

¿Cómo guía la mente al cuerpo? Reganancia de peso dos años después de la cirugía bariátrica, desde un enfoque psico-social.

How does the mind guide the body? Weight gain two years after bariatric surgery, from a psycho-social approach.

Andrea Salazar Robalino*. Carmen Balague Ponz**.

* Cirujana General, Hospital Eugenio Espejo.

** Cirujana Bariátrica, Hospital del Santa Creu y Sant Pau Barcelona-España

Resumen.

Introducción: No existe un consenso acerca de la relación causa-efecto entre las psicopatologías y la obesidad, pero se acepta que el estado emocional puede interferir en la desestructuración de los patrones alimentarios y en el sedentarismo, teniendo importante influencia ambos en el peso corporal.

Objetivo: Analizar la relación que existe entre los trastornos psiquiátricos y la falla en la pérdida de peso, dos años después de la cirugía bariátrica.

Material y métodos: Estudio de cohorte, retrospectivo. Población: 331 pacientes a los que se les realizó cirugía bariátrica desde el año 2007 hasta el año 2016 en el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Muestra: 331 pacientes. Los datos se obtuvieron del registro de consultas. Se aplicaron métodos de estadística descriptiva e inferencial, se utilizó el test de ANOVA factorial de medidas repetidas, para todos los casos, se consideró una significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: se analizaron 331 pacientes, de los cuales 95 (28,7%) hombres y 236 (n=71,3%) mujeres. El rango de edad oscilaba entre los 18 y 65 años. Se practicó sleeve gástrico en 208 (62,8%) de los casos y bypass en 123 (37,2%). El trastorno alimentario más frecuente fue el Glotón (n=44; 12,4%). El trastorno psiquiátrico más frecuente fue la depresión (n=34; 76,7%). Con la prueba t de student se obtuvieron diferencias significativas en la pérdida de peso en el control al primer año y al segundo año de la cirugía ($p < 0,05$). En el test de ANOVA factorial de medidas repetidas, se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y la falla en la pérdida de peso, de igual manera, entre el tipo de cirugía (Sleeve gástrico) y la falla en la pérdida de peso.

Conclusiones: El antecedente de trastornos depresivos antes de la cirugía y la técnica del Sleeve gástrico se relacionaron con la falla en la pérdida de peso en estos pacientes.

Palabras clave: cirugía bariátrica, sleeve, bypass, depresión

Abstract

Introduction: There is no consensus about the cause-effect relationship between psychopathologies and obesity, but it is accepted that the emotional state can interfere with the destructuring of eating patterns and sedentary lifestyle, having an important influence on both body weight.

Objective: To analyze the relationship between psychiatric disorders and weight loss failure, two years after bariatric surgery.

Material and methods: Cohort, retrospective study. Population: 331 patients who underwent bariatric surgery from 2007 to 2016 at the Hospital de la Santa Creu and Sant Pau. Sample: 331 patients. The data was obtained from the query log. Methods of descriptive and inferential statistics were applied, the factorial

ANOVA test of repeated measures was specified, for all cases, a statistical significance $p < 0.05$ was considered.

Results: 331 patients were analyzed, of which 95 (28.7%) men and 236 (n = 71.3%) women. The age range ranged from 18 to 65 years. Gastric sleeve is performed in 208 (62.8%) of cases and bypass in 123 (37.2%). The most frequent eating disorder was Glutton (n = 44; 12.4%). The most frequent psychiatric disorder was depression (n = 34; 76.7%). With the student t-test different differences were obtained in the weight loss in the control at the first year and the second year of the surgery ($p < 0.05$). In the repeated measures factorial ANOVA test, a statistically significant relationship between depressive symptoms and weight loss failure was obtained, similarly, between the type of surgery (gastric sleeve) and the weight loss failure.

Conclusion: The history of depressive disorders before surgery and the gastric cuff technique is related to the failure in weight loss in these patients.

Keywords: bariatric surgery, sleeve, bypass, depression, anxiety, weight loss failure.

Recibido: 24-12-2019

Revisado: 13-1-2020

Aceptado: 15-1-2020

Introducción.

