

Diferencias de género en pacientes candidatos a cirugía bariátrica: sintomatología ansiosa, depresiva y tipo de atribución que hacen de su enfermedad.

Galán-Luque, Teresa¹; Benítez Hernández, María del Mar¹; Velo Ramírez, María Sheila¹; Borda Mas, Mercedes¹ y Luque Budía, Asunción²

¹ Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

² Hospital Universitario Virgen del Rocío

Teresa Galán-Luque. E-mail: teresagalanluque@gmail.com

Recepción (primera versión): 2-Febrero-2021

Aceptación: 18-Julio-2021

Publicación online: N° Septiembre 2021

Resumen:

Objetivo. Analizar la relación entre las variables psicológicas tipo de atribución, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva en función del género en una muestra de pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica.

Material y Métodos. Estudio observacional, transversal y unicéntrico. Se seleccionaron 259 pacientes candidatos a cirugía bariátrica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. Se utilizaron plantillas para la recogida de datos sociodemográficos y clínicos, así como el instrumento validado Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

Resultados. En su mayoría, los pacientes realizaron atribuciones controlables, aunque las mujeres presentaron una mayor proporción de atribuciones incontrolables. En lo que respecta a la sintomatología ansiosa y depresiva, se encontró que los pacientes no aptos para la cirugía bariátrica presentaron mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. Además, apareció una tendencia a que mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva estuvieran asociados a atribuciones de tipo controlable, lo que resulta controvertido atendiendo a la literatura disponible.

Conclusiones. Este estudio muestra la importancia de continuar investigando acerca de distintas variables psicológicas para ajustar los tratamientos preoperatorios a las características de los pacientes, así como de realizar investigaciones que tengan en cuenta también medidas postoperatorias que permitan encontrar variables predictoras del éxito de las intervenciones.

Palabras clave:

- Ansiedad
- Atribuciones causales
- Cirugía bariátrica
- Diferencias de género
- Depresión

Gender Differences in Patients Candidates for Bariatric Surgery: Anxiety, Depression and Causal Attributions.

Abstract:

Objective. To analyze the relationship between the psychological variables type of attribution, anxiety and depressive symptoms according to gender in a sample of patients with morbid obesity who are candidates for bariatric surgery.

Material and methods. Observational, cross-sectional and single-center study. 259 patients who were candidates for bariatric surgery were selected from the Virgen del Rocío University Hospital, Seville. Templates were used to collect sociodemographic and clinical data, as well as the validated Hospital Anxiety and Depression Scale instrument.

Results. Most of the patients had controllable attributions, although women had a higher proportion of uncontrollable attributions. Regarding anxiety and depressive symptoms, it was found that patients ineligible for bariatric surgery presented higher levels of anxiety and depression. In addition, there was a tendency for higher levels of anxiety and depressive symptoms to be associated with controllable attributions, which is controversial based on the available literature.

Keywords:

- Anxiety
- Causal attributions
- Bariatric surgery
- Gender differences
- Depression



Conclusions. This study shows the importance of continuing to investigate different psychological variables to adjust preoperative treatments to the characteristics of the patients, as well as to do research that would also take into account postoperative measures that allow finding predictive variables of the success of the interventions.

Introducción

Las personas con obesidad son estereotípicamente caracterizadas como “perezosas, descuidadas, con poca voluntad, poco atractivas física y sexualmente, y glotonas” (1). Este sesgo promueve que se culpabilice a la persona de su obesidad y la creencia de que el fracaso en la pérdida de peso se debe a su falta de voluntad. Sin embargo, la etiología de esta enfermedad debe entenderse en base a un modelo biopsicosocial que tenga en cuenta factores biológicos, socioculturales, y psicológicos. La obesidad está asociada con “un gran número de enfermedades y anormalidades metabólicas que presentan una alta morbilidad y mortalidad” (2). En el caso de la obesidad mórbida ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$), uno de los tratamientos más eficaces y cada vez más frecuentes es la cirugía bariátrica (3). Todos los criterios que se utilizan a la hora de decidir si un paciente puede ser sometido a este tratamiento tienen que ver con el hecho de que el éxito de este tipo de intervenciones no sólo depende de la cirugía per se, sino de que es necesario que el paciente siga las pautas que los profesionales le indiquen con posterioridad a la cirugía (4,5). Esto se define como adherencia al tratamiento y está íntimamente relacionado con el estado psicológico del paciente (4,5). Por ello, es de gran interés conocer en profundidad el perfil psicológico de los candidatos, para diseñar intervenciones que mejoren la adherencia al tratamiento bariátrico.

Existe evidencia de que los pacientes que se someten a algún tipo de tratamiento de reducción de peso desarrollan en mayor medida atribuciones controlables (6). En un estudio que se realizó en Gran Bretaña con 72 pacientes obesos se encontró que estos realizaban atribuciones complejas de su enfermedad (7). Causas como la poca actividad física y la alimentación excesiva (controlables) se percibieron como las principales razones de mantener un peso elevado, mientras que ciertos eventos traumáticos, el tipo de personalidad o tener problemas familiares se percibieron también como causas secundarias de la obesidad, que constituyen causas incontrolables (7). En otro trabajo que se llevó a cabo en la Universidad de Filadelfia (8) se estudiaron las diferencias que existían en las atribuciones que los pacientes hacían acerca de su obesidad en función de si estaban buscando tratamiento conductual/farmacológico o cirugía bariátrica. Se esperaba que, ya que los pacientes que buscaban cirugía bariátrica probablemente no habían respondido adecuadamente a tratamientos previos conductuales o farmacológicos, presentarían una mayor proporción de atribuciones incontrolables, tales como la biología o el medio ambiente. Efectivamente, los pacientes candidatos a cirugía bariátrica obtuvieron mayores puntuaciones en estas atribuciones. Sin embargo, frente a lo que se esperaba, también mantuvieron puntuaciones altas en atribuciones conductuales (y, por tanto, controlables), lo que indica que estos pacientes consideraron la alimentación y el ejercicio físico como elementos fundamentales en el manejo de la obesidad. En un estudio

llevado a cabo en población española (9), un 89.30% de los pacientes mantenían atribuciones controlables, mientras que el resto mantenían atribuciones mixtas (tanto controlables como incontrolables).

