

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA MÉDICA Y PSIQUIATRÍA.

TÍTULO

FRECUENCIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS EN PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA.

CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LA CLÍNICA DE OBESIDAD DEL INCMNSZ.

TÉISIS

Para obtener el Diploma de la
Especialización de Psiquiatría

PRESENTA

DRA. MONICA TERESA ROJAS RUIZ DE VIVAR

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
SECRETARÍA DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Dr. Dr.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTÍNEZ

México. D.F.

Enero 2004
2004

084800R



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Mónica Teresa Rojas Ruiz de Vivar
FECHA: 29 Agosto 2005
LUGAR: _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA MÉDICA Y PSIQUIATRÍA.

TÍTULO

FRECUENCIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA.
CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LA CLÍNICA DE OBESIDAD DEL INCMNSZ.

TÉSIS

Para obtener el Diploma de **Subdivisión de Especialización**
Especialización de **Psiquiatría**
Subdivisión de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
U.N.A.M.



PRESENTA

DRA. MÓNICA TERESA ROJAS RUIZ DE VIVAR

ASESOR TEÓRICO
DR. FRANCISCO LUNA

ASESOR METODOLÓGICO
DR. MIGUEL VILLAVICENCIO CASILDO

DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

MÉXICO, D.F. 2003

Vo. Bo.

DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ

ÍNDICE

TÍTULO	
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACIÓN	6
HIPÓTESIS.....	6
OBJETIVO.....	6
MÉTODO	8
DISEÑO	8
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	8
RESULTADOS	8
FIGURA 1	9
TABLA 1	9
FIGURA 2	10
FIGURA 3	10
FIGURA 4	11
TABLA 2	11
FIGURA 5	12
TABLA 3	12
TABLA 4	13
TABLA 5	13
DISCUSIÓN	14
CONCLUSIONES	15
REFERENCIAS	16

FRECUENCIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS EN PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA, CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LA CLINICA DE OBESIDAD DEL INCMNSZ.

INVESTIGADORES.

Dra.: Mónica Teresa Rojas Ruiz de Vivar.

Asesor teórico: Dr. Francisco Luna.

Asesor metodológico: Dr. Miguel Villavicencio Casildo.

ANTECEDENTES.

Los trastornos afectivos son la patología mental más frecuente en la población mundial. En las últimas décadas se ha incrementado. Se dice que en la población mundial 150 millones de personas presentan un trastorno afectivo. En la población mexicana, los últimos estudios reportan una prevalencia del 12% en la población adulta. (1)

Se ha calculado la prevalencia a lo largo de la vida, entre 15% al 18%. Otros estudios arrojan una prevalencia hasta del 20%.

Se presenta en 1.6 a 2.4 mujeres por cada hombre. Siendo la prevalencia en mujeres entre el 6.0 y 11.8% y de 2.6 y 5.5% en hombres. (2)

La obesidad es una enfermedad del mundo industrializado, abarcando cada vez más número de población, causando la obesidad grave, importante repercusión en la calidad de vida de quienes la padecen (3). Siendo esta calidad de vida poco satisfactoria debido a la presencia de complicaciones médicas propias de la obesidad, así como alteraciones en la capacidad funcional, interacción social y psicológica.

La obesidad es un problema actual de salud pública que requiere una atención especializada. La necesidad de tratar la obesidad ha llevado a una búsqueda de su etiología, por lo que ha sido multiestudiada, llegando así a demostrar que la obesidad tiene una etiología multifactorial, que va desde factores genéticos y en un 30% en factores no genéticos, ya que se ha visto mayor incidencia de obesidad entre los obesos monocigóticos manifestándose más tempranamente en mujeres en comparación con los hombres (3,5).

Para definir la obesidad, la entendemos como un exceso de tejido adiposo, que para ser detectada es necesario medir talla, peso, edad y pliegues de la piel, a través de la antropometría. Framingham, afirma que un sobrepeso del 20% arriba del peso ideal es un riesgo para la salud (6,7). Para clasificarla con fines de tener parámetros que nos apoyen en el diagnóstico y la evaluación de la eficacia de los tratamientos, esta clasificación consiste en un 20 a 40 % para los casos leves, de un 41 a 100% casos moderados y los graves por arriba de un 100% (8).

Otras clasificaciones se han realizado a través del índice de masa corporal (BMI), siendo normal por debajo de 25Kg/m², obesidad leve 27 < 30, obesidad moderada 30 < 35, obesidad grave 50 < 60 y súper/súper obesidad 60 > (9).

La necesidad de tratar la obesidad, así como disminuir los riesgos de morbilidad-mortalidad de la misma, se ido en búsqueda del tratamiento ideal, en los casos de obesidad mórbida se ha recurrido a la cirugía bariátrica, que se ha clasificado como una cirugía restrictiva en la que se puede realizar un bypass en el tracto digestivo con el fin de producir malabsorción.

