

Factores psicológicos y/o psiquiátricos presentes en pacientes desertores de protocolo de preparación para cirugía bariátrica

Sheila Viridiana Hernández Altamirano,¹ Héctor Esquivias-Zavala,² Martha Catalina Maldonado Rubí,¹ Silvia Ruiz-Velasco Acosta,³ Aída Monserrat Reséndiz Barragán⁴

Artículo original

ABSTRACT

Introduction

Severe obesity is the chronic disease with the highest prevalence around the world. It affects the life quality of patients in terms of physical and mental health. Although there are a variety of treatments for severe obesity, dropout rates are between 40% to 80%.

Objective

To identify the psychological and/or psychiatric factors presented in the initial evaluation of patients with severe obesity who deserted the preparation protocol for bariatric surgery and establish differences between them and those who didn't defected.

Method

An analytical observational open study of cases (deserters) and controls (non deserters), retrospective, transversal, with a sample of 286 files of patients candidates for bariatric surgery from General Hospital "Dr. Manuel Gea Gonzalez" in Mexico City selected by simple random sampling fulfilling desertion variable, with a BMI of $44.77 \text{ kg/m}^2 \pm 7.47$ and 37.45 ± 9.94 years old and were selected by non-probabilistic convenience sample.

Results

Significant differences were found: gender (men drop out more), deserters patients showed a higher prevalence in post-traumatic stress disorder, attention deficit hyperactivity disorder, binge eating, isolation, impaired cognitive function and greater family and social dysfunction than non-deserters. A multivariate analysis of these factors showed that being male, having little social support, present a binge eating disorder, have a greater number of absences to appointments during treatment, are factors contributing to attrition.

Discussion and conclusion

There are psychological/psychiatric variables that could be established as risk factors for dropping out, increasing the possibility of affecting the patient's physical and emotional well-being.

Key words: Obesity, bariatric surgery, drop-out, risk factors.

RESUMEN

Introducción

La obesidad severa es la enfermedad crónica con mayor prevalencia en el mundo, afectando la calidad de vida de los pacientes. Aunque existe una variedad de tratamientos para ella, las tasas de abandono de los mismos se encuentran entre el 40-80%.

Objetivo

Identificar los factores psicológicos y/o psiquiátricos que presentaron en la evaluación inicial los pacientes con obesidad severa que desertaron del protocolo de preparación para la cirugía bariátrica y establecer diferencias con los pacientes que no desertaron.

Método

Se llevó a cabo un estudio analítico observacional de casos (desertores) y controles (no desertores), retrospectivo, transversal, con una muestra de 286 expedientes de pacientes candidatos a cirugía bariátrica del Hospital General Dr. Manuel Gea González en la Ciudad de México, con IMC de $44.77 \pm 7.47 \text{ kg/m}^2$ y una edad de 37.45 ± 9.94 años y que fueron seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia.

Resultados

Se encontraron diferencias significativas: género (los hombres desertan más), los pacientes desertores mostraron una mayor prevalencia en el trastorno por estrés postraumático, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno por atracón, aislamiento, deterioro de las funciones cognitivas y mayor disfunción familiar y social que los no desertores. Un análisis multivariado sobre los mismos factores demostró que el ser hombre, tener poco apoyo social, presentar trastorno por atracón y tener un mayor número de faltas a sus citas durante el tratamiento, son factores contribuyentes para la deserción.

Discusión y conclusión

Existen variables psicológicas/psiquiátricas que podrían establecerse como factores de riesgo en la deserción y como consecuencia incrementar la posibilidad de afectar el bienestar físico y emocional del paciente.

Palabras clave: Obesidad, deserción, cirugía bariátrica, factores de riesgo.

¹ Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

² Clínica de Obesidad y Control de Peso, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

³ Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas, Universidad Nacional Autónoma de México.

⁴ Subdirección de Investigación Biomédica, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Correspondencia: Mtra. Sheila Viridiana Hernández Altamirano. Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, Universidad Nacional Autónoma de México. Av. Universidad 3004, Coyoacán, 04510 Ciudad de México. Tel: 6280 - 5446. E-mail: sheila_627@hotmail.com

Recibido primera versión: 1° de noviembre de 2015. Segunda versión: 4 de noviembre 2015. Aceptado: 6 de mayo de 2016.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia. Con base en la Organización de Alimentación y Agricultura de las naciones¹ en 2013, México ocupa el primer lugar en este padecimiento. La obesidad mórbida o severa se define como el grado de obesidad caracterizada por un IMC ≥ 40 kg/m² o de un IMC ≥ 35 kg/m² que viene acompañada por otra enfermedad (hipertensión, diabetes, problemas coronarios, etc.).²

La etiología de la obesidad severa es atribuible al tipo de estilo de vida que lleva una persona: hábitos de alimentación poco saludables, ejercicio inadecuado o sedentarismo, factores genéticos, fisiológicos, psicológicos, sociales, económicos y educativos.³ La obesidad severa constituye un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades tales como la diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, digestivas y respiratorias, alteraciones óseas y articulares, hiperuricemia, neoplasias (tumores malignos) y síndrome metabólico.³