En cuanto a las diferencias de género, una investigación encontró que las mujeres atribuyeron como causas de su obesidad al embarazo y la menopausia, mientras que los hombres subrayaron más los hábitos alimenticios, las costumbres culturales, y la genética (10). Además, se encontró que las mujeres manifestaron en mayor medida “cómo los problemas cotidianos podrían contribuir a una ingesta mayor de alimentos” (p. 1095), mientras que los hombres no relacionaron estos hechos con un mayor consumo de alimentos.

En relación con la psicopatología en pacientes candidatos a cirugía bariátrica, es ampliamente conocido que su prevalencia es alta en esta población y que la calidad de vida de los pacientes está claramente afectada (11). En una revisión llevada a cabo en 2016, se encontró que era común encontrar patologías mentales en pacientes bariátricos, y que las más comunes eran la depresión (19%) y la ansiedad (12%) (12). Otros estudios muestran una mayor sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes no aptos para la cirugía bariátrica (13): “los pacientes con obesidad mórbida no aptos se encuentran en una situación compleja, ya que son personas con obesidad mórbida y, además, no pueden solucionarlo a través de la cirugía”.

Desde una perspectiva de género, la literatura indica que un humor depresivo puede ser un desencadenante para padecer un trastorno de depresión mayor, y esto ocurre en mayor medida en las mujeres jóvenes obesas que en los hombres (14). Una investigación llevada a cabo en Inglaterra con 253 pacientes con obesidad (15), que utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), encontró que un 56% de los pacientes presentaba sintomatología ansiosa y un 48% depresiva. Este estudio reportó diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ansiedad, habiendo una mayor prevalencia de mujeres que la padecían. Sin embargo, no se encontraron diferencias en depresión.

Por último, cabe revisar las relaciones entre los estilos atribucionales y la sintomatología depresiva y ansiosa. Las personas que perciben un escaso control sobre aquello que les ocurre normalmente experimentan mayores niveles de distrés, pudiendo este considerarse un factor de riesgo, desencadenante y mantenedor del padecimiento de ansiedad y depresión (16). La investigación muestra que incrementar el control percibido reduce los niveles de ansiedad y depresión (17). En muestra bariátrica, Peterhänsel et al. (18) encontraron que aquellos pacientes que percibían los eventos como incontrolables presentaron puntuaciones más altas en depresión y más bajas en calidad de vida. Existe escasa literatura en población bariátrica (menos con muestra española) que tenga en cuenta variables tales como el tipo de atribución, y su relación con la psicopatología teniendo en cuenta

además una perspectiva de género. Por ello, la presente investigación tiene por objetivos estudiar las diferencias entre pacientes aptos y no aptos para ser sometidos a cirugía bariátrica en el tipo de atribuciones que hacen de su enfermedad (controlables/incontrolables), en sintomatología ansiosa, y en sintomatología depresiva, atendiendo a las diferencias entre hombres y mujeres.

Se hipotetiza que pacientes aptos y no aptos para cirugía bariátrica presentarán atribuciones similares, ya que ambos grupos se han sometido a tratamientos previos parecidos antes de ser candidatos a cirugía bariátrica. Además, se estima que habrá una mayor proporción de atribuciones incontrolables en mujeres y en pacientes con niveles más elevados de sintomatología ansiosa y depresiva; y que la sintomatología ansiosa y depresiva será mayor en el grupo de pacientes no aptos y en las mujeres.

Material y Métodos

La muestra estuvo compuesta por 259 pacientes con obesidad mórbida. Para acceder a estos pacientes, se hizo uso de un acuerdo previo entre el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento de la Universidad de Sevilla con el Programa de Enlace Interconsulta del Hospital Universitario Virgen del Rocío. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Centro de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena – Virgen del Rocío de Sevilla. Todos los pacientes que solicitaron ser sometidos a cirugía bariátrica y dieron su consentimiento fueron incluidos en el estudio, tanto los pacientes que posteriormente fueron elegidos para la cirugía bariátrica (grupo apto) como los que no (grupo no apto). La muestra se dividió en dos grupos clínicos: un grupo de pacientes aptos para la cirugía bariátrica, y un grupo de pacientes no aptos para ésta. El primer grupo contó con un total de 178 pacientes (68.73%) y, el segundo, con 81 (31.27%). Todos ellos tenían un Índice de Masa Corporal superior a 40 kg/m².

Con el fin de reunir los datos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos en el presente estudio, se hizo uso de los siguientes instrumentos: Hoja de Información al Participante en un Estudio de Investigación Clínica sobre la Obesidad Mórbida y Cirugía Bariátrica; Consentimiento Informado del Participante en un Estudio de Investigación Clínica sobre la Obesidad Mórbida y Cirugía Bariátrica; Historias Clínicas, a través de las cuales se obtuvieron datos sociodemográficos, orientación diagnóstica (apto o no apto), así como la variable atribución de la enfermedad; Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (19), a través de la cual se obtuvieron las medidas de sintomatología ansiosa y depresiva. Según el Artículo 7 de la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica, que establece el carácter confidencial de los datos referentes a la salud del paciente, fueron los psicólogos clínicos y psiquiatras del Programa de Enlace Interconsulta los que accedieron a los datos de las historias clínicas y supervisaron la cumplimentación de los instrumentos proporcionados por el personal investigador.

Este estudio tuvo un diseño ex post facto prospectivo simple de tipo transversal. Para esta investigación se hizo uso de las siguientes variables: como independientes (VI), el sexo, la orientación diagnóstica, y el tipo de atribución

de la enfermedad; y, como dependientes (VD), el tipo de atribución, la sintomatología ansiosa, y la sintomatología depresiva.