Se han tratado de identificar todos los factores que contribuyen a la obesidad, para así integrar un tratamiento multidisciplinario, para lo cuál se han estructurado lineamientos en la selección de candidatos para la cirugía bariátrica, los cuáles consisten en pacientes con Índice de Masa Corporal por arriba de 35-40 Kgm², así como alto riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus, pacientes con activa morbilidad por obesidad, ó sujetos jóvenes con obesidad mórbida y previos tratamientos bariátricos inefectivos. Así mismo se excluye a aquellos pacientes que presenten psicopatologías como pacientes psicóticos, demenciados, delirium, retraso mental moderado a severo, abuso de sustancias, depresión activa y/o con ideas suicidas, trastornos de personalidad borderline, ya que todas estas entidades aumentan el riesgo de complicaciones psiquiátricas y médicas (32,34)

La presencia de psicopatología en obesos ha sido investigada encontrándose comorbilidad con trastornos de personalidad como lo es la Bordeline (10,28,29). Se han encontrado como importantes predictores de sobrepeso un alto estrés, vida pobremente satisfactoria y altos puntajes de neuroticismo, mientras que los altos niveles de extroversión disminuyen el riesgo de sobrepeso (17,33,36).

En otros estudios realizados en obesos aplicándoles escalas para medir depresión, como la de HAM-D y la de Beck, se encontró mayor frecuencia de obesidad asociada a trastornos afectivos y especialmente en mujeres e inversamente en hombres, así demostrándose la teoría del "gordito feliz" (6,7,12,30,37,38).

Otros estudios de donde se ha correlacionado el abuso sexual y obesidad, arrojándose resultados de un alto número de abuso sexual durante la adolescencias y/o infancia condicionando así depresión, ansiedad, baja autoestima e independientemente de la presencia de abuso sexual al aplicarse la escala de depresión de Beck, se encontró una alta incidencia de ansiedad en pacientes obesos mórbidos, la cual tiende a exacerbarse ante la presencia de complicaciones médicas propias de la obesidad (12,30).

La teoría de que la obesidad puede ser de alto riesgo para depresión ha sido estudiada en varios estudios, sin embrago los resultados no son uniformes. En un estudio realizado por Roberts RE, et. al. con pacientes con un BMI mayor al 85%. Fueron mixtos los resultados y encontrándose gran relación con depresión, con y sin ajuste con covariables como sexo, edad, educación, estado marital, estado social. No soportando la relación de la obesidad como factor de riesgo para depresión (14). Otro estudio realizado por Ross en 1994, en 2 020 adultos de entre 18 y 90 años, realizando la entrevista por teléfono. Los resultados mostraron que la obesidad no tiene efecto directo en la depresión excepto en la población instruida académicamente, en donde la

combinación de sobrepeso y un empeoramiento con su salud física puede asociarse a depresión (15).

Otros estudios se han ocupado de estudiar la relación de la obesidad con depresión de acuerdo al género, apoyando la teoría de que es más frecuente la asociación depresión – obesidad en mujeres. En un estudio realizado en un grupo de pacientes obesos inscritos en un programa para perder peso, se les aplicaron: el inventario de Beck, escala de focos relacionados con la alimentación, una escala del control de la alimentación bajo varias circunstancias. Se encontró altos puntajes de depresión acompañada de más conductas disruptivas alimenticias, tendencias a desregulación alimenticia y una fuerte asociación afectiva y social a conductas alimenticias disruptivas. Se encontró que hay predictores de género para comorbilidad con depresión para obesas femeninas por la emoción negativa ante la comida, conductas purgativas, experiencia inadecuada social y física (16).

En otros estudios se habla de la relación de la obesidad y la depresión, así como de conductas suicidas y género. En el estudio de Carpenter et. al., en el 2000, encontró una relación entre la obesidad y el trastorno depresivo mayor, con intentos suicidas, ideación suicida en una población general.. Encontró que entre las mujeres que presentaban un mayor BMI fue asociado con depresión mayor e ideación suicida; y entre los hombres, un BMI bajo fue asociado con intentos suicidas e ideación suicida, sin diferencias raciales (17).

La teoría de que la imagen corporal es un potencial mediador de la relación entre obesidad y alteración psicológica, fue estudiada por Friedman, en el que aplicó el inventario de Beck a pacientes, tanto hombres como mujeres que se encontraban en control de peso. Así como también se les aplicaron la escala de autoestima y la escala de conductas compulsivas alimenticias. Los resultados fueron que en ambos sexos la insatisfacción con la imagen corporal, el grado de sobrepeso, la depresión y la autoestima se encuentran relacionadas (18). Por lo que esto vendría a respaldar la asociación de la obesidad con los trastornos afectivos. Otros estudios soportan la idea de la asociación de la insatisfacción de la imagen corporal, con conductas restrictivas, con atracones y depresión; encontrándose que al mejorar la imagen corporal, disminuye la depresión pero aumentan las conductas restringidas, proponiéndose este como un camino de tratamiento para las mujeres obesas (19).

