

Utilidad del cuestionario de sobreingesta alimentaria en la exploración psicológica previa a la cirugía bariátrica

Utility of the questionnaire of overeating food in psychological exploration prior to bariatric surgery

Sanagustín Lles, A^{1,2}; Becerra Darriba, H²; Alayeto Gastón, M²; Sánchez Lucas, N²; Ojeda Martínez, A²; Marques Lopes, I¹; Pelegrín Valero, C^{1,2}

1 Facultad de Ciencias de la Salud y Deporte de Huesca.

2 Servicio de Psiquiatría. Hospital "San Jorge de Huesca".

Recibido: 14/enero/2017. Aceptado: 1/abril/2017.

RESUMEN

Introducción: La obesidad mórbida (definida por tener un IMC > 40) suele producir graves problemas para la salud y para la calidad de vida del paciente. En esta población se han estudiado múltiples aspectos psicosociales, sin embargo no se dispone de un estudio en el que se cuantifiquen hábitos, pensamientos y actitudes relacionadas con la obesidad con un instrumento completo como el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (CSA).

Objetivos: Evaluar los hábitos y actitudes del comportamiento alimentario en la obesidad mórbida.

Métodos: Se diseña un estudio transversal sobre una muestra de treinta pacientes con obesidad mórbida sin psicopatología asociada que contraindique la cirugía bariátrica, a los que se aplica el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (CSA).

Resultados: Se obtienen puntuaciones elevadas en las escalas de la CSA: "Sobreingesta alimentaria"; "Antojos alimentarios"; "Expectativas relacionadas con comer"; "Racionalizaciones"; "Subingesta alimentaria" y "Motivación para bajar peso". Por otra parte, los pacientes presentan puntuaciones bajas en "Hábitos de salud"; e "Imagen Corporal Positiva"; mientras que puntúan elevado en las escalas de

"Aislamiento social" (relativa escasez de recursos personales) y "Alteración afectiva".

Discusión y Conclusiones: Tras el análisis de los resultados obtenidos, concluimos que el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria es un instrumento útil y fiable para evaluar las alteraciones disfuncionales en los hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria de los pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica.

PALABRAS CLAVE

Obesidad mórbida. Evaluación psicológica prequirúrgica. Trastornos de conducta alimentaria. Cirugía bariátrica.

ABSTRACT

Background: Morbid obesity (defined by BMI>40) usually causes severe health problems and can also affect the quality of life. Although several psychosocial aspects have been studied in patients with morbid obesity, further research is needed using a complete instrument that measures habits, thoughts and attitudes related to obesity, such as the Overeating Questionnaire (OQ).

Objectives: The aim of this study is to assess the habits and attitudes of eating behaviour in a sample of thirty people with morbid obesity.

Methods: A cross-sectional study was conducted on a sample of thirty patients with morbid obesity and without any associated psychopathology that contraindicates bariatric surgery, using the Overeating Questionnaire (OQ).

Correspondencia:
cpelegrin@salud.aragon.es
carmelom@unizar.es

Results: Patients scored higher in the "Overeating", "Food craving", "Expectations related to eating", "Rationalizations", "Undereating" and "Motivation to lose weight" OQ scales. In addition, patients' score decreased in the "Health Habits" and "Positive Body Image" OQ scales, while increased in the "Social isolation" (relative lack of personal resources) and "Affective disturbance" scales.

Discussion and Conclusions: After the analysis of the results obtained, we conclude that the Overeating Questionnaire is a useful and reliable tool to assess the dysfunctional alterations in habits and attitudes related to eating behaviour in morbidly obese patients selected for bariatric surgery.

KEYWORDS

Morbid Obesity. Presurgical Psychological Evaluation. Feeding and Eating Disorders. Bariatric Surgery.

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), define la obesidad como la excesiva acumulación de grasa en el organismo¹. Siguiendo la clasificación del SEEDO, se considera que un paciente sufre Obesidad Mórbida (OM) cuando presentan un Índice de Masa corporal superior a 40 (IMC > 40). La OM, se ha convertido en un grave problema de salud por la frecuencia de comorbilidad con la que va asociada. Las consecuencias y complicaciones del exceso de peso indican en el ámbito físico (hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, dislipemia, síndrome de apnea obstructiva del sueño...) y psicológicas por las numerosas consecuencias psicosociales que provocan (depresión, trastornos adaptativos con baja autoestima y aislamiento social)².