La orientación diagnóstica funcionó como variable independiente (VI). Es una variable categórica dicotómica cuyos valores son: "apto" y "no apto". El sexo se utilizó como variable independiente (VI). Es una variable categórica dicotómica cuyos valores son dos: "hombres" y "mujeres". El tipo de atribución sirvió tanto de variable independiente como de variable dependiente (VD). En ambos casos es una variable categórica cuyos valores son: "incontrolable", "controlable", "mixta", "sin causa atribuida". Esta variable se evaluó de la siguiente manera: en primer lugar, se tomaron las respuestas del ítem abierto "Atribución que hace de su enfermedad"; a continuación, las respuestas se agruparon en las cuatro categorías anteriores. Se agruparon en función del control que la persona puede tener sobre esa causa. Respuestas como "ejercicio" o "alimentación" (por ejemplo), se recodificaron como "controlable"; mientras que respuestas como "genética" o "embarazos", se recodificaron como "incontrolable", respuestas combinadas, se recodificaron como "mixta". Hubo personas que no atribuyeron ninguna causa a su enfermedad. Estas últimas respuestas fueron recodificadas como "sin causa atribuida".

La sintomatología ansiosa y depresiva funcionaron como variables independientes. Se utilizaron en algunos casos como variables cuantitativas y en otros como cualitativas. En el segundo caso se clasificaron los valores con los siguientes puntos de corte: ≤ 7 = normal (ausencia de sintomatología ansiosa/depresiva); $8 - 10$ = probable (al límite de presentar sintomatología); ≥ 10 = alta (la persona muestra definitivamente sintomatología).

Se estudiaron los supuestos de normalidad para las variables sintomatología ansiosa y depresiva en el conjunto de la muestra y en los distintos niveles de agrupación. Se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov en aquellos casos en los que el nivel de agrupación contó con más de 50 sujetos, y la de Shapiro-Wilk cuando el grupo tuvo menos de 50. A continuación, se calculó la correlación entre las variables sintomatología ansiosa y depresiva, a través del coeficiente de correlación de Spearman (Rho), ya que ninguna de ellas siguió una distribución normal. Por último, se llevaron a cabo análisis bivariados que incluyeron pruebas de Chi cuadrado, U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis. Se utilizaron pruebas no paramétricas para estudiar la relación entre orientación diagnóstica, sexo, y tipo de atribución, con la sintomatología ansiosa y depresiva, ya que ninguna de ambas variables cumplió con el supuesto de normalidad en los distintos niveles de agrupación. Para todas las pruebas se tomó como nivel de significación $p < .05$. Se calculó la medida del tamaño del efecto en todas las pruebas. Para la correlación, el tamaño del efecto es el propio valor del estadístico, y los rangos son los siguientes: $0-.1$ = efecto despreciable; $.1-.3$ = efecto pequeño; $.3-.5$ = efecto medio; y, a partir de $.5$, efecto grande. Para la prueba de Chi cuadrado, se utilizó la V de Crammer con los siguientes puntos de corte: $0-0.09$ = efecto despreciable; $0.10-0.29$ = efecto pequeño; $0.30-0.49$ = efecto medio; y, a partir de 0.50 = un efecto grande. Esta cuadrado se utilizó para medir los tamaños del efecto en las pruebas U de Mann-Whitney y H de Kruskal Wallis, siendo los puntos de corte: menor a $.01$ = efecto despreciable; $.01-.04$ = efecto pequeño; $.06-$

.11 = efecto medio; y, a partir de .14 = efecto grande. Para calcular la medida del tamaño del efecto en las comparaciones que se realizaron dos a dos tras la prueba H de Kruskal Wallis, se utilizó la d de Cohen, con los siguientes puntos de corte: menor o igual a 0.19 = efecto despreciable; 0.20–0.49 = efecto pequeño; 0.50–0.79 = efecto medio; y, a partir de 0.80 = efecto grande. Se hizo uso del programa IBM SPSS Statistics versión 19 para analizar estadísticamente los datos.

Resultados

Los datos sociodemográficos de la muestra, dividida en los dos grupos clínicos, se muestran en la Tabla 1. De los 259 sujetos que compusieron la muestra inicial, algunos no respondieron al ítem “tipo de atribución”, ni rellenaron la escala HADS. Es por esto por lo que en las variables tipo de atribución, sintomatología ansiosa, y sintomatología depresiva se contó con 49, 91 y 90 valores perdidos, respectivamente.

Las variables sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva presentaron una alta correlación entre ellas ($r_s = .70$, $p < .001$). Como se observa en la Figura 1, hay una relación monótona creciente con un tamaño del efecto grande, es decir, a medida que aumentó el valor de la sintomatología ansiosa aumentó el valor de sintomatología depresiva. A continuación, se estudió cómo variaba el tipo de atribución en función de la variable orientación diagnóstica y en función de la variable sexo. Tal como se muestra en la Tabla 2, el valor de la prueba de significación indicó que tanto pacientes aptos como no aptos realizaron atribuciones similares, aunque se encontró un tamaño del efecto pequeño. Más de la mitad de los sujetos de ambos grupos realizaron atribuciones de tipo controlable. Por otro lado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de atribuciones que los hombres y las mujeres realizaron, con un tamaño del efecto pequeño. Los resultados mostraron una mayor proporción de mujeres en la categoría de atribuciones incontrolables ($Sr_{ij} > 1.96$), y una mayor proporción de hombres en la categoría de atribuciones controlables ($Sr_{ij} > 1.96$). Asimismo, se quiso estudiar cómo afectaban a la sintomatología ansiosa y depresiva las variables sexo, orientación diagnóstica y tipo de atribución.

En la Tabla 3 se puede observar cómo ninguna de las tres variables independientes se relacionó de manera estadísticamente significativa con la variable sintomatología ansiosa, y solamente en el caso de la variable orientación diagnóstica el tamaño del efecto fue pequeño; en los demás casos, despreciable. En cambio, sí se muestra una relación estadísticamente significativa entre la orientación diagnóstica y la sintomatología depresiva, con un tamaño del efecto pequeño. En el grupo de pacientes aptos hay una mayor proporción de pacientes en la categoría normal ($Sr_{ij} > 1.96$) (indicativo de ausencia de depresión), mientras que en el de pacientes no aptos existe una mayor proporción de personas en la categoría de alta sintomatología depresiva ($Sr_{ij} > 1.96$).

