

Evaluación del efecto de una intervención psicoterapéutica grupal en pacientes obesos mórbidos en lista de espera para cirugía bariátrica

Evaluation of the effect of group psychotherapy in morbid obese patients included in bariatric surgery waiting list

Alday J¹, Navas E², González C¹, Púa I³, Del Olmo L⁴

Recibido: 29/02/12

Aceptado: 26/10/12

Resumen

Introducción. *La obesidad mórbida es una enfermedad multifactorial en la que intervienen factores metabólicos, dietéticos y psicosociales. Se asocia con determinados trastornos psiquiátricos, en especial con trastornos de la conducta alimentaria. El tratamiento más eficaz es la cirugía bariátrica, que en un porcentaje variable de pacientes fracasa por los hábitos alimentarios o por la psicopatología asociada. Se pretende evaluar el efecto que una intervención psicoterapéutica grupal, previa a la cirugía tiene en el estado clínico de los pacientes en espera de cirugía bariátrica.*

Metodología. *El estudio se realizó con un total de 31 participantes candidatos a cirugía bariátrica. Se recogieron datos demográficos, clínicos y psicométricos, antes y después de la intervención psicoterapéutica. Se identificaron en la muestra dos subgrupos de pacientes con distintos niveles de vulnerabilidad psiquiátrica.*

Resultados. *El grupo de pacientes de mayor vulnerabilidad psiquiátrica mejoró significativamente tras la intervención grupal, tanto en las medidas de psicopatología general, como las relacionadas con el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria; mientras que en el grupo de*

¹Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

²Psicóloga Clínica. Dispositivos Específicos de Rehabilitación. Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés (Madrid).

³DUE. Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

⁴Médico Endocrino. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Correspondencia: Dr. D. Juan Alday

Servicio de Psiquiatría

Hospital Severo Ochoa

Avda. Orellana s/n.

28911 Leganés (Madrid).

Correos electrónicos: jalday.hsvo@salud.madrid.org/jaldayb@gmail.com

menor vulnerabilidad psiquiátrica mejoraron de forma significativa, exclusivamente, las medidas relacionadas con el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

Conclusiones. *La intervención psicoterapéutica grupal previa a cirugía bariátrica, mejora la situación psicopatológica de los pacientes, especialmente la de aquellos con mayor vulnerabilidad psiquiátrica. Estas intervenciones dirigidas a los pacientes de mayor vulnerabilidad psiquiátrica, serían más eficientes.*

Palabras clave: Obesidad mórbida. Trastornos psiquiátricos. Trastorno de la conducta alimentaria. Terapia de grupo.

Summary

Introduction. *Morbid obesity is a multifactorial disease, which involves metabolic factors, dietetic habits and psychosocial factors. It is associated with certain psychiatric disorders, especially with eating disorders. The most effective treatment is bariatric surgery, which in a variable percentage of patients fail to dietetic habits or associated psychopathology. The study evaluates the effect of group therapy previous to surgery in the patients' psychopathological situation.*

Methodology. *We used a sample of 31 candidates to bariatric surgery patients. Demographic, clinical and psychometric data were collected before and after the psychotherapeutic intervention. Two subtypes of patients with a different level of psychiatric vulnerability were founded.*

Results. *After the group therapy, the high psychiatric vulnerability subtype improved significantly in general psychopathology and eating disorder measures, while the low psychiatric vulnerability patients got significantly better only in the eating disorder measures.*

Conclusions. *The group therapy before bariatric surgery improved the patients' psychopathological situation, especially in those with high psychiatric vulnerability. These interventions pointed at the high psychiatric vulnerability patients should be more efficient.*

Key words: Morbid obesity. Psychiatric disorders. Eating disorders. Group therapy.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica constituye el tratamiento más eficaz de la obesidad mórbida (Ardelt-Gattinger, Meindl, Mangge, Neubauer, Ring-Dimitriou, Spendlingwimmer et al., 2012; Lanza, Linda, Carrard, Reiner y Golay, 2012). Concretamente, las publicaciones coinciden en afirmar que en casos de obesidad mórbida, se ha establecido que el único tratamiento realmente efectivo es la cirugía bariátrica, siempre y cuando el tratamiento sea realizado por un equipo cualificado (Buchwald, Avidor, Braunwald, Michael, Jensen, Pories et al., 2004).

Otras medidas como las dietas hipocalóricas y el ejercicio físico pueden servir de ayuda, pero la cirugía consigue reducciones de peso muy superiores y durante más tiempo que los tratamientos con-

servadores. La mayoría de los estudios publicados considera, que la cirugía ha tenido éxito cuando el paciente pierde más de un 50% del sobrepeso inicial. Esta pérdida de peso se acompaña de una reducción de los factores de riesgo cardiovascular y, probablemente, de una mejoría de la calidad de vida (Barreto, Braghrolli, Lima, Eduardo, Seal y Cruz, 2004), aunque esta variable no suele recogerse.

Sin embargo, en todas las series publicadas existe un porcentaje variable de pacientes que pierden poco peso o lo recuperan pronto tras la intervención. Este fracaso de la cirugía bariátrica puede explicarse por varios factores, entre los que se encuentran el tipo de cirugía, el patrón alimentario previo, la edad, el peso inicial, el índice de masa corporal y, por supuesto, trastornos psiquiátricos y fac-

tores psicosociales (Colquitt, Clegg, Loveman, Royle y Sidhu, 2005).

La obesidad de cualquier grado, pero en mayor medida la obesidad mórbida, se asocia con determinados trastornos psiquiátricos (Chinchilla, 2005): prácticamente un cuarto de la población obesa presenta trastornos del ánimo y ansiedad (Simon, Von Korff, Saunders, Miglioretti, Crane, Van Belle y Kessler, 2006; Wadde, Berkowitz y Stunkard, 2005), mientras que se estima un porcentaje superior de trastornos del comportamiento alimentario (Guisado, Vaz, López-Ibor, Rubio, 2001) que, en muchas ocasiones, se detectan ya en el periodo postoperatorio (Crespo y Ruiz, 2006; APA, 1993; Bruch, 1973). La tasa de prevalencia de los trastornos de la personalidad entre los obesos mórbidos, en los que se detecta una sobreingesta compulsiva, es muy elevada (Echeburúa y Marañón, 2001). La función del psiquiatra en la evaluación de estos pacientes es determinar si existe alguna contraindicación, desde el punto de vista psicopatológico, para la cirugía bariátrica. Existe un listado de diagnósticos psiquiátricos aprobado por distintas sociedades científicas, que suponen una contraindicación para esta cirugía (Rubio y cols., 2007). Las contraindicaciones absolutas son las drogodependencias incluida el alcoholismo, el retraso mental, los trastornos psicóticos y la bulimia nerviosa; mientras que las contraindicaciones relativas incluyen los trastornos de la personalidad, un entorno familiar claramente desfavorable, los vómitos psicógenos y la hiperfagia en otros trastornos mentales (Pánsnik, Krupa, Stanowski, Lapinski y Zareba, 2004; Elizagárate, Ezcurra y Sánchez, 2001; Martínez y cols., 2001). Se puede estar más o menos de acuerdo con los diagnósticos que excluyen la cirugía, pero facilitan la tarea. Donde surgen las dificultades es en aquellos pacientes que no tienen una contraindicación absoluta para la cirugía, pero que su psicopatología dificulta el autocuidado, el seguimiento de un postoperatorio y la aceptación del cambio corporal y vital que supone una cirugía de estas características (Dzinrowicz-Kozłowska, Wierzbicki, Lisik, Wasiak y Kosrerdzki, 2006). Nos referimos a pacientes con dificultades en las relaciones interpersonales o consigo mismos y/o con patología del vínculo (Bruch, 1969), y que en la nosología psiquiátrica los categorizaríamos, según los casos, co-

mo: trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo o trastorno por atracón (Saldaña, 2002; Marcus, 1999).