Por estas razones cuando la OM ha demostrado ser refractaria a las combinaciones estándares de dietas, fármacos, ejercicio físico... está justificada la cirugía bariátrica³. La eficacia de esta última está contrastada por la evidencia clínica con publicaciones con una "n" muy elevada donde se compara pacientes con OM intervenidos respecto a pacientes no intervenidos, evidenciando una reducción significativa de peso en los primeros con una disminución de las complicaciones cardiovasculares y de los fallecimientos a consecuencia de las mismas⁴.

La función de los equipos de salud mental en el tratamiento de la obesidad mórbida, consiste básicamente en colaborar con el equipo medicoquirúrgico en la óptima selección del candidato a cirugía bariátrica; así como en el seguimiento de las posibles complicaciones psicológicas surgidas después de la intervención quirúrgica⁵. A pesar de que existen distintos protocolos; no existe un consenso universal sobre los distintos aspectos a evaluar por el equipo de salud mental antes de la cirugía bariátrica^{6,7}. En principio deberían evaluarse, al menos, los siguientes aspectos: historia nutri-

cional; trastornos alimentarios; análisis de los factores atribucionales que según el paciente intervienen en la obesidad; antecedentes psicosociales, personalidad y trastornos psiquiátricos que contraindiquen o recomienden demorar la cirugía; conocimiento de la técnica quirúrgica, riesgos y necesidad de cambios en sus hábitos de la vida diaria tras la intervención; motivación y expectativas respecto la cirugía; calidad de vida; y soporte social y familiar⁸⁻¹⁰. En relación a los criterios de exclusión por causa psiquiátrica, tampoco existe consenso al respecto, con resultados contradictorios y sin un claro valor predictivo que determinados trastornos mentales (trastornos alimentarios, afectivos o de personalidad...) supongan una contraindicación absoluta o relativa para la cirugía¹¹. Por ello, en la actualidad las contraindicaciones específicas para realizar cirugía bariátrica están o deberían estar acotadas a: retraso mental moderado-grave, alcoholismo, abuso de drogas (activos) y la presencia de patología psiquiátrica no controlada o descompensada¹².

Por lo tanto en la exploración psicológica previa a la cirugía bariátrica debería constar de los siguientes aspectos: a) Exploración psicopatológica para descartar las contraindicaciones psicológicas absolutas y relativas de la cirugía bariátrica; b) Entrevista semiestructurada de antecedentes y comportamiento alimentarios incluyendo la valoración de los hábitos de alimentación mediante un instrumento válido y fiable y un autorregistro de alimentación durante las semanas previas a la intervención quirúrgica; c) La administración de cuestionarios o pruebas para la valoración de la ansiedad, depresión, imagen corporal, capacidades cognitivas, y aquellos aspectos psicopatológicos que consideremos; d) Estudio de la personalidad del paciente y del clima familiar; y e) evaluación de la comprensión y expectativas sobre la intervención; así como la motivación y compromiso para adherirse a la estrategia propuesta y comprometerse a un estricto seguimiento tras la cirugía. Con toda esta información se debe realizar el psicodiagnóstico y el informe dirigido al endocrinólogo y el cirujano.

Para el estudio de los hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad existen varios instrumentos que detallamos en la Tabla 1¹³. En este trabajo reciente de revisión destacan las limitaciones de los cuestionarios de alimentación existentes en los candidatos de cirugía bariátrica; así obtienen una validez de concordancia baja entre las distintas escalas y una capacidad reducida para identificar trastornos alimentarios de las mismas. Los autores concluyen postulando la necesidad de nuevos instrumentos que nos proporcionen una información más válida y fiable. Las limitaciones de los instrumentos existentes es una de las razones por las cuales nos hemos planteado el estudio, en nuestro conocimiento por primera vez en nuestro país, con el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (CSA) diseñado por O`Donnell W & Warren WL y traducido al español por la Editorial Manual Moderno de México¹⁴.