En lo que respecta a las variables sexo y tipo de atribución y su relación con la sintomatología depresiva, se encontró que no existían diferencias estadísticamente significativas, aunque las medidas del tamaño del efecto en los dos casos fueron pequeñas. Por último, se realizó este mismo análisis con las variables cuantitativas sintomatología ansiosa y

sintomatología depresiva, en función de las variables sexo, orientación diagnóstica y tipo de atribución. Los resultados de este análisis se presentan en la Tabla 4. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la orientación diagnóstica y la sintomatología ansiosa y depresiva, acompañada de un tamaño del efecto pequeño en el primer caso, y un tamaño mediano en el segundo. El grupo de pacientes no aptos presentó niveles más altos de sintomatología ansiosa y depresiva que el grupo de pacientes aptos para la cirugía bariátrica.

Por el contrario, no se encontraron valores significativos en las pruebas estadísticas que medían la relación entre las variables sexo y tipo de atribución, y las variables sintomatología ansiosa y depresiva, aunque las relaciones entre el tipo de atribución con la sintomatología ansiosa y depresiva sí que presentaron un tamaño del efecto pequeño.

Ya que las medidas del tamaño del efecto fueron pequeñas cuando se estudió la relación entre la variable tipo de atribución y la sintomatología ansiosa y depresiva, se procedió a calcular las medidas del tamaño del efecto para cada par de niveles de tipo de atribución en sintomatología ansiosa y depresiva (estas medidas del tamaño del efecto se muestran en la Tabla 4).

En la variable sintomatología ansiosa, se encontraron tamaños del efecto pequeños cuando se comparó entre los grupos incontrolable-controlable, controlable-mixta; y entre los todos los grupos y el grupo sin causa atribuida. Se encontró (de mayor a menor) nivel de ansiedad en los grupos controlable; incontrolable y mixta, con el mismo nivel; y sin causa atribuida (para ver los estadísticos descriptivos véase la Tabla 4).

En la variable sintomatología depresiva, se hallaron tamaños del efecto pequeños en las comparaciones entre los grupos incontrolable-controlable, incontrolable-sin causa atribuida, y controlable-mixta; medianos, entre las categorías incontrolable-mixta y controlable-sin causa atribuida; y grandes, entre los grupos mixta-sin causa atribuida.

En definitiva, ninguna comparación presentó medidas del tamaño del efecto despreciables, encontrando (de mayor a menor) nivel de depresión en los grupos mixta, controlable, incontrolable y sin causa atribuida (para ver los estadísticos descriptivos véase la Tabla 4).

		Apto		No apto		Total	
		21-65 años		20-60 años		20-65 años	
		130.38 kg		130.86 kg		130.53 kg	
		f	%	f	%	f	%
Sexo	Hombre	56	31.46%	22	27.16%	78	30.12%
	Mujer	122	68.54%	59	72.84%	181	69.88%
Nivel de estudios	Primarios	72	45.86%	42	55.26%	114	48.93%
	Medios	53	33.76%	22	28.95%	75	32.19%
	Superiores	27	17.20%	11	14.47%	38	16.31%
	Sin estudios	5	3.18%	1	1.32%	6	2.58%
Estado civil	Solteros	39	22.03%	17	20.99%	56	21.71%
	Casados	91	51.41%	41	50.62%	132	51.16%
	Viudos	9	5.08%	0	.00%	9	3.49%
	Divorciados	9	5.08%	9	11.11%	18	6.98%
	Separados	7	3.95%	3	3.70%	10	3.88%
	Relación de pareja	22	12.43%	11	13.58%	33	12.79%

Nota: Los porcentajes están calculados a partir de la N de la columna (por ejemplo: dentro del grupo de pacientes aptos, un 31.46% son hombres y un 68.54% son mujeres)

Tabla 1. Datos Descriptivos de la Muestra. Los datos están presentados como medias e intervalos para las variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes (%) para las variables cualitativas.

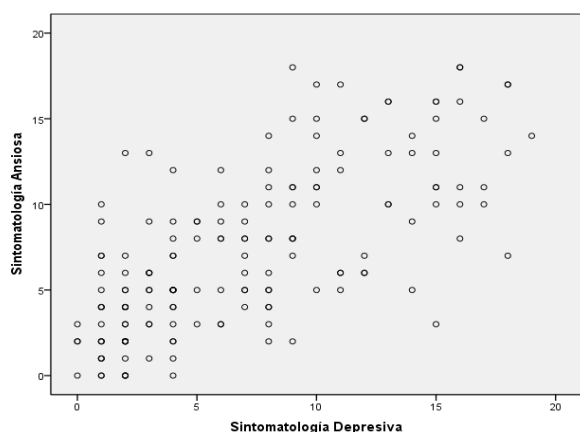


Figura 1. Diagrama de Dispersión de las Variables Sintomatología Ansiosa y Sintomatología Depresiva.

(Tabla 2 – Ver anexo).

(Tabla 3 – Ver anexo).

(Tabla 4 – Ver anexo).

Discusión

El presente trabajo se centró en estudiar las variables psicológicas atribución causal, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva, y la relación entre ellas en pacientes candidatos a cirugía bariátrica, teniendo en cuenta una perspectiva de género.