La obesidad severa también tiene efectos en todas las áreas del funcionamiento de una persona: a nivel social, familiar y personal;⁴ primordialmente se ha encontrado que aproximadamente entre el 25% y el 30% de los pacientes con obesidad severa que buscan tratamiento para reducción de peso, padecen algún problema en el estado de ánimo como la depresión, la ansiedad, el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, problemas de sueño, mayores niveles de estrés, niveles bajos de autoestima y distorsiones en la imagen corporal; lo que deriva en un deterioro en la calidad de vida de estas personas.⁵⁻⁷

Por otro lado, la cirugía bariátrica ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para la reducción de peso (entre un 40% a 75% de pérdida en el exceso) en la obesidad severa.⁸ Los pacientes deben someterse a un proceso de valoración y preparación previa a la práctica quirúrgica, dado que existen componentes psicológicos, biológicos y sociales relacionados con la reducción de peso y cambios en el estilo de vida.⁹

Aunque existe una gran variedad de tratamientos para lograr el objetivo de bajar de peso de manera significativa y duradera en los pacientes con obesidad severa, las tasas de abandono de las mismas se encuentran entre el 40% y 80%.^{10,11} El abandono o deserción en el tratamiento contribuye a mantener e incrementar los riesgos de aparición de enfermedades crónico-degenerativas asociadas a la obesidad¹² y de las patologías psicológicas y psiquiátricas. Se ha encontrado en la literatura médica que los pacientes con obesidad que desiertan del tratamiento podrían tener algunos factores psicológicos y/o psiquiátricos que los caracterizan.¹³⁻¹⁶

Por lo tanto, el objetivo principal del presente estudio fue identificar los factores psicológicos y/o psiquiátricos que presentaron en la evaluación inicial los pacientes con obesidad severa que desiertaron del protocolo de prepara-

ción para la cirugía bariátrica, comparados con los que no desiertaron. Como objetivos secundarios se establecieron: conocer si algunas variables psicológicas y/o psiquiátricas se pueden establecer como factores de riesgo para la deserción; identificar las interacciones entre las variables que resulten significativas y, por último, determinar cuántos pacientes desiertaron del protocolo de preparación para la cirugía bariátrica y en qué momento del proceso lo hicieron.

MÉTODO

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio abierto, observacional-analítico de casos y controles, retrospectivo, transversal.

Descripción de la muestra

Se realizó el estudio con 286 expedientes (160 casos y 126 controles) de pacientes con obesidad candidatos a cirugía bariátrica que asistieron a la Clínica de obesidad del Hospital General Dr. Manuel Gea González entre 2010 y 2013.

El tamaño de la muestra se calculó tomando en cuenta el tamaño de la población promedio anual que asiste a la Clínica (N = 500) con un 99% de confianza (por lo tanto Z = 2.58), desviación estándar de la población de 0.5 y el límite aceptable de error muestral osciló entre 1% y 9%. Se utilizaron las siguientes fórmulas:

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N-1) e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

$$n = \frac{500 \cdot 0.5^2 \cdot 2.58^2}{(500-1)(\pm 0.05)^2 + 0.5^2 \cdot 2.58^2} = \frac{832.05}{2.9116} = 285.77 = 286$$

Los expedientes de los pacientes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los casos fueron pacientes desiertores los cuales se identificaron mediante el cumplimiento de la variable deserción (ver adelante las características) y fueron considerados controles los pacientes que no cumplieron con dicha variable.

Mediciones

Se dividieron en cuatro categorías: sociodemográficas, psicológicas, psiquiátricas y deserción. Las variables sociodemográficas consideradas fueron: año de ingreso al tratamiento, edad, género, IMC, escolaridad, ocupación, estado civil, lugar de residencia y padecimientos médicos. Se tomaron en cuenta las variables psicológicas y psiquiátricas referidas en la bibliografía como comunes en pacientes con obesidad severa^{5,6} y que son evaluadas como parte del protocolo de preparación para la cirugía bariátrica de la clínica de obesidad. Para ello fueron empleados inventarios valida-

Cuadro 1. Variables psicológicas, psiquiátricas e instrumentos de medición

Variables	Instrumentos
<i>Psicológicas</i>	
Síntomas de depresión	Inventario de Depresión de Beck (BDI) ¹⁷ versión adaptada para población mexicana por Jurado et al. ¹⁸ Coeficiente de confiabilidad .87 para población mexicana y capacidad discriminativa al contrastar 25% de puntajes bajos contra el 25% de puntajes altos. La validez concurrente entre el BDI y la escala autoaplicada de depresión de Zung fue de $r = .70$.
Sensibilidad a la ansiedad	Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) versión adaptada para población mexicana por Jurado ¹⁹ (2002) basado en la versión original de Donnel y McNally (1989) y la versión en español de Sandin, Chorot y McNally (1996). El índice de confiabilidad interna de la escala es de .87 para los habitantes de la Ciudad de México y cuenta con capacidad discriminativa al contrastar el 25% de puntajes altos con el 25% de puntajes bajos y confiabilidad test retest de .70 (hasta 3 años) en población mexicana.
Calidad de vida	Inventario de Calidad de Vida (INCAVISA). ²⁰ Su coeficiente de confiabilidad va de .9337 para el área de vida cotidiana a .6831 para actitud ante el tratamiento y ha demostrado validez concurrente con el OMS-QoL Bref (instrumento de calidad de vida de la OMS) en la versión adaptada para México por Sánchez-Sosa, González-Celis. ²⁰
Factores de riesgo asociados a trastornos de alimentación	Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA). ²¹ El coeficiente de confiabilidad para la versión de varones es de .86 y .88 para la versión de mujeres. Para la validez del instrumento se aplicó un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX a un total de 1494 varones y a un total de 1915 mujeres.
Motivación y expectativas	Entrevista semi-estructurada que permite clasificar la motivación del paciente en cuanto a la meta por la que busca realizarse la cirugía (salud, imagen, trabajo...) e identificar si sus expectativas son o no realistas.
<i>Psiquiátricas</i>	
Principales trastornos psiquiátricos del eje I	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) en su versión traducida al español por Ferrando, Bober, Gibert, Soto ²² en 1999. Se trata de una entrevista estructurada que explora síntomas compatibles con los síntomas DSM-IV-TR para psicopatología.
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto	Fue validada para la población mexicana por Reyes et al. ²³ en 2009. Este instrumento está relacionado con la frecuencia en la vida adulta de los síntomas del TDAH según el criterio A del DSM-IV-TR. Este criterio del DSM-IV-TR está constituido de 18 reactivos que conforman 3 factores: inatención, impulsividad e hiperactividad. La escala demostró tener una alta consistencia interna ($\alpha = .88$).
Trastorno por atracón	Entrevista estructurada con criterios para trastorno por atracón de acuerdo al DSM-IV-TR.

dos o elaborados en población mexicana y que cuentan con adecuadas propiedades psicométricas para su uso en esta población. Esta información se detalla en el cuadro 1.

Los principales trastornos psiquiátricos del Eje I que se buscó valorar fueron: episodio depresión mayor, trastorno distímico, riesgo de suicidio, episodio maníaco, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, dependencia de alcohol, abuso de alcohol, dependencia de sustancias, abuso de sustancias, trastornos psicóticos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno antisocial de la personalidad.

Por último, la variable deserción^{12,16,24,25} en la que se consideró que un paciente desertó del tratamiento fue: cuando tuvo al menos tres faltas consecutivas y no realizó citas con alguno de los especialistas de la clínica en los siguientes meses; no acudiera a ninguna cita con los especialistas de la clínica en un periodo de tres meses o más; que el mismo paciente expresara que no deseaba continuar con el tratamiento. Si se cumplían estas características se determinó al paciente como desertor. Se consideró paciente no desertor de protocolo de preparación para la cirugía bariátrica, a aquél que ya había sido sometido a cirugía o, en su defecto, que no tuviera más de tres faltas con ningún servicio y tuviera

programadas citas con todos los servicios en los próximos dos meses.

Dentro de la variable deserción, se contemplaron el número de faltas y el momento en que el paciente abandonó o desertó del tratamiento; esto con la finalidad de identificar oportunidades de intervención adecuadas al momento más susceptible de ocurrencia del abandono. En el caso del presente estudio se contemplaron tres momentos de deserción: 1) Fase de diagnóstico (el paciente desertó después de realizar la evaluación psicológica inicial y antes de iniciar el protocolo de preparación para la cirugía bariátrica); 2) Fase de preparación pre-quirúrgica (una vez iniciado el protocolo de preparación para la cirugía bariátrica –citas con diferentes especialistas- y antes de ser aprobado por el comité para realizarse cirugía) y 3) Fase de cirugía bariátrica (paciente que concluyó el protocolo de preparación pero que no se sometió a la cirugía).

Procedimientos

La recolección de los datos se llevó a cabo por el investigador principal por medio de una lista checable con las variables de estudio. Se revisaron 362 expedientes para identificar que cumplieran con los criterios de inclusión que a continuación

se describen: sexo indistinto, pacientes con obesidad severa ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ o de un $\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$), edades entre 18 y 65 años, que contaran con entrevista inicial y batería de pruebas completa. Aquellos expedientes que no cumplieron dichos criterios y los pacientes que fueron referidos a otra institución de tratamiento por considerarse no candidatos a la cirugía bariátrica, debido a contraindicaciones absolutas (como dependencia al alcohol u otras drogas, tabaquismo, esquizofrenia o riesgo de suicidio), fueron excluidos del estudio (en total 76 pacientes), quedando en el análisis final 286 pacientes. Una vez recabados los expedientes suficientes y habiendo verificado que cumplieran con los criterios especificados se procedió a identificar las variables de los casos y controles (figura 1).

Análisis estadísticos

Para la validación de los datos se utilizó estadística descriptiva (tablas de frecuencias y porcentajes) para las variables de interés. Para los grupos de comparación de muestras independientes (casos y controles), se realizaron las pruebas de *Chi* cuadrada, *U* de Mann Whitney y *t* de Student. Para identificar interacciones se llevó a cabo una clasificación en *R* y finalmente se realizó el análisis multivariado mediante regresión logística, utilizando variables que previamente habían sido significativas en análisis logísticos bivariados. Se emplearon los paquetes estadísticos SPSS en su versión 17.0 y STATA en su versión 13.0. Se consideró un resultado estadísticamente significativo cuando $p < .05$, bajo la reserva de sus limitaciones;²⁶ se obtuvieron también estimaciones robustas de las desviaciones estándar de los parámetros (*Bootstrap*) y los resultados se mantienen.

Consideraciones éticas

Este protocolo fue aprobado por las Comisiones de Ética e Investigación del Hospital General Dr. Manuel Gea González y todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación sin riesgo, por lo que no se requirió de hoja de consentimiento informado debido a que la investigación se obtuvo de información descriptiva y retrospectiva de la base de datos de la Clínica de obesidad.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 286 expedientes de pacientes (20.6% fueron hombres y 79.4% mujeres) quienes presentaron un IMC de $44.77 \pm 7.47 \text{ kg/m}^2$ y una edad promedio de 37.45 ± 9.94 años. Los pacientes provinieron de diferentes

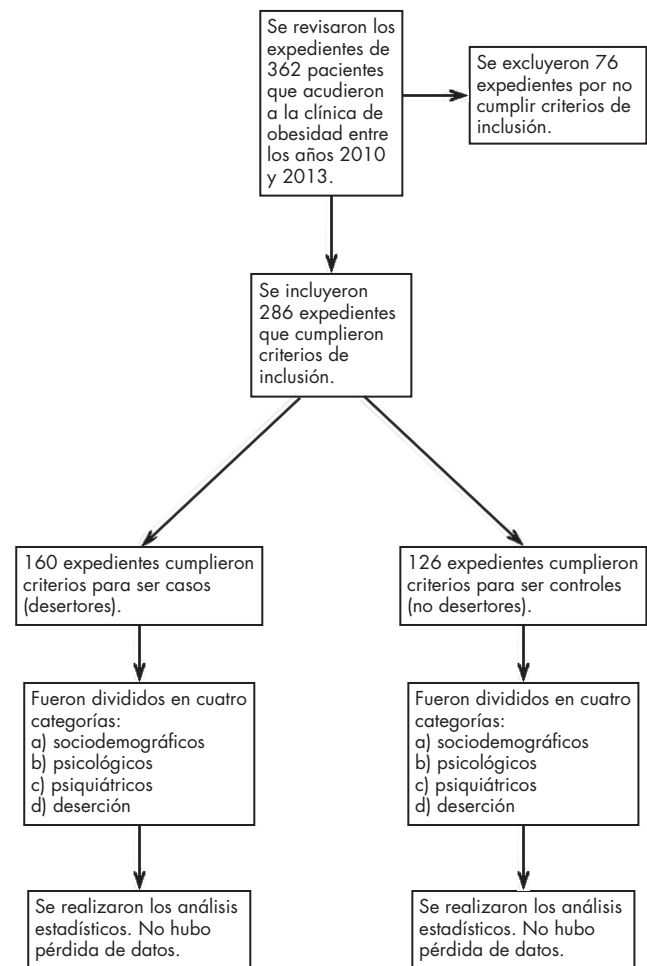


Figura 1. Diagrama de procedimientos.

Estados de la República Mexicana (73.1% del DF y 26.9% foráneos). El 49.7% de los pacientes eran solteros y el 33.9% estaban casados; 41.3% estaban empleados. Con respecto a los padecimientos médicos en comorbilidad con la obesidad grave, el 25.2% presentó hipertensión arterial elevada, seguidos por el 16.1% que presentó diabetes, 13.6% dislipidemia y 11.9% hipotiroidismo.

Se consideró el género como variable confusora, realizándose el ajuste sin ella y ajustes por separado, manteniéndose resultados similares en los tres casos (sin diferencias significativas en los valores de los estimadores), sin embargo es necesario aclarar que al ser una muestra menor de hombres, al ajustar el modelo únicamente para hombres algunos parámetros pierden su significancia.

Contemplando lo anterior, se encontraron diferencias significativas en algunas de las variables estudiadas entre casos (pacientes desertores) y controles (pacientes no desertores). En concreto, las variables sociodemográficas que resultaron significativas entre desertores y no desertores fueron el año de ingreso $\chi^2 (3, N = 286) = 10.16, p = .017$ y el

género χ^2 (1, $N = 286$) = 8.65, $p = .003$. En cuanto a los factores psicológicos, el aislamiento $U = 8729$, $z = -2.59$, $p = .010$; las funciones cognitivas $U = 8746$, $z = -2.12$, $p = .033$; la familia $U = 9039$, $z = -2.23$, $p = .026$ y las redes sociales $U = 8038$, $z = -3.60$, $p = .000$.

También el trastorno por estrés postraumático χ^2 (1, $N = 286$) = 4.54, $p = .033$, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto χ^2 (1, $N = 286$) = 3.99, $p = .046$ y el trastorno por atracción χ^2 (1, $N = 286$) = 4.95, $p = .026$, factores psiquiátricos resultaron significativos entre desertores y no desertores. Por último el número de faltas en la consulta es una variable importante que hace diferencia entre casos y controles con una t (284) = 4.34, $p = .000$. El cuadro 2 muestra los resultados.

Con la finalidad de explicar y predecir la probabilidad de que un paciente deserte o no con base en los factores sociodemográficos, psicológicos y psiquiátricos, se llevó a cabo un análisis de regresión logística. Para determinar qué variables incluir en el modelo multivariado se realizaron análisis bivariados con todas las variables explicativas y posteriormente se utilizó el método de selección de variables con aquellas que resultaron significativas. Así, el TDAH y la familia, que resultaron significativas en el modelo bivariado, no lo fueron en el multivariado. El cuadro 3 muestra los datos obtenidos.

Los resultados muestran que el tener poco apoyo en el área de las redes sociales evaluado por el InCaViSa ($CM = 4.16$) y un mayor número de faltas ($CM = 1.66$) son los mejores predictores de deserción. Por ejemplo, en el último caso por cada falta que tenga el paciente el riesgo de desertar se incrementa en un 66%. El ser mujer y el no tener atracones son factores de protección para que no se presente la deserción. El resto de las variables sociodemográficas, factores psicológicos y psiquiátricos no resultaron predictores significativos de la deserción.

Se investigaron también las interacciones, en particular entre el género y las diferentes variables, no resultando ninguna significativa. Sin embargo, a través del árbol de clasifi-

Cuadro 2. Variables que resultaron significativas en la comparación de casos (pacientes desertores) y controles (pacientes no desertores)

Variables	Casos f (%)	Controles f (%)	<i>p</i>
Año de ingreso			
2010	41 (26.0)	32 (25.0)	.017
2011	35 (22.0)	16 (13.0)	
2012	52 (33.0)	33 (26.0)	
2013	32 (20.0)	45 (36.0)	
Género			
Mujeres	117 (73.1)	110 (87.3)	.003
Hombres	43 (26.9)	16 (12.7)	
Trastorno de estrés postraumático	11 (6.9)	2 (1.6)	.033
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto	41 (25.6)	20 (15.9)	.046
Trastorno por atracción	46 (28.8)	22 (17.5)	.026
Aislamiento (InCaViSa)	111 (69.4)	105 (83.3)	.010
Funciones cognitivas (InCaViSa)	75 (46.9)	79 (62.7)	.033
Familia (InCaViSa)	124 (77.5)	110 (87.3)	.026
Redes sociales (InCaViSa)	97 (60.6)	100 (79.4)	.000
Número de faltas			
0	52 (32.5)	74 (58.7)	.000
1	63 (39.4)	38 (30.2)	
2	21 (13.1)	8 (6.3)	
7	1 (0.6)	1 (0.8)	

$p < .05$.

cación de R (figura 2) se observaron interacciones del género con otras variables, como que las pacientes mujeres con más de una falta que presentaron una alta percepción en las variables aislamiento, preocupaciones y funciones cognitivas (InCaViSa), así como expectativas distorsionadas sobre la cirugía y la hipertensión arterial tendieron a desertar.

Por último, se encontró que el mayor porcentaje de deserción se presentó en la fase de preparación con un 60%, seguido por la fase de diagnóstico (con un 29%) y el 11% de los pacientes desertaron una vez que se concluyó el tratamiento y estuvieron listos para operarse sin hacerlo. En cuanto a los pacientes no desertores, aquellos pacientes que

Cuadro 3. Resultados de las regresiones logísticas llevadas a cabo con las variables de interés

	Cociente de momios		Intervalo de confianza	
	Modelo bivariado	Modelo multivariado	Univariado	Multivariado
Sexo	2.5267	2.9237	1.3454, 4.7452	1.5068, 5.6729
Redes	4.0601	4.1644	1.6207, 10.1715	1.6029, 10.8189
Atracción	0.5242	0.4762	0.2955, 0.9301	0.2584, 0.8773
Faltas	1.7119	1.6648	1.3174, 2.2244	1.2748, 2.1741
TDA	0.7225		0.3778, 1.3818	
Familia	1.6275		1.0467, 2.5304	

La cociente de momios (OR) e intervalo de confianza del 95% (IC) se obtuvieron a partir de un modelo de regresión logística con la deserción como variable de resultado dicotómica y sexo, redes sociales, trastorno por atracción, el número de faltas como predictores en el modelo multivariado y cada una de las variables en el modelo bivariado.

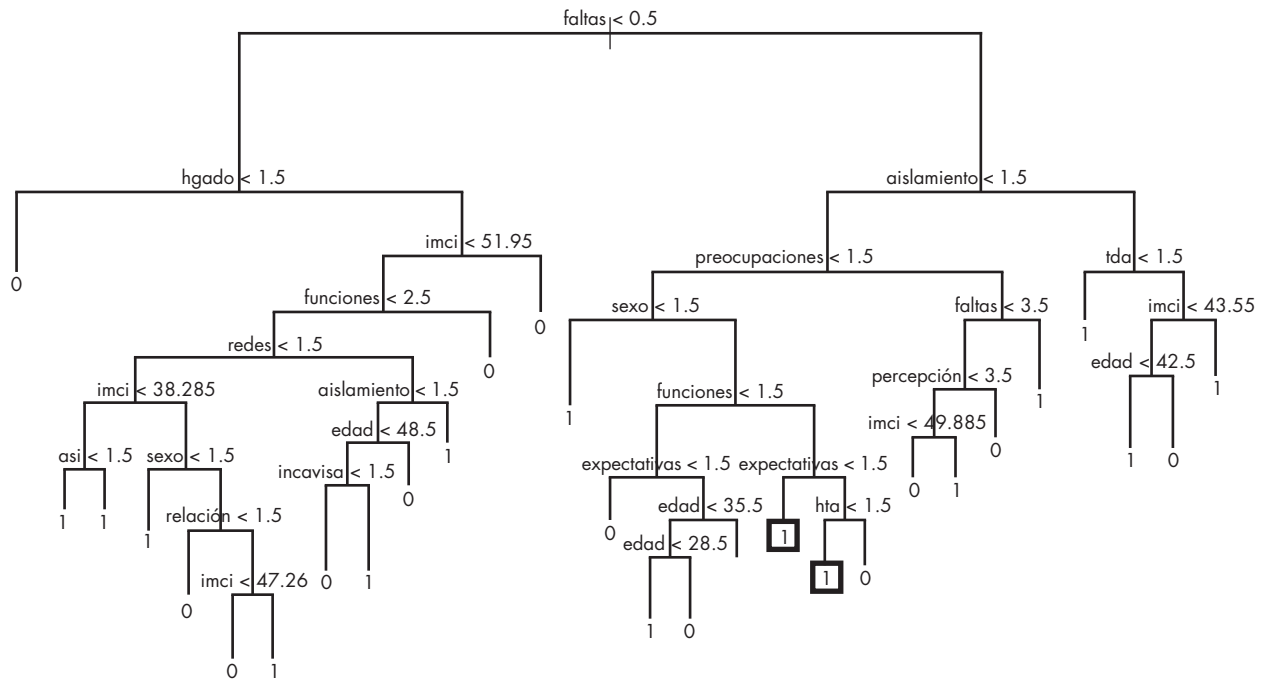


Figura 2. Árbol de clasificación para la identificación de probabilidades de deserción y no deserción.

se realizaron la cirugía, el 70% ya había sido sometido a un *bypass* gástrico, al 7% se le realizó una manga gástrica y el 23% de los pacientes aún continuaba en el programa en el momento del vaciado de datos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo principal identificar los factores psicológicos y/o psiquiátricos que presentaron en la evaluación inicial los pacientes con obesidad severa que desertaron del protocolo de preparación para la cirugía bariátrica, comparados con los que no desertaron. Al respecto, los resultados indicaron que el año de ingreso, el género, el número de faltas, el trastorno por estrés postraumático, el TDAH del adulto, el trastorno por atracón y algunas variables del InCaViSa como aislamiento, funciones cognitivas, familia y redes sociales, fueron variables significativas en la comparación realizada entre los casos (pacientes desertores) y los controles (pacientes no desertores).

Con respecto al año de ingreso, el 2012 mostró un mayor porcentaje de pacientes que desertaron comparados con el año 2013, en el que se registra el menor porcentaje de abandonos; estos resultados probablemente se pueden explicar al contemplar las mejoras establecidas en el servicio de atención en la Clínica de obesidad. Por otro lado, en cuanto al género, se observó que los hombres, a pesar de ser minoría en el tratamiento, mostraron una mayor y significativa probabilidad de desertar que las mujeres.

Las variables psicológicas que resultaron significativas entre casos y controles fueron aquellas medidas por el InCaViSa, las cuales indicaron que los pacientes que desertaron tienden a aislarse más, a presentar un peor desempeño en las funciones cognitivas y a tener mayor disfunción en la relación con la familia y sus redes sociales que los que no desertaron. Estos resultados reflejan la importancia que tiene la familia y las redes sociales como soporte para el paciente con obesidad en su tratamiento, ya que favorecen su adherencia al mismo. Por lo tanto, el apoyo social constituye un factor fundamental en el logro de las metas establecidas en el tratamiento y merece una mayor atención en futuras investigaciones. En este sentido, se observa que uno de los predictores con mayor peso en la adherencia al tratamiento y en la deserción, es el grado de apoyo social que el paciente percibe por parte de los amigos y la familia; así las personas que se perciben como aisladas de los demás tienden a no cumplir con las instrucciones, contrariamente a aquellas personas que perciben apoyo social en quienes se ha observado una mayor disposición a seguir con el tratamiento.²⁷

El resto de las variables psicológicas no resultaron significativas en este estudio. No obstante, de forma general, los síntomas de depresión, la sensibilidad a la ansiedad, la mala calidad de vida, los factores de riesgo asociados a los trastornos de alimentación (específicamente preocupación por peso y comida), fueron más frecuentes en los pacientes que desertaron que en los que no lo hicieron.

En cuanto a las comorbilidades psiquiátricas, el trastorno por estrés postraumático resultó significativo entre casos

y controles, lo que concuerda con los datos presentados por Sockalingam et al.,¹⁶ donde los pacientes desertores mostraron tasas significativamente mayores que los no desertores en este trastorno. En cuanto a esta variable, el trastorno por estrés postraumático podría estar relacionado con la historia de abuso sexual que algunas pacientes refirieron haber vivido en su infancia. Mediante un estudio²⁸ se encontró que el 18% de las participantes mujeres confesaron haber sobrevivido al abuso sexual antes de los 16 años, mostrando el doble de riesgo de presentar síntomas de trastornos alimenticios, con una percepción evidentemente negativa de su cuerpo. El autor reitera que el miedo a establecer una relación afectivo-sexual provoca en algunas personas comer demasiado con la finalidad de engordar y resultar menos atractivas para el sexo opuesto.

Otras variables psiquiátricas que resultaron significativas entre los grupos fueron el trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto y el trastorno por atracón, presentándose con mayor prevalencia en los pacientes que desertaron que en los que no desertaron. Sin embargo, es importante señalar que los resultados relacionados con estos dos trastornos son diferentes a los encontrados en otras investigaciones, como la realizada por Sockalingam et al.¹⁶ quienes no encontraron diferencias significativas en estas variables en los pacientes desertores *vs.* los no desertores, por lo que es necesario explorar a fondo ambas variables en futuras investigaciones mediante herramientas más precisas para su diagnóstico y tipificación.

El resto de los factores psiquiátricos evaluados en este estudio no mostraron diferencias significativas entre los grupos, sin embargo se observa una mayor prevalencia en los pacientes desertores en comparación con los no desertores. Por último, el número de faltas a las citas con los especialistas de la clínica de obesidad también resultó significativo entre desertores y no desertores, pues los pacientes desertores tienen más faltas que los que no desertaron.

Otro resultado de interés en este estudio fue la identificación de variables que podrían explicar y predecir la probabilidad de que un paciente deserte o no. En este caso se reconoce que ser hombre, presentar trastorno por atracón, mayor número de faltas y una percepción deficiente en cuanto a las redes sociales, son factores de riesgo asociados a la deserción. La importancia de estos hallazgos radica en que pueden ayudar a seleccionar instrumentos de evaluación que permitan una mejor identificación de los factores de riesgo para la deserción en los pacientes candidatos a la cirugía, ofreciendo la posibilidad de generar estrategias desde el inicio del tratamiento que disminuyan la probabilidad de que el paciente deserte.

Por último, se buscó identificar cuántos pacientes desertaron del protocolo de preparación para la cirugía bariátrica y en qué momento lo hicieron. Al respecto, los hallazgos de esta investigación determinaron que el 55.9% de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica desertaron del tratamien-

to, de los cuales el 60% lo hicieron en la fase de preparación, es decir, fueron pacientes que ya se encontraban integrados en el programa y que contaban con citas agendadas con más de un especialista e incluso asistieron en más de una ocasión a las mismas. A través de estos resultados se deduce que las estrategias para reducir la probabilidad de deserción, deben estar encaminadas a modificar y/o mejorar en esta fase, involucrando a todas los especialistas que integran al equipo multidisciplinario de la clínica de obesidad.

Los resultados del presente estudio deben ser interpretados teniendo en mente ciertas limitaciones.

El estudio presentado no analiza todas las variables que han sido reportadas como factores de riesgo en la deserción, por lo que sería importante contemplar otros factores psicológicos que podrían tener influencia, como abuso sexual, estrés percibido o rasgos de personalidad.

También es importante aclarar que, después de la evaluación inicial, los participantes de este estudio se sometieron a una intervención psicológica de enfoque cognitivo-conductual diseñada a la medida y a un tratamiento multidisciplinario (no sólo psicológico) como parte del protocolo de preparación para la cirugía bariátrica del hospital. Dichos tratamientos pudieron generar sesgos que no fueron tomados en cuenta para la realización del estudio.

Otra limitación concierne al diseño del estudio (retrospectivo) y al método de recolección de datos (autoinformes subjetivos) ya que las respuestas proporcionadas podrían estar influenciadas por deseabilidad social, intentos de manipulación del paciente para resultar candidato a la cirugía o sesgos.

La naturaleza transversal del estudio no permite realizar inferencias de causalidad ni observar cambios en las variables evaluadas a lo largo del tiempo. Se propone llevar a cabo estudios de naturaleza longitudinal para obtener información en torno al comportamiento de las variables analizadas.

Por último, se señala que los hallazgos obtenidos de esta investigación no son generalizables ya que la información fue obtenida de una sola muestra de pacientes asistiendo a un hospital de segundo nivel de atención.

Con base en los resultados encontrados y la discusión presentada, se realizan las siguientes sugerencias para disminuir la probabilidad de deserción y mejorar la selección en los pacientes con obesidad severa, candidatos a la cirugía bariátrica:²⁹

- Mejorar y mantener la calidad de la atención médica y administrativa a los pacientes con obesidad severa, proporcionando información apropiada y clara al respecto del tratamiento, incluyendo el tiempo que en promedio toma el protocolo de preparación y los objetivos que se persiguen durante el mismo.
- Identificar las razones por las que los pacientes desertaron del protocolo pre-quirúrgico en los tres momentos (fase de diagnóstico, de preparación y de cirugía) me-

- diante encuestas o cuestionarios (estudio cualitativo).
- Realizar un análisis de supervivencia que permita determinar el ritmo en el que los pacientes van desertando.
 - Diseñar procedimiento de "rescate telefónico" a los pacientes que han desertado.
 - Diseñar instrumentos de valoración específicos para medir e identificar variables psicológicas y psiquiátricas de importancia en esta población en particular, o, en su defecto, validar los inventarios disponibles para poblaciones distintas a la mexicana.
 - Implementar tratamientos que han demostrado el mejor nivel de evidencia para las psicopatologías más frecuentes en pacientes desertores, tales como la neuroterapia³⁰ para el trastorno por déficit de atención y atención plena o terapia dialéctica conductual³¹ para el trastorno por atracón.
 - Involucrar a la familia del paciente en el tratamiento para fomentar el compromiso y la educación de sus redes sociales.

A pesar de las limitaciones, los resultados del presente estudio sugieren que factores psicológicos/psiquiátricos, como la pobre percepción de apoyo social y el trastorno por atracón podrían establecerse como factores de riesgo en la deserción. Es importante identificar estas problemáticas y ofrecer un tratamiento eficiente para su remisión para incrementar la posibilidad de que el paciente logre modificar su estilo de vida y obtenga beneficios para su salud.

Es así como se subraya la importancia de adaptar de manera individualizada las estrategias de gestión de la obesidad para cada paciente y su situación particular. En este sentido se observa la necesidad de profundizar en la identificación de factores psicológicos y psiquiátricos que puedan estar asociados a la deserción y así poder probar nuevas estrategias de tratamientos que ayuden a los pacientes a mejorar su adherencia terapéutica y mejorar su estado de salud general.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se agradece la participación para el desarrollo de este estudio a los doctores Ana Beatriz Moreno Coutiño y Julio César López Hernández.

REFERENCIAS

1. The State of Food and Agriculture. Food and Agriculture Organization of the united nations. Roma: 2013.

2. Sandoval M. Obesidad: definición, clasificación, sintomatología y diagnóstico. En: Morales J (ed). Obesidad. Un enfoque multidisciplinario. México: Ciencia al Día; 2010.
3. Silencio J. Enfermedades y fármacos que favorecen la obesidad. En: Morales J (ed). Obesidad. Un enfoque multidisciplinario. México: Ciencia al Día; 2010.
4. Castillo R, Azuara H, Ruiz J, Garza M et al. Tratamiento quirúrgico de la obesidad y control de peso. *Rev Salud Tabasco* 2004;10:233-242.
5. Abilés V, Rodríguez S, Abilés J, Mellado C et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates. *Obes Surg* 2010;20:161-167.
6. Sierra M, Vite A, Ramos V, López J et al. Psychosocial profile of bariatric surgery candidates and the correlation between obesity level and psychological variables. *Int J Psychol Psychol Ther* 2012;12:405-414.
7. Vázquez V. ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Rev Endocrinol Nutr* 2004;2:136-142.
8. Rodríguez L, Vega M. Cirugía bariátrica: tratamiento de elección para la obesidad mórbida. *Acta Méd Costarric* 2006;48:162-171.
9. LeMont D, Moorehead M, Parish M, Reto C et al. Suggestions for the pre-surgical psychological assessment of bariatric surgery candidates. *American Society for Bariatric Surgery*; 2004; <https://asmbs.org/wp/uploads/2014/05/PsychPreSurgicalAssessmet.pdf>
10. Brosens C. Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. *Evid Actual Práct Ambul* 2009;12:116-117.
11. Huisman S, Maes S, De Gucht V, Chatrou M et al. Low goal ownership predicts drop-out from a weight intervention study in overweight patients with type 2 diabetes. *Int J Behav Med* 2010;17:176-181.
12. Sámamo L. Abandono del tratamiento dietético en pacientes diagnosticados con en un consultorio privado de nutrición. *Nutr Clín Diet Hosp* 2011;31:15-19.
13. Inelmen E, Toffanello E, Enzi G, Gasparini G et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *Int J Obesity* 2005;29:122-128.
14. Ahnis A, Riedl A, Figura A, Steinhagen-Thiessen E et al. Psychological and sociodemographic predictors of premature discontinuation of a 1-year multimodal outpatient weight-reduction program: an attrition analysis. *Patient Preference Adherence* 2012;6:165-177.
15. Merrell J, Ashton K, Windover A, Heinberg L. Psychological risk may influence drop-out prior to bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2012;8:463-469.
16. Sockalingam S, Cassin S, Crawford SA, Pitzul K et al. Psychiatric predictors of surgery non-completion following suitability assessment for bariatric surgery. *Obes Surg* 2013;23:205-211.
17. Beck AT, Steer RA, Garbin MC. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988;8:77-100.
18. Jurado S, Villegas E, Méndez L, Rodríguez F et al. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Ment* 1998;21:26-31.
19. Taylor S, Zvolensky M, Cox B, Deacon B et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity development and initial validation of the anxiety sensitivity Index-3. *Psychol Assessment* 2007;19:176-188.
20. Riveros A, Sánchez-Sosa J, Del Águila M. Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa). México: Manual Moderno; 2009.
21. Gómez Pérez-Mitre G. Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Prevención primaria y factores de riesgo de trastornos alimentarios, IN-305599 (PAPIT) UNAM, 34507 H (CONACYT); México; 2009.
22. Sheehan D, Lecrubier Y. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. México: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2000.
23. Reyes E, Cárdenas E, García K, Aguilar N et al. Validación de construcción de la escala de autorreporte del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en el adulto de la Organización Mundial de la Salud en población universitaria mexicana. *Salud Ment* 2009;32:343-350.

24. Vargas F, Tiellet M. Razões expressas para o abandono de tratamento psicoterápico. *Aletheia* 2003;17-18:155-158.
25. Vinkers C, Adriaanse M, De Ridder D. In it for the long haul: characteristics of early and late drop out in a self-management intervention for weight control. *J Behav Med* 2013;36:520-530.
26. Halsey L, Curran-Everett D, Vowler S, Drummond G. The fickle P value generates irreproducible results. *Nature Methods* 2015;12:179-185.
27. Orozco A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de control de la hipertensión arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. *Barranquilla: Salud Uninorte* 2010;26:201-211.
28. Morín R. Obesidad y sexualidad. *Rev Trab Soc* 2008;18:4-13.
29. Hotz S, Kaptein A, Pruitt S, Sánchez-Sosa J et al. Behavioural mechanisms explaining adherence. What every health professional should know. En: Sabate E (ed.). *Adherence to long term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003; pp. 135-139.
30. Moore N. The neurotherapy of anxiety disorders. *J Adult Dev* 2005;12:147-154.
31. Safer D, Telch C, Chen E. *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Nueva York: The Guilford Press; 2009.