Tabla 1. Comparación de los cuestionarios existentes para evaluar los hábitos alimentarios en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

Nombre del cuestionario	Áreas que evalúa
"Eating Attitudes Test" (test de actitudes hacia la comida)*	Miedo a engordar Motivación para adelgazar Patrones alimentarios restrictivos
"Eating Disorders Inventory" (inventario de trastornos de la alimentación)*	Impulso a la delgadez Sintomatología bulímica Insatisfacción corporal Inefectividad y baja autoestima Perfeccionismo Desconfianza interpersonal Conciencia interoceptiva Miedo a madurar
"Eating Disorders Examination-Questionnaire" (EDE-Q)*	Restricción alimentaria Preocupación alimentaria Preocupación por la imagen corporal Preocupación por el peso
Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ)*	Autocontrol cognitivo de la dieta Desinhibición (comer en respuesta a señales cognitivas y emocionales) Susceptibilidad al hambre
Questionnaire of Eating and Weight Patterns Revised (QEWP-R)	Más dirigido al diagnóstico de "trastorno por atracón".
Clinical Impairment Assessment Questionnaire	Valora la gravedad de la discapacidad psicosocial asociada a trastornos alimentarios

*Validados o adaptados en nuestro país.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio ha sido describir los hábitos y actitudes referentes al comportamiento alimentario mediante el CSA, en una muestra de treinta pacientes con Obesidad Mórbida en cuales previamente se había descartado causas psiquiátricas y psicológicas que supusieran una contraindicación actual para ser intervenidos de cirugía bariátrica.

Las hipótesis planteadas antes de realizar el estudio basadas en los conocimientos sobre los aspectos alimentarios y psicológicos previos a la cirugía bariátrica de la Obesidad Mórbida y en la obesidad en general han sido los siguientes:

1. Los pacientes de la muestra obtendrán puntuaciones elevadas en las subescalas del cuestionario referentes a "Hábitos y actitudes relacionadas con la conducta alimentaria", siendo las siguientes: Sobreingesta alimentaria (SOB)¹⁵, Antojos alimentarios (ANT)¹⁶, Expectativas relacionadas con comer (EXP)¹⁷, Racionalizaciones

(RAC)¹⁸, Subingesta alimentaria (SUB)¹⁹ y Motivación para bajar de peso (MOT)²⁰.

2. Por otro lado, en las subescalas relacionadas con "Hábitos generales de salud y funcionamiento social", los pacientes con Obesidad Mórbida obtendrán puntuaciones bajas en: Hábitos de salud (SAL)²¹ e Imagen corporal (COR)²².
3. Por último, los pacientes con Obesidad Mórbida obtendrán puntuaciones elevadas en las subescalas del cuestionario relacionadas con Aislamiento social (AIS)² y Alteración afectiva (AFE)².

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 aludidos a un bajo apoyo social; por el contrario, obtendrán puntuaciones bajas en los ítems relacionados con hábitos saludables para conse-

guir la reducción de peso deseada. Con esta metodología buscamos evaluar la fiabilidad y la validez de contenido del instrumento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Sujetos del estudio:

Para la realización del estudio, se recoge una muestra de treinta pacientes con Obesidad Mórbida, 7 varones y 23 mujeres, 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 2015 hasta noviembre del 2016. Además, todos ellos están en lista de espera para someterse a una intervención de cirugía bariátrica.

Se incluyen treinta pacientes que, antropométricamente, cumplen los criterios para ser diagnosticados de Obesidad Mórbida (IMC > 40 kg/m²), eliminándose del estudio aquellos que presentan alguno de los siguientes criterios de exclusión para la cirugía bariátrica²³; no obstante siendo conscientes, como hemos mencionado, que no existe todavía consenso internacional en los mismos:

- Padecer enfermedad psiquiátrica grave (esquizofrenia y trastorno bipolar) no controlada.
- Padecer retraso mental que le impida comprender las consecuencias de la cirugía bariátrica.
- Padecer un trastorno de personalidad grave (límite, paranoide, esquizotípico y en especial antisocial).
- Dependencia actual de drogas y alcohol.
- Padecer bulimia nerviosa no estabilizada

El CSA es un instrumento que mide hábitos, pensamientos y actitudes clave relacionados con la obesidad. Es un cuestionario de autoinforme de 80 ítems que puede aplicarse de manera individual o en un entorno grupal. Se le pide al sujeto que indique el grado en el cual concuerda con cada ítem en una escala Likert de 0 a 4, donde 0: "Nada"; 1: "Un poco"; 2: "Moderadamente"; 3: "Bastante" y 4: "Muchísimo". El instrumento describe puntuaciones en las 10 áreas que se detallan en la Tabla 2. 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. En el estudio de validación del instrumento, los valores de consistencia de sus 12 factores varían de .79 a .88 con un valor mediano de .82 en una muestra de 1.788 participantes estadounidenses de ambos sexos.

A continuación detallamos de forma resumida las dos primeras subescalas de fiabilidad y validez de las respuestas; el resto de las subescalas son detalladas en la tabla 2.

- Inconsistencia en las respuestas (INC): es la suma del número de pares de ítems en la que la evaluación de reactivos difiere en dos puntos o más. De esta manera se valora si el participante ha respondido con la suficiente reflexión cada uno de los ítems.
- Defensividad (DEF): denota autoafirmaciones idealizadas para evaluar si tienen una imagen realista de sí mismos; o por el contrario no están dispuestos a compartir información acerca de sus alteraciones que evalúa el instrumento.

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 (CSA).

RESULTADOS

Respecto los datos sociodemográficos de la muestra, destacar que la edad media es de 44,93 años, con una desviación típica de 12,46; mientras la gran mayoría de los sujetos de la muestra 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. El 90% de los pacientes tienen uno o más familiares de primer orden con obesidad²⁴. 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 pacientes²⁵.

En relación a los datos antropométricos, todos cumplen los criterios de inclusión en Obesidad Mórbida, con un IMC con una media de 43,53 y una desviación típica de $\pm 2,90$. El peso medio en el momento de la evaluación es de 119,53 kg $\pm 13,96$, muy próximo al peso adulto máximo alcanzado, con una media de 123,43 kg $\pm 14,35$ y, por el contrario, muy alejado del peso adulto mínimo logrado con una media de 73,8 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 kg $\pm 10,69$. 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. La edad media en la cual los pacientes empezaron a preocuparse por el peso es de 24,9 años $\pm 10,35$, lo cual es indicador de la cronicidad de la enfermedad, que comienza desarrollarse a edades tempranas²⁵.

El 50% de los sujetos de la muestra se encontraban en tratamiento dietético en el momento del estudio, y más de un

Tabla 2. Ítems del cuestionario de sobreingesta alimentaria (CSA) y breve descripción de los mismos.

Sobreingesta alimentaria (SOB)*	Los ocho ítems de la escala SOB se relacionan con la tendencia a seguir comiendo aun después de haber saciado el hambre. Puntuaciones bajas (<40) representan un recurso conductual que ayudará al individuo a conservar el peso.
Subingesta alimentaria (SUB)*	Contiene ocho ítems que indican una tendencia a no comer lo suficiente. Las puntuaciones altas SUB (>60) pueden tender al tipo de "dietas de yoyo" que merman los esfuerzos para mantener el peso corporal.
Antojos alimentarios (ANT)*	Son una experiencia común y un obstáculo entre personas que están tratando de bajar peso. Las puntuaciones ANT elevadas (>T60) indican la necesidad de implementar estrategias para manejar esta contingencia.
Expectativas relacionadas con el comer (EXP)*	Los siete ítems de esta escala se relacionan con los resultados positivos que esperan como consecuencia de ingerir alimentos. Las altas puntuaciones (>T60) sugieren que para el individuo dado, comer representa una manera de alcanzar la regulación emocional.
Racionalizaciones (RAC)*	Consiste en ocho ítems que reflejan la tendencia a racionalizar para deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano. Una puntuación muy alta (>T 70) representa un obstáculo importante para una pérdida de peso exitosa.
Motivación para bajar peso (MOT)*	Los ocho ítems de la escala indican el grado al cual el individuo está dispuesto a trabajar para bajar peso. Cuando la puntuación MOT es baja (<T<40), en especial si se combina con una puntuación RAC elevada, no es muy probable que se tenga éxito en la reducción de peso.
Hábitos de salud (SAL)**	Contiene siete ítems que se relacionan con la regularidad con la que el individuo participa en lo que por general se consideran buenas prácticas de salud. Cuando la puntuación es baja (<T40) hay que trabajar aspectos como dieta sana y el ejercicio físico.
Imagen corporal (COR)**	Una elevada puntuación COR (>T60) implica que el mantener una apariencia personal atractiva es importante para el individuo, siendo un factor motivador importante.
Aislamiento social (AIS)**	Los ocho ítems indican una relativa escasez de recursos sociales. La puntuaciones AIS elevadas (T>60) son comunes entre las personas con exceso de peso que se sienten cohibidas debido a su apariencia.
Alteración afectiva (AFE)**	Reflejan la presencia de estrés, depresión o ansiedad que pueden dificultar los esfuerzos por bajar peso. Cuando la puntuación AFE es muy elevada (>T70), estos problemas deberían tratarse antes de los intentos para reducir peso o, al menos, al mismo tiempo en que se está planeando un programa para bajar de peso.

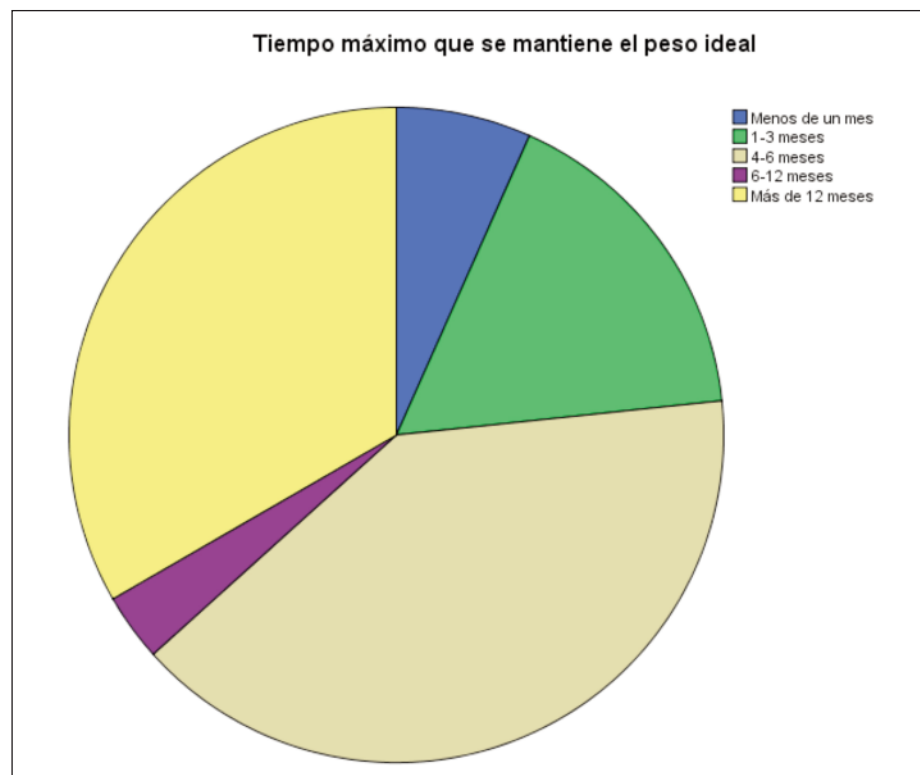
*Hábitos y actitudes relacionadas con la conducta alimentaria.

**Hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial.

25% ya presentaba problemas de salud física. El máximo de tiempo que durante toda su vida han mantenido un peso ideal, se refleja en el gráfico 1 que, de nuevo, es muy ilustrativo de la gravedad y cronicidad de la Obesidad Mórbida; así como puede observarse en el gráfico, la mayoría de los sujetos no han conseguido mantener un peso corporal sano, para tu talla y sexo, solo durante de cuatro a seis meses de media a lo largo de su vida.

Respecto la interpretación del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (CSA), referir que con la excepción del Índice de

Inconsistencia en las Respuestas, todas las puntuaciones del CSA son del tipo denominado puntuaciones normalizadas; este término 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. Así una puntuación T de 57 se asocia con un rango de percentil 76, es decir, esto indica que 76% de los grupos de referencia obtuvieron una puntuación menor de T57. La interpretación común que se asocia con rangos de puntuación T específicos del CSA, es que las puntuaciones por debajo de T40 son bajas y que aquellas de T60 o mayores son altas, considerando que los

Gráfico 1. Tiempo máximo que se mantiene el peso ideal.

esta puntuación estaría por encima en esta subescala que la mayoría de los individuos del grupo de estandarización indicando un área que podría ser de especial importancia en la planificación de un programa eficaz de reducción de peso.

Tras explicar estos aspectos psicométrico y de la estandarización de la CSA, en las tablas 3 y 4 describimos 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. 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 al no contestar con la suficiente reflexión cada uno de los ítems del cuestionario.

Tabla 3. Puntuaciones medias, desviaciones típicas y percentiles de los ítems relacionados con "Hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria" obtenidos por la muestra de estudio.

ITEM	SOB	SUB	ANT	EXP	RAC	MOT
MEDIA	59,83	55,13	55,70	59,67	58,70	71,87
DESVIACION TIPICA	7,71	7,88	9,21	9,76	9,76	6,24
PERCENTIL	82	69	69	82	79	88

Tabla 4. Puntuaciones medias, desviaciones típicas y percentiles de los ítems relacionados con "Hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial" obtenidos por la muestra de estudio.

ITEM	SAL	COR	AIS	AFE
MEDIA	48,75	34,10	47,83	61,73
DESVIACION TIPICA	12,15	5,20	7,47	8,70
PERCENTIL	42	6	38	86

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 (SOB) correspondería a un percentil 86, es decir, que el individuo con

DISCUSIÓN

La OM puede considerarse, por sí misma, una auténtica enfermedad. 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. En este estudio, 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 mórbidos toda su vida y solo en un pequeño porcentaje de su trayectoria vital han conseguido un peso que consideraban normal²⁵.

Este estudio, según la búsqueda bibliográfica realizada, es el primero que se realiza en pacientes candidatos a cirugía bariátrica utilizando un instrumento como el CSA. La ventaja de este cuestionario respecto al resto descritos en la tabla 1, utilizados para evaluar los hábitos alimentarios en los protocolos del estudio preoperatorio psicológico de los candidatos a cirugía bariátrica, 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. En nuestro criterio se aproximaría, mejorándolo en cuanto a validez de contenido al clásico *Three-Factor Eating Questionnaire* que consta de 51 ítems que valoran tres dimensiones de la conducta alimentaria: "autocontrol cognitivo de la dieta" (intención de controlar la ingesta de alimentos); "desinhibición" (el consumo excesivo de alimentos en respuesta a las señales cognitivas o emocionales) y "susceptibilidad al hambre" (la ingesta de alimentos en respuesta a los sentimientos y percepciones del hambre). Referir que en nuestro país además destacaríamos el "Cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad"²⁷ que recogen factores muy relacionados con la alimentación: "consumo de azúcar"; "alimentación saludable"; "ejercicio físico"; "contenido calórico"; "bienestar psicológico"; "tipo de alimentos"; "conocimiento y control" y "consumo de alcohol"²⁸.

Según los resultados medios obtenidos en los "Hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria" descritos en la tabla número 3, podemos inferir el siguiente análisis:

- En todos los ítems se obtiene puntuaciones medias muy elevadas con percentiles elevados, en especial, en la subescala: SOB; EXP; RAC y destacando la puntuación elevada en la "Motivación para bajar peso". Respecto la primera subescala, nos informa de que los pacientes con OM 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 y la gastrectomía tubular/vertical (*sleeve gastrectomy*)²⁹. Las puntuaciones elevadas en la su-

subescala EXP son compatibles con los hallazgos antes descritos, es decir, muchos de los pacientes con obesidad, incluido en este caso la OM, utilizan la alimentación o la ingestión de alimentos para obtener efectos psicológicos positivos, utilizando la comida como forma de mejorar o controlar las emociones¹⁷. La comida sería empleada 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 depresión³⁰. En estos casos, como en aquellos que puntúan elevado en la subescala RAC, las técnicas cognitivo-conductuales estarían indicadas para aumentar la conciencia de enfermedad y mejorar la percepción del autocontrol en los obesos en general y obesos mórbidos en particular³¹. Por el contrario, de forma aparentemente "positiva", hemos obtenido que los pacientes de la muestra, tienen una alta motivación para perder peso; no obstante, debemos interpretar estos hallazgos de forma individual y con cautela evaluando las expectativas, metas y objetivos que tiene el paciente acerca de la cirugía, ya que esta elevada motivación pudiera estar en relación a una visión de la misma como una solución mágica a su obesidad³².

De los resultados obtenidos en los "Hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial", descritos en la tabla número 4, 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 habían excluido de la muestra; los 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 la necesaria para la conservación de un peso corporal sano. La escala AIS consiste en ocho ítems que indican una relativa escasez de habilidades sociales con ejemplos como: "me siento incomodo cuando estoy con otras personas". Las puntuaciones de T por encima de 60 en esta escala podrían ser comunes entre pacientes con OM que con frecuencia se sienten acomplejados por su apariencia (complejo de inferioridad corporal de Bruch) citado en³³; sin embargo, en la muestra de estudio 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 excesiva¹⁴. Por último, los pacientes puntúan muy elevado en la escala "Alteración Afectiva" (AFE), lo que refleja la existencia de estrés, depresión, ansiedad, trastornos adaptativos... que son congruentes, en este caso, con todas las publicaciones en este tipo de pacientes².

Consideramos de que el análisis de los datos obtenidos por nosotros en esta muestra de pacientes con OM, apoyan la validez de contenido de instrumento que puede ser muy útil para el estudio de la obesidad en general al contemplarse hábitos, emociones y aspectos cognitivos de autovaloración y autocontrol³⁴ y para el estudio preoperatorio de la obesidad mórbida en particular³⁵. 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; con posteriores validaciones en una muestra mexicana de 217 mujeres³³.

CONCLUSIONES

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 de estudio mediante el CSA destacan los siguientes aspectos:

a) Sobreingesta alimentaria (SOB), definida como la tendencia a seguir comiendo aun después de haber saciado el hambre; b) Las Expectativas relacionadas con comer (EXP), conceptualizadas como la utilización de la ingesta de alimentos como forma de manejar las emociones; c) Las Racionalizaciones (RAC), descritas como la tendencia a racionalizar para deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano.

Por otra parte, los pacientes de la muestra presentan trastornos en los hábitos generales de salud y en el funcionamiento social: a) Los pacientes con Obesidad Mórbida estudiados en la muestra presentan alteraciones de la imagen corporal de manera importante; y b) Del mismo modo, presentan de forma intensa alteraciones afectivas y emocionales, en forma de estrés, depresión, ansiedad,...

Destacar como aspecto positivo que los pacientes con OM candidatos a cirugía bariátrica de la muestra, 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; siendo necesario evaluar de forma individual este tipo de expectativas.

La utilización de cuestionarios, como el utilizado en el estudio, es útil y práctico para completar el estudio psicológico de los pacientes con obesidad en general y Obesidad Mórbida en particular. Esto sirve para detectar aspectos /psicológicos que habría que tratar antes de comenzar un tratamiento integral de la obesidad y/o antes de someter a los pacientes a cirugía bariátrica, para asegurarnos la mayor eficacia posible en los distintos abordajes de la obesidad incluyendo también la cirugía en los casos de OM.

Por último reseñar que nuestra impresión clínica es que el cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O`Donnell y Warren¹⁴ es un instrumento que impresiona, dada su aparente validez de contenido, muy útil para evaluar los hábitos, pensamientos y actitudes vinculados con la obesidad y deberíamos, si bien esta traducido y validado en castellano, plantearnos la validación del mismo en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D et al. 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
2. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, et al. Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and functional Health Status. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 328-33
3. Monkhouse SJW, Morgan JDT, Bates SE, Norton SA. An overview of the management of morbid obesity. *Postgrad Med J* 2009; 85: 678-681.
4. Sjöström L, Narbro K, Sjöström D, Karason K, Larsson B, Wedel H et al. Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *N Engl J Med* 2007; 357 (8): 741-752
5. Mechanick JL, Youdim A, Jones DB, Garvey T, Hurley DL, McMahon M et al. Clinical Practice Guidelines for Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient-2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity* 2013; 21 (01): S1-S64.
6. Ashton D, Favretti F, Segato G. Preoperative psychological testing: another form of prejudice. *Obesity Surg* 2008; 18 (10): 1330-7
7. Pataky Z, Carrad I, Golay A. Psychological factors and weight loss in bariatric surgery. *Curr Opin Gastroenterol* 2011; 27 (2): 167-173.
8. Fernández M, Guerra P, Vicente C. Obesidad Mórbida y Criterios de evaluación previos a la cirugía bariátrica. *Trastornos de la conducta alimentaria* 2013; 18: 2008-2038.
9. Sogg S, Lauretti J, West-Smith L. Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2016; 12: 731-769.
10. Pories WJ. Bariatric surgery: risk and rewards. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93 (11) Suppl 1: S89-S96.

11. Mechanick JI, Kushner RF, Sugerman HJ, Gonzalez-Campoy JM, Collazo-Clavell ML, Spitz AF et al. Perioperative Bariatric Guidelines. *Obesity* 2009; 17 suppl 1: S1-S70.
12. Malik S, Mitchell JE, Engel S, Crosby R, Wonderlich S. Psychopathology in bariatric surgery candidates: A review of studies using structured diagnostic interviews. *Comp Psychiatry* 2014; 55: 248-259.
13. Parker K, Mitchell S, O'Brien P, Brennan L. Psychometric Evaluation of Disordered Eating Measures in Bariatric Surgery Candidates. *Obes Surg* 2016; 26 (3): 563-75.
14. O'Donnell W, Warren W. Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria. México: Manual Moderno, 2007.
15. Kofman MD, Lent MR, Swencionis C. Maladaptive Eating Patterns, Quality of Life, and Weight Outcomes Following Gastric Bypass: Results of an Internet Survey. *Obesity*. 2010;18:1938-1943.
16. Chao A, Grilo CM, White MA, Sinha R. Food cravings mediate the relationship between chronic stress and body mass index. *J Health Psychol* 2015; 20 (6): 721-729
17. Curtiss C, Davis C. A Qualitative Study of Binge Eating and Obesity From an Addiction Perspective. *Eating Disord* 2014; 22: 19-32.
18. Lorence B. Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de Psicología*. 2008; 26 (1): 51-68.
19. Marques I, Russolilo G, Lopes E, Bressan J, Baladia E. Dietas de adelgazamiento. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2008; 14 (3): 163-171
20. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev* 2011; 12 (99): 709-23.
21. Bond, DS, Jakicic, JM, Leahey T, Thomas, JG, Vithiananthan, S, Sax, HC, Pohl, D, Roye, D, Ryder, BA, Wing, RR. Objective quantification of physical activity in bariatric surgery candidates and normal weight controls. *Surg Obes Relat Dis* 2010; 6, 72-78.
22. Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Pérez de la Cruz A, Fernández-Santaella MC. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg* 2010; 20 (2): 161-7.
23. Lim RB, Jones D, Chen W. Bariatric operations for management of obesity: indications and preoperative operation. *UpToDate*, Nov-Dec, 2016.
24. Loos RJ. Genetic determinants of common obesity and their value in prediction. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2012; 26: 211-226.
25. Simmonds M, Burch J, Llewellyn A, Griffiths C, Yang H, Owen C, et al. The use of measures of obesity in childhood for predicting obesity and the development of obesity-related diseases in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Health Technol Assess* (2015) 19(43):1-336
26. Stunkard AJ, Messick S. The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom Res* 1985; 29: 71-83.
27. Pardo A, Ruiz M, Jódar E, Garrido J, De Rosendo JM, Usan LA. Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. *Nutr Hosp* 2004; XIX: 99-109.
28. Castro-Rodríguez P, Bellido-Gurrero D, Pertega Díaz S y Grupo Colaborativo del Estudio. Evaluación y validación de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad. *Endocrinol Nutr* 2010; 57 (4): 130-139.
29. Kofman MD, Lent MR, Swencionis C. Maladaptive Eating Patterns, Quality of Life, and Weight Outcomes Following Gastric Bypass: Results of an Internet Survey. *Obesity*. 2010;18:1938-1943.
30. Gade H, Rosenvinge JH, Hjelmessaeth J. Psychological correlates to dysfunctional eating patterns among morbidly obese patients accepted for bariatric surgery. *Obes Facts* 2014; 7: 111-119.
31. Larrañaga A, García-Mayor R. Tratamiento psicológico de la obesidad. *Med Clin* 2007; 129 (10): 387-91
32. Rios Martínez B, Sánchez Rentería M, Guerrero Hernández M, Pérez Carvajal D, Gutiérrez Pérez S, Rico Rodríguez M et al. El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cirujano General* 2010; 32 (2): 114- 120.
33. Meza C, Moral de la Rubia J. Validación de la versión en español del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria en una muestra de mujeres mexicanas. *Rev Inter de Psicol Edu* 2012; 14 (2): 73-96.
34. Murphy SP, Kaiser LL, Townsend MS, Allen LH. Evaluation of validity of items for food behaviour checklist. *J Amer Diet Assoc* 2001; 101: 751-61.
35. Kofman MD, Lent MR, Swencionis C. Maladaptive Eating Patterns, Quality of Life, and Weight Outcomes Following Gastric Bypass: Results of an Internet Survey. *Obesity*. 2010;18:1938-1943.