En primer lugar, se estudiaron las diferencias en el tipo de atribución que los pacientes realizaron en función de su orientación diagnóstica, es decir, de si eran aptos para la cirugía bariátrica o no. Como se predijo, los pacientes de ambos grupos realizaron atribuciones similares y en su mayor medida controlables, lo que se explica teniendo en cuenta que todos los pacientes (tanto aptos como no aptos)

candidatos a cirugía bariátrica se habían sometido previamente a tratamientos conductuales, nutricionales o dirigidos a instaurar pautas de ejercicio físico. Como sostiene Mills (6), cuando las personas obesas se someten a algún tipo de tratamiento de reducción de peso, desarrollan en mayor medida un locus de control interno, que en el presente trabajo asociamos a atribuciones de tipo controlables. Estos resultados son congruentes con los que indica la literatura (6,8 y 9), aunque deben tomarse con precaución, ya que encontramos una medida del tamaño del efecto pequeño.

En cuanto a las diferencias de género en el tipo de atribución, se encontró un patrón de atribuciones en las mujeres distinto al de los hombres, en línea con la literatura (10). Las mujeres realizaron atribuciones de tipo incontrolable en mayor medida que los hombres, y esto puede ir en consonancia con el hecho de que en ellas se encuentran atribuciones incontrolables que en los hombres no encontramos, tales como el embarazo. En el estudio de Barragán et al. (10) las mujeres subrayaron el hecho de que los problemas cotidianos (atribuciones incontrolables) contribuían a una mayor ingesta de alimentos, lo que podría explicar también este patrón diferenciado de atribuciones.

En relación con la sintomatología ansiosa y depresiva, el cuestionario HADS mostró que más de la mitad de la muestra se encontraba en la categoría normal, alrededor de un 20% sintomatología probable, y alrededor de un 25% alta, estos resultados son similares para ambas patologías. Si tenemos en cuenta los resultados encontrados a través del cuestionario HADS en diversos estudios con pacientes bariátricos (20 y 21), encontramos que nuestra muestra presenta niveles ligeramente mayores de depresión y de ansiedad.

Las variables sintomatología ansiosa y depresiva presentaron una alta correlación entre ellas, con valores similares a los encontrados en otros estudios con pacientes bariátricos medidos con a través del cuestionario HADS (22). Mayores niveles de ansiedad se relacionaron con mayores niveles de depresión.

Encontramos que la orientación diagnóstica de los participantes sí que afectó a los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa, lo que es congruente con la literatura (13). Todos los pacientes de la muestra pasaron por tratamientos previos para reducir su peso, y su última opción consistía en la cirugía bariátrica. Ya que los pacientes no aptos no encontraron una solución a su problemática en la cirugía, puede entenderse que presentaran mayores niveles de estrés, debido a todas las consecuencias psicológicas, sociales y de salud física que acarrea que no puedan poner fin a su problema. Además de todo esto, se debe tener en cuenta que en los criterios que se siguen para decidir si un paciente es apto o no apto, se encuentran otros factores tales como presentar otros trastornos psicopatológicos severos o consumo de sustancias, los que pueden influir también en que estos pacientes presenten mayores niveles de ansiedad y depresión.

No encontramos diferencias en los niveles de ansiedad y depresión en función del sexo, aunque en el caso de la sintomatología depresiva, sí se encontró un tamaño del efecto pequeño, por tanto, estos resultados deben tomarse con reserva. Aunque diversos estudios muestran que en

principio existe una mayor probabilidad de que las mujeres obesas sufran de un humor depresivo que los hombres (14), otro estudio que utilizó el cuestionario HADS en pacientes obesos que buscaban tratamiento, no encontró diferencias en la subescala ansiedad, aunque sí las encontró en la escala de depresión (15). Los resultados de nuestro estudio no mostraron diferencias entre ambos sexos ni para la sintomatología ansiosa ni para la depresiva, aunque si tenemos en cuenta el tamaño del efecto pequeño encontrado en relación con la sintomatología depresiva, este resultado podría apuntar a diferencias en depresión, pero no en ansiedad, al contrario que ocurrió con la muestra de pacientes del estudio de Tuthill et al. (15).

En lo que respecta a las diferencias en la sintomatología ansiosa y depresiva en función del tipo de atribución, aunque el valor de los estadísticos indicó que no había diferencias significativas, el tamaño del efecto fue pequeño, por lo que sí podemos decir que existe cierta tendencia a que los niveles de ansiedad y depresión varíen en función del tipo de atribución que los pacientes realizan. De cualquier modo, todos estos resultados deben tomarse con cautela.

En el caso de las comparaciones en sintomatología ansiosa encontramos tamaños del efecto pequeños en todas las comparaciones dos a dos, menos en el caso de la comparación incontrolable-mixta. De mayor a menor nivel de ansiedad encontramos el grupo de atribuciones controlables, seguido por los grupos de atribuciones incontrolables y mixtas, y, por último, sin causa atribuida. En el caso de la sintomatología depresiva, encontramos medidas del tamaño del efecto de pequeñas a grandes en todas las comparaciones, ordenando de mayor nivel de depresión a menor, los grupos de atribuciones mixtas, controlables, incontrolables y sin causa atribuida.

En general, la literatura indica que cuando las personas perciben que aquello que les ocurre está fuera de su control, experimentan mayores niveles de depresión y de ansiedad (16 y 17). Esto contradice los resultados del presente estudio, ya que se encontraron niveles de depresión y de ansiedad mayores en el grupo controlable que en el grupo incontrolable. De todas formas, debe tenerse en cuenta que toda la muestra hubo pasado por diversos tratamientos previamente para tratar de reducir su peso, y, como se ha indicado anteriormente, el haberse visto sometidos a éstos hace que los pacientes hayan desarrollado complejas atribuciones de su enfermedad y que mantengan altas atribuciones conductuales y por tanto controlables, tales como el ejercicio físico o la dieta.

No obstante, en un estudio llevado a cabo con pacientes obesos, se encontró que un mayor índice de masa corporal se relacionaba con una mayor controlabilidad, resultados que en principio podrían parecer contradictorios con la literatura existente que indica que una mayor controlabilidad es un elemento positivo de cara a la adherencia al tratamiento de pérdida de peso (23). Lugli lo explica de la siguiente manera (23): “[...] una alta internalidad (o controlabilidad) ejerce un efecto desmotivador en la persona obesa, ya que tiene plena conciencia de lo que mucho que debe hacer y del esfuerzo que implica asumir total responsabilidad en la solución de su problemática, lo que le hace sentir culpa por sus fracasos y una mayor ansiedad.” Podría explicarse

entonces el hecho de que aquellos pacientes que perciben una gran carga a la hora de poner fin a su obesidad sientan un mayor estrés y malestar psicológicos.