Aunque el trastorno por atracón parece ser relativamente infrecuente en la población general (2% de prevalencia), es común entre los pacientes que buscan tratamiento para la obesidad en los programas hospitalarios (30% prevalencia) (Blomquist, Milsom, Barnes, Boeka, White, Masheb et al, 2012; Spitzer, Devlin, Walsh y Hasin, 1992). Aún no habiendo sido aprobado como diagnóstico DSM-IV, el manual enumera criterios de investigación para el trastorno por atracón, que consisten en la presencia de atracones recurrentes, que tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un periodo de 6 meses y que originan un profundo malestar al recordarlos (López-Ibor y Valdés, 2002). Si en la bulimia es el querer hacer dieta, y la privación de comida lo que desemboca en comer sin freno, presentando conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos o enemas en exceso) o conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso (Watson, Fursland, Bulik y Nathan, 2012), en el trastorno por atracón no hay un deseo activo de perder de peso, ni conductas compensatorias inapropiadas, ni purgativas, sino que son motivos emocionales (Jones-Corneille, Wadden, Sarwer, Faulconbridge, Fabricatore, Stack et al., 2012), el descontrol de impulsos (Tanofsky-Kraff, 2012) y/o una peor función cognitiva (Galioto, Spitznagel, Strain, Devlin, Cohen, Paul et al., 2012) los que llevan a buscar en la comida las satisfacciones que en la vida diaria no se encuentran, asociándose de forma habitual con la obesidad y el sobrepeso (Peterson, Latendresse, Bartholome, Warren y Raymond, 2012) y predominantemente en mujeres de edad media. El hecho de no estar aprobado como diagnóstico DSM y de no ser considerado de forma habitual por un gran número de psiquiatras, al no estar incluido como contraindicación para la cirugía bariátrica, podría influir en los resultados de la cirugía, bien perdiendo poco peso, bien recuperándolo en poco tiempo (Ashton, Heinberg, Windover y Merrell, 2011).

A pesar de esta relación entre la obesidad y los factores psicopatológicos, varios meta-análisis recientes (Peterson et al, 2012; Herpertz, Kielmann, Wolf, Hebebrand, Senf, 2004; Herpertz, Kielmann,

Wolf, Langkafel, Senf y Hebebrand, 2003) no han podido demostrar una asociación significativa entre las variables psicosociales analizadas y el peso perdido tras diferentes técnicas quirúrgicas. Es probable que sea este uno de los motivos por los que los pacientes obesos mórbidos, rara vez realizan un tratamiento psicoterapéutico prequirúrgico, a pesar de las múltiples comorbilidades de trastornos de la conducta alimentaria y trastornos mentales que presentan (Lent y Swencionis, 2012; Kinzl, 2007).

En nuestro medio clínico, apenas disponemos de datos sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes obesos (Arias, Sánchez, Gorgojo, Almodóvar, Fernández Llorente, 2006; Arias, Sánchez, Gorgojo, Almodóvar, Jiménez y Soto, 2006) y su manejo y tratamiento (Burguera, 2007). No obstante, la comorbilidad psiquiátrica se tiene en cuenta a la hora de indicar el tipo de intervención quirúrgica (Van Hout, Van Oudhensden, Krasuska y Van Heck, 2006), el tratamiento adyuvante (Van Hout, Boekestein, Fortuin, Pelle y Van Heck, 2006; Carrier, Steinhardt y Bowman, 1993) y el seguimiento (Omalu, Patrick, Abdulrezak, Shakir, Uche, Agumadu et al, 2005).

Desde el punto de vista farmacológico, cabe destacar que los estudios sobre el tratamiento farmacológico del trastorno por atracón, han mostrado generalmente unas tasas muy elevadas de respuesta al placebo (alrededor del 70%) (Stunkard, Berkowitz, Tanrikut, Reiss y Young, 1996; Alger, Schwalberg, Bigaoutte, Michalek y Howard, 1991). Las altas tasas de respuesta al placebo sugieren que debe evaluarse con gran cautela la afirmación de la eficacia de dichos tratamientos, particularmente en estudios que solo utilizan un control de lista de espera. Se han utilizado fármacos, principalmente los antidepresivos, en el tratamiento del trastorno por atracón. Numerosos estudios han observado que la administración simultánea de medicación y psicoterapia se asocia a una mayor pérdida de peso que con la psicoterapia sola (Agras, Telch, Amow, Eldredge, Wilfley, Raeburn et al, 1994; Marcus, Wing, Swing, Kern, Mc Dermott y Gooding, 1990).

Desde el punto de vista psicoterapéutico, los abordajes se han centrado principalmente en el trastorno por atracón y la bulimia (Hay y Bacaltchuk, 2003; Fichter, Ouadflieg y Gnutmann,

1998), y predominantemente en orientaciones cognitivo-conductuales (Carrard, Crépin, Rouget, Lam, Van der Linden y Golay, 2011; Wilson, 2011; Larrañaga y García-Mayor, 2007; Carter y Fairburn, 1998) o terapias familiares en pacientes jóvenes o que conviven con su familia de origen (Nowicka, Pietrobelli y Flodmark, 2007; Bruch, 2002; Flodmark, 1996; Flodmark, Ohlsson, Rydén y Sveger, 1993).

En el Hospital Severo Ochoa de Leganés (Madrid) se indica un tratamiento psicoterapéutico individual en aquellos pacientes obesos mórbidos, cuya psicopatología puede dificultar la pérdida de peso o el éxito de la intervención antes de la cirugía, con resultados limitados que no van más allá del trabajo de adquisición de conciencia de enfermedad psíquica, esto es, de relación entre sus conflictos y su conducta alimentaria, si el tratamiento va bien. Las dificultades en el tratamiento individual tienen que ver en muchas ocasiones con la nula conciencia de enfermedad psíquica, la negación de cualquier malestar y el modo de relacionarse con los sanitarios (y los otros en general), externalizando cualquier responsabilidad propia en su obesidad, lo que genera en algunos profesionales una contratransferencia negativa (Yalom, 1998), que lleva a que sufran en ocasiones estos pacientes el maltrato de nuestras instituciones sanitarias, reforzándose así la idea de que sus problemas en las relaciones interpersonales se deben exclusivamente a su imagen corporal.

Esta sensación de poca eficacia del trabajo terapéutico individual, la baja respuesta al tratamiento farmacológico, apoyado por sensaciones similares de los especialistas de Endocrinología y Nutrición, junto con los datos recogidos en la literatura que hacen alusión al fracaso de la cirugía en relación con factores psicológicos y psicosociales (Van Hout, Vershure y Van Heck, 2005), hacen necesario el planteamiento de un trabajo terapéutico grupal. Es considerado por distintos autores que los factores curativos del grupo (Yalom, 1986; Grinberg y Langer, 1961) y la relación entre los componentes del grupo es un factor terapéutico más potente que los que acontecen en una terapia individual. Se han descrito algunas experiencias limitadas en este sentido en la literatura, tanto prequirúrgicas (Ashton, Drerup, Windover y Heineberg, 2009; Sarwer, 2009; Wilfey, Agras, Telch,

Rossiter, Schneider, Cole et al, 1993) como en post-cirugía (Saunders, 2004).