Es importante la realización de una valoración psicológica prequirúrgica, ya que como se ha visto, la comorbilidad con trastornos afectivos, ansiosos, de personalidad; no son raros en esta población. Esto es con la finalidad de que el paciente lleve una preparación en relación a sus emociones y conductas, así como la información necesaria sobre el procedimiento y anticipar reacciones de ajuste.

Glinski J, et. al, aplicaron el MMPI-2 a pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica, encontrando una alta prevalencia de psicopatología así como de trastornos de personalidad, lo cual intervenía en el resultado post quirúrgico, como lo es el pobre apego al terapéutico, la

satisfacción en la pérdida de peso, así algunas ventajas, como lo es el contribuir a una adecuada relación médico paciente (18).

En Otros estudios se soporta la idea de la necesidad de una valoración mental profesional antes y después de la cirugía, para así identificar que pacientes pueden presentar más frecuentemente comorbilidad con depresión, compulsión para alimentarse u otras complicaciones emocionales. La identificación de estas patologías contribuye a una mejoría en la salud (21).

Se han llevado a cabo estudios en pacientes que son candidatos a cirugía bariátrica con la finalidad de detectar la psicopatología, así como la calidad de vida, encontrándose que muchos de estos pacientes presentaron múltiples síntomas somáticos y enfermedades en particular como problemas ortopédicos, disnea, hipertensión, DM, apnea del sueño. Aplicándole escalas como el índice de síntomas generales y comprobación de síntomas (SCL-90-R), la escala de ansiedad y depresión para hospitales (HADS), resultando estas por arriba de lo normal. La escala de satisfacción general y satisfacción de salud (FLZM) fue baja. Las conductas alimenticias en ambos sexos estaban representadas con marcada irritabilidad y desinhibición. La conducta compulsiva fue la más común así como la bulimia atípica (6.3%), trastorno de adaptación (15.2 %), y los trastorno de personalidad (10%). La escala de HADS no correlacionó con el BMI u otros factores somáticos, la relación entre SCL-90-R y BMI fue baja; sin embargo, los pacientes con trastornos psiquiátrico tuvo un alto significado con relación al BMI y altos promedios en todas las escalas, con excepción con la satisfacción con la vida. Concluyendo que estos pacientes con obesidad mórbida, candidatos a cirugía bariátrica presentan síntomas físicos y psicológicos con una alta preferencia por los trastornos psiquiátricos especialmente los trastornos de alimentación (22)

Sin embargo existen otros estudios que no apoyan la teoría de que la psicopatología puede contribuir los resultados posquirúrgicos indeseables. En un estudio realizado por Davidson, et. Al. En 1991, en pacientes que iban a ser sometidos a cirugía bariátrica, realizándoles una valoración psiquiátrica pre y post quirúrgica. Se dividieron los pacientes en tres grupos, el 1ro sin psicopatología, un 2do grupo con trastornos psiquiátricos menor como conducta sociopática y depresión leve y un 3er grupo con historia de trastorno de depresión mayor, psicosis y dependencia a drogas. Concluyendo que la morbilidad psiquiátrica no tuvo efectos adversos en el resultado posquirúrgico en la pérdida de peso. La pérdida de peso en los siguientes 33 meses posterior a la cirugía fue del 26% en el grupo 1, 30% en el grupo 2 y 33% en el grupo 3. Sólo algunos pacientes del grupo 3 requirieron manejo psiquiátrico sin embargo no intervino en el resultado postoperatorio. (23).

La importancia de una valoración multidisciplinaria que incluya la valoración psiquiátrica, radica no sólo porque el paciente será sometido a un cambio dramático en sus conductas sobre todo alimenticias, así como en su calidad de vida en sus relaciones interpersonales, en su estado de salud. (24)

Existen estudios que han reportado de un 19.3% al 28.2% de pacientes, candidatos a cirugía bariátrica que han presentado a lo largo de su vida un trastorno depresivo. Por ejemplo, Black, et.

Al. Realizaron un estudio en 88 mujeres y encontró que tenían historia de un trastorno depresivo mayor en un 19.3%, y otro 10% algún otro tipo de depresión, incluyendo el trastorno bipolar. Estos datos fueron obtenidos, utilizando la entrevista del Instituto Nacional de Salud (NIH). Otro estudio realizado por Lamí, et. Al. Encontró que de 70 mujeres y 10 hombres, tuvieron un episodio de trastorno depresivo mayor utilizando los criterios del DSM-III. El 50% cumplieron criterios para el eje I.