Futuras Investigaciones

El presente estudio tiene como objetivos estudiar distintas variables psicológicas y las relaciones entre ellas en una muestra de pacientes bariátricos. Como se ha indicado anteriormente, esta muestra se reduce a un solo hospital, por lo que realizar investigaciones similares que cuenten con datos de otras poblaciones haría que los resultados fueran más generalizables. Asimismo, lo que se pretende al realizar este tipo de investigaciones es conocer mejor el perfil de los candidatos para poder maximizar el beneficio que se va a obtener de la cirugía bariátrica. Debido a esto, se cree fundamental realizar trabajos pre y post cirugía bariátrica, de modo que se pueda estudiar el carácter predictor de distintas variables de cara al éxito de la intervención.

Aunque el valor predictivo del locus de control en el mantenimiento del peso en pacientes sometidos a tratamientos de pérdida de peso ha sido ampliamente estudiado, no existen tantos estudios que lo hayan examinado en muestra bariátrica (18). Es por esto por lo que se justifica la continuación del estudio del locus de control junto con otras variables psicológicas en población bariátrica.

En relación con la sintomatología ansiosa y depresiva, quizá sería interesante contar con instrumentos que evaluaran ambas patologías de manera más diferenciada, ya que algunos autores sugieren que, aunque en teoría el instrumento HADS permita medir dos escalas independientes, en algunas ocasiones es difícil distinguir entre ansiedad y depresión (24).

Finalmente, desde una perspectiva de género, se debe hacer hincapié en el hecho de que la prevalencia de depresión y de obesidad es mayor en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, no hay suficiente investigación que dé cuenta de las diferencias de género en la relación entre ambas enfermedades ni en fisiopatología de ninguna de ellas (25). Por esto, se propone y se reivindica que se reconozcan las diferencias en la expresión de las enfermedades y que se incluyan tanto mujeres como hombres en las investigaciones, para que puedan ser analizadas en función del sexo.

Implicaciones Prácticas

La intención última de realizar este tipo de investigaciones es restaurar el bienestar físico, mental y social de las personas, a través de un tratamiento de cirugía para reducir el peso y todas las intervenciones asociadas (incluidas las psicológicas). Por ello, se debe investigar y ampliar en el conocimiento de las variables psicológicas que se asocian a una reducción de patologías mentales tales como la depresión o la ansiedad, que a su vez se suponen variables predictoras del éxito en estas intervenciones, para realizar tratamientos más eficaces que tengan un mayor impacto sobre la salud física y mental de los pacientes.

Limitaciones

Aunque claramente el presente estudio se trata de una investigación novedosa en cuanto a la población con la que trabaja y las variables que estudia, teniendo en cuenta además una perspectiva de género, existen algunas limitaciones que resulta necesario considerar. En primer lugar, muchas de las relaciones entre variables se discutieron teniendo en cuenta los resultados de las medidas del tamaño del efecto, aunque los resultados de las pruebas estadísticas no arrojasen relaciones estadísticamente significativas. Es por esto por lo que los resultados deben tomarse con precaución.

Por otra parte, es importante subrayar que la muestra de pacientes bariátricos proviene de un único centro hospitalario de la provincia de Sevilla, lo que dificulta que los resultados puedan generalizarse a otras poblaciones. Además de esto, el propio personal investigador no tuvo contacto directo con los pacientes, de modo que no pudieron controlarse variables que hubieran podido afectar durante la administración de la prueba HADS o durante la cumplimentación de la plantilla, de la que se tomaron los valores de la variable tipo de atribución. Asimismo, debe destacarse que, durante el tratamiento de los datos, la variable tipo de atribución se recodificó en solamente cuatro valores, con lo que se perdieron muchos matices. Se decidió recodificar esta variable teniendo en cuenta la controlabilidad objetiva de las atribuciones que los pacientes reportaban, es decir, se decidió de manera externa si estas atribuciones eran objetivamente controlables o no. Sin embargo, no se tuvo en cuenta la controlabilidad percibida sobre esas atribuciones. Es quizá por esto que los resultados en relación con la sintomatología ansiosa y depresiva fueran en cierto sentido controvertidos.

Conclusiones

El estudio de las variables psicológicas de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica se hace fundamental debido a la creciente prevalencia de personas con obesidad, la eficacia de este tipo de tratamiento, y la importancia de contar con investigaciones que describan el perfil psicológico de estos pacientes y que estudien aquellas variables que puedan predecir una mejor adherencia al tratamiento y por tanto éxito de la cirugía. El presente estudio ha encontrado que independientemente de que los pacientes sean aptos o no para la cirugía, realizan el mismo tipo de atribuciones, de tipo controlables, lo que suele relacionarse con una mejor adherencia a los tratamientos de reducción de peso. No obstante, este resultado se hace controvertido cuando se comprueba que atribuciones de tipo controlables se relacionan con mayores niveles de ansiedad y depresión, que pueden estar explicadas por un exceso de responsabilidad en los pacientes. Aun así, aunque los tamaños del efecto apuntan en esta dirección, hay que tomar estos resultados con precaución. Por otra parte, se encuentra que los pacientes no aptos para la cirugía presentan mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, y que las mujeres realizan atribuciones incontrolables en mayor medida que los hombres, aunque los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva se mantengan similares.