Dado que la situación psicopatológica previa se asocia a un mejor pronóstico postquirúrgico (Leahy, Bond, Irwin, Crowther y Wing, 2009; Kinzl, Trefalt, Fiala y Biebl, 2002), pretendemos con este estudio comprobar el efecto de un grupo psicoterapéutico prequirúrgico en una muestra de pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica, especialmente en el subgrupo de mayor vulnerabilidad psiquiátrica.

MÉTODO

El Servicio de Psiquiatría, junto con el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Severo Ochoa de Leganés, se plantea la necesidad de llevar a cabo un estudio para evaluar la eficacia de una intervención psiquiátrica y la indicación de un tratamiento psicoterapéutico grupal en dos subgrupos de pacientes, con distinta vulnerabilidad psiquiátrica y en lista de espera para cirugía bariátrica, determinando si las variables clínicas que se van a medir mejoran tras la intervención y si existe alguna influencia del grado de vulnerabilidad psiquiátrica que presentan los participantes en dicha mejoría.

El estudio fue realizado entre diciembre de 2007 y diciembre de 2009, habiendo sido aprobado por la Comisión de Investigación del Hospital Severo Ochoa, en su reunión del ocho de noviembre de 2007.

Población

Para el presente estudio, se contó con un total de 31 participantes con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años (8 varones con edad media de 43 años y 23 mujeres con edad media de 47,64 años) que, debido a su grado de obesidad y la respuesta previa al tratamiento dietético y/o farmacológico, eran candidatos a cirugía bariátrica y estaban incluidos en lista de espera quirúrgica.

Como criterios de inclusión de la muestra de estudio, consideramos pacientes candidatos a cirugía bariátrica a aquellos que tienen un Índice de Masa Corporal (IMC) > 40 ó $IMC > 35$ y comorbilidad (Rubio y cols., 2007). Los pacientes que acudieron a la consulta de su endocrino de área con un $IMC > 40$ y que no perdieron peso con un tra-

tamiento dietético y farmacológico fueron derivados a la consulta de endocrino del Hospital Severo Ochoa de Leganés. Se realizó una evaluación nutricional en todos los pacientes y se solicitó una valoración para detectar si existían contraindicaciones para la cirugía bariátrica desde el punto de vista quirúrgico y psiquiátrico (Keller, Van Der Werf y Stohler, 1989). Cuando no existieron contraindicaciones absolutas para la cirugía, los pacientes firmaron un contrato terapéutico de seguimiento pre y postquirúrgico (con un compromiso de seguimiento de cinco años) por el Servicio de Endocrinología y se incluyeron en la lista de espera quirúrgica, estando además informados de los objetivos de la investigación y habiendo dado su consentimiento para la participación en la misma.

Variables

En la tabla 1 se expone el conjunto de variables utilizadas en esta investigación, así como el instrumento utilizado para su medición. Puede verse como han sido divididas en dos grandes grupos: 1) psicopatológicas y 2) relacionadas con trastornos de la conducta alimentaria. Por otra parte, la selección de datos demográficos y clínicos de los pacientes se hizo a través de un protocolo de entrevista semiestructurado diseñado por los investigadores.

Instrumentos

Para la medida de las variables psicológicas, se llevó a cabo una selección de tests del ámbito clínico y de la salud (Bancheri, Patrizi, Kotzaliadis, Mosticoni, Gargajo, Angrisani et al., 2006). Los participantes completaron dicha batería de evaluación que comprendía las siguientes pruebas:

- Cuestionario de Salud General -GHQ-28- de Goldberg y Hillier (Goldberg y Hillier, 1979): concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico. Cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). En conjunto, los datos disponibles han mostrado una elevada fiabilidad test-retest del GHQ-28 ($r = 0,90$). En los múltiples trabajos llevados a cabo

Tabla 1
Variables clínicas e instrumentos de medida

Dimensiones	Variable	Cuestionario
Psicopatología	Síntomas somáticos	GHQ
	Ansiedad e insomnio	
	Disfunción social	
	Depresión grave	BDI
	Sintomatología depresiva	
	Rasgo de ansiedad	
	Estado de ansiedad	STAI-E
Trastornos de la conducta alimentaria	Impulso a la delgadez	EDI
	Sintomatología bulímica	
	Insatisfacción corporal	
	Inefectividad y baja autoestima	
	Perfeccionismo	
	Desconfianza Interpersonal	BSQ
	Conciencia interoceptiva	
	Miedo a madurar	
	Imagen corporal	
Datos sociodemográficos	Edad	Entrevista semiestructurada
	Sexo	
	Nivel educativo	
	Estructura familiar	
Datos clínicos	Antecedentes psiquiátricos familiares	
	Diagnóstico	
	Tratamiento farmacológico	

en diferentes lugares del planeta, la sensibilidad del conjunto oscila entre 44% y 100%, mediana del 86% y la especificidad entre el 74% y el 93%, mediana del 82%.

- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo –STAI– de Spielberger, Gorsuch, Lushene (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982): comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). La ansiedad estado (A/E) se describe como un estado o condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. La Ansiedad rasgo (A/R) consiste en una propensión ansiosa relativamente estable que dife-

rencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, y la ansiedad rasgo es similar a los constructos llamados “motivos” o “disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación”, o bien “disposiciones comportamentales adquiridas”. Consta de 40 ítems (20 para cada escala).

- Inventario de Depresión de Beck –BDI– de Beck y Ward, y revisado por Beck y Steer (Beck y Ward, 1961; Beck y Steer, 1987): instrumento utilizado para diagnosticar depresión y que consta de 21 ítems. Cada uno de ellos describe una manifestación específica de la depresión, cada afirmación refleja un rango de severidad del síntoma, desde neutral hasta la severidad máxima, expresa-

dos como rango normal, depresión leve, depresión leve-moderada, depresión moderada-severa y depresión severa. Los valores numéricos son del 0 al 3, respectivamente. La máxima puntuación es de 63 puntos. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%).

- Cuestionario sobre Imagen Corporal –BSQ– de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987): representa una medida objetiva de la preocupación sobre el peso y la imagen corporal, por lo que puede ser usado para evaluar trastornos de la imagen corporal en puntuaciones elevadas. También puede ser una herramienta útil para el estudio exploratorio de individuos en riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario, teniendo en cuenta que el trastorno del esquema corporal es solo uno de los síntomas de esta patología. El cuestionario es autoadministrado y tiene una escala tipo Likert de 6 puntos, que va desde Nunca hasta Siempre. La persona responde según su autopercepción y el grado de identificación sobre cada ítem en las últimas cuatro semanas. A mayor puntuación, mayor insatisfacción corporal. Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez, convergente con otras escalas, se sitúa entre 0,61 a 0,81.

- El Inventario para Trastornos de la Alimentación –EDI– de Garner y Olmsted (Garner y Olmsted, 1983): fue diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y BN. El EDI contiene 64 reactivos agrupados en ocho subescalas que se correlacionan positivamente: impulso a la delgadez, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar. Las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal; los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de la AN, ya que aparecen respuestas similares en grupos de personas preocupadas por su dieta.

Diseño

Se llevó a cabo un estudio de medidas repetidas (pre y post-intervención grupal) para el con-

junto de sujetos y, específicamente, para dos grupos con diferente vulnerabilidad psiquiátrica, siguiendo unos criterios clínicos establecidos por los investigadores, con el objetivo de analizar el efecto de una intervención psicoterapéutica grupal sobre el estado psicopatológico en una muestra de pacientes obesos mórbidos prequirúrgicos, e identificar aquellos factores psicológicos y psiquiátricos (Lang, Hauser y Schlumpf, 2000) que intervienen en la obesidad mórbida y que pudieran beneficiarse de la intervención psiquiátrica y psicoterapéutica. De este modo hemos constituido, en función de resultados psicométricos, un grupo al que llamamos de “mayor vulnerabilidad psiquiátrica” ó Tipo 1, conformado por aquellos sujetos que cumplían, al menos una de estas dos condiciones:

- 1) Tener una puntuación, en al menos una subescala del EDI que sea mayor o igual al centil 75, así como una puntuación directa en el BSQ mayor a 110.