Similares hallazgos se reportaron en un estudio realizado por Powers, et. al., encontrándose que 28.2% de un grupo de 111 mujeres y 20 hombres que tuvieron trastornos afectivos también valorados con los criterios del DSM-IV. Como resultado del estudio se concluyó que los pacientes con obesidad extrema tienen mayor índice de depresión que los pacientes controles. Por otra parte el estudio de Lamí, et. al. concluyó que no hay diferencia significativa con la población general. Esta diferencia podría atribuirse a la selección de los pacientes para comparación (25).

Las mujeres con obesidad extrema son quienes más riesgos tienen para presentar un trastorno depresivo, siendo las más susceptibles que los hombres. Sitúan, et. al., encontró una relación positiva entre el BMI y síntomas de depresión, medido por la escala epidemiológica de estudio de depresión (CES-D) (14). Carpenter, al utilizar la entrevista estructurada del DSM-IV para diagnosticar trastorno depresivo mayor. Este encontró que las mujeres obesas (BMI ≥ 30 Kgm²) fue un 37% más frecuente que tuvieran un trastorno depresivo en el pasado, que las mujeres con un BMI = 20.8 – 29.9 Kgm². También fue significativamente más frecuente que reportaran ideación suicida o intento suicida. Siendo que los hombres redujeron el riesgo de trastorno depresivo e intentos suicidas. (5,6,14).

En los pacientes extremadamente obesos se ha visto un mayor riesgo de morbi y mortalidad no sólo en enfermedades médicas como lo es el infarto, la aterosclerosis, problemas vasculares, etc., si no, un mayor riesgo de complicaciones psicosomáticas. Se han reportado un pobre bienestar emocional en obesos extremos con un BMI ≥ 38 Kgm² que los moderadamente obesos con un BMI 34-37 Kgm². Sin embargo no se han encontrado diferencias significativas entre depresión y ansiedad en este grupo de pacientes. (14).

En las valoraciones que se han realizado en pacientes con obesidad extrema que fueron sometidas a cirugía bariátrica, comparado con un grupo de mujeres también con obesidad pero sometidas a reducción de peso con tratamiento farmacológico, se encontró que en las candidatas a cirugía bariátrica mostraban altos puntajes en la escala de Beck, con un 43% con trastorno depresivo mayor mínimo, un 24.6% leve, 17% moderado y 15% severo. Siendo estos resultados indicativos de que las pacientes sometidas a cirugía bariátrica requieren de una valoración médica y mental apropiada (25)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los trastornos afectivos es una de la patología psiquiátrica más frecuente en pacientes con obesidad mórbida.

JUSTIFICACIÓN.

Dado que en México son sólo tres los centros de estudio, entre ellos el Instituto Nacional Ciencias Médicas de la Nutrición "Salvador Zubirán", que cuentan con la clínica de obesidad en donde se protocolizan a los pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Nos interesó conocer los datos que arrojan estas valoraciones sobre la comorbilidad con trastornos psiquiátricos, por lo que se decidió realizar este estudio para ampliar el conocimiento en la frecuencia de los trastornos afectivos en esta población.

HIPÓTESIS.

1. En pacientes con obesidad mórbida la comorbilidad con trastornos afectivos se estima en un 10-20%.
2. Los trastornos afectivos se presentan con mayor frecuencia en mujeres con obesidad mórbida.
3. Entre mayor índice de masa corporal mayor frecuencia de padecer un trastorno afectivo.
4. Pacientes obesos con mayor grado de estudios, menor probabilidad de presentar trastorno afectivo.
5. Los trastornos afectivos se presenta con mayor frecuencia entre las edades de 30 y 50 años.

OBJETIVO.

Determinar la frecuencia de los trastornos del estado de ánimo:

- trastorno depresivo mayor actual episodio único
- episodio depresivo mayor,
- trastorno depresivo mayor recidivante y
- trastorno distímico

En una cohorte de 101 pacientes con obesidad mórbida en protocolo para cirugía bariátrica.

Según el DSMIV los clasifica en trastornos del estado de ánimo:

1. Trastorno depresivo mayor. Presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Este no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. Se clasifica leve, moderado grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total y no especificado

2. Episodio depresivo mayor. Presencia de cinco (o mas) de síntomas como: estado depresivo la mayor parte del día, en niños o adolescentes estado de ánimo irritable,

disminución del interés o de la capacidad del placer, pérdida o ganancia importante de peso, alteraciones con el sueño (insomnio o hipersomnia), agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, culpa y desesperanza, disminución de la capacidad para concentrarse o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte. Durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa.

3. Trastorno depresivo mayor recidivante. Presencia de uno o más episodios depresivos mayores, los trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Nunca se ha presentado un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Se clasifica en leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total y no especificado.

4. Trastorno distímico. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años, presencia de los siguientes síntomas:

- pérdida o aumento de apetito
- insomnio e hipersomnia
- falta de energía o fatiga,
- baja autoestima,
- dificultades para concentrarse o para toma de decisiones
- sentimientos de desesperanza

No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos 1ros años de la alteración.

