

NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.

Ángela María Albán Campo¹
Fabio Ernesto Arcos Muñoz¹
Freddy Andrés Barrios Arroyave¹
José William Martínez²
Óscar Muñoz Pérez³
Julián Andrés Salazar Méndez¹

1. Estudiante de VIII semestre del programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.
2. Médico. Doctor en Epidemiología. Profesor titular del programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.
3. Médico. Especialista en Cirugía general. Profesor del programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.

Resumen

Introducción: Cerca del 40% de la población colombiana tiene sobrepeso y 5% sufre de obesidad mórbida. Quienes padecen de obesidad mórbida, tienen mayor riesgo de experimentar síntomas de ansiedad y depresión. La cirugía bariátrica es una opción de tratamiento para individuos con obesidad extrema, o con un grado menor de obesidad. **Objetivo:** Evaluar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. **Método:** Se utiliza la escala autoaplicada para la medida de depresión de Zung y Conde y el inventario de ansiedad estado-rasgo a pacientes programados para cirugía bariátrica en Pereira, Risaralda, durante los meses Marzo-Mayo. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de trece pacientes. Se identificaron los componentes de las pruebas y se encontró que 46,15% de los pacientes tenían algún grado de depresión y ansiedad. **Conclusiones:** Es importante que la evaluación prequirúrgica no sólo se enfoque en aspectos físicos, sino también que evalúe la salud mental.

Palabras Claves: ansiedad, depresión, cirugía bariátrica.

Abstract

Background: Near 40% of the Colombian population suffer overweight and the 5% of them suffer morbid overweigh. Those who suffer morbid overweight are closer to show feelings of anxiety and depression. Bariatric surgery could be a treatment for those who suffer extreme obesity or even an under grade of it. **Objective:** To evaluate the anxiety and depression

levels in patients who are suitable for bariatric surgery. **Method:** We use the auto-applied scale for depression measure of Zung & Conde and State-Trait Anxiety Inventory (STAI), in patients programmed for bariatric surgery in Pereira, Risaralda during March to May. **Results:** We gain a sample of 13 patients and identified the components of the proofs. We found that 46,15% of patients got some grade of depression and anxiety. **Conclusions:** Pre-surgical evaluation must not only focus in physical aspects, it is important to evaluate mental health in patients suitable for bariatric surgery.

Key words: anxiety, depression, bariatric surgery.

Introducción.

En la actualidad Colombia ocupa el tercer lugar en América Latina en materia de obesidad. Se calcula que cerca de un 40% de la población de nuestro país tiene sobrepeso y el 5% sufre de obesidad mórbida. (1)

La cirugía bariátrica se ha convertido cada vez más en una opción de tratamiento popular para individuos con obesidad extrema, o para aquellos con un grado menor de obesidad, acompañada de comorbilidad importante. La pérdida continua de peso postoperatorio y la mejoría de problemas de salud relacionados con la obesidad, hace a la cirugía bariátrica, el tratamiento más efectivo para esta población (2) Sin embargo, la cirugía no muestra los mismos resultados en todos los pacientes, esto debido a un número de factores psicosociales y no quirúrgicos que pueden influenciar en la capacidad de los pacientes para adaptarse a las condiciones postoperatorias. (3)

La pérdida drástica de peso y la disminución de riesgos médicos que los pacientes típicamente experimentan al postoperatorio, está acompañado de cambios psicosociales, los cuales aparentan ser igualmente notables. (4)

Quienes padecen de obesidad mórbida, tienen un riesgo incrementado de experimentar síntomas de ansiedad y depresión. (5)

Interesantemente, algunos estudios han demostrado que la cirugía para la obesidad podría conducir a un significativo alivio de tales síntomas, así como producir mejorías que pueden decaer con el tiempo. (6)

Sin embargo, un hallazgo desconcertante muestra que el grado de pérdida de peso que después de la cirugía bariátrica se experimenta, puede predecir cambios en los síntomas de ansiedad y depresión, a pesar de esto la magnitud de tal efecto en

la atenuación de dichos síntomas, ha sido poco significativa. (7)

Aunque los síntomas de ansiedad son a menudo disminuidos después de la cirugía, los pacientes podrían enfrentar retos relacionados con la autoimagen, relaciones sociales, y adquisición de destrezas. (8) Acerca de cómo los pacientes afronten esta situación, se podrían generar diferencias en los resultados de disminución o no de los síntomas, particularmente hablando de la ansiedad. También se ha reportado que algunos pacientes pueden vivir atemorizados ante la posibilidad de volver a ganar peso. (9)

La significancia clínica de los trastornos psiquiátricos entre los candidatos para cirugía de pérdida de peso no está completamente estudiada. Aunque la evidencia anteriormente expuesta sugiere una alta tasa de discapacidad psicosocial, existe una carencia en el conocimiento acerca de los predictores de síntomas de ansiedad y depresión después de la cirugía. Aquella información, podría arrojar una luz hacia cómo la cirugía bariátrica ejerce sus influencias sobre la salud mental.

En base en lo anterior se hace evidente la necesidad de determinar cuál es la frecuencia

de depresión y ansiedad en los pacientes que se van a someter a una cirugía bariátrica. Esto motiva la realización de esta investigación en nuestro medio.

Materiales y métodos.

Tipo de estudio. Serie de casos descriptivo, cuya finalidad es evaluar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Se realizó una consulta bibliográfica narrativa para la revisión teórica del tema en fuentes primarias: artículos científicos originales publicados en revistas indexadas en diferentes bases de datos como Cochrane, Lilacs, Mesh y Pubmed.

Población. Pacientes programados para cirugía bariátrica que son operados en una institución prestadora de servicio de salud (IPS) de Pereira, departamento de Risaralda, Colombia.

Muestra. Es una muestra por conveniencia la cual está conformada por los pacientes programados para cirugía bariátrica durante los meses de marzo, abril y mayo de 2011 en una IPS de la Ciudad. La participación de los pacientes fue de manera voluntaria; estos asistieron a una consulta preoperatoria espontánea con un cirujano general y fueron seleccionados y programados para

cirugía bariátrica. Las indicaciones de la cirugía y la técnica quirúrgica para cada paciente se especificaron según los criterios clínico-quirúrgicos del cirujano.

Instrumentos. Se utiliza una báscula electrónica y una encuesta previamente elaborada en donde se recogen las variables demográficas y antropométricas (peso y talla). Se evalúan variables psiquiátricas en cuanto a síntomas de ansiedad y depresión, las cuales se cuantifican y objetivan mediante la escala autoaplicada para la medida de la depresión de Zung y Conde (10), previamente validada por expertos, la cual consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores: factor depresivo, factor biológico, psicológico y psicosocial. Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas; la puntuación total se la transforma en un índice porcentual donde se definen puntos de corte:

- <50%: no depresión.
- 50-59%: depresión leve.
- 60-69%: depresión moderada.
- ≥70%: depresión grave.

Igualmente se utiliza el inventario de ansiedad estado-rasgo (State-

Trait Anxiety Inventory, STAI), previamente validado por expertos; el cual evalúa dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). De los dos anteriores solo se aplica el de ansiedad-rasgo dado a que su marco de referencia temporal permite evaluar la ansiedad general en la mayoría de las ocasiones y no solamente en momentos determinados. Éste instrumento consta de 20 ítems y la puntuación total oscila entre 0 y 60 puntos. No existen puntos de cortes propuestos para su interpretación, sino que las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y la edad. (11)

Criterios de inclusión: a) tener un diagnóstico de obesidad y estar programado para cirugía bariátrica en los meses marzo, abril y mayo de 2011. b) Haber accedido a la investigación y leído, analizado y firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: pacientes que no firmen el consentimiento informado negando su autorización para la investigación.

A cada paciente se le aplican los instrumentos en la consulta

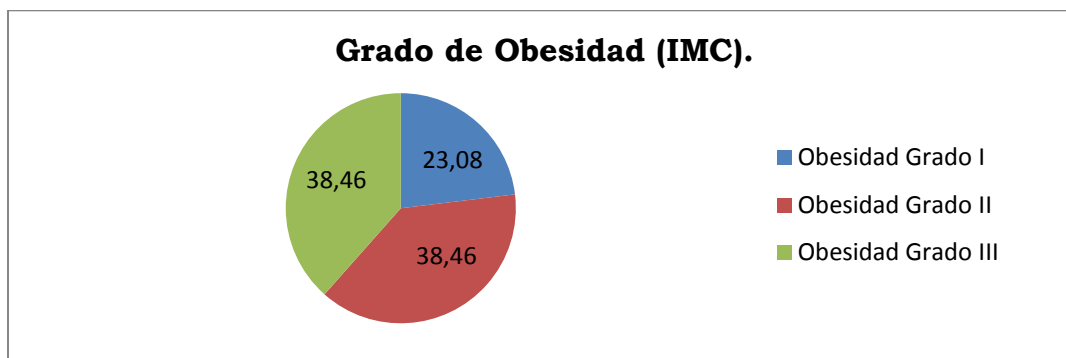
prequirúrgica. Posterior a la recolección de la información, se elabora una base de datos de los pacientes en el programa Microsoft Excel® donde se incluye las siguientes variables de estudio: identificación (con sus respectivos teléfonos y números de contacto), edad, sexo, fecha de cirugía, tipo de cirugía, talla, peso, índice de masa corporal (IMC) y los test de Zung y STAI. Se clasifican los pacientes según el IMC propuesto por la organización mundial de la salud (OMS) para el diagnóstico y clasificación de la obesidad.

La información se introduce en el software estadístico SPSS versión 18, con el cual se analizan los datos y se obtienen las gráficas correspondientes. Con estos resultados se da paso a la fase de interpretación, además se realiza un análisis de regresión lineal

simple con ayuda de dicho software. Se tabula y se realizan gráficas de acuerdo a los resultados relevantes, los cuales son analizados en la sección respectiva del artículo y en la discusión del mismo.

Resultados

Se obtuvo una muestra de trece pacientes. La distribución según sexo fue la siguiente: once mujeres (85%) y dos hombres (15%). La edad de los participantes oscilaba entre 25 y 63 años con un promedio de 47.2 años. El IMC promedio fue de 37.72 kg/m². Tres pacientes tenían obesidad grado I, cinco pacientes tenían obesidad grado II y cinco tenían obesidad grado III. (Gráfica 1). Con respecto al tipo de cirugía, nueve pacientes fueron sometidos a bypass gástrico (69.24%) y cuatro a *Sleeve* gástrico (30.73%).

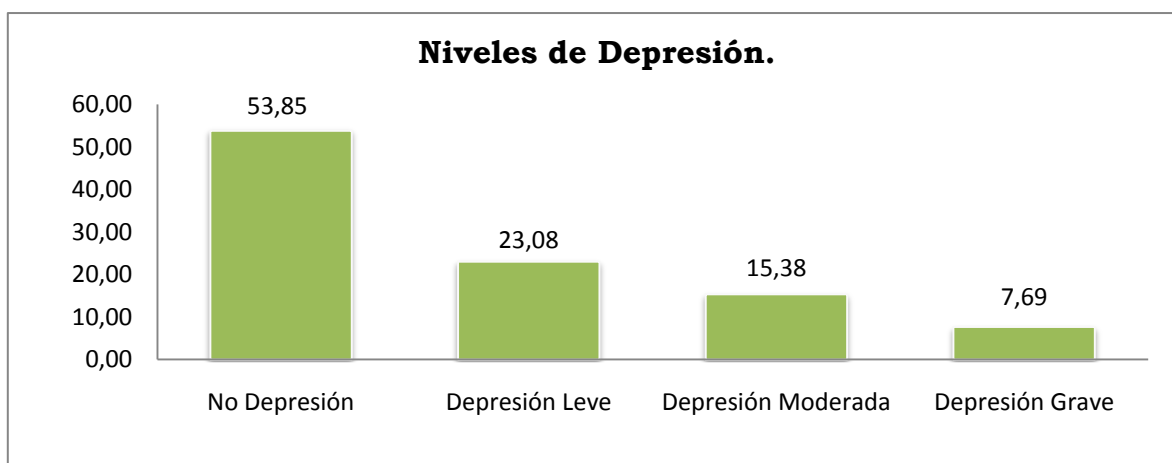


Gráfica 1. Grado de obesidad según el índice de masa corporal (IMC)

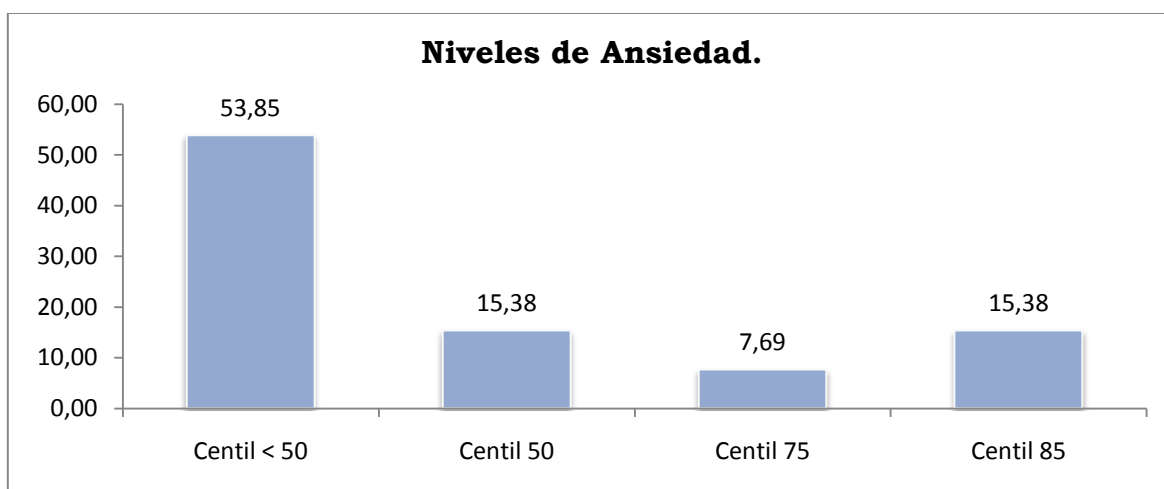
Según el test de depresión de Zung, se encontró lo siguiente: siete pacientes no tenían ningún nivel de depresión, tres tenían un nivel de depresión leve, dos tenían depresión moderada, y sólo un paciente presentaba depresión grave. (Gráfica 2).

El inventario de ansiedad estado-rasgo (State-Trait Anxiety

Inventory, STAI), arrojó como resultado que siete pacientes pertenecen al centil < 50 para rasgo de ansiedad. El resto de la muestra presentó algún grado de ansiedad, distribuidos de la siguiente manera: dos pacientes en el centil 50, un paciente en el centil 75, dos en el centil 85 y solo uno se encontró en el centil 99. (Gráfica 3).



Gráfica 2. Niveles de depresión evaluados mediante el test de Zung.



Grafica 3. Niveles de ansiedad evaluados mediante el test STAI.

El análisis de regresión lineal simple entre el test de Zung y el inventario de ansiedad estado-rasgo STAI, mostró un R cuadrado de 0.797. (Tabla 1).



Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,893 ^a	,797	,779	5,463

a. Variables predictoras: (Constante), Sumatoria de Zung

Tabla 1. Regresión lineal simple: Test Zung – STAI.

Discusión

La principal limitación del estudio es fundamentalmente el hecho de tener una muestra tan reducida. Debido a esto no fue posible realizar un análisis estadístico exhaustivo que pudiera permitir llegar a una conclusión significativa en cuanto a la relación de la ansiedad y la depresión con otras variables de estudio. Además, debido a esto, existe la posibilidad tener sesgos de información en el estudio.

Los instrumentos utilizados para valorar la ansiedad y la depresión están validados por expertos y son de fácil aplicación, lo que permite la reproducción del estudio.

Al analizar los resultados del test de Zung, se noto que casi la mitad, (46.15%) de los pacientes programados para cirugía bariátrica tenían algún grado de

depresión que oscilaba entre leve, moderada y grave. Esto permite inferir la existencia de una relación importante entre la depresión y el estado mórbido prequirúrgico de estos pacientes, sin embargo, no permite atribuir a alguna de las variables ser la causante del estado de ánimo deprimido.

Los centiles propuestos en el test STAI según edad y sexo para la evaluación de la ansiedad como rasgo, permiten interpretar que del centil 50 en adelante la persona evaluada tiene algún grado de ansiedad, el cual se expresa en una relación directa: a mayor centil mayor es el nivel de ansiedad. Con esta pauta se encontró que casi la mitad (46.15%) de los pacientes se ubican en la clasificación por encima del centil 50, es decir, tienen algún grado de ansiedad.

De llegarse a concluir en estudios futuros que la depresión o la ansiedad son factores que pueden influir de manera negativa en el éxito de la cirugía bariátrica, estos se convertirían en elementos importantes que deben ser controlados dentro del manejo integral del paciente obeso sometido a cirugía bariátrica, para garantizar los buenos resultados en el procedimiento.

El análisis de regresión lineal simple entre los resultados de los test de Zung y STAI con un R cuadrado de 0.797 significa que las dos pruebas se asemejan en casi un 80%, es decir, podría plantearse que estos dos instrumentos se comportan como si fuesen una misma variable y comparten información en un 80%. Esto permite interpretar que los pacientes que mostraron rasgos de ansiedad tienen también algún grado de depresión. Esta evidencia hace de vital importancia que la evaluación prequirúrgica no solo se enfoque en los aspectos físicos, sino también que evalúe la salud mental; de tal manera que se pueda identificar de forma temprana cualquier comorbilidad psiquiátrica y así se planee un abordaje para evaluar la evolución en el tiempo de los pacientes intervenidos.

Esta investigación deberá continuarse abarcando una muestra más representativa y llevando una continuidad en el tiempo, con la intención de reevaluar a quienes se les aplicaron los instrumentos iniciales; de manera que se conozcan los cambios en depresión y ansiedad generados en los pacientes posterior a la cirugía. Así, será posible comprender si tener algún nivel de depresión y ansiedad es predictor para el fracaso de la cirugía a largo plazo.

Los resultados de esta y otras investigaciones demuestran que un paciente que se va a someter a cirugía bariátrica presenta algún grado de depresión o ansiedad. Es necesario plantear estudios que permitan inferir si estos síntomas se deben a la cirugía propiamente dicha o si se deben a otros factores como la obesidad o una patología psiquiátrica de base. Además es importante referir estos pacientes a una o varias valoraciones psiquiátricas para tratar los síntomas, aliviar la ansiedad y de esta manera mejorar el resultado de la cirugía.

Por el momento no puede establecerse una correlación entre el grado de obesidad y los niveles de ansiedad y depresión, porque al realizar la regresión lineal simple entre estas variables no

arrojó resultados con significancia estadística. De nuevo, podríamos atribuir este hallazgo a la escasez de la muestra.

A manera de recomendaciones se considera que es importante evaluar los niveles de ansiedad y depresión mediante los mismos instrumentos utilizados previamente en un momento posquirúrgico determinado. Esto con el fin de evaluar realmente el efecto que ejerce la pérdida de peso sobre los niveles de ansiedad, depresión y viceversa. Se propone que los datos de este estudio sirvan como una línea de base para la realización de una investigación de tipo prospectivo que permita aclarar estos interrogantes.

Referencias

(1) Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN). Colombia 2005.

(2) David B. Sarwer, Thomas A. Wadden, and Anthony N. Fabricatore Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res.* 2005 April; 13(4): 639–648. doi: 10.1038/oby.2005.71.

(3) Johann F. Kinzl, Maria Schrattenecker, Christian Traweger, Monika Mattesich, Michaela Fiala, and Wilfried Biebl Psychosocial predictors of weight

loss after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2006 December; 16(12): 1609–1614. doi:10.1381/096089206779319301.

(4) Lindsey E Bocchieri, Marta Meana, and Barry L Fisher A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *J Psychosom Res.* 2002 March; 52(3): 155–16

(5) Natascha Potoczna, Susanne Harfmann, Rudolf Steffen, Ruth Briggs, Norman Bieri, and Fritz F. Horber Bowel habits after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2008 October; 18(10): 1287–1296. Published online 2008 March 8. doi: 10.1007/s11695-008-9456-4.

(6) Gerbrand C. M. van Hout, Petra Boekestein, Frederiek A. M. Fortuin, Aline J. M. Pelle, and Guus L. van Heck Psychosocial functioning following bariatric surgery. *Obes Surg.* 2006 June; 16(6): 787–794. doi: 10.1381/096089206777346808

(7) J. Karlsson, C. Taft, A. Rydén, L. Sjöström, and M. Sullivan Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Int J Obes (Lond)* 2007 August; 31(8): 1248–1261. Published online 2007

March 13. doi:
10.1038/sj.ijo.080357

(8) Mena M, Ricciardi L: Obesity surgery Stories of altered lives. Reno: University of Nevada Press; 2008.

(9) A. R. Carmichael, H. M. Sue-Ling, and D. Johnston Quality of life after the Magenstrasse and Mill procedure for morbid obesity. *Obes Surg.* 2001 December; 11(6): 708–715. doi:
10.1381/09608920160558641.

(10) W. Zung. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70

(11) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for de State-Trait Inventory. Palo Alto: Consulting Pyschological Press, 1970.

Conflicto de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

Agradecimientos.

A la Dra. Ruby Mejía Ramírez. Médica Psiquiatra, miembro de la Asociación Colombiana de Psiquiatría por su asesoría teórica necesaria para la construcción de nuestro trabajo.