- 2) Presentar una puntuación directa en el GHQ mayor o igual a 8 o una puntuación directa en el BDI mayor a 10 o en el STAI una puntuación centil mayor o igual a 85; junto con una puntuación centil en el EDI mayor o igual a 75 o una puntuación directa BSQ mayor a 110.

El resto de participantes que no cumplían estos criterios fueron considerados como el grupo de “menor vulnerabilidad psiquiátrica” y denominado Tipo 2.

En cuanto a los análisis estadísticos, se realizaron diversas pruebas t de medidas repetidas para la comparación de los resultados obtenidos tras la intervención psicoterapéutica grupal, seleccionando los casos que configuraron los grupos de mayor y menor vulnerabilidad. Para ello, se utilizó el paquete estadístico SPSS 18.0 (SPSS 18, 2009).

Procedimiento

El periodo del estudio comprende desde que los pacientes firman el contrato terapéutico hasta la consulta prequirúrgica, establecida quince días antes de la operación. En ese periodo, fueron evaluados por el psiquiatra e iniciaron un tratamiento psicológico grupal de seis meses de duración. Durante la primera evaluación se les entregaron las

pruebas psicométricas y se recogieron las variables sociodemográficas y clínicas. Los pacientes que presentaban contraindicaciones absolutas para la cirugía fueron excluidos del estudio. Los que no presentaban contraindicaciones para la cirugía fueron derivados al grupo terapéutico, salvo aquellos pacientes que iniciaron un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico individual a criterio del psiquiatra tras la evaluación, y que se incorporaron al grupo más tarde, una vez finalizado su tratamiento individual. Se acordó con el Servicio de Cirugía que los pacientes fueran operados después de haber finalizado el grupo terapéutico, así como la posibilidad de retrasar la cirugía por parte del Servicio de Psiquiatría y el Servicio de Endocrinología, si se consideraba que no se habían conseguido unos mínimos objetivos terapéuticos (asistencia, abandonos, aumento llamativo de peso, empeoramiento de su psicopatología). En la consulta prequirúrgica fueron nuevamente evaluados y se les entregaron nuevamente los test que rellenaron antes de la cirugía, quedando la muestra final resultante.

Intervención

Todos los pacientes que firmaron el compromiso terapéutico, acudieron a un grupo psicoeducativo conducido por una enfermera de nutrición. El tratamiento grupal indicado, de características homogéneas en cuanto a su composición (Foulkes, 2006), comenzó como un grupo cerrado para los primeros participantes, convirtiéndose en un grupo continuo, de apertura lenta, en el que según terminaban los pacientes el último módulo y se les daba el alta del grupo, se incorporaban nuevos miembros al mismo, no presentando el grupo un número superior a 12 componentes al mismo tiempo. El número de sesiones grupales ofertadas fue de 24. Se realizó una sesión semanal de una hora y media de duración, durante un periodo de seis meses con los temas propuestos y organizados en seis módulos, que incluyeron: a) conceptos generales de la obesidad mórbida y etiopatogenia, b) grupos de alimentos y principios inmediatos, c) relación entre obesidad mórbida y estado emocional, d) aprender a comer despacio y técnicas de control de la sobreingesta alimentaria, e) cirugía bariátrica y complicaciones de la cirugía y postoperatorio (Sarwer y Fabricatore, 2008). Al finali-

zar el grupo, justo antes de la intervención quirúrgica, se realizó una nueva evaluación psiquiátrica.

RESULTADOS

Respecto al grado de vulnerabilidad según los criterios definidos, 19 de los sujetos correspondieron al grupo de mayor vulnerabilidad psiquiátrica o Tipo 1 (61,2%), mientras que 12 participantes pertenecieron al grupo de menor vulnerabilidad psiquiátrica o Tipo 2 (38,7%). Al comparar ambos grupos clínicos, se obtiene que la media de edad de los pacientes Tipo 2 es de 44,42 años frente a 47,47 años de los pacientes Tipo 1.

Por otra parte, en la tabla 2 se aprecian los porcentajes por grupos en función del sexo, apreciando que el Tipo 1 muestra un 21,1% de varones frente a 78,9% de mujeres, lo que indica mayor proporción, mientras que en el grupo de menor vulnerabilidad los porcentajes tienden a aproximarse (mujeres 58,3% vs. varones 41,7%). Atendiendo al nivel de estudios, en el Tipo 2, el 58,3% de pacientes tienen bachiller elemental, seguido de formación profesional y sin estudios (16,7%). En el Tipo 1, destaca también estudios de bachiller elemental (52,6%) seguido de diplomatura universitaria (26,3%).

En relación a la situación laboral, en el Tipo 2, la mayoría de la población está en activo (41,7%) seguido de un 25% de desempleados. En el grupo de mayor vulnerabilidad, los porcentajes indican que la población se distribuye, en mayor medida, en personas en activo (36,8%) y amas de casa (31,6%). Por otra parte, en relación al diagnóstico clínico, solamente seis participantes no presentaron ningún diagnóstico psiquiátrico (19,4%). Al comparar ambos grupos clínicos, en relación con el diagnóstico psiquiátrico asignado, el grupo de menor vulnerabilidad se compone básicamente de personas sin diagnóstico (25%) y del diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (25%). Por su parte, en el Tipo 1, el 36,8% presenta un trastorno distímico, seguido de personas con trastorno de ansiedad no especificado y sin diagnóstico (ambos con porcentajes de 15,8%). En cuanto a los antecedentes psiquiátricos familiares, el 31,6% de los pacientes Tipo 1 tenían antecedentes, presentándolos también el 33,3% de los pacientes Tipo 2. Finalmente, en cuanto al trata-

Tabla 2
Características muestrales por grupos de vulnerabilidad

Variables	Mayor Vulnerabilidad (Tipo 1)	Menor Vulnerabilidad (Tipo 2)
Sexo		
Mujer	78,9%	58,3%
Varón	21,1%	41,7%
Nivel de estudios		
Sin estudios	10,5%	16,7%
Formación profesional	5,3%	16,7%
Bachiller elemental	52,6%	58,3%
Bachiller superior	5,3%	0%
Diplomado universitario	26,3%	8,3%
Situación laboral		
Desempleo	15,8%	25%
En activo	36,8%	41,7%
Ama de casa	31,6%	16,7%
ILT (incapacidad laboral temporal)	10,5%	8,3%
Pensionista	5,3%	8,3%
Antecedentes psiquiátricos familiares	31,6%	33,3%
Diagnóstico psiquiátrico tras evaluación		
Sin diagnóstico	15,8%	25%
Trastorno distímico	36,8%	8,3%
Trastorno conducta alimentaria no especificado	21,1%	25%
Trastorno de ansiedad no especificado	5,3%	16,7%
Trastorno de angustia sin agorafobia	15,8%	0%
Trastorno de ansiedad generalizada	0%	8,3%
Trastorno de la personalidad no especificado	0%	8,3%
Abuso de alcohol	0%	8,3%
Trastorno depresivo no especificado	5,3%	0%
Tratamiento psicofarmacológico		
Ninguno	42,1%	58,3%
Inhibidores selectivos recaptación de serotonina	10,5%	16,7%
Benzodiazepinas (BZD)	21,1%	16,7%
ISRS y BZD	15,8%	8,3%
BZD y Anticonvulsivantes de 3ª generación	5,3%	0%
ISRS, BZD y Anticonvulsivantes de 3ª generación	5,3%	0%

miento psicofarmacológico, el porcentaje de personas sin tratamiento es mayor en el grupo de menor vulnerabilidad. Concretamente, en el Tipo 2, el mayor porcentaje corresponde a personas sin ningún tratamiento (58,3%), seguido de tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (16,7%). En el grupo de mayor vulne-

rabilidad, la mayoría no tiene ningún tratamiento (42,1%), seguido de tratamiento solo con benzodiazepinas (21,1%), y tratamiento combinado de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y benzodiazepinas (15,8%).

Referente a las variables objeto de estudio en la presente investigación, se muestran los resulta-

dos obtenidos tanto en la muestra total como en los dos grupos de comparación, antes y después de la aplicación del procedimiento psicoterapéutico grupal, así como la comparación entre ambas medidas. Para mayor claridad en la exposición de los datos resultantes, se clasifican los resultados en función de variables que miden psicopatología general (mediante el test de sintomatología general GHQ-28, el test BDI y el test de ansiedad rasgo-estado STAI) (ver tabla 3) y, por otra parte, en función de las variables que miden riesgo de desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, con la puntuación total obtenida en el -BSQ- y en cada índice en el -EDI- (ver tabla 4).

Los sujetos muestran diferencias significativas en todas las variables analizadas en el total de la muestra. En sintomatología general, medida mediante GHQ-28, al comparar la medida pre-tratamiento con la post-tratamiento, se aprecia cierta mejoría en el estado psíquico general de los pacientes después de haber asistido al grupo psicoterapéutico [6,39 vs. 3,16; $t_{30}=2,85$; $p\leq 0,05$]. De igual forma, habría una disminución de la sintomatología depresiva -BDI- [12,26 vs. 9,74; $t_{30}=2,72$; $p\leq 0,05$] y tanto de la ansiedad-estado [24,52 vs. 19,42; $t_{30}=3,04$; $p\leq 0,01$] como de la ansiedad-rasgo [27,65 vs. 22,97; $t_{30}=2,72$; $p\leq 0,05$].

No obstante, lo revelador de este estudio radica en que si comparamos los resultados obtenidos entre ambos grupos, solo obtenemos diferencias significativas en el Tipo 1 (grupo de mayor vulnerabilidad), entre medidas pre y post-tratamiento,

en la totalidad de variables psicopatológicas a diferencia del grupo de menor vulnerabilidad, tal y como se puede apreciar en la tabla 3. En detalle, la puntuación en sintomatología depresiva -BDI- disminuye significativamente después del tratamiento psicológico en el Tipo 1 [15,63 vs. 12,11; $t_{18}=2,73$; $p\leq 0,01$].

En cuanto a los resultados obtenidos en la muestra total, en variables indicadoras de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, obtenemos diferencias significativas en la medida post-tratamiento en todas las variables analizadas, excepto en perfeccionismo [4,71 vs. 3,97; $t_{30}=1,07$; $p=0,278$] (ver tabla 4).

Si comparamos entre ambos grupos de vulnerabilidad psiquiátrica, concretamente, en el Tipo 1, los pacientes presentan puntuaciones significativamente más bajas en el pos-tratamiento en el -BSQ- (preocupación por la imagen corporal [148,11 vs. 126,89; $t_{18}=4,62$; $p\leq 0,001$] al igual que la mayoría de las subescalas del -EDI-, a excepción de las siguientes variables: perfeccionismo, miedo a madurar y conciencia interoceptiva. En detalle, existen puntuaciones estadísticamente significativas menores en la medida post-tratamiento en impulso a la delgadez [13,68 vs. 10,32; $t_{18}=3,04$; $p\leq 0,001$], sintomatología bulímica [5,68 vs. 2,47; $t_{18}=2,33$; $p\leq 0,05$], insatisfacción corporal [21,37 vs. 15,84; $t_{18}=3,26$; $p\leq 0,01$], ineffectividad y baja autoestima [8,42 vs. 5,21; $t_{18}=2,59$; $p\leq 0,05$], y desconfianza interpersonal [5,11 vs. 3,16; $t_{18}=2,05$; $p\leq 0,05$] (ver tabla 4).

Tabla 3
Diferencias entre medidas pre y post-tratamiento en variables psicopatológicas por grupos de vulnerabilidad

Variables	Total Muestra			Mayor vulnerabilidad (Tipo 1)			Menor Vulnerabilidad (Tipo 2)		
	Pre	Post	t_{30}	Pre	Post	t_{18}	Pre	Post	t_{11}
Puntuación total en GHQ	6,39	3,16	2,85*	9,05	4,63	2,59**	2,17	0,83	1,34
Puntuación total en BDI	12,26	9,74	2,72*	15,63	12,11	2,73**	6,92	6,00	0,79
STAI: Ansiedad - Estado	24,52	19,42	3,04**	30,26	25,26	2,34*	15,42	10,17	1,87
STAI: Ansiedad - Rasgo	27,65	22,97	2,72*	33,47	28,26	2,32*	18,42	14,58	1,37

* $p\leq 0,05$; ** $p\leq 0,01$; *** $p\leq 0,001$

Tabla 4
Diferencias entre medidas pre y post-tratamiento en variables indicadoras de riesgo de trastornos de alimentación por grupos de vulnerabilidad

Variables	Total Muestra			Mayor Vulnerabilidad (Tipo 1)			Menor Vulnerabilidad (Tipo 2)		
	Pre	Post	t ₃₀	Pre	Post	t ₁₈	Pre	Post	t ₁₁
Puntuación total en BSQ	126,32	104,58	5,29***	148,11	126,89	4,62***	91,83	69,25	2,82**
EDI: Impulso a la delgadez	11,71	9,16	3,35**	13,68	10,32	3,04**	8,58	7,33	1,56
EDI: Sintomatología									
Bulímica	4,23	1,74	2,77**	5,68	2,47	2,33*	1,92	0,58	1,75
EDI: Insatisfacción Corporal	18,90	13,52	4,13***	21,37	15,84	3,26**	15,00	9,83	2,42*
EDI: Inefectividad y									
Baja Autoestima	6,26	3,97	2,68*	8,42	5,21	2,59*	2,83	2,00	0,89
EDI: Perfeccionismo	4,71	3,97	1,07	5,26	3,63	1,75	3,83	4,50	-0,71
EDI: Desconfianza									
Interpersonal	4,32	2,81	2,34*	5,11	3,16	2,05*	3,08	2,25	1,13
EDI: Conciencia									
Interoceptiva	6,6129	4,7419	2,06*	7,58	6,16	1,12	5,08	2,50	2,08*
EDI: Miedo a Madurar	8,1290	5,2581	3,07**	8,89	6,32	1,80	6,92	3,58	3,64**

* p≤0,05; ** p≤0,01; *** p≤0,001

En cuanto al Tipo 2, obtendríamos menores puntuaciones en el post-tratamiento en las siguientes variables: preocupación por la imagen corporal (puntuación en -BSQ-) [91,83 vs. 69,25; t11= 2,82; p≤ 0,01], insatisfacción corporal [15,00 vs. 9,83; t11= 2,42; p≤ 0,05], conciencia interoceptiva [5,08 vs. 2,50; t11= 2,08; p≤ 0,05] y miedo a madurar [6,92 vs. 3,58; t11= 3,64; p≤ 0,01].

DISCUSIÓN

En una primera lectura de la descripción de la muestra, llama la atención la alta prevalencia de tener un diagnóstico psiquiátrico (CIE-10, 1996) asociado a la obesidad mórbida en los pacientes evaluados, candidatos a cirugía bariátrica y sin trastornos psicopatológicos que contraindicaran la misma de forma absoluta. Solamente un 19,4% de los pacientes evaluados no presentaron ningún diagnóstico psiquiátrico. Al comparar los subgrupos clínicos definidos, el 15,8% de los pacientes Tipo 1, o de mayor vulnerabilidad psiquiátrica, no

presentaron ningún diagnóstico psiquiátrico frente al 25% de los pacientes Tipo 2, o de baja vulnerabilidad psiquiátrica, sin diagnóstico. En este sentido, los datos corroboran las experiencias recogidas en la aún escasa literatura y certifican la impresión clínica de los especialistas en Endocrinología y Nutrición, que atribuyen la baja autoestima de sus pacientes, los altos niveles de ansiedad, las dificultades de adhesión a los tratamientos y las conductas alimentarias alteradas a trastornos psiquiátricos. Este hecho, se traduce en nuestro medio en un aumento de interconsultas a especialistas en Psiquiatría, incluso en pacientes que ya habían sido evaluados y considerados aptos para la intervención quirúrgica.

Los diagnósticos psiquiátricos se distribuyeron de distinta manera en los dos subgrupos: un 42,1% de los pacientes Tipo 1 fueron diagnosticados de sintomatología depresiva (aglutinando el 36,8% de distimias y el 5,3% de trastorno depresivo sin especificar), frente al 8,3% de pacientes Tipo 2. Un 25% de los pacientes Tipo 2 fueron

diagnosticados de trastornos del espectro ansioso presentando este diagnóstico un 21,1% de los pacientes Tipo 1. Por último, un 25% de los pacientes Tipo 2 se incluyeron en la categoría de trastornos de la conducta alimentaria sin especificación, frente al 21,1% de los pacientes Tipo 1. En nuestra muestra, la gran diferencia, entre los pacientes de mayor vulnerabilidad psiquiátrica o Tipo 1 y los Tipo 2, viene determinada por la mayor prevalencia de sintomatología depresiva en los de mayor vulnerabilidad psiquiátrica.

Respecto a las categorías diagnósticas, destaca un porcentaje llamativo de trastornos del espectro ansioso y de trastornos de la conducta alimentaria sin especificar en ambos subgrupos de pacientes, con un 25% y 21,1% respectivamente en los Tipo 1 y Tipo 2. Esta última categoría hace alusión a aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica y, en particular, en nuestra muestra de pacientes al código diagnóstico empleado por el psiquiatra evaluador para referirse al trastorno por atracón. Estos resultados podrían corresponder con el hecho de que el trastorno por atracón es un diagnóstico que un gran número de psiquiatras no tienen en consideración de forma habitual a la hora de evaluar a los pacientes obesos mórbidos y a que tampoco es un motivo de consulta habitual ni del que tengan conciencia como problema la mayor parte de los pacientes.

En este sentido resultan interesantes los resultados de la intervención psicoterapéutica grupal. En los pacientes que hemos llamado Tipo 1 o de mayor vulnerabilidad psiquiátrica (61,2% de la muestra), mejoran de forma estadísticamente significativa tanto las variables que miden psicopatología general como las variables que miden el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, lo que da cuenta de la elevada prevalencia de trastornos psicopatológicos en pacientes obesos mórbidos y la mejoría tras la intervención psicoterapéutica grupal tanto de los trastornos afectivos como de los trastornos del espectro ansioso y de los trastornos de la conducta alimentaria.

Más curiosos son los resultados de la intervención psicoterapéutica grupal en los pacientes que hemos denominado Tipo 2 o de menor vulnerabilidad psiquiátrica (38,7%), en los que no hay dife-

rencias estadísticamente significativas en las variables que miden psicopatología general tal como era de esperar, una vez definidos estos pacientes con un nivel esperable de psicopatología a tratar en las evaluaciones pretratamiento. Sin embargo, este grupo sí presenta mejorías estadísticamente significativas en las variables que miden el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria tras la intervención psicoterapéutica. Las variables que mejoraron en el grupo de pacientes Tipo 2, fueron las que hacían alusión a la preocupación por la imagen corporal, insatisfacción con la misma, conciencia interoceptiva y miedo a madurar. No obstante, las mejorías estadísticamente significativas en los pacientes Tipo 2, fueron inferiores a los Tipo 1, donde mejoraron todas las variables indicadoras de riesgo de trastorno alimentario, a excepción del perfeccionismo (rasgo más difícil de modificar a corto plazo). Estos datos podrían interpretarse como resultado de las consecuencias de la obesidad en la autoestima de las personas obesas mórbidas, hecho que pondría en cuestión el mito del “gordo feliz” (jolly fat), y sobre el que se ha discutido en la literatura científica norteamericana (Jasienska, Ziolkiewicz, Gorkiewicz y Pajak, 2005; Roberts, Strawbridge, Deleagar y Kaplan, 2002; Palinkas, Wingard y Barret-Connor, 1996), así como la estigmatización de los obesos en la sociedad contemporánea y el efecto de la misma en su autoestima, conciencia corporal y autoimagen (Carr y Friedman, 2005; Latner, Stunkard y Wilson, 2005; Myers y Rosen, 1999). De todos modos, la relación entre obesidad y depresión es muy compleja, y no puede explicarse solamente como secundaria a la obesidad como sugieren otros estudios (Dong, Sánchez y Price, 2004), por lo que nos interesa más el papel de los trastornos afectivos en los obesos mórbidos como línea de investigación futura. En nuestra muestra, los pacientes con un mayor porcentaje de trastornos depresivos, los del Tipo 1, mejoraron tanto en las variables que medían psicopatología general como en las variables que medían el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, a excepción del perfeccionismo, tras la intervención psicoterapéutica, por lo que la presencia de sintomatología depresiva podría influir como un factor de buen pronóstico para el tratamiento.

Otra línea de investigación, de cara a estudios

futuros, es una mejor definición del trastorno por atracón que permita a los clínicos hacer evaluaciones más precisas sobre la aptitud psicopatológica de los pacientes para operarse, y contribuya a disminuir los fracasos terapéuticos y las complicaciones asociadas a estos con el coste de morbilidades físicas y psicológicas que conllevan.

Dada las limitaciones de las contraindicaciones psiquiátricas de la cirugía bariátrica y la insuficiencia de las categorías diagnósticas en el momento actual, proponemos una evaluación psiquiátrica biopsicosocial y dimensional, prestando especial atención a la biografía y sus relaciones interpersonales, valorando de esta forma la posibilidad de beneficiarse, o no, de un tratamiento psicoterapéutico grupal y posponiendo temporalmente la cirugía hasta encontrarse en una situación psicológica más favorable para la intervención quirúrgica; y sobre todo, para el autocuidado, seguimiento en el postoperatorio y cambio vital, de imagen corporal y dietético, que supone una intervención quirúrgica de estas características. La delimitación de subtipos clínicos en pacientes obesos mórbidos puede resultar de gran utilidad, para indicar el tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico en aquellos pacientes que más se puedan beneficiar del tratamiento.

Una de las limitaciones principales del estudio es que no se han medido los resultados tras la cirugía, al considerarse que en su grado de éxito o fracaso intervienen tantas variables, controlables o no, que no es factible extraer conclusiones sobre el efecto de la intervención psicoterapéutica grupal en la pérdida de peso tras la cirugía. Serían necesarias nuevas investigaciones en este sentido en el futuro.

A la vista de los resultados, consideramos necesaria la intervención psicoterapéutica grupal prequirúrgica para mejorar el estado psicopatológico de cara a la cirugía. La situación multipersonal del grupo favorece el cambio frente a la situación diádica, así como factores terapéuticos grupales, como el aprendizaje interpersonal, la cohesión grupal o los factores existenciales en un momento vital previo a enfrentarse a una cirugía. Además de su eficacia terapéutica, las intervenciones grupales resultan más eficientes debido al menor empleo de recursos. Estas intervenciones resultan eficaces en el grupo de pacientes con ma-

yor vulnerabilidad psiquiátrica y es a estos a los que deberían ir dirigidas. Por ello, deberían incluirse en la cartera de servicios de los programas de Interconsulta Psiquiátrica de los hospitales generales.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Raúl Esteban Junco, por su compañerismo y sabiduría, sin los cuales no hubiera sido posible realizar este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldredge K, Wilfley DE, Raeburn SD, Henderson S y Marnell M.:** Weight loss cognitive-behavioral and desipramine treatments in binge-eating disorder: an adicctive design. *Behavior Therapy* 1994; 25: 225-238.
2. **Alger SA, Schwalberg MD, Bigaoutte JM, Michalek AV y Howard LJ.:** Effects of a tricyclic antidepressant and opiate antagonist on binge-eating behavior in normal weight bulimic and obese binge-eating subjects. *J Clin Nutr* 1991; 53: 865-871.
3. **American Psychiatric Association.:** Practice guideline for eating disorders. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 212-228.
4. **Ardelt-Gattinger E, Meindl M, Mangge H, Neubauer M, Ring-Dimitriou S, Spendingwimmer J, Thun-Hohenstein L, Weghuber D, Miller K.** Does bariatric surgery affect addiction to overeating and eating disorders?. *Chirurg*. 2012 Jun; 83(6):561-7.
5. **Arias F, Sánchez Romero S, Gorgojo JJ, Almodóvar F, Fernández S y Llorente F.:** Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34 (6): 362-370.
6. **Arias F, Sánchez Romero S, Gorgojo JJ, Almodóvar F, Jiménez D y Soto A.:** Comorbilidad psiquiátrica y alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica. *Anales de Psiquiatría* 2006; 22(7): 328-334.
7. **Ashton K, Drerup M, Windover A y Heinberg L.:** Brief, four session group CBT reduces binge eating behaviours among bariatric Surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis* 2009; 5 (2): 257-62.
8. **Ashton K, Heinberg L, Windover A, Me-**

- rell J.:** Positive response to binge eating intervention enhances postoperative weight loss. *Surg Obes Relat Dis.* 2011 May-Jun;7(3): 315-20.
9. **Bancheri L, Patrizi B, Kotzolidis GD, Motticoni S, Gargano T, Angrisani P, Tatarelli R y Girardi P.:** Treatment choice and psychometric characteristics: differences between patients who choose bariatric surgical treatment and those who do not. *Obes Surg* 2006; 16(12): 1630-7.
 10. **Barreto N, Braghrolli O, Lima K, Eduarda B, Seal C, Santos D y Cruz T.:** Quality of life of obese patients submitted to bariatric surgery. *Nutr Hospital* 2004; 19: 367-371.
 11. **Beck AT y Steer RA.:** Manual for the Revised Beck Depression Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1987.
 12. **Beck AT y Ward CH, Mendelson M et al.:** Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr* 1961; 4: 561-571.
 13. **Blomquist KK, Milsom VA, Barnes RD, Boeka AG, White MA, Masheb RM, Griolo CM.:** Metabolic syndrome in obese men and women with binge eating disorder: developmental trajectories of eating and weight-related behaviors. *Compr Psychiatry.* 2012 Oct; 53(7): 1021-7.
 14. **Bruch H.:** Hunger and Instinct. *Jour of Nerv and Mental Diseases* 1969; 2 (149).
 15. **Bruch H.:** Eating disorders. New York: Basic Books, 1973.
 16. **Bruch H.:** La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa. Barcelona: Paidós Ibérica, 2002.
 17. **Buchwald MD, Avidor MD, Braunwald MD, Michael D, Jensen MD, Walter MD, Kyle-Fahrbach PhD, Karen MD.:** Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2004; 292(14): 1724-1737.
 18. **Burguera B et al.:** Critical assesment of the current guidelines for the management and treatment of morbidly obese patients. *Journal of Endocrinological Investigation* 2007; 30 (10): 844-852.
 19. **Carr D, Friedman M.:** Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav* 2005; 46: 244-259.
 20. **Carrard I, Crépin C, Rouget P, Lam T, Van der Linden M, Golay A.:** Acceptance and efficacy of a guided internet self-help treatment program for obese patients with binge eating disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2011 Mar 4; 7: 8-18.
 21. **Carrier KM, Steinhardt MA y Bowman S.:** Rethinking traditional weight management programs: a 3 year follow up evaluation of a new approach. *J Psychol* 1993; 128: 517-535.
 22. **Carter JC y Fairburn CG.:** Cognitive-behavioural self-help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 616-623.
 23. **Chinchilla A.:** Obesidad y Psiquiatría. Barcelona: Masson, 2005.
 24. **CIE 10.** Trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos. Madrid: Meditor, 1996.
 25. **Crespo ML y Ruiz S.:** Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y su papel en el pronóstico posoperatorio. *Universitas Médica* 2006; 47 (2): 157-176.
 26. **Colquitt J, Clegg A, Loveman E, Royle P y Sidhu MK.:** Surgery for morbid obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (4): CD003641. Review. PMID: 16235331.
 27. **Cooper, PJ, Taylor, MJ, Cooper, Z y Fairburn, CG.:** The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders* 1987; 6: 485-494.
 28. **Dong C, Sánchez LE y Price RA.:** Relationship of obesity to depression: A family-based study. *Int J Obesity* 2004; 28: 790-795.
 29. **Dzinrowicz- Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Lisik W, Wasiak D y Kosrerdzki M.:** The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obes Surg* 2006; 12 (2): 196-202.
 30. **Echeburúa E y Marañón I.:** Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual* 2001; 9: 513-525.
 31. **Elizagárate E, Ezcurra J y Sánchez PM.:** Aspectos psiquiátricos del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. *Salud Global* 2001; 1 (3): 2-7.
 32. **Fichter MM, Quadflieg N y Gnutmann A.:** Binge eating disorder: treatment outcome over a 6 year course. *J Pchysom Res* 1998; 44: 385-405.
 33. **Flodmark CE.:** A family-therapeutic method for the national disease of obesity. Start the treatment already when the children are about 10 years old. *Lakartidningen* 1996; 93 (32-33): 2725-6.
 34. **Flodmark CE, Ohlsson T, Rydén O y Svegger T.:** Prevention of progression to severe obesity in a group of obese schoolchildren treated with family therapy. *Pediatrics* 1993; 91(5): 880-4.

35. **Foulkes SH y Anthony EJ.**: Psicoterapia de grupo. Barcelona: Cegaop Press, 2006.
36. **Galioto R, Spitznagel MB, Strain G, Devlin M, Cohen R, Paul R, Crosby RD, Mitchell JE, Gunstad J.**: Cognitive function in morbidly obese individuals with and without binge eating disorder. *Compr Psychiatry*. 2012 Jul; 53(5): 490-5.
37. **Garner D y Olmsted M.**: Development and validation of a multi-dimensional Eating Disorder Inventory (EDI) for Anorexia Nervosa and Bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.
38. **Goldberg DP y Hillier VF.**: A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979; 9: 139-145.
39. **Grinberg L, Langer M y Rodrigué E.**: Psicoterapia del grupo. Buenos Aires: Paidós, 1961.
40. **Guisado JA, Vaz FJ, López-Ibor JJ Jr y Rubio MA.**: Eating behaviour in morbidly obese patients undergoing gastric surgery: Differences between obese people with and without psychiatric disorders. *Obes Surg* 2001; 11: 576-580.
41. **Hay PJ y Bacaltchuk J.**: Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD000562.
42. **Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Hebebrand J y Senf W.**: Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obesity research* 2004; 12(10): 1554-1569.
43. **Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W y Hebebrand J.**: Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27(11):1300-14.
44. **Jasienska G, Ziomkiewicz A, Gorkiewicz M y Pajak A.**: Body mass, depressive symptoms and menopausal status: an examination of the "jolly fat" hypothesis. *Womens Health Issues* 2005; 15: 145-151.
45. **Jones-Corneille LR, Wadden TA, Sarwer DB, Faulconbridge LF, Fabricatore AN, Williams NN.**: Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obes Surg*. 2012 Mar; 22(3): 389-97.
46. **Keller U, Van Der Werf H y Stohler R.**: Evaluation and treatment of obesity in clinical practice. *Ther Umsch* 1989; 46(5):297-308.
47. **Kinzl JF.**: Significance of psychological treatment of morbidly obese patients after bariatric surgery. *Aktuelle Ernährungsmedizin*. 2007; 32 (5): 229-232.
48. **Kinzl JF, Trefalt E, Fiala M y Biebl W.**: Psychotherapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obes Surg* 2002; 12 (2): 292-4.
49. **Lang T, Hauser R y Schlumpf R.**: Psychic comorbidity and quality of life in patients with morbid obesity applying for gastric banding. *Journal Suisse de Medicine* 2000; 130: 739-748.
50. **Lanza L, Linda M, Carrard I, Reiner M, Gollay A.**: Psychological preparation for gastric bypass surgery. *Rev Med Suisse*. 2012 Mar 28; 8(334): 692-5.
51. **Larrañaga A y García-Mayor R.**: Tratamiento psicológico de la obesidad. *Med Clin (Barc)* 2007; 129(10): 387-91.
52. **Latner JD, Stunkard AJ y Wilson GT.**: Stigmatized students: age, sex and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obes Res* 2005; 13: 1226-1231
53. **Leahey TM, Bond DS, Irwin SR, Crowther JH y Wing RR.**: When is the best time to deliver behavioural intervention to bariatric surgery patients: before or after surgery? *Surg Obes Relat Dis* 2009; 5(1): 99-102.
54. **Lent MR, Swencionis C.**: Addictive personality and maladaptive eating behaviors in adults seeking bariatric surgery. *Eat Behav*. 2012 Jan; 13(1): 67-70.
55. **López-Ibor JJ y Valdés, M.**: DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, 2002.
56. **Marcus MD, Wing RR, Ewing L, Kern E, McDermott M y Gooding W.**: A double-blind, placebo-controlled trial of fluoxetine plus behaviour modification in the treatment of obese binge-eaters and non-binge-eaters. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 876-88.
57. **Marcus MD.**: Obese patients with binge-eating disorder. En: Goldstein DJ. Totowa, NJ. The Management of Eating Disorders and Obesity. New York: Humana Press, 1999; p. 125-138.
58. **Martínez-Blázquez, C y cols.**: Recomendaciones para la práctica clínica de cirugía bariátrica. Vitoria: Editorial del Servicio Vasco de Salud, 2001.
59. **Myers A y Rosen J.**: Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image and self-esteem. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23: 221-230.
60. **Nowicka P, Pietrobelli A y Flodmark CE.**: Low-intensity family therapy intervention is useful in a clinical setting to treat obese and extremely obese children. *Int J Pediatr Obes* 2007; 2(4): 211-7.
61. **Omalu BI, Patrick, MD, Abdulrezak M,**

- Shakir MD, Uche H, Agumadu MD, et al.:** Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity. *Surgery for obesity and related diseases* 2005; 1 (4): 447-449.
62. **Pasnik K, Krupa J, Stanowski E, Lapinski J y Zareba Z.:** Indications and contraindications for surgical treatment of morbid obesity - the choice of operative method. *Pol Merkur Lekarski* 2004; 17 (1):117-9.
63. **Palinkas LA, Wingard DL y Barret-Connor E.:** Depressive symptoms in overweight and obese older adults: a test of the "jolly fat" hypothesis. *J Psychosom Res* 1996; 40: 59-66.
64. **Peterson RE, Latendresse SJ, Bartholome LT, Warren CS, Raymond NC.:** Binge Eating Disorder Mediates Links between Symptoms of Depression, Anxiety, and Caloric Intake in Overweight and Obese Women. *J Obes* 2012; 4: 7-13.
65. **Roberts RE, Strawbridge WJ, Deleger S y Kaplan GA.:** Are the fat more jolly? *Ann Behav Med* 2002; 24: 169-180.
66. **Rubio 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; 7-48.
67. **Saldaña, C.:** Binge eating disorders and obesity. *Nutr Hosp*. 2002 Feb; 17 Suppl 1: 55-9.
68. **Sarwer DB.:** Comment on: brief, four session group CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis* 2009; 5 (3): 407-8.
69. **Sarwer DB y Fabricatore AN.:** Psychiatric considerations of the massive weight loss patient. *Clin Plast Surg* 2008; 35(1): 1-10.
70. **Saunders R.:** Post-surgery group therapy for gastric bypass patients. *Obes Surg* 2004; 14 (8): 1128-31.
71. **Simon G, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti D, Crane P, Van Belle G y Kessler R.:** Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 824-830.
72. **Spielberger C, Gorsuch R y Lushene R.:** STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). California: Consulting Psychologists Press. Adaptación española. Madrid: Sección de Estudio de Tests. TEA Ediciones S.A, 1982.
73. **SPSS 18.0.** para Windows. Chicago: SPSS Inc, 2009.
74. **Spitzer RL, Devlin MJ, Walsh BT y Hsin D.:** Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 1992; 11: 191-203.
75. **Stunkard A, Berkowitz R, Tanrikut C, Reiss E y Young L.:** D-Fenfluramine treatment of binge-eating disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1455-1459.
76. **Tanofsky-Kraff M.:** Psychosocial preventive interventions for obesity and eating disorders in youths. *Int Rev Psychiatry*. 2012 Jun; 24(3): 262-70.
77. **Van Hout GC, Boekestein P, Fortuin FA, Pelle AJ y Van Heck GL.:** Psychosocial functioning following bariatric surgery *Obes Surg* 2006; 16(6): 787- 94.
78. **Van Hout GCM, Van Oudhensden HI, Krasuska AT y Van Heck GL.:** Psychological profile of candidates for vertical banded gastroplasty. *Obes Surg* 2006; 16(1): 67-74.
79. **Van Hout GC, Vershure SK y Van Heck GL.:** Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg* 2005; 15 (4): 552-60.
80. **Wadde TA, Berkowitz RI y Stunkard AJ.:** Clínicas psiquiátricas de Norteamérica. Obesidad: guía para los profesionales de salud mental. Barcelona: Masson, 2005.
81. **Watson HJ, Fursland A, Bulik CM, Nathan P.:** Subjective binge eating with compensatory behaviors: A variant presentation of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2012 Aug 22. doi: 10.1002/eat.22052.
82. **Wilfey DE, Agras WS, Telch CF, Rossiter EM, Schneider JA, Cole AG, Sifford LA y Raeburn SD.:** Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the non-purging bulimic individual: a controlled comparison. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 296-305.
83. **Wilson GT.:** Treatment of binge eating disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2011 Dec; 34(4): 773-83.
84. **Yalom I.:** Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México: FCE, 1986.
85. **Yalom I.:** Mujer obesa. Verdugo del amor. Buenos Aires: Emecé, 1998.