Nunca ha habido un episodio maniaco, mixto o episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para trastorno ciclotímico.

La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos, directos de una sustancia o enfermedad médica.

Los síntomas cursan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

MÉTODO.

En una cohorte de 101 pacientes de la clínica de obesidad del Instituto Nacional Ciencias Médicas de la Nutrición "Salvador Zubirán", con obesidad mórbida (100% por arriba del peso ideal), entre hombres y mujeres de entre 17 y 64 años valorados como parte del protocolo para cirugía bariátrica desde enero de 1998 hasta enero del 2002, residentes de la ciudad de México. Durante su primera valoración se aplicaron 101 ECED I aplicados por médico psiquiatra.

Se utilizó la entrevista utilizando como instrumento el ECED (Entrevista Clínica Estructurada para Diagnósticos del DSM-IV), que es la versión en español del SCID (Structural Clinical Interview for DSM-IV), con el objeto de determinar el diagnóstico del eje I según el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual-IV Edition) que proporciona puntuaciones numéricas en las escalas diagnósticas. Es útil para establecer la gravedad de la enfermedad y para controlar la recuperación. Su utilidad más importante es como instrumento de investigación, ayuda a estandarizar una cohorte de sujetos y proporciona medidas objetivas de resultados para evaluar la respuesta a los tratamientos.

Esta entrevista se realizó en un promedio de 2 horas.

Se revisaron 101 ECED I aplicados a esta población y se registraron las siguientes variables: edad, sexo, peso, escolaridad y trastornos del estado de ánimo (episodio y trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo recidivante y trastorno distímico).

DISEÑO.

Es un estudio descriptivo retrolectivo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se realizará a través de la obtención de la media y desviación estándar.

RESULTADOS.

Se encontró una cohorte de 101 pacientes, De estos el 39.3% fueron del sexo masculino y 62.6% del sexo femenino (Fig. 1), con intervalo de edad 17-64 años (promedio 38.2 DS 10.9), el grupo mayor fue de las edades entre los 31 y 40 años (Fig. 2). En los resultados del ECED I se encontraron 25 pacientes con trastornos afectivos (FIG 3), de los cuales; 14 pacientes con **trastorno** depresivo mayor episodio actual (14.1 % DS 0.3) de los cuales 9 fueron mujeres (64.2%) y 5 hombres (35.7%). Cinco pacientes tuvieron **episodio** depresivo mayor (5.0% DS 0.2) de los cuales 2 fueron mujeres (40%) y 3 fueron hombres (60%). Cinco con episodio depresivo mayor recidivante (5.0% DS 0.2) de los cuales, 4 fueron mujeres (80%) y 1 hombre (20%). Un paciente con trastorno distímico (1.0% DS 0.09) que fue del sexo femenino (100%) (Fig. 4) (Tabla 1).

El peso de los pacientes fue entre 100 Kg. y 240 Kg. El promedio de peso fue de 143.3 Kg. con una DS de 34.5. Un mayor número de pacientes entre el peso de 121 y 140 Kg. Con 37

pacientes con un promedio de peso de 130.9 DS 22.7 (Fig.5), de los cuales 26 fueron mujeres con un promedio de peso de 128.6 DS 6.1 y 11 hombres con un promedio de peso de 132.6 DS5.5. (Tabla 2)

El nivel de escolaridad más frecuente fue la media superior con 39.3% (Fig.6), de las cuales 26 fueron mujeres cuyo peso fue de un promedio de 130.8 Kg. DS 21.9. 13 fueron hombres, cuyo promedio de peso fue de 174.2 Kg. DS 43.5. (Tabla 3). El nivel superior fue el más bajo con 27.2% de los cuales 15 fueron mujeres con un promedio de peso de 128.12 Kg. DS 15.5. 12 fueron hombres con un promedio de peso de 143.0 Kg. DS 33.9 (Tabla 4).