Referencias

1. Nutter, S., Russell-Mayhew, S., Alberga, A. S., Arthur, N., Kassin, A., Lund, D. E., Sesma-Vazquez, M., y Williams, E. (2016). Positioning of Weight Bias: Moving towards Social Justice. *Journal of Obesity*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/3753650>
2. Pi-Sunyer, F. X. (2002). The obesity epidemic: Pathophysiology and consequences of obesity. *Obesity Research*, 10(SUPPL. 2). <https://doi.org/10.1038/oby.2002.202>
3. Maluenda G., F. (2012). Bariatric Surgery. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 180–188. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70296-1](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70296-1)
4. Morandé Lavin, G., Graell Berna, M., y Blanco Fernández, M. A. (2014). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral. *Médica Panamericana*.
5. Baeza González, L., y van-der Hofstadt Román, C. J. (2012). Programa de intervención psicológica en pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica. *Revista de Psicología de La Salud*, 1, 20–24.
6. Mills, J. K. (1991). Differences in Locus of Control Between Obese Adult and Adolescent Females Undergoing Weight Reduction. *Journal of Psychology*, 125(2), 195.
7. Brogan, A., y Hevey, D. (2009). The structure of the causal attribution belief network of patients with obesity. *British Journal of Health Psychology*, 14(1), 35–48. <https://doi.org/10.1348/135910708X292788>
8. Pearl, R. L., Wadden, T. A., Allison, K. C., Chao, A. M., Alamuddin, N., Berkowitz, R. I., Walsh, O., y Tronieri, J. S. (2018). Causal Attributions for Obesity Among Patients Seeking Surgical Versus Behavioral/Pharmacological Weight Loss Treatment. *Obesity Surgery*, 28(11), 3724–3728. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3490-7>
9. de la Viuda Suárez, M. E., Costa Trigo, R., y Coto Lesmes, R. (2016). Análisis de variables psicológicas en un grupo de pacientes candidatos a cirugía bariátrica. 6(2), 1014–1023.
10. Barragán, R., Rubio, L., Portolés, O., Asensio, E. M., Ortega, C., Sorlí, J. V., y Corella, D. (2018). Estudio de investigación cualitativa sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1090. <https://doi.org/10.20960/nh.1809>
11. Martinelli, V., Cappa, A., Zugnoni, M., Cappello, S., Masi, S., Klersy, C., Pellegrino et al. (2020). Quality of life and psychopathology in candidates to bariatric surgery: relationship with BMI class. *Eating and Weight Disorders*, 0123456789, 1–5. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00881-z>
12. Dawes, A. J., Maggard-Gibbons, M., Maher, A. R., Booth, M. J., Mlake-Lye, I., Beroes, J. M., y Shekelle, P. G. (2016). Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery a meta-analysis. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 315(2), 150–163. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18118>
13. García, M., Benítez, M., Martínez, R. J., Borda, M., y Luque, A. (2019). Influencia del apego, el género y la aptitud en la indicación quirúrgica en la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con obesidad mórbida. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 9(3), 2596–2601.

14. Van der Merwe, M. T. (2007). Psychological correlates of obesity in women. *International Journal of Obesity*, 31, S14–S18. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803731>
15. Tuthill, A., Slawik, H., O’Rahilly, S., y Finer, N. (2006). Psychiatric co-morbidities in patients attending specialist obesity services in the UK. *QJM - Monthly Journal of the Association of Physicians*, 99(5), 317–325. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcl041>
16. Hovenkamp-Hermelink, J. H. M., Jeronimus, B. F., van der Veen, D. C., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., Schoevers, R. A., y Riese, H. (2019). Differential associations of locus of control with anxiety, depression and life-events: A five-wave, nine-year study to test stability and change. *Journal of Affective Disorders*, 253(October 2018), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.005>
17. Wadsworth, L., Wessman, I., Beard, C., & Bjorgvinsson, T. (2019). Levels of perceived control and treatment response in a brief partial hospital setting. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 34(April), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2019.08.001>
18. Peterhänsel, C., Linde, K., Wagner, B., Dietrich, A., y Kersting, A. (2017). Subtypes of Personality and ‘Locus of Control’ in Bariatric Patients and their Effect on Weight Loss, Eating Disorder and Depressive Symptoms, and Quality of Life. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 397–405. <https://doi.org/10.1002/erv.2534>
19. Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
20. Rocha, C., y Costa, E. (2012). Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Análise Psicológica*, 30(4), 451–466. <https://doi.org/10.14417/ap.604>
21. Chen, V. C. H., Liu, Y. C., Chao, S. H., McIntyre, R. S., Cha, D. S., Lee, Y., y Weng, J. C. (2018). Brain structural networks and connectomes: The brain–obesity interface and its impact on mental health. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 3199–3208.
22. Andersen, J. R., Aasprang, A., Bergsholm, P., Sletteskog, N., Våge, V., y Natvig, G. K. (2010). Anxiety and depression in association with morbid obesity: Changes with improved physical health after duodenal switch. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-52>
23. Lugli, Z. (2018). Control de la conducta en personas con diferentes índices de masa corporal. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 83–94. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi16-1.ccpd>
24. Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277–283. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(03\)00043-4](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(03)00043-4)
25. Rosenbaum, S., Cox, A., Olszewski, P. K., Li, L., Gower, B. A., Shelton, R. C., y Wu, X. (2017). Gender-Specific Relationship between Obesity and Major Depression. 8. <https://doi.org/10.3389/fendo.2017.00292>

© 2021 seco-seedo. Publicado por bmi-journal. Todos los derechos reservados.

Anexos

		Tipo de Atribución				Pruebas de significancia
		Estadísticos descriptivos				
		Incontrolable	Controlable	Mixta	Sin causa atribuida	
Orientación Diagnóstica	Aptos	36 25.17% (-.26)	73 51.05% (-.96)	26 18.18% (.86)	8 5.59% (1.37)	$\chi^2(3) = 2.90$ $p = .408$ $V = .12$
	No Aptos	18 26.87% (.26)	39 58.21% (.97)	9 13.43% (-.86)	1 1.49% (-1.37)	
Sexo	Hombre	9 14.52% (-2.40)	44 70.97% (3.32)	6 9.68% (-1.76)	3 4.84% (.26)	$\chi^2(3) = 12.06$ $p = .007$ $V = .24$
	Mujer	45 30.41% (2.40)	68 45.95% (-3.32)	29 19.59% (1.76)	6 4.05% (-.26)	

Nota: Los valores de los residuos corregidos están incluidos en los paréntesis. Los valores en negrita indican relaciones estadísticamente significativas ($p < .05$), tamaños del efecto (V de Cramer) pequeños (.10 – .29), medianos (.30 – .49) y grandes (> .50), y $S_{rij} > 1.96$.

Tabla 2. N , porcentajes, pruebas de significación y tamaños del efecto de la variable orientación diagnóstica y sexo en relación con la variable tipo de atribución.



		Sintomatología Ansiosa			Pruebas de significancia	Sintomatología Depresiva			Pruebas de significancia
		Estadísticos descriptivos				Estadísticos descriptivos			
		Normal	Probable	Alta		Normal	Probable	Alta	
OD	Aptos	75 59.52% (1.60)	22 17.46% (-.57)	29 23.02% (-1.33)	$\chi^2(2) = 2.73$ $p = .256$ $V = .13$	79 62.20% (2.46)	24 18.90% (.32)	24 18.90% (-3.11)	$\chi^2(2) = 10.00$ $p = .007$ $V = .24$
	No Aptos	19 45.24% (-1.62)	9 21.43% (.57)	14 33.33% (1.33)		17 40.48% (-2.46)	7 16.66% (-.32)	18 42.86% (3.11)	
Sexo	Hombres	31 55.36% (-.11)	12 21.43% (.70)	13 23.21% (-.50)	$\chi^2(2) = .60$ $p = .743$ $V = .06$	36 64.29% (1.38)	8 14.29% (-.96)	12 21.43% (-.72)	$\chi^2(2) = 1.97$ $p = .373$ $V = .11$
	Mujeres	63 56.25% (.11)	19 16.96% (-.71)	30 26.79% (.50)		60 53.10% (-1.38)	23 20.35% (.96)	30 26.55% (.72)	
TA	Incontrolable	11 52.38% (-.38)	4 19.05% (.04)	6 28.57% (.39)	$\chi^2(6) = 1.37$ $p = .968$ $V = .07$	13 61.90% (.67)	3 14.29% (-.37)	5 23.81% (-.43)	$\chi^2(3) = 2.54$ $p = .864$ $V = .10$
	Controlable	40 54.05% (-.56)	15 20.27% (.55)	19 25.68% (.15)		41 55.41% (.03)	13 17.57% (.18)	20 27.03% (-.19)	
	Mixta	13 61.90% (.59)	3 14.29% (-.57)	5 23.81% (-.16)		10 47.62% (-.78)	3 14.29% (-.37)	8 38.10% (1.18)	
	Sin causa atribuida	5 71.43% (.84)	1 14.29% (-.31)	1 14.29% (-.69)		4 57.14% (.10)	2 28.57% (.83)	1 14.29% (-.81)	

Nota: OD, Orientación Diagnóstica; TA, Tipo de Atribución. Los valores de los residuos corregidos están incluidos en los paréntesis. Los valores en negrita indican relaciones estadísticamente significativas ($p < .05$); tamaños del efecto (V de Cramer) pequeños (.10 – .29), medianos (.30 – .49) y grandes ($> .50$); y $Sr_{ij} > 1.96$.

Tabla 3. *N*, porcentajes, pruebas de significancia y tamaños del efecto de las variables orientación diagnóstica, sexo y tipo de atribución en relación con la sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva.

		Sintomatología Ansiosa		Sintomatología Depresiva	
		Estadísticos descriptivos	Pruebas de significación	Estadísticos descriptivos	Pruebas de significación
OD	Aptos	6.00	$U(N_1 = 126, N_2 = 42) = 1999.00, z = -2.38,$	5.00 (4.81)	$U(N_1 = 127, N_2 = 42) = 1690.00, z = -3.57,$
	No aptos	8.00	$p = .018; \eta^2 = .03$	9.50 (5.40)	$p < .001; \eta^2 = .08$
Sexo	Hombres	6.50	$U(N_1 = 56, N_2 = 112) = 3091.00, z = -.15,$	5.50 (4.98)	$U(N_1 = 56, N_2 = 113) = 3098.50, z = -.22,$
	Mujeres	6.00	$p = .879; \eta^2 < .01$	7.00 (5.24)	$p = .826; \eta^2 < .01$
TA	Incontrolable	6.00		6.00 (5.53)	
	Controlable	7.00	$H(3) = 1.02,$ $p = .796; \eta^2 = .02$	7.00 (5.10)	$H(3) = 1.35,$ $p = .718; \eta^2 = .01$
	Mixta	6.00	$d =$	9.00 (6.44)	$d =$
	Sin causa atribuida	5.00	0.20/0.01/0.22/0.20/0.40/0.22	4.00 (3.82)	0.20/0.50/0.39/0.37/0.60/0.84

Nota: OD, Orientación Diagnóstica; TA, Tipo de Atribución. Los valores en negrita indican tamaños del efecto (η^2 cuadrado) pequeños (.01–.04), efectos medianos (.06–.11) y efectos grandes (.14–.20); y tamaños del efecto (d de Cohen) pequeños (0.20–0.45), efectos medianos (0.50–0.79) y efectos grandes (0.80 en adelante). Se han incluido los tamaños del efecto entre los distintos niveles de tipo de atribución, correspondiendo la d en primera posición a la comparación entre el primer y segundo nivel; la d en segunda posición a la comparación entre el primer y tercer nivel; la d en tercera posición a la comparación entre el primer y el cuarto nivel; la d en cuarta posición a la comparación entre el segundo y tercer nivel; la d en quinta posición a la comparación entre el segundo y cuarto nivel; y la d en quinta posición a la comparación entre el tercer y cuarto nivel.

Tabla 4. *Medianas, Pruebas de Significancia y Tamaños del Efecto de las Variables Sintomatología Ansiosa y Sintomatología Depresiva en Función de la Orientación Diagnóstica, el Sexo y el Tipo de Atribución.*