

RASGOS DE PERSONALIDAD DE PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

PABLO ALFONSO SANABRIA FERRAND*, PATRICIA HERNÁNDEZ ZUBIETA, SANTIAGO PINO ROBLEDO
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA, COLOMBIA

Recibido: 13 de junio de 2016

Aprobado: 11 de agosto de 2016

Para referenciar este artículo:

Sanabria-Ferrand, P., Hernández-Zubieta, P. & Pino Robledo, S. (2016). Rasgos de personalidad de pacientes candidatos a Cirugía Bariátrica en el Hospital Militar Central. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 9 (2), 29- 41

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue identificar los rasgos de personalidad característicos de pacientes del Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia, candidatos a cirugía Bariátrica. Para ello se revisaron las historias clínicas de 430 pacientes que asistieron a valoración psicológica como candidatos a cirugía Bariátrica, se aplicó inventario MMPI2 y se desarrolló una entrevista semi-estructurada diseñada con base en el formato de evaluación para pacientes con diagnóstico de obesidad mórbida. Se encontró que los rasgos predominantes son las combinaciones 1-2 Hipocondriasis - Depresión para los participantes que presentaban obesidad tipo I y II, y 1-8 Hipocondriasis - Esquizofrenia para los participantes que presentaban súper obesidad. Se concluye una relación entre los perfiles y los comportamientos que caracterizan a las personas obesas, pero no se evidencian dificultades en el desempeño social, tal y como lo corrobora la literatura sobre el tema a nivel mundial.

Palabras claves: Obesidad, Rasgos de personalidad, Cirugía Bariátrica, Salud

FEATURES OF PERSONALITY PROFILES IN PATIENTS OF BARIATRIC SURGERY PROGRAM IN AN ARMY CENTRAL HOSPITAL

Abstract

The aim of the present research was to identify the characteristic personality traits of patients from the Central Army Hospital (Hospital Militar Central) in Bogotá, who were candidates to bariatric surgery. To achieve this, 430 psychological histories of patients who attended psychological assessment as bariatric surgery candidates were reviewed, the Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 was applied and a semi-structured interview was carried out, the latter based on the assessment format for patients diagnosed with morbid obesity. The results showed a predominance of combinations 1-2 Hypochondriasis-Depression personality traits in patients who had obesity types I and II, and a predominance of 1-8 Hypochondriasis -Schizophrenia personality traits in patients who had super obesity. As a conclusion, there is a relationship between the profiles and the behaviors that characterize obese people, but no difficulties regarding social performance were found, just as the literature on the topic confirms.

Key words: Obesity, Personality feature, Bariatric Surgery, health.

* Profesor asociado de la facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada. Psicólogo Universidad Católica de Colombia; Magister en psicología, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Epidemiología, Universidad del Rosario. Especialista en análisis de datos, Universidad de la Salle.

** Psicóloga Universidad Católica De Colombia; Magister en Psicología, Universidad El Bosque - Escuela Colombiana De Medicina; Especialista en Psicología de La Salud, Universidad El Bosque.

*** Psicólogo Pontificia Universidad Javeriana. Magister en Psicología Clínica, Universidad Javeriana.

Las concepciones sobre la salud han evolucionado de manera considerable a lo largo del tiempo; desde las definiciones que la relacionan con la “ausencia de enfermedad”, hasta aquellas que, como la que propone y sostiene la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1947, la sitúan como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente como la ausencia de dolencias o enfermedad” (OMS, 1947 citado por Piqueras et al. 2008). Este giro en la definición apunta a reconocer la salud como un aspecto a desarrollar o sobre el que hay que trabajar, más que como un estado permanente que solo se define en función de la ausencia de enfermedad (Becoña, Vázquez, & Oblitas, 2004). En relación con este cambio se comienzan a considerar aspectos como el manejo de la dieta, el ejercicio y los hábitos saludables como elementos fundamentales de los que emergerá una forma nueva y más amplia de concebir la salud.

Esta nueva forma de entender la salud permitirá resaltar el rol activo que tiene la persona en la construcción y conservación de su bienestar físico y psicológico. En el caso específico del control del peso corporal, por ejemplo, sabemos que es un deber de la persona, a sabiendas de los múltiples riesgos que puede traer el exceso de peso en los diferentes procesos del ciclo vital, dedicar cierta cuota de esfuerzo y atención específica en pro de velar por la auto-regulación y el desarrollo de una salud positiva plena que no se vea afectada por pérdidas de control a este nivel.

Ahora bien, en relación con el tema del peso corporal, sabemos también que la obesidad ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud (2012) como una condición que suele presentarse en comorbilidad con enfermedades endocrinas, cardiovasculares y/o respiratorias, y que en algunos países ha llegado a convertirse en un problema de salud pública pues, de acuerdo con datos arrojados por esta entidad, para el 2008 se registraron más de 500 millones de casos de personas con obesidad en el mundo. En Colombia, la prevalencia estimada de obesidad para aquel año fue de 17.3% de la población, hecho que expone un panorama de salud preocupante que requiere atención y, así mismo, que se generen procesos de intervención de alto impacto y efectividad.

Dentro de las causas que usualmente se relacionan con la obesidad se encuentra la presencia de hábitos inadecuados en el estilo de vida, tales como el consumo de alimentos con alto porcentaje de grasas, azúcares y harinas, el sedentarismo, el consumo de alcohol y el consumo de cigarrillo (OMS, 2012). Lo anterior, llevaría a pensar que un cambio en los estilos de vida sería suficiente para corregir la problemática, pero probablemente para los pacientes con obesidad mórbida la situación sea distinta

y quizá comprometa elementos de órdenes distintos que requieren modos de intervención igualmente diferenciales. Por esta razón particular el tratamiento que se ha venido considerando con mayor acogida en la última década es la intervención médico – quirúrgica, siendo actualmente incluida como una alternativa médica en los planes de salud de los pacientes.

A nivel médico, la cirugía bariátrica es una de las intervenciones más efectivas para los pacientes con obesidad que presentan un índice de masa corporal por encima de 35¹, lo que corresponde a un diagnóstico de obesidad tipo II. Este procedimiento consiste en la reducción del estómago con el fin de generar procesos gástricos restrictivos-malabsortivos, es decir, procesos en los que además de reducir la capacidad gástrica, se altera la continuidad gástrica normal y se interrumpe la absorción de los nutrientes y alimentos ingeridos de modo que, en un tiempo corto se puede perder hasta el 35% del peso inicial (Rudolph y Hilbert, 2013).

No obstante, es importante resaltar que para que los cambios derivados de la cirugía puedan mantenerse, es necesario que se dé un cambio en el estilo de vida de los pacientes, sobre todo considerando que después de la operación el aparato digestivo reacciona de manera distinta a como funcionaba previamente ante cierto tipo de alimentos como los carbohidratos, las grasas y los azúcares, lo cual plantea un reto para el éxito de los procedimientos e intervenciones dirigidas por los profesionales de la salud. También es importante tener en cuenta que, en algunos casos, los pacientes con obesidad, además de presentar hábitos alimenticios inadecuados, pueden presentar trastornos psiquiátricos a la par que, potencialmente, podrían interferir en la adopción de nuevos hábitos de vida y, en últimas, afectar el éxito logrado con el procedimiento. No obstante, ante la ausencia de instrumentos específicos para evaluar la psicopatología en personas con obesidad, los profesionales vinculados con esta población han acudido a pruebas que permiten incorporar estas variables en el diagnóstico. Tal es el caso de pruebas como el MMPI2, el NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) y las entrevistas semiestructuradas (Bancheri, et al. 2006).

Gracias a ello se ha encontrado que la relación entre depresión y obesidad es bidireccional, ya que el 55% de las personas con obesidad tienen riesgo de desarrollar depresión, así como el 58% de las personas deprimidas tienen factor de riesgo de presentar obesidad. Se asume que la relación se debe a factores biológicos y psicológicos aunque argumentan que hacen falta estudios que aclaren

¹ El índice de masa corporal considerado normal se obtiene de dividir el peso sobre la estatura en centímetros, así un índice que no supere los 25 es considerado normal.

dicha relación (Lin et al. 2013). Por otra parte, en Asia las personas con obesidad que acuden a tratamiento presentan una prevalencia del 42% de trastornos psiquiátricos, en su mayoría trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de la alimentación (Lin et al. 2013). Otros estudios realizados en Alemania con pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica como el de Mühlhans, Horbach y de Zwaan (2009) muestran que el 73% de los participantes evaluados había sufrido algún trastorno psiquiátrico en su vida y el 56% de ellos presentaba criterios diagnósticos para trastornos psiquiátricos del eje I en el DSM-IV, siendo los trastornos del estado de ánimo los más representativos a lo largo de la vida de los participantes y los trastornos de la alimentación los más distintivos en el momento de la evaluación. Estos autores muestran una prevalencia mayor de trastornos psiquiátricos en las mujeres con obesidad en comparación con los hombres.

Otros autores como Sutin, Ferrucci, Zonderman y Terracciano (2011) sugieren, a partir de una investigación de corte longitudinal desarrollada durante 50 años que incluyó la participación de 1988 personas a quienes se les tomaron medidas antropométricas y evaluaron características de personalidad por medio del NEO Personality Inventory (NEO-PI-R), que las personas con sobrepeso u obesidad presentan mayores puntajes en los componentes de neuroticismo y menores puntajes en el componente de consciencia, lo que puede explicar la impulsividad que suelen reportar estos pacientes frente a alimentos o hábitos no saludables.

Quizá el instrumento que más se ha utilizado como herramienta en los procesos de evaluación anteriormente nombrados es la escala de personalidad MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2). En estudios como el de Maddi, Khoshaba, Persico, Bleecker & Van Arsdall (1997) con 1.027 personas con obesidad candidatas a cirugía, se encontraron perfiles caracterizados por escalas moderadamente elevadas en los rasgos relacionados con la Hipocondriasis, Histeria y Depresión, mientras que el 23% de los participantes presentaron marcadas elevaciones en los rasgos de Desviación psicopática y 19% en los rasgos de Esquizofrenia. Otro estudio realizado por Tsushima, Bridenstine & Balfour (2004) con 52 participantes con obesidad mórbida mostró diferencias en las escalas del MMPI-2 relacionadas con Histeria, masculinidad/Feminidad, Paranoia y Preocupaciones acerca de la salud entre el grupo de pacientes que perdieron más del 50% del exceso de peso y los que perdieron menos del 50% a través del Bypass Gástrico. Esta evidencia parece brindar elementos necesarios para concluir que los candidatos a cirugía que exhiben altos niveles de tensión, ansiedad y preocupación por su salud presentan menores beneficios

en la pérdida de peso por medio del Bypass. Por su parte, Tsushima et al. (2004) reportan que a excepción de los componentes de Histeria e Hipocondriasis, se presentaron resultados dentro del rango normal en las demás escalas clínicas del MMPI-2.

También, Marek, et al. (2013) realizaron una investigación sobre los perfiles psicológicos de 982 participantes, entre hombres y mujeres candidatas a un procedimiento bariátrico. Para esto, utilizaron el instrumento MMPI-2-RF y las historias clínicas. En sus resultados encontraron que los perfiles psicológicos de hombres y mujeres fueron similares en cuanto a la relación con los antecedentes de trastornos depresivos e historia de intentos de suicidio. Por otra parte, los resultados arrojados por el MMPI-2-RF muestran un perfil en el que los mayores puntajes apuntan a las quejas somáticas y la baja presencia de emociones positivas para hombres y mujeres. Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las conductas disfuncionales externalizantes, siendo mayor en los hombres.

En esta misma línea, utilizando el Inventario Clínico Multiaxial de Millon - II (MCMI-II), Guisado y Vaz (2002) indagaron los rasgos de personalidad en 100 personas diagnosticadas con obesidad mórbida. Sus resultados muestran que entre los rasgos observados con mayor prevalencia en los candidatos a cirugía bariátrica son, además del malestar psicológico, las características Histriónicas, Narcisistas y Antisociales y Neuróticas.

En otro estudio efectuado por Kinder, Walfish, Young & Fairweather, A. (2008), planteado como una réplica del estudio de Maddi, Khoshaba, Persico, Bleecker & Van Arsdall (1997), en el que se llevó a cabo una recopilación de los rasgos de personalidad obtenidos en la evaluación de los candidatos a cirugía bariátrica, se encontró que muchos de los perfiles recogidos en la investigación inicial presentaban condiciones de invalidez en las escalas L, F y K del MMPI-2; así también se observó que los perfiles predominantes eran las subescalas clínicas 1 (Hipocondriasis) y 6 (Paranoia), con una presencia de puntajes clínicos en las mismas, siendo de 51% para la primera y de 11% para la segunda.

Por último, al revisar la literatura científica de los estudios en población colombiana se encontró una investigación con 50 pacientes candidatas a cirugía bariátrica, los cuales presentaron una prevalencia de 38% de trastornos psiquiátricos distribuidos en trastornos del estado de ánimo 24%, trastornos adaptativos 8% y trastornos de ansiedad 6%. Un hallazgo importante fue la relación estadísticamente significativa entre la presencia de psicopatología y el antecedente de abuso sexual en la infancia (Reyes y Muñoz, 2008).

Así las cosas, y tomando en cuenta las evidencias presentadas sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con obesidad, se hace necesario plantear una intervención desde la psicología, sobre todo, como señalan Glinski, Wetzler, & Goodman (2001), en los procesos de evaluación pre-quirúrgica y en el desarrollo de planes de intervención post-quirúrgica. Debido a la falta de estudios en población colombiana referentes a la caracterización de los perfiles psicológicos de los candidatos a cirugía bariátrica, la presente investigación plantea como objetivo principal responder a la siguiente pregunta ¿Cuál es el perfil de personalidad predominante en los candidatos a cirugía bariátrica de un hospital de la ciudad de Bogotá, a partir de los resultados del MMPI-2.

Método

Diseño

Se utilizó un diseño descriptivo-transversal, en el que se tomó la información principal de las historias clínicas de pacientes que asistieron a valoración psicológica como candidatos a cirugía bariátrica, en el hospital Militar Central de Bogotá.

Instrumentos

Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI-2) del inglés Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Es una prueba desarrollada a finales de 1930 y comienzos de 1940, publicada en su forma definitiva en 1942. Los autores originales fueron Starke R. Hathaway y J. C. McKinley quienes la diseñaron con el fin de evaluar características de personalidad que pueden indicar anormalidad psicológica en adultos. El MMPI es utilizado en diferentes ámbitos como el clínico, el laboral y el vocacional. Las escalas del MMPI están dirigidas a indagar las actitudes, emociones, perturbaciones motrices, síntomas

psicosomáticos y otros sentimientos y conductas que son indicadoras de psicopatología. La prueba cuenta con 10 escalas clínicas básicas (Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hy), Desviación psicopática (Pd), Masculinidad/Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc), Manía (Ma), Introversión social (Si)) y escalas de control adicionales que sirven para detectar el nivel de confiabilidad de las respuestas presentadas (Mentira (L), Corrección (K) e Infrecuencia (F)). En su versión revisada MMPI 2 cuenta con 567 reactivos (ítems) a los que el sujeto debe responder verdadero o falso acerca de sí mismo.

En Colombia existe una validación y adaptación a la población realizada por Espinosa Méndez (2000), quien reportó que los resultados muestran alta consistencia interna y estabilidad. Por otra parte, García y Romero (2009) reportaron que los coeficientes alfa de Cronbach para el MMPI-1 se encuentran entre .32 (D) y .84 (Sc), mientras que para la versión MMPI-2 los coeficientes oscilan entre .31 (Mfm) y .90 (Sc), lo que interpretan como una mejor consistencia interna general y mayor homogeneidad de las escalas del MMPI-2 en población colombiana.

Entrevista semi-estructurada con base en el formato de evaluación para pacientes con diagnóstico de obesidad mórbida: Esta entrevista tiene como objetivo recoger datos sociodemográficos, así como aspectos relacionados con historia de obesidad y de alimentación en general.

Participantes

Se recogieron 531 historias clínicas del servicio de psicología de pacientes candidatos a cirugía bariátrica, de las cuales se realizó un proceso de exclusión de los casos cuyos puntajes en las escalas de validez del MMPI-2 F o L, estuviera por encima de los rangos propuestos por la prueba para ser considerados inválidos, lo que dio como resultado una muestra de 430 formatos aplicados del MMPI-2 (Ver figura 1.).

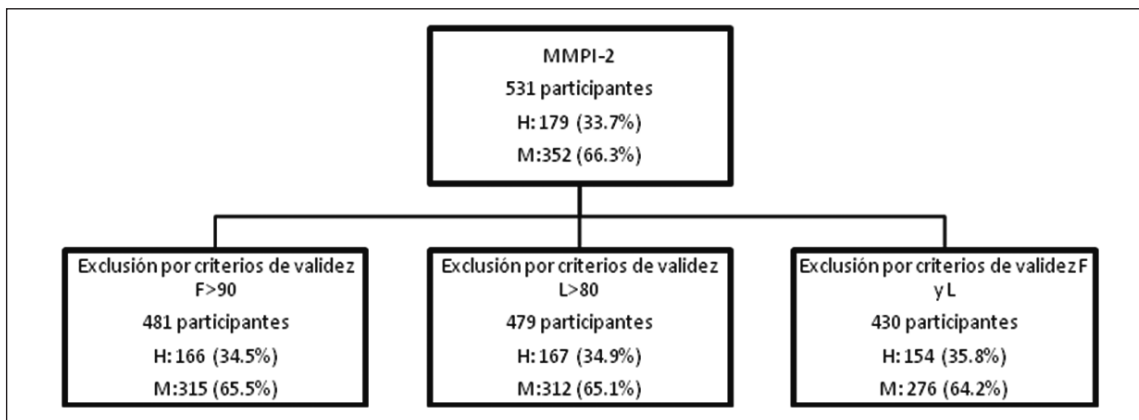


Figura 1. Proceso de exclusión de perfiles del MMPI-2 de los participantes a partir de las escalas de validez F y L.

De los 430 casos seleccionados se encontró que en su mayoría eran mujeres (64.2%), personas casadas (70.2%), afiliados por el ejército (70.6%), nivel educativo bachiller (44.2%), que la edad promedio al momento de la evaluación era de 44 años y que el índice de masa corporal promedio fue de 40.8, lo que corresponde a un nivel de obesidad tipo III (Ver tabla 1).

Resultados

En cuanto a los puntajes en el MMPI-2, se encontró que dentro de la muestra total de participantes, el 46% de los puntajes de la subescala de Hipocondriasis presentan una desviación estándar por encima de la media de la escala, lo que se considera como puntaje clínico. Por otra parte, los puntajes en la escala de introversión social fueron los que menor porcentaje de puntajes clínicos presentaron con un 10.2% (Ver Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

		N	%
Sexo	Mujer	276	64,2%
	Hombre	154	35,8%
	Soltero/a	41	9,8%
Estado Civil	Casado/a	294	70,2%
	Unión libre	24	5,7%
	Separado/a	38	9,1%
	Viudo/a	22	5,3%
Fuerza a la que pertenece	Ejército	303	70,6%
	Fuerza Aérea	50	11,7%
	Armada	56	13,1%
	HMC	17	4,0%
	Particular	3	0,7%
Nivel Educativo	Primaria	45	11,6%
	Bachillerato	172	44,2%
	Técnico	59	15,2%
	Profesional	113	29,0%
	Edad		44 ± 11
	IMC		40.82 ± 5.36

Nota: La tabla 1 muestra las variables sociodemográficas del estudio.

Tabla 2. Porcentaje de puntuaciones clínicas de las subescalas del MMPI-2.

		N	%
Hipocondriasis	Clínicos (>65)	198	46.0%
Depresión	Clínicos (>65)	131	30.5%
Histeria	Clínicos (>65)	108	25.1%
Desviación Psicopática	Clínicos (>65)	53	12.3%
Paranoia	Clínicos (>65)	64	14.9%
Psicastenia	Clínicos (>65)	70	16.3%
Esquizofrenia	Clínicos (>65)	125	29.1%
Hipomanía	Clínicos (>65)	66	15.3%
Introversión Social	Clínicos (>65)	44	10.2%

Nota: La tabla 2. Muestra las puntuaciones clínicas de las diversas subescalas de la prueba MMPI-2

A partir de las historias clínicas revisadas, se encontró un perfil general en el MMPI-2 que presenta una combinación 1-2, lo que indica que los mayores puntajes fueron en las subescalas clínicas de Hipocondriasis y Depresión. En este punto cabe resaltar que los puntajes medios de ambas escalas se encontraban dentro de los rangos de normalidad establecidos por la prueba, entre 50 y 65. Las demás subescalas clínicas también se encuentran dentro de los rangos normales de igual forma (Ver figura 2).

Ahora bien, en cuanto a los perfiles presentados en el MMPI-2 diferenciados por la variable sexo, se encontró un perfil 1-2 para ambos, caracterizados por puntajes altos en Hipocondriasis y Depresión, al igual que en el perfil general. En cuanto al caso de los hombres, se encontró un puntaje medio en la escala de Paranoia ligeramente por debajo de lo esperado (Ver figura 3).

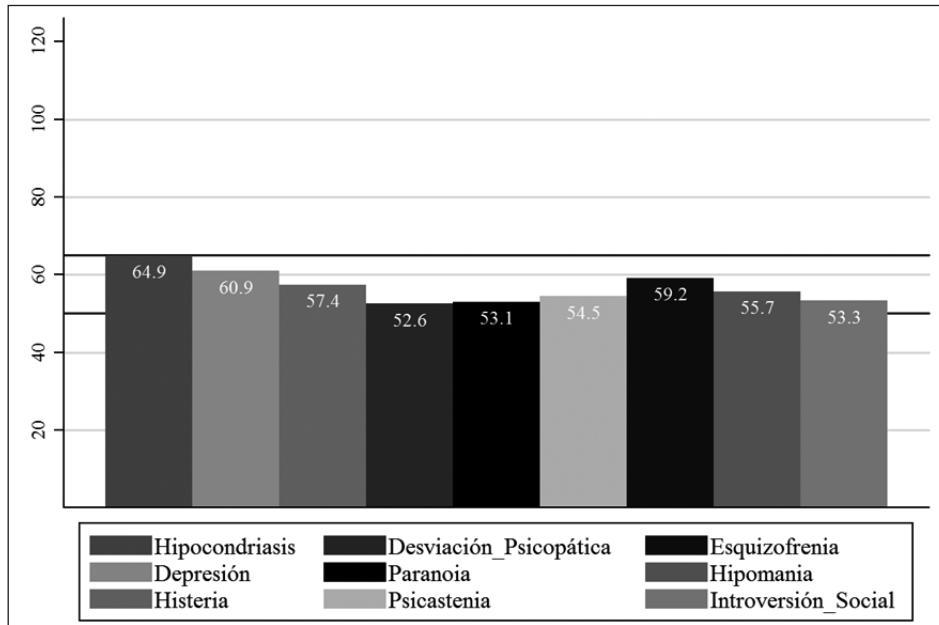


Figura 2. Resultados generales MMPI-2

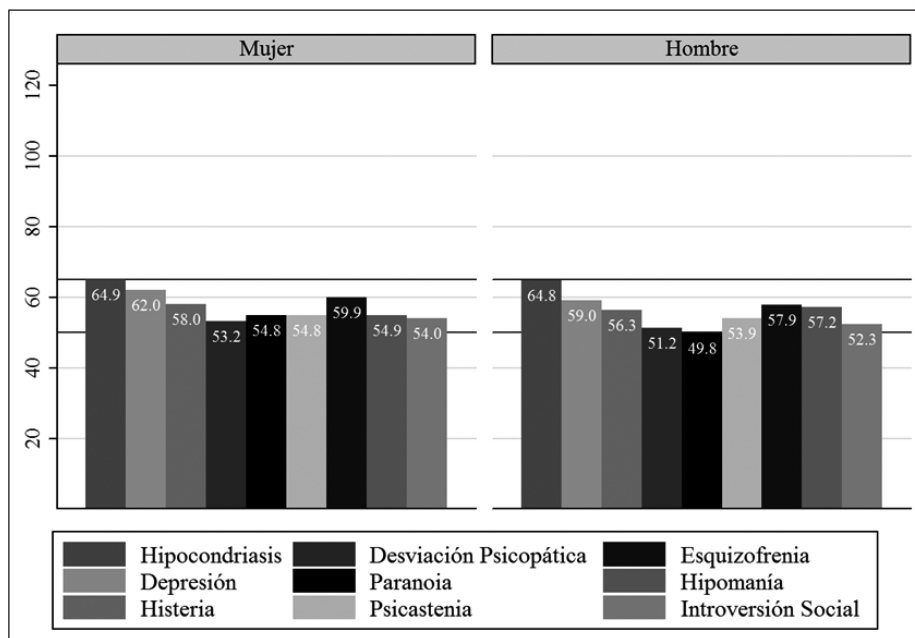


Figura 3. Medias presentadas en las escalas MMPI-2 según el sexo

Por otra parte, se realizaron perfiles del MMPI-2 organizados según los tipos de obesidad presentados en la muestra. Cabe resaltar que la clasificación de sobrepeso y de Súper-súperobesidad no se presenta en el gráfico, debido al bajo número de participantes que se encuentran en esa categorización. Así, se encontró un perfil 1-2 de Hipocondriasis – Depresión para los participantes cuyo tipo de obesidad fue I, II y III, mientras que los participantes clasificados en Súper obesidad presentaron un perfil 1-8 de Hipocondriasis–Esquizofrenia.

Esquizofrenia

Las puntuaciones medias encontradas en las cuatro clasificaciones de obesidad se ubican dentro de los rangos de normalidad de la escala (Ver figura 4).

En cuanto al nivel educativo se encontró que los perfiles para los candidatos a cirugía, independientemente del nivel educativo reportado fue 1-2 (Ver figura 5).

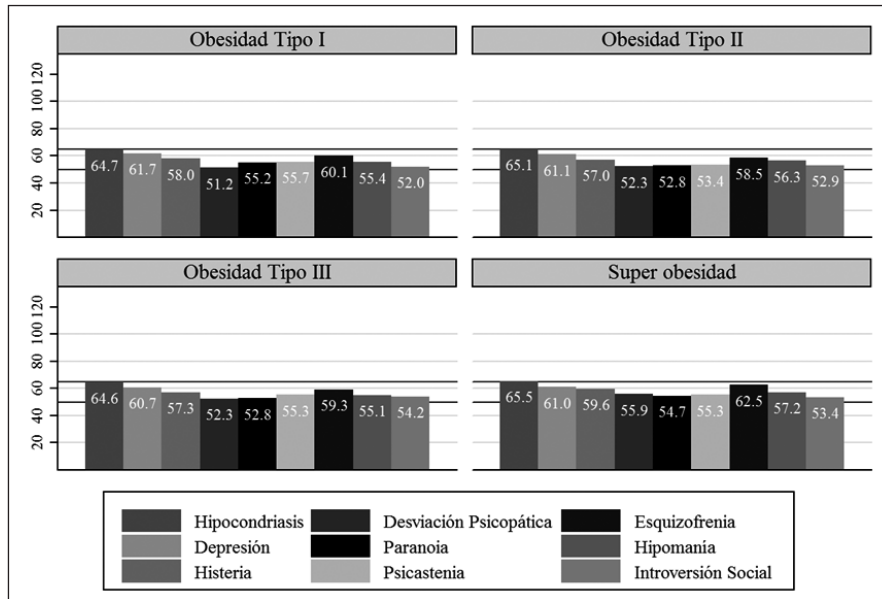


Figura 4. Medias presentadas en las escalas del MMPI-2 según el tipo de obesidad

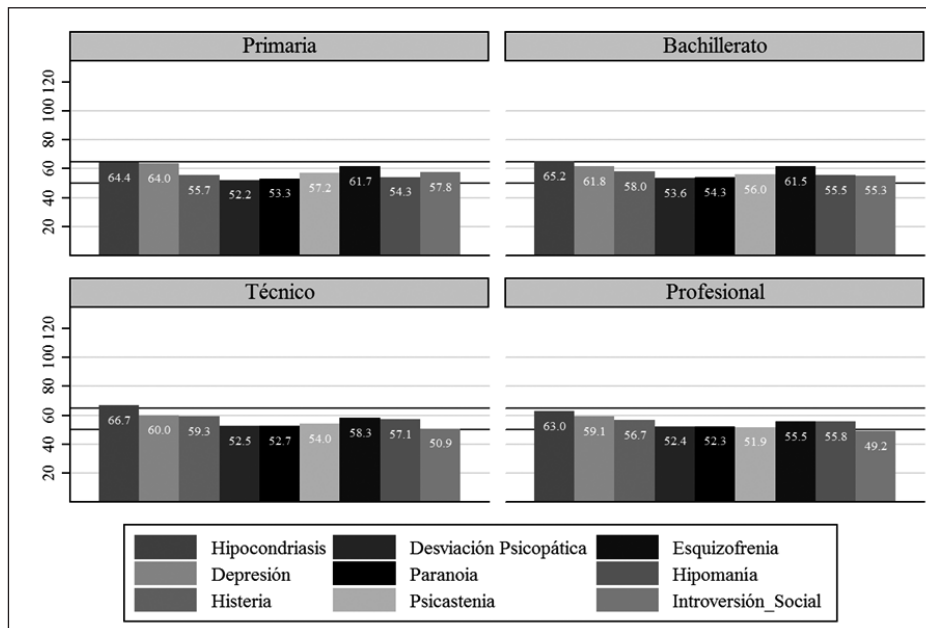


Figura 5. Medias presentadas en las escalas del MMPI-2 según el Nivel Educativo

Con respecto al estado civil de los candidatos se encontró que los perfiles para los candidatos a cirugía bariátrica que reportaron ser casados(as), separados(as) o viudos(as) presentaron el perfil 1-2, mientras que los que reportaron ser solteros(as) y vivir en unión libre presentaron el perfil 1-8 (Ver figura 6).

Los perfiles 1-2 y 1-8 se identificaron en los resultados anteriores. Según estos puntajes, en el caso de 1-2 se puede interpretar que los participantes presentan características de personalidad relacionadas con quejas somáticas con respecto a su salud y funciones corporales, además presentan comportamientos ansiosos e irritables y son resistentes a aceptar la responsabilidad de su

propia conducta. Para el caso de 1-8, el perfil se podría interpretar como personas que presentan sentimientos de hostilidad y agresión que no saben cómo expresar, así como sentimientos de inadecuación social, desconfianza y aplanamiento afectivo.

Por otra parte, al analizar las diferencias en los puntajes de las escalas subclínicas del MMPI-2 y las características socio-demográficas, se encontró que la escala de depresión presenta una relación de dependencia significativa de acuerdo al sexo $\chi^2 (1, N= 430) = 4.70, p<0.05$, siendo mayor el porcentaje de puntajes clínicos en las mujeres a menor nivel educativo y con el nivel educativo $\chi^2 (3, N= 389) = 9.48, p<0.05$ (Ver tabla 3).

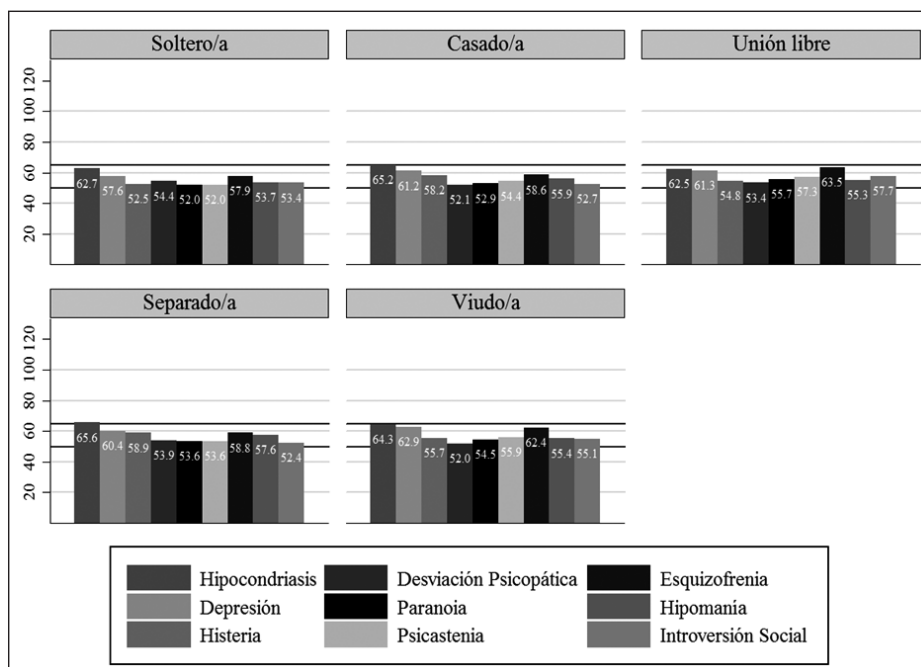


Figura 6. Medias presentadas en las escalas del MMPI-2 según el estado civil

Tabla 3. Porcentaje de puntuaciones clínicas de las subescala Depresión según sexo y nivel educativo.

		Sexo		Total	Nivel Educativo				Total	
		Mujer	Hombre		Primaria	Bachillerato	Técnico	Profesional		
Depresión	N	n	182	117	299	26	112	46	87	271
		%	65.90%	76%	69.50%	57.80%	65.10%	78.00%	77%	69.70%
	C	n	94	37	131	19	60	13	26	118
		%	34.10%	24%	30.50%	42.20%	34.90%	22%	23%	30.30%
Total	n	276	154	430	45	172	59	113	389	
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

N: Puntaje normal; C: Puntaje clínico

En cuanto a la subescala clínica de Histeria se encontró que las personas menores de 35 años presentaron el mayor porcentaje de puntajes clínicos y las mayores de 53 años el menor porcentaje, presentándose una relación de dependencia significativa $\chi^2 (3, N= 430) = 13.64, p<0.01$, lo que indica que a mayor edad menor porcentaje de casos con puntajes clínicos en esta subescala para los candidatos a cirugía bariátrica (Ver tabla 4).

Al realizar la prueba de Chi Cuadrado entre la subescalas de Psicasteria y el nivel educativo se encontró una relación de dependencia significativa $\chi^2 (3, N= 389) =$

10.54, $p<0.05$ y también con respecto a la subescala de Esquizofrenia $\chi^2 (3, N= 389) = 10.30, p<0.05$, siendo menor el porcentaje de puntuaciones clínicas a menor nivel educativo (Ver tabla 6).

Con respecto a la subescala de Desviación psicopática, se encontró una relación de dependencia significativa con el sexo $\chi^2 (1, N= 430) = 7.55, p<0.01$, siendo mayor el porcentaje de puntajes clínicos en las mujeres y con la edad $\chi^2 (3, N= 430) = 8.13, p<0.05$, ya a que a mayor edad menor puntuaciones clínicas (Ver tabla 5).

Tabla 4. Porcentaje de puntuaciones clínicas de las subescala Histeria según edad.

			Edad (agrupado)				Total
			≤ 35	36 – 44	45 – 52	53+	
Histeria	N	N	87	74	83	78	322
		%	76.3%	70.5%	67.5%	88.6%	74.9%
	C	N	27	31	40	10	108
		%	23.7%	29.5%	32.5%	11.4%	25.1%
Total	N	114	105	123	88	430	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

N: Puntaje normal; C: Puntaje clínico

Tabla 5. Subescala Desviación Psicopática según sexo y edad.

			Sexo		Total	Edad (agrupado)				Total
			Mujer	Hombre		≤ 35	36 – 44	45 – 52	53+	
Desviación Psicopática	N	n	233	144	377	94	93	106	84	377
		%	84.40%	93.50%	87.70%	82.50%	88.60%	86.20%	95.50%	87.70%
	C	n	43	10	53	20	12	17	4	53
		%	15.60%	6.50%	12.30%	17.50%	11.40%	13.80%	4.50%	12.30%
Total	n	276	154	430	114	105	123	88	430	
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

N: Puntaje normal; C: Puntaje clínico

Nota: La tabla 5. Muestra el porcentaje de puntuaciones clínicas de las subescala Desviación Psicopática según sexo y edad.

Tabla 6. Subescalas Psicastenia y Esquizofrenia según el nivel educativo.

		Nivel Educativo				Total	
		Primaria	Bachillerato	Técnico	Profesional		
Psicastenia	N	n	33	135	53	101	322
		%	73.30%	78.50%	89.80%	89.40%	82.80%
	C	n	12	37	6	12	67
		%	26.70%	21.50%	10.20%	10.60%	17.20%
Total	n	45	172	59	113	389	
	%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
Esquizofrenia	N	n	25	115	42	90	272
		%	55.60%	66.90%	71.20%	79.60%	69.90%
	C	n	20	57	17	23	117
		%	44.40%	33.10%	28.80%	20.40%	30.10%
Total	n	45	172	59	113	389	
	%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	

N: Puntaje normal; C: Puntaje clínico

Nota: La tabla 6. Muestra porcentaje de puntuaciones clínicas de las subescalas Psicastenia y Esquizofrenia según el nivel educativo.

Ahora bien, al realizar la prueba Chi cuadrado sobre la subescala de Hipomanía y la variable sexo, se encontró una relación de dependencia significativa $\chi^2(1, N= 430) = 4.22, p<0.05$, presentando el mayor porcentaje de puntuaciones clínicas los hombres (Ver tabla 7).

Por último, se encontró que a mayor nivel educativo menores puntuaciones clínicas en la subescala de Introversión social, lo que presenta una relación de dependencia significativa $\chi^2(1, N= 394) = 4.60, p<0.05$, pues a mayor

nivel educativo menor el porcentaje de puntuaciones clínicas. Cabe resaltar que estos resultados se obtuvieron de la re-categorización de la variable de Nivel educativo, ya que la frecuencia esperada de nivel de primaria era menor a 5, lo que representaba un problema para realizar el análisis de la prueba Chi Cuadrado, tal como lo enuncia Quevedo (2011) al referirse a los problemas potenciales de la bondad de ajuste (Ver tabla 8).

Tabla 7. Subescala Hipomanía según sexo.

		Sexo		Total	
		Mujer	Hombre		
Hipomanía	N	N	241	123	364
		%	87.3%	79.9%	84.7%
	C	N	35	31	66
		%	12.7%	20.1%	15.3%
Total	N	276	154	430	
	%	100%	100%	100%	

N: Puntaje normal; C: Puntaje clínico

La tabla 7. Muestra el porcentaje de puntuaciones clínicas de las subescala Hipomanía según sexo.

Tabla 8. Porcentaje de puntuaciones clínicas de las subescala Introversión social según el nivel educativo.

			Nivel Educativo		Total
			No profesional	Profesional	
Introversión Social	N	n	191	164	355
		%	53.8%	46.2%	100.0%
	C	n	28	11	39
		%	71.8%	28.2%	100.0%
Total		n	219	175	394
		%	55.6%	44.4%	100.0%

N: Puntaje normal; C: Puntaje clínico

Nota: Porcentaje de puntuaciones clínicas de las subescala Introversión social según el nivel educativo.

Discusión

Los protocolos de cirugía bariátrica establecen la evaluación psicológica como un aspecto fundamental para la toma de decisiones sobre la opción quirúrgica más favorable para el paciente con obesidad. Sin embargo, es claro que en estas últimas dos décadas se han creado los denominados grupos de psicólogos bariátricos que buscan establecer las condiciones óptimas de esta evaluación; prueba de ello fue el Consenso de Cartagena, 2011 dentro del marco del IV Congreso Latinoamericano en Cirugía.

Los datos de estudios de pacientes candidatos a cirugía no establecen un perfil típico de personalidad que determine las condiciones más favorables para estos procedimientos, es decir, los predictores de éxito. Por esta razón, se plantea proponer estudios que permitan identificar el comportamiento de los datos frente a instrumentos de evaluación permite aproximarse a un mayor nivel de conocimiento sobre el tema y un abordaje más completo frente a las necesidades específicas de la población que será beneficiada por este tipo de tratamiento.

En cuanto al objetivo que ha perseguido el presente estudio, esto es, la descripción de los perfiles de personalidad presentados por los candidatos a cirugía bariátrica del Hospital Militar de la Ciudad de Bogotá, se encontraron características de personalidad en los candidatos a procesos de este tipo, acordes con los planteamientos de Kinder et al. (2008), en cuanto a la presencia de mayores puntajes clasificados como clínicos en la subescala de Hipocondriasis, la cual hace referencia a la preocupación y queja constante por su estado de salud. Otro de los puntos de convergencia con dicho estudio tiene que ver con la presencia de un porcentaje importante de casos que se

consideran inválidos a partir de las escalas L y F, lo que deja ver una dificultad en las personas que son candidatas a cirugía bariátrica para dar respuestas acordes con su situación. Por otra parte, este estudio presenta diferencias con lo presentado por Kinder et al. (2008) en cuanto a la subescala clínica de Paranoia, ya que en los resultados no se encuentra una presencia significativa.

A pesar de que se han realizado estudios que muestran una relación entre los trastornos de ansiedad y el diagnóstico de obesidad (Mühlhans et al., 2009; Lin et al. 2013), en la muestra recogida se revelan mayores puntajes clínicos referentes a elementos de tipo cognitivo como los pensamientos constantes relacionados con la preocupación por el estado de salud, así como de su imagen corporal. Posiblemente a este resultado se asocia la presencia de componentes de enfermedad física en la mayoría de los pacientes que son candidatos a cirugía bariátrica en esta institución, en especial con entidades como hipotiroidismo, hipertensión arterial y alteración de la condición musculoesquelética afectada por su condición de obesidad. Lo que se evidencia en las escalas de Hipocondriasis y Esquizofrenia mientras que las escalas de Histeria y Depresión no fueron las de mayor relevancia en los resultados presentados. Esto se relaciona con los estudios de personalidad realizados por Sutin et al. (2011) con respecto a los rasgos de personalidad de mayor prevalencia de características relacionadas con el neuroticismo, así como a los resultados presentados por Maddi et al. (1997) quienes reportan mayores puntajes en la subescala de Esquizofrenia.

En cuanto a estas diferencias con los estudios mencionados, los cuales fueron realizados en otros países, se puede ver una similitud con los resultados presentados por Reyes

y Muñoz, (2008) en candidatas a cirugía bariátrica de la ciudad de Bogotá, quienes reportan que los trastornos de ansiedad eran los de menor prevalencia entre la muestra evaluada.

Por otra parte, en contraposición con los resultados de Guisado y Vaz (2002) sobre las características Narcisistas y Antisociales predominantes en la muestra de personas diagnosticadas con obesidad mórbida, se encontró que la subescala clínica de Introversión social no presenta características que sean llamativas en lo que se refiere a los perfiles presentados.

A modo de conclusión se puede decir que los perfiles de los candidatos a cirugía bariátrica presentan características de personalidad que se relacionan con la Hipocondriasis y la Depresión, así como un componente social distinto al caracterizado en otros estudios, lo cual puede deberse a las diferencias culturales. Por otra parte se identifica la importancia del trabajo con estos candidatos a cirugía con respecto a su condición de salud y la presencia de posibles dificultades emocionales relacionadas, las cuales se asocian con las estrategias de afrontamiento que deben ser abordadas como parte del proceso de preparación para la cirugía por parte de los profesionales de la salud mental.

Si se toma en cuenta lo enunciado en los informes de salud para el mundo publicados por la Organización Mundial de la Salud (2013), es importante atender los aspectos emocionales que se observan en las personas con obesidad, ya que del abordaje de éstos, se pueden ver favorecidos la condición psicológica de los pacientes que serán llevados a cirugía y proponer niveles de intervención ajustados a las necesidades de carácter emocional de estos pacientes.

La atención de estos aspectos, podrá influir positivamente sobre el control de factores de riesgo asociados con la presencia de enfermedades físicas donde la obesidad puede tener gran relevancia.

Las implicaciones sobre los cambios en la dieta y el estilo de vida en general son los factores primordiales a la hora de mantener resultados favorables en la pérdida de peso y la recuperación de la salud. Esto determina que para la psicología las acciones tendrán que ser implementadas de manera previa al procedimiento que será sometida la persona con obesidad, así como guiará las intervenciones posteriores y de seguimiento a los tratamientos adelantados.

Por otra parte, la existencia de protocolos de evaluación como el establecido en el Hospital Militar Central desde la creación del programa de cirugía bariátrica en el año

2003, favorecen de manera significativa la intervención oportuna de la psicología en la aceptación y preparación para cambios de vida surgidos a partir del desarrollo de una intervención quirúrgica constituida en los programas de cirugía bariátrica. De igual manera, el aval obtenido en el consenso de Cartagena en el año 2011 configura una excelente oportunidad para privilegiar la participación de la psicología clínica y de la salud en grupos interdisciplinarios donde la seguridad y la calidad de vida de los pacientes son principios y metas.

Así, la meta primaria de la evaluación psicológica contemporánea debe apuntar a la identificación de los factores que puedan limitar o favorecer el éxito del paciente con el procedimiento que se lleve a cabo, de tal manera que en el trabajo en equipo en forma conjunta se determinen las acciones para favorecer el potencial del paciente frente a los resultados esperados por la cirugía (Hernández, 2011). Adicionalmente, muchos de estos aspectos permitirán orientar al paciente en la consecución de logros como el recuperar el atractivo físico al alcanzar una mejor figura corporal, mejorar su autoconfianza y su autoestima, tal como lo mencionan Cooper, Fairburn y Kawker (2003).

Es claro que se plantean a partir de estos hallazgos los aspectos que podrán orientar las intervenciones multidisciplinarias en los programas de seguimiento luego de llevada a cabo la cirugía de tal forma que se promueve el mantenimiento de los buenos resultados, el control sobre aquellos aspectos que pueden conducir al fracaso con la re-ganancia de peso y la necesidad de una mayor investigación sobre la correlación de estos rasgos a través del tiempo, en especial sobre los cambios observados en las subescalas de Histeria y Desviación Psicopática y su asociación con la variable edad.

Se reconoce en el MMPI2 un buen indicador sobre las características psicológicas de los candidatos a cirugía bariátrica puesto que representa un criterio de selección sobre la existencia de trastornos psiquiátricos como factor de exclusión de esta alternativa. Para aquellos que como en el caso de los evaluados no se evidencia psicopatología, se presenta como una oportunidad para acceder a una alternativa que puede favorecer los resultados del tratamiento al trabajar sobre aquellos aspectos que, como se observó en los programas de seguimiento, respaldan la elevación en las subescalas; tal es el caso de los aspectos emocionales los cuales juegan un papel fundamental para aquellos que se preparan para afrontar procesos de cambio tan significativos como los que trae consigo la cirugía bariátrica.

Referencias

- Bancheri, L, Patrizi, B., Korzolidis, G., Mosticoni, S., Gargano, T., Angrisani, P., Tatarelli, R & Girardi, P. (2006). Treatment choice and psychometric characteristics: Differences between patients who choose bariatric surgical treatment and those who do not. *Obesity Surgery*, 16(12), 1630-1637.
- Becoña, E. Vázquez, F. & Oblitas, L. (2004). "Promoción de los estilos de vida saludables". En Investigación en Detalle Número 5. [En línea]. ALAPSA. Bogotá. Consultado el 25 de abril de 2013. Disponible en: URL:<http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>.
- Cooper, Z., Fairburn, C., Hawker, D. (2003) *Cognitive-Behavioral Treatment of obesity*. A Clinician's Guide. New York: The Guildford Press.
- García, G. y Romero, J.C. (2009) Comparación de las propiedades psicométricas del MMPI y el MMPI-2 en una muestra de universitarios bogotanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 18(1), 19-31.
- Glinski, J., Wetzler, S., & Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 11(5), 581-588.
- Guisado-Macías, J., Vaz Leal, F. (2002) Personality Assessment in Morbid Obesity. *German Journal of Psychiatry*, 5(4), 90-94.
- Hernández, P. (2011) Aspectos emocionales asociados a la cirugía bariátrica. En: *Avances y perspectivas en Psicología de la Salud*. Colegio Colombiano de Psicología, 1, 40-75.
- Kinder, B., Walfish, S., Young, S. and Fairweather, A. (2008) MMPI-2 Profiles of Bariatric Surgery Patients: A Replication and Extension. *Obesity Surgery* 18, 1170-1179.
- Lin, H., Huang, C., Tai, C., Lin, H.Y., Kao, Y., Tsai, C., Hsuan, C., Lee, S., Chi, S., & Yen, Y. (2013) Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, 13 (1) <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/1>.
- Maddi, S. R., Khoshaba, D. M., Persico, M., Bleecker, F., & VanArsdall, G. (1997). Psychological correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. *Obesity Surgery*, 7, 397-404.
- Marek, R., Ben-Porath, Y., Windover, A., Tarescavage, A., Merrell, J., Ashton, K., Lavery, M., Heingberg, L. (2013) Assessing Psychosocial Functioning of Bariatric Surgery Candidates with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF). *Obesity Surgery*, 23(11), 1864-1873. DOI:10.1007/s11695-013-1024-x
- Mühlhans, B., Horbach, T. & de Zwaan, M. (2009) Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates: a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample. *General Hospital Psychiatry* 31(5), 414-421.
- Organización Mundial de la salud. (2012) Obesidad y sobrepeso. Recuperado de: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la salud. (2013) Obesidad y sobrepeso. Recuperado de: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs311/es/>
- Piqueras, J., Martínez, A. Ramos, V., Rivero, R., García, L. y Oblitas, L. (2008) Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicológica* 15(1) 43-74.
- Quevedo, F. (2011) La prueba de Chi-Cuadrado. *Medwave* 11(12), 1-5. DOI: 10.5867/medwave.2011.12.5266
- Reyes, J. & Muñoz, R. (2008) Prevalencia y determinación de los factores de riesgo asociados con psicopatología en los candidatos a cirugía bariátrica en la Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(3), 385-396.
- Rudolph, A. & Hilbert, A. (2013) Post-operative behavioural management in bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews*, 14(4), 292-302.
- Sutin, A., Ferrucci, L., Zonderman, A., and Terracciano, A. (2011) Personality and Obesity across the Adult Lifespan. *Journal of Personality Social Psychology*, 101(3), 579-592. DOI: 10.1037/a0024286.
- Tsushima, W., Bridenstine, M. & Balfour, J. (2004) MMPI-2 Scores in the Outcome Prediction of Gastric Bypass Surgery. *Obesity Surgery*, 14(4), 528-532.