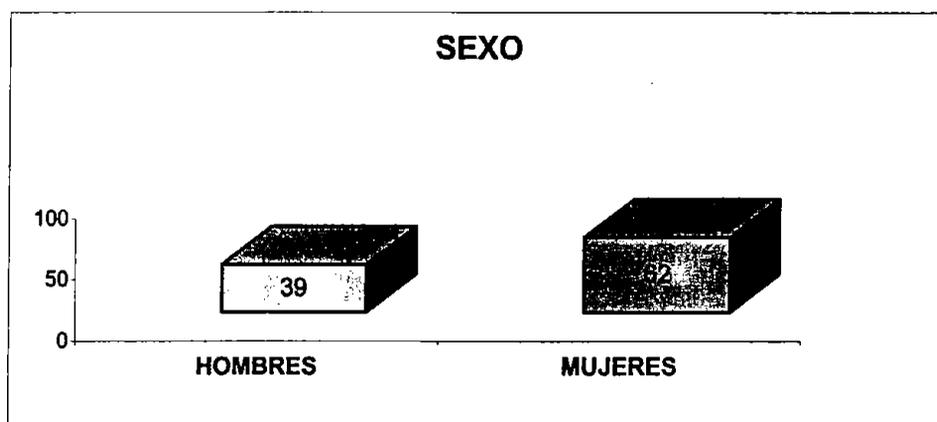


FIG. 1

SEXO	TRASTORNOS AFECTIVOS
HOMBRES	9
MUJERES	16

TABLA 1

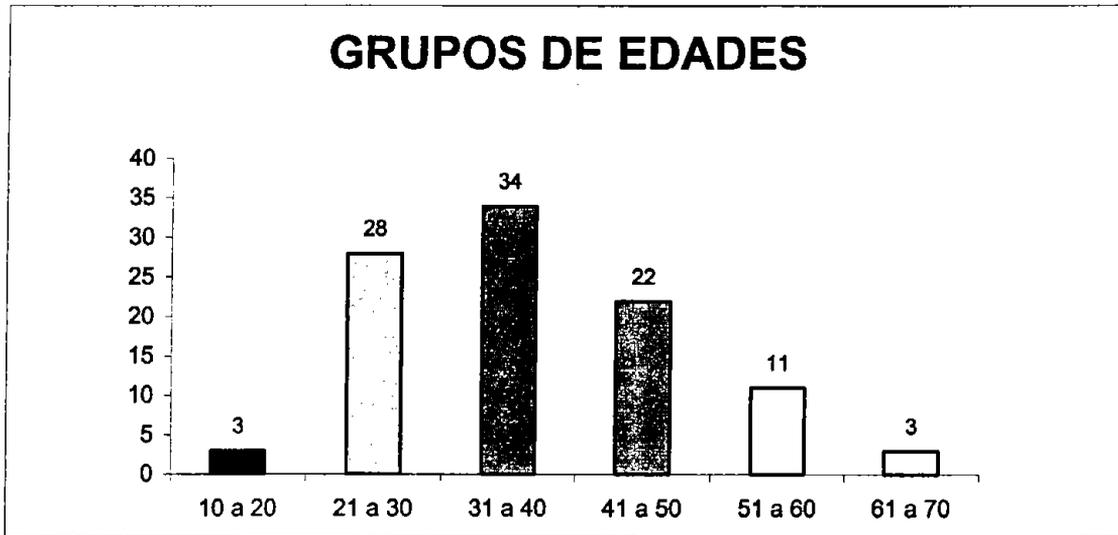


FIG. 2

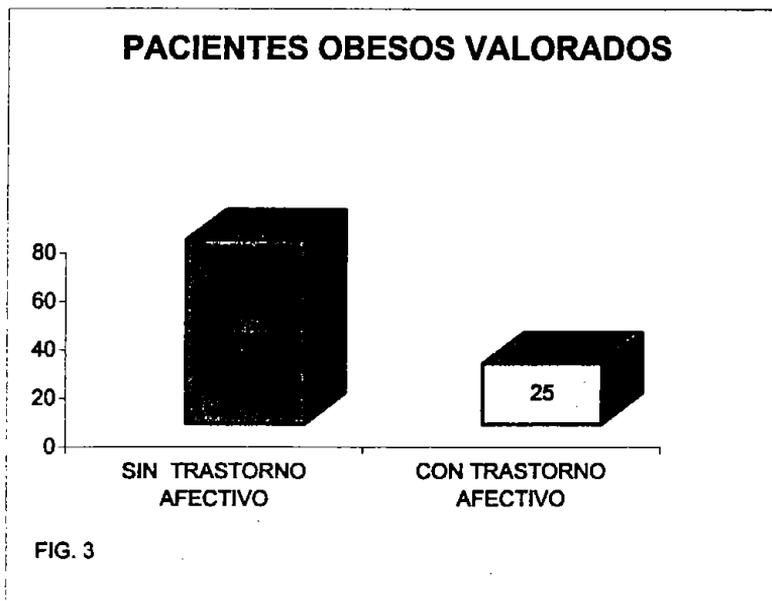
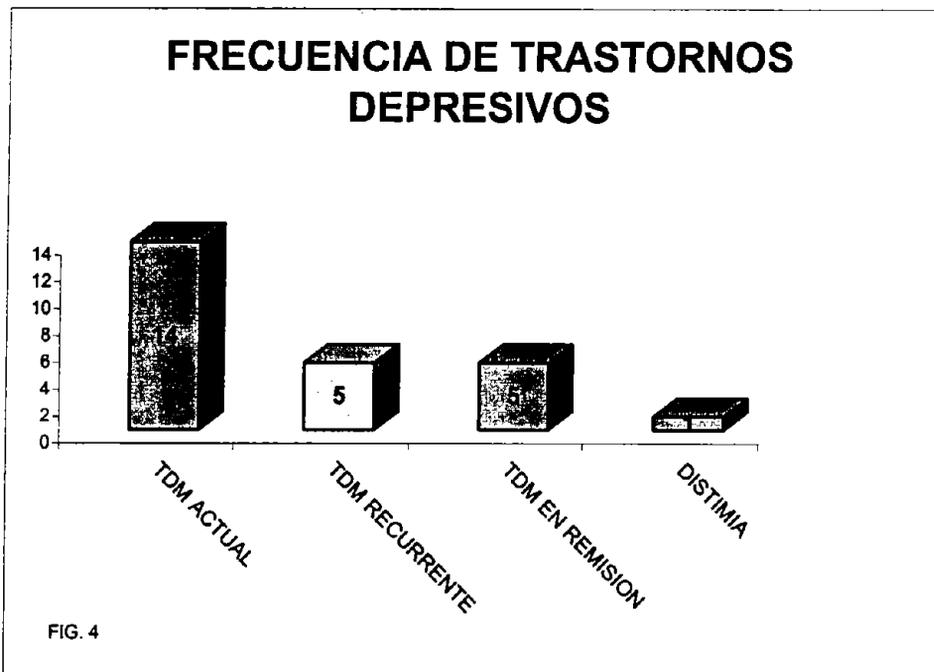