Ser obeso/a tiene grandes implicaciones para la salud, no solamente desde el punto de vista físico, sobre lo que se han escrito abundantes tratados; sino desde la perspectiva de la persona obesa como parte de una sociedad en la que cada vez se le rinde más culto a la delgadez. Por este motivo, no resulta complicado entender que la obesidad viene de la mano con grandes afectaciones psiquiátricas para quienes la padecen. La Cirugía bariátrica es una de las soluciones más adecuadas a este problema, ya que mejora la salud física, también elimina algunas enfermedades asociadas el exceso de peso, mejora su calidad de vida, favorecer su reinserción en la vida productiva, brinda a los pacientes la oportunidad de alcanzar una apariencia más acorde a las exigencias de la sociedad.

A pesar de los beneficios demostrados de la cirugía bariátrica, el fallo en la disminución de peso es un problema innegable, que se acompaña de importantes repercusiones médicas, sociales, económicas y psicológicas para estos pacientes. Desafortunadamente, hay una comprensión muy limitada de cómo predecir qué pacientes quirúrgicos bariátricos son más propensos a recuperar peso después de la cirugía y cómo

influyen los trastornos psiquiátricos previos a la cirugía en la curva de peso posterior a esta.

No existe un consenso sobre la relación causa-efecto entre las psicopatologías y la obesidad, pero se acepta que el estado emocional puede interferir en la desestructuración de los patrones alimentarios y en el sedentarismo, teniendo importante influencia ambos en el peso corporal (4), (9), (1).

Se afirma que los pacientes que buscan someterse a una cirugía bariátrica presentan mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos; los autores concluyen que, a mayor grado de obesidad, es mayor la prevalencia de trastornos psiquiátricos.

En la discutida relación entre obesidad y depresión, la encuesta nacional de salud y nutrición en EEUU (14) encontró que la obesidad está asociada con depresión principalmente entre las personas con IMC mayor a 40kg/m².

Particularmente en la población española la asociación de obesidad y psicopatología se ha detectado en un 40 a 44,4%, (18). En algunos casos se trata de las consecuencias psicosociales de padecer esta enfermedad, como por ejemplo en los trastornos adaptativos.

En pacientes con trastorno bipolar se ha encontrado que hasta el 68% de los que buscan tratamiento tienen sobrepeso u obesidad. Las variables incluyen factores genéticos, alteraciones de neurotransmisores, la edad, el género, el nivel socioeconómico, la inactividad física, las conductas alimentarias.

Objetivo:

Analizar la relación que existe entre los trastornos psiquiátricos y la falla en la pérdida de peso, dos años después de la cirugía bariátrica.

Material y métodos

Estudio de cohorte retrospectivo que tuvo lugar en el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, en donde se analizó cada una de las historias clínicas de 331 pacientes intervenidos quirúrgicamente desde el año 2007 hasta el año 2016. Se tomó una muestra de 331 casos, no se aplicó fórmula de muestreo.

Se ingresaron los datos al sistema SPSS correlacionando el tipo de procedimiento al cual se sometieron los pacientes y su evolución ponderal a 1 y 2 años, además su curva de pérdida de peso relacionada a su estado psiquiátrico previo y al tipo de trastorno psiquiátrico, comparado a los pacientes que no presentaron patología.

Para entender la relación que existe entre la presencia de trastornos psiquiátricos y la disminución en la pérdida de peso los dos años, se realizó el análisis multivariado mediante la comparación de medias, utilizando el ANOVA factorial de medidas repetidas. Los factores analizados fueron la presencia de síntomas psiquiátricos, trastornos alimentarios, el tipo de técnica quirúrgica utilizada, el Índice de masa corporal de inicio, al primer año y a los dos años de realizada la misma, además el porcentaje de sobrepeso perdido dentro del mismo tiempo. Para todos estos factores, se aceptó un nivel de significación estadística $p < 0,05$. En la prueba de normalidad multivariante, que permitió contrastar la hipótesis de normalidad de las medias, para rechazar la hipótesis de igualdad de medias se utilizó el estadístico Lambda de Wilks, esto se puede interpretar como que el peso es diferente en los distintos momentos evaluados (al inicio, al año y los dos años). Se asumió el supuesto de esfericidad, por lo que se utilizó la opción del análisis univariado, que permitió rechazar la hipótesis nula H_0 , asumiendo una diferencia estadísticamente significativa entre el peso de los pacientes en todas las mediciones realizadas.

Resultados

El estudio incluyó 331 pacientes de los cuales fueron 236 (71,3%) mujeres y 95 (28,7%) hombres, con edad media de 49,2 años (18 a 65), a

quienes se les realizó sleeve (n=208) y bypass gástrico (n=123), se detectó trastornos alimentarios en 65 pacientes (18,5%), estos trastornos se clasifican en: 18 (27,7%) pacientes picoteadores, 41 (63,1%) glotonas, 6 (9,2%) comedores nocturnos, además se determinó que el 23,3% de la serie (77 pacientes) presentaban algún tipo de patología psiquiátrica. Ver tabla 1.

Tabla 1. Características generales de la población

Variables	n(%)
Edad años (media±SD)	49,20 (10,541)
Sexo (n; %)	
Femenino	236(71.3)
Masculino	95 (28,7)
Trastorno alimentario (n; %)	65 (19,6)
Picoteador	18(27,7)
Gloton	41(63,1)
Comedor nocturno	6(9,2)
Con patología psiquiátrica (n; %)	77 (23,3) 34(44,2)
Depresión	
Ansiedad	13(16,9)
Trastorno de la personalidad adaptativo a la obesidad	2(2,6)
Trastorno bipolar	5(6,5)
Ansioso depresivo	17(22,0)
Trastorno obsesivo compulsivo	1(1,2)
Bulimia	2(2,6)
Brote psicótico	1(1,2)

Esquizofrenia	1(1,2)
Adicto en tratamiento con metadona	1(1,2)
Tipo de cirugía	
Bypass	123(37,2)
Sleeve	208(62,8)

significativa con el fallo en la pérdida de peso en los pacientes con trastornos psiquiátricos. Ver tabla 2.

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 2 Porcentaje de peso perdido al primer y segundo años de la cirugía

Pacientes	1 año		2 años		Total	p
	<50%	>50%	<50%	>50%		
Sin patología psiquiátrica	75 (29,6)	179 (70,4)	120 (47,2)	134 (52,7)	254 (76,7)	0,001
Con patología psiquiátrica	35 (45,5)	42 (54,5)	41 (53,2)	36(46,8)	77(23,2)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Durante el primer año de la cirugía, 66,7% de los casos había perdido el 50% o más de su peso inicial (n=221), sin embargo, los pacientes con mejor respuesta fueron los que no presentaron trastornos psiquiátricos, y los pacientes que presentaban patología que perdieron más del 50% en el primer año fue el 54,4% y en el segundo año el 46%. Ver tabla 2.

El tipo de cirugía más realizado en ambos grupos de pacientes (con y sin antecedentes de trastornos psiquiátricos) fue el Sleeve gástrico, se realizó en el 65,7% de los pacientes sin antecedentes de trastornos psiquiátricos (n=167) y en el 53,2% de los pacientes presentaba algún antecedente de trastorno psiquiátrico (n=41). Ver tabla 3.

En ambos controles realizados, los pacientes a los que se les hizo Sleeve y presentaban patología psiquiátrica habían perdido menos del 50% de su peso inicial (n=28; 68,3% en el primer año y n=31; 75,6% en el segundo año), alcanzando una significación estadística $p < 0,05$, lo que indica que el Sleeve gástrico se relaciona de forma

Tabla 3 Relación entre tipo de cirugía y porcentaje de pérdida de peso al primer y segundo años según la presencia de trastornos psiquiátricos

Antecedentes de trastorno psiquiátrico	Tipo de cirugía	Peso perdido al primer año. n(%)		Peso perdido al segundo año. n(%)		Total n(%)	P (p<0,05)
		<50%	≥50%	<50%	≥50%		
Negativo ¹ (n=254)	<i>Sleeve</i>	51 (30,5%)	116 (69,5%)	89 (53,3%)	78(46,7%)	167 (80,3)	0,001
	<i>Bypass</i>	24 (27,6%)	63 (72,4%)	31 (35,6%)	56 (64,4%)	87 (70,7)	
Positivo ² (n=77)	<i>Sleeve</i>	28 (68,3%)	13 (31,7%)	31 (75,6%)	10 (24,4%)	41 (19,7)	0,001
	<i>Bypass</i>	7 (19,4%)	29 (80,6%)	10 (27,8)	26(72,2%)	36 (29,3)	

Fuente: instrumento de recolección de datos.

¹ Los porcentajes calculados son a partir de esta cifra.

² Los porcentajes calculados son a partir de esta cifra.

Se obtuvo que en ambas evaluaciones, e independientemente si presentaron o no trastornos psiquiátricos, los pacientes que más peso perdieron, estaban en el grupo al que se les realizó Bypass. Ver tabla 3.

Sin embargo siempre se muestra predominio en el grupo de pacientes sin trastorno, en donde hay una adecuada respuesta al primer año con (n=179; 70,4%), y en el segundo año (n=131; 52,7%).

Tabla 4. Porcentaje de peso perdido al primer y segundo años de la cirugía según trastorno psiquiátrico

Trastorno psiquiátrico	Porcentaje de peso perdido al primer año. N(%)		Porcentaje de peso perdido al segundo año. N(%)		Total n(%)	p (p<0,05)
	<50%	≥50%	<50%	≥50%		
	Depresión	20/34	14/34	22/34		
Ansiedad	6/13	7/13		6/13	13(16,2)	
Trastorno adaptativo	0/2	2/2	0/2	2/2	2 (2,6)	
Ansioso depresivo	5/17	12/17	7/17	10/17	17(22,1)	
Trastorno bipolar	0/5	5/5	1/5	4/5	5 (6,5)	
Trastorno obsesivo compulsivo	1/1	0/1	1/1	0/1	1(1,3)	
Adicción	0/1	1/1	0/1	1/1	1 (1,3)	
Bulimia	1/2	1/2	1/2	1/2	2 (2,6)	
Brote psicótico	1/1	0/1	1/1	0/1	1 (1,3)	
Esquizofrenia	1/1	0/1	1/1	0/1	1 (1,3)	
Total	35(45,5)	42(54,5)	41(53,2)	36(46,8)	77(100)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En cuanto al trastorno psiquiátrico, se observa que los pacientes con depresión, en ambos controles, fueron mayoría los que perdieron menos del 50% de su peso, al año (58,8%; n=20) y a los dos años (64,7%; n=22). Ver tabla 4.

Los pacientes con trastorno ansioso depresivo respondieron adecuadamente en los 2 controles con (n=12; 70,5%) al año y (n=10; 58,8%) en el segundo año. Ver tabla 4.

En el análisis de los trastornos de la conducta alimentaria, no se obtuvo relación significativa con el fallo en la pérdida de peso, sin embargo, se observó que los pacientes comedores nocturnos, tuvieron una importante disminución en la pérdida de peso en el segundo año en relación al primero, aunque esto no alcanzó significación estadística (p=0,647). Ver tabla 5.

Tabla 5 Relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el porcentaje de pérdida de peso al primer y segundo años

	Porcentaje de pérdida de peso primer año (n; %)		Porcentaje de pérdida de peso segundo año (n; %)		Total (n; %)	p (p<0,05)
	<50%	≥50%	<50%	≥50%		
	Picoteador	9/18	9/18	10/18		
Glotón	15/41	26/41	17/41	24/41	41 (63)	
Comedor nocturno	0/6	6/6	4/6	2/6	6 (9,2)	
Total	24 (36,9)	41 (63,1)	31 (47,7)	34 (52,3)	65(100,0)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se realizó el análisis multivariado, mediante una prueba de regresión logística incluyendo las variables edad, IMC inicial, presencia de patología psiquiátrica, tipo de trastorno alimentario, técnica quirúrgica y porcentaje de pérdida de peso al primer y segundo años. A continuación se expone un resumen de la prueba de regresión logística binaria, con el análisis bivariado y multivariado.

En la tabla 6 se muestra que, en el análisis bivariado, las variables que mostraron relación estadísticamente significativa con el fallo en la pérdida de peso fueron el tipo de cirugía realizada (Sleeve), el IMC inicial (mayor a 55 Kg/m²) y el porcentaje de pérdida de peso al primer año menor al 50%, en todos los casos se obtuvo una significación estadística $p < 0,0001$. Ver tabla 6.

En el análisis multivariado, solamente el porcentaje de pérdida de peso al primer año mantuvo su significación estadística ($p < 0,05$), mientras que tipo de cirugía, aunque estuvo cerca, no alcanzó esta significación para esta muestra ($p = 0,07$). Ver tabla 6.

Tabla 6 Resumen prueba de regresión logística binaria. Análisis bivariados y multivariados.

Análisis bivariado		Puntuación	gl	Sig.
Paso 0	Tipo de cirugía ³	13,242	1	,000
	Edad	3,682	1	,055
	IMC inicial ⁴	8,565	1	,003
	Antecedentes Psiquiátrico ⁵	,006	1	,940
	Porcentaje de pérdida de peso al año ⁶	49,080	1	,000
	Análisis multivariado		Puntuación	gl

³ Sleeve gástrico

⁴ IMC inicial menor a 55 Kg/m²

⁵ Antecedentes de trastornos psiquiátricos

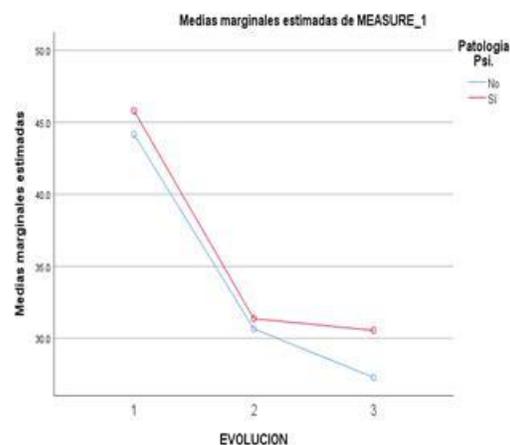
⁶ Menor al 50%

Paso 1	Tipo de cirugía ⁷	7,250	1	0,007
	Edad	0,437	1	0,509
	IMC inicial ⁸	1,787	1	0,181
	Antecedentes Psiquiátrico ⁹	0,50	1	0,823
	Porcentaje de pérdida de peso al año ¹⁰	36,672	1	0,000

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En el Gráfico 1 se observa que los pacientes con patología psiquiátrica tienen una pérdida de peso similar en el primer año de control, pero en el segundo año hay un enlentecimiento en el descenso del peso, llegando hasta un IMC mayor a 30, mientras que los pacientes sin patología descienden hasta cerca de 25.

Gráfico 1. Medias marginales de pérdida de peso en pacientes con patología psiquiátrica



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

⁷ Sleeve gástrico

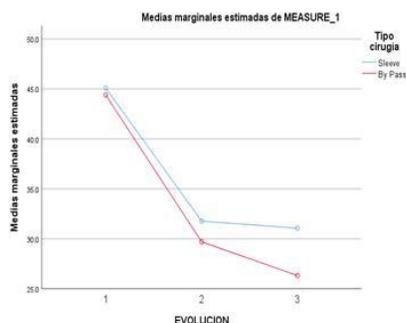
⁸ IMC inicial menor a 55 Kg/m²

⁹ Antecedentes de trastornos psiquiátricos

¹⁰ Menor al 50%

En el Grafico 2, se hace una correlación entre el procedimiento quirúrgico y la evolución ponderal, observándose un descenso más lento y estancado hacia los 2 años de control, en los pacientes que fueron sometidos a un Sleeve, y los pacientes a quienes se les realizó un by pass, se obtuvo mayor pérdida de peso y mayor velocidad en el segundo año.

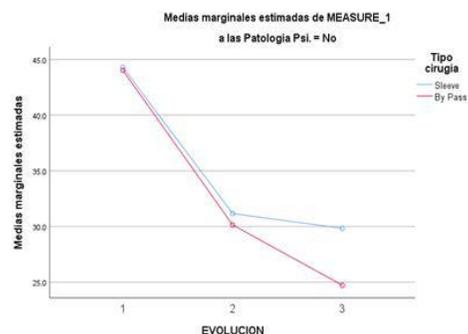
Grafico 2. Correlación entre el procedimiento quirúrgico y estimación ponderal



Fuente: instrumento de recolección de datos.

En el Grafico 3. Se hace una relacion entre la técnica quirurgica y unicamente la evolucion de los pacientes sin patologia psiquiatrica demostrandose nuevamente que en este grupo hay mayor perdida de peso en los pacientes sometidos a un by pass, y llama la atencion que se alcanzó un IMC de menos 25 a los 2 años.

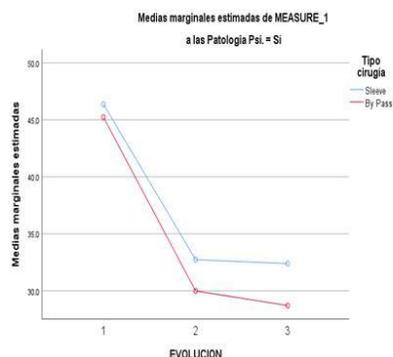
Grafico 3. Relación entre técnica quirúrgica y evolución de pacientes sin patología psiquiátrica



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En este gráfico 4 se hace relación únicamente a los pacientes que presentan patología psiquiátrica evidenciándose un enlentecimiento en el descenso tras el primer año pero mostrándose una mayor pérdida de peso en los pacientes con by pass, pero a la vez evidenciamos que el IMC de inicio en este grupo fue mayor que en otros grupos, comenzando con un promedio de mayor a 45, y al terminar se alcanza un porcentaje mayor a 25.

Grafico 4. Relación entre técnica quirúrgica y evolución de pacientes con patología psiquiátrica

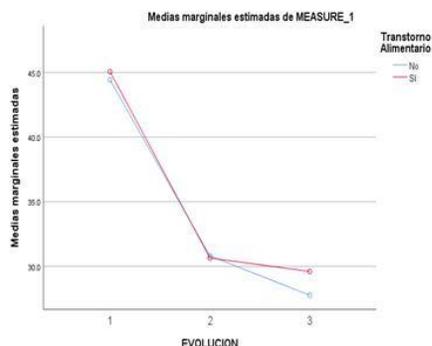


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En este grafico 5 se analizó la evolución de los pacientes que presentaban trastornos alimentarios,

en comparación con los que no presentaban ningún tipo de trastorno, con que se pudo determinar que en la evolución dentro del primer año era similar en los 2 grupos, pero en el segundo año se observa un enlentecimiento en el descenso de peso en los pacientes con trastorno alimentario, en relación a los que no.

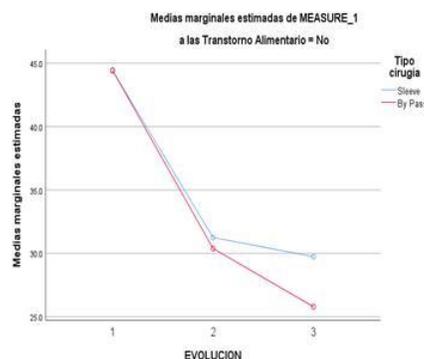
Grafico 5. Evolución de pacientes con trastornos alimentarios



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En este grafico 6 se analizó la evolución de los pacientes que no presentan trastorno alimentario, y se comparo la técnica quirúrgica, demostrándose así, que dentro de primer año el descenso de peso es muy similar con ambos procedimientos, mientras que, en el segundo año, el by pass consigue mayor porcentaje de pérdida de peso que con el sleeve.

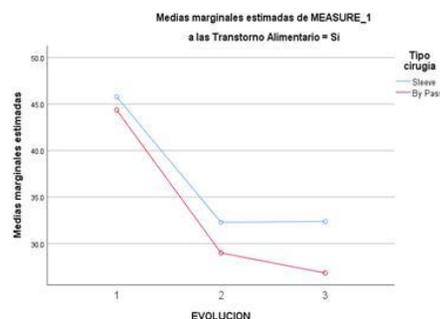
Grafico 6. Evolución de pacientes sin trastornos alimentarios



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En el grafico 7 se observa la diferencia en la evolución a los 2 años en los pacientes que presentaron trastornos alimentarios con diferente técnica quirúrgica, prevaleciendo notablemente mayor descenso de peso en el grupo del by pass desde el primer año.

Gráfico 7. Diferencias en la evolución de pacientes con trastorno alimentario según técnica quirúrgica



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Discusión

En esta investigación se obtuvo que, a pesar de que la evolución de los pacientes al cabo de los dos años de operados fue buena de forma general, se vió en algunos casos que la curva de pérdida de peso no fue como se esperaba, sobretodo en el segundo año. Esta detención en la pérdida de peso

se relacionó de forma significativa con la presencia de algunos trastornos psiquiátricos como la depresión en el preoperatorio. Para Ferrer y Cruz (5), después de los dos años, es más frecuente que los pacientes vuelvan a sus hábitos alimentarios anteriores a la cirugía y recuperen su estilo de vida anterior, lo que explica la ganancia de peso que suele aparecer en este momento.

Se presentaron limitaciones en el control postquirúrgico posterior a los 2 años por lo que no se ha podido evaluar si los pacientes fracasaron al tratamiento o tuvieron diferencia en la evolución.

Los trastornos psiquiátricos diagnosticados antes de la cirugía, son un factor de gran importancia en la ganancia de peso en los pacientes con cirugía bariátrica, se trata de pacientes con alteraciones importantes del estado de ánimo, con frecuencia, la depresión mayor es el trastorno que más se ve en estos casos, lo que incrementa el riesgo de fallo en la pérdida de peso si se acompaña de algún trastorno en la conducta alimentaria, dentro de los cuales, el trastorno por atracón es uno de los más importantes (3).

Así, puede decirse que no es suficiente con la cirugía bariátrica para que el paciente resuelva los problemas de orden psicológico que tenía antes de ser intervenido, deben considerarse una serie de intervenciones sobre el autoconcepto y la insatisfacción con la imagen corporal, para evitar que pasados los primeros meses de la cirugía, vuelvan a interferir con su calidad de vida y con el éxito de la cirugía bariátrica (17).

En este trabajo, predominó la cirugía de Sleeve gástrico, además, esta técnica se relacionó con menor porcentaje de pérdida de peso al primer y segundo años. El tipo de cirugía realizado guarda relación con la descompensación de algunas patologías psiquiátricas, el Bypass se ha asociado con una disminución de los niveles de neuropéptidos periféricos, lo que redundará en una disregulación del neuropéptido Y de acción central, que tiene un nexo importante con la depresión, las conductas adictivas y la personalidad con impulsos suicidas (16), pero en

este estudio no se observó relación directa en la evolución de los pacientes intervenidos con bypass con respecto a la depresión y la pérdida de peso, a pesar de que existen varios estudios que concluyen que se puede observar hasta un 40% menos de la concentración en plasma de Sertralina en pacientes con antecedente depresivo, afectando más adelante en el desarrollo y evolución de la patología psiquiátrica y por ende en su control ponderal.

Conducta alimentaria

El trastorno de la conducta alimentaria, de tipo comedor nocturno se relacionó de forma significativa con una pérdida de peso menor al 50% a los 24 meses de la cirugía, probablemente porque, después del primer año, el paciente comienza a relajarse en cuanto a sus hábitos alimentarios, que de acuerdo a lo planteado por Mitchell, (12), las personas que logran hacer cambios profundos de sus hábitos de alimentación, tales como auto limitarse cuando están llenos, no comer después de la cena, desayunar, disminuir la ingesta de grasa y carbohidratos, dejar de comer sin hambre. Pero, estos investigadores aseguran que el éxito de estas conductas es mantenerlas en el tiempo, lo que no sucede generalmente en algunos casos, sin embargo el resultado no fue estadísticamente significativo.

Estos resultados revelan la importancia de la asesoría conductual en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, no solamente antes y en el primer año después de esta, sino de forma mantenida, ya que se ha demostrado que después del primer año, existe una tendencia a volver a sus hábitos anteriores, no solamente porque ya se ha obtenido un peso más cercano al deseado, sino porque, los nuevos estándares de vida y alimentación son insostenibles en el tiempo, poco agradables y funcionales, que a su vez, les cuesta insertarse nuevamente en la sociedad, por lo que más adelante se deberá plantear la posibilidad de grupos de apoyo en el seguimiento a largo plazo, de los pacientes intervenidos para así lograr conocer más a fondo las debilidades y evolución

de cada uno de ellos, evitando así, recaídas con intervención de apoyo continua.

Trastorno depresivo

Se obtuvo en esta investigación que los trastornos depresivos se relacionaron de forma significativa con la disminución en la curva de pérdida de peso, en los dos años de la cirugía bariátrica.

La depresión mayor, de acuerdo con lo obtenido por Tae (21), no se asocia con la del ritmo de pérdida de peso después de la cirugía bariátrica, sin embargo, existe consenso sobre la asociación de síntomas depresivos con las “comidas emocionales”, que se diferencian de los episodios de atracones en que los pacientes no comen hasta que se sienten mal, sino que comen para escapar de una situación que les provoca malestar. Pero, para otros autores, después de la cirugía bariátrica, persisten no solamente los sentimientos depresivos, sino que, permanece la dificultad para controlar los impulsos (2).

La depresión es causa de aislamiento social y la comida se convierte en vía de escape de las situaciones estresantes y un alivio al sufrimiento que sienten estos pacientes con su imagen corporal. A pesar de que se acepta que la cirugía bariátrica disminuye esta inconformidad con la imagen corporal, mejora el desempeño social y favorece el incremento de los intercambios sexuales en los pacientes, esto no se puede generalizar, existen pacientes que debido al aislamiento que sufrieron durante todo el tiempo que fueron obesos, perdieron las habilidades de vivir en sociedad, de relacionarse, lo que resulta en un incremento de la sensación de vulnerabilidad e inseguridad de estas personas (11).

También influye en perpetuación de los síntomas depresivos en estos pacientes algunas dificultades para llevar a cabo su vida sexual, debido al exceso de piel y a su estado de flaccidez, lo que resulta en mayor aislamiento social y una conducta evitativa hacia las relaciones sexuales, que nuevamente favorece que el paciente se refugie en sus antiguos

hábitos alimentarios y vuelva a ganar el peso perdido (4).

Se ha llegado a definir la depresión como una condición acompañante de la obesidad, cuya evolución a futuro tiene una relación muy estrecha con el comportamiento del peso corporal a largo plazo. El riesgo de suicidio en los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica es del 4%, aunque existen fuentes que sustentan que, a mayor Índice de Masa Corporal, menor es el riesgo de suicidio. Sin embargo, se ha demostrado la relación entre los trastornos depresivos y las recaídas, aumento de peso, pérdida de la motivación para hacer dieta y ejercicios (13), pero, para Rojas (16), existe una relación directamente proporcional entre el Índice de Masa Corporal y el riesgo de suicidio, de autolesiones, desadaptación y consumo de sustancias, siendo más susceptibles las personas en las que se diagnosticó algún trastorno psiquiátrico previo a la cirugía.

Conclusiones

Los factores que resultaron con una relación significativa en la disminución de la pérdida de peso a los dos años en esta población fueron el antecedente de depresión y la cirugía en manga gástrica (Sleeve), se observó que en los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria de tipo comedor nocturno también hubo relación, pero no tuvo significación estadística.

Referencias bibliográficas:

1. Abilés, V., Rodríguez, S., J. A., Mellado, C., García, A., & Pérez, A. (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg.*, 20(2), 161-167. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18958537>.
2. Beck, N., Mehlsen, M., & Støving, R. (2012). Psychological characteristics and associations with weight outcomes two years after gastric bypass

- surgery Postoperative eating disorder symptoms are associated. *Eating Behaviors*, 13(4), 394-397. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23121796>.
3. Castellini, G., Stanghellini, G., Godini, L., Lucchese, M., Trisolini, F., & Ricca, V. (2015). Abnormal Bodily Experiences Mediate the Relationship between Impulsivity and Binge Eating in Overweight Subjects Seeking Bariatric Surgery. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(2), 124-126. Disponible en: <https://www.karger.com/article/Abstract/365765>.
 4. Esquivía, H., Reséndiz, M., García, F., & López, D. (2016). La salud mental en el paciente con obesidad en protocolo para cirugía bariátrica. *Salud Mental*, 39(3), 165-173. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000300165.
 5. Ferrer, C., & Cruz, C. (2017). La vida cambia después de la cirugía bariátrica: un estudio cualitativo en pacientes chilenos. *Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 179-191. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/321197509_La_vida_cambia_despues_de_la_cirugia_bariatrica_un_estudio_cualitativo_en_pacientes_chilenos.
 6. Greenberg, I., Sogg, S., & Perna, M. (2009). Behavioral and psychological care in weight loss surgery: best practice update. *Obesity (Silver Spring)*, 880-884. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19396066>.
 7. Haedt-Matt, A., & Keel, P. (2011). Revisiting the Affect Regulation Model of Binge Eating: A Meta-Analysis of Studies using Ecological Momentary Assessment. *Psychol Bull*, 137(4), 660-681. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3100657/>.
 8. Joffre, V., García, M., Saldívar, A., & Martínez, G. (2009). Revisión sistemática de la asociación entre sobrepeso, obesidad y enfermedad mental, con énfasis en el trastorno esquizofrénico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 705-716. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615450011.pdf>.
 9. Kessler, R., Berglund, P., Demier, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(3), 593-602. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939837>.
 10. Luppino, F., de Witt, L., Boury, P., Stinen, T., Cuijpers, P., Penninx, B., & Zitman, F. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*, 67(3), 220-229. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20194822>.
 11. Magdaleno, R., Chaim, E., & Turato, E. (2008). Understanding the Life Experiences of Brazilian Women after Bariatric Surgery: a Qualitative Study. *Obesity Surgery*, 20(8), 1086-1089. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18830785>.
 12. Mitchell, J., Christian, N., Flum, D., Pomp, A., Pories, W., Wolfe, B., . . .