.



OTRAS REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS:

M. Nieves Vera Guerrero, M. Carmen Fernández Santiago. Prevención y tratamiento de la obesidad. Barcelona, 1989. Ediciones Martínez Roca S.A. ISBN 84-270-1329-9.

Saz Muñoz P. Psicología en Ciencias de la Salud. Tema: Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Asignatura de segundo año del Grado en Nutrición Humana y Dietética. 2012-2013.

Obesidad Mórbida, causas, tratamiento y consecuencias. La Obesidad. Consultada el 19 de Diciembre de 2014. Disponible en:

<http://laobesidad.org.es/obesidad-morbida>

Manual de patología quirúrgica. Pontifica Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina.

Consultada el 25 de Marzo de 2015. Disponible en:

http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/PatolQuir/PatolQuir_026.html