FIG. 3



TRASTORNOS AFECTIVOS	POR SEXO	
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	Mujeres	9 (64.2%)
	Hombres	5 (35.7%)
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	Mujeres	4 (80%)
	Hombres	1 (20%)
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Mujeres	2 (40%)
	Hombres	3 (60%)
TRASTORNO DISTIMICO	Mujeres	1 (100%)
	Hombres	0

TOTAL 25

TABLA 2

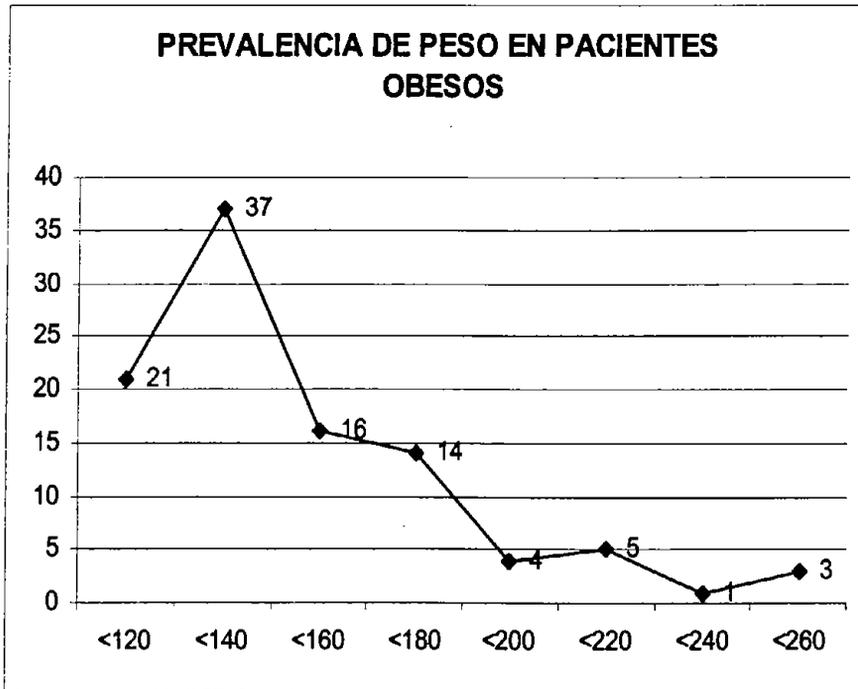


FIG. 5

GRUPO DE PACIENTES	TOTAL	MUJERES	HOMBRES
120 – 140 Kg.	37 (130.9 Kg. DS 22.7)	26 (128.6 Kg. DS 6.1)	11 (132.6 Kg. DS 5.5)

TABLA 3

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE	PESO PROMEDIO
MEDIA SUPERIOR	39 %	26 MUJERES 130.8 Kg. DS21.9
		13 HOMBRES 174.2 Kg. DS 43.59

TABLA 4

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE	PESO PROMEDIO
PROFESIONAL	27 %	15 MUJERES 128.1 Kg. DS 15.5
		12 HOMBRES 143.0 Kg. DS 33.9

TABLA 5

DISCUSIÓN.

La depresión ocupa una prevalencia del 12% en la población adulta. Encontrando que nuestra población valorada mostró una prevalencia del 25% por arriba de la prevalencia propuesta en nuestra hipótesis, que fue entre un 10% y 20%. Vemos que es una prevalencia mayor que en la población general. Esto nos habla que en pacientes con obesidad mórbida tienen riesgo mayor a presentar depresión o algún trastorno depresivo, que probablemente esté en relación con el deterioro en el área social, laboral, familiar, etc. Así como una baja autoestima como se menciona en la literatura, ya que en este estudio no se incluyeron estas variables, como son autoestima, relaciones interpersonales, deterioro. Se verificó que la depresión se presenta con mayor frecuencia en mujeres obesas, con una prevalencia del 16% y del 9% en varones. Encontrando una prevalencia mayor también en las mujeres comparado con la población general.

Sobre la premisa de la relación entre; un mayor BMI, mayor frecuencia de trastornos afectivos, encontramos una relación inversa, entre menor peso mayor frecuencia de trastorno depresivo. Entre los 100 y 120Kg, encontramos 6 casos de trastornos afectivos (28.5%), entre los 121 y 140Kg. fueron 9 casos de trastornos depresivos (24.3), entre los 141 y 160Kg., 6 casos de trastornos afectivos (37.5%), entre los 161 y 180Kg. con 4 casos de trastornos afectivos (28.5%). De entre los 181 y 260 Kg. no se reportaron ningún caso de trastornos afectivos. Por lo que entre los 141 y 160 Kg., se encontró la mayor frecuencia de trastornos afectivos, siendo mayor el número de hombres que de mujeres (relación 1:2), sin tener relación que en este grupo fue el mayor número de pacientes obesos.

Con la variable de escolaridad encontramos que existía un mayor número de pacientes obesos con la educación media superior ocupando un 39%. Sobre la teoría de la relación inversa de: entre mayor grado de estudios, menor probabilidad de presentar depresión. Encontramos que del grupo de nivel superior sólo había 7 casos de trastornos afectivos, siendo menor el número de casos comparados con los de nivel medio superior y básico en donde se encontró 8 casos en cada grupo. Un hallazgo fue que los hombres de los tres niveles de escolaridad presentaban mayor peso que las mujeres.

Encontramos que la obesidad se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad mayor a los 21 años y menor de los 50 años, lo cual corrobora nuestra hipótesis. Esto nos lleva a relacionar que la obesidad mórbida puede condicionar un trastorno afectivo o viceversa, ya que ambas características; como son la obesidad y la depresión se presentan con mayor frecuencia en un grupo de edades, encontrándose que el mayor número de trastornos afectivos se presentó en las edades de entre 10 y 20 años, con un 66%, seguido por los grupos de edades de entre 31 y 40 años con un 29.4%. Por lo que nuestra hipótesis de que los trastornos afectivos se presentan con mayor frecuencia entre las edades de 30 y 50 años, es rechazada según nuestros resultados. Sin embargo si se encuentra un mayor número de trastornos afectivos en pacientes obesos mórbidos, en un rango más amplio; siendo entre los 10 años y los 50 años.

CONCLUSIONES.

Nuestras conclusiones fueron que: al parecer los hombres se deprimen menos que las mujeres y sin embargo pesan más.

El trastorno más frecuente fue el trastorno depresivo mayor, seguido por el trastorno depresivo mayor recidivante y el episodio depresivo mayor.

Concluimos que la aplicación de ECED-I puede ser útil como instrumento para valorar a los pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica, ayudando a estandarizar a nuestra cohorte. Siendo importante también la aplicación y entrevista por un médico psiquiatra.

En este estudio no se tomó en cuenta la evolución de los trastornos afectivos durante el curso de las valoraciones por otras especialidades, así como su evolución posterior a la intervención quirúrgica.

Resulta útil la aplicación de esta escala para la intervención oportuna y así evitar complicaciones pre, trans y post quirúrgica y ofrecerles los mejores resultados a los pacientes.

REFERENCIAS

1. ANGST J. EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS. SALUD MENTAL, 1992; 15(2): 1-5.
2. CARAVEO, COLMENARES. MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN LA CIUDAD DE MÉXICO, PREVALENCIA Y COMORBILIDAD A LOS LARGO DE LA VIDA. SALUD MENTAL, NUMERO ESPECIAL.1999.
3. BENOTTI PETER ET. AL.; THE ROLE GASTRIC SURGERY IN THE MUTIDISCIPLINARY MANAGMENT OF SEVERE OBESITY; THE AMNERICAN JOURNAL OF SURGERY; VOL. 169; MARCH 1995
4. HERSKIND M.C. GUR ET AL; SEX AND AGES SPECIFIC ASSESSMENT OF GENETIC AND ENVIROMENTAL INFLUENCES ON BODY MASS INDEZ IN TWIS; INTERNAL JOURNAL OF OBESITY; VOL.20, 1996.
5. MA AUSTIN, Y FRIEDLANDER, ET. AL. GENETIC INFLUENCES ON CHANGES IN BODY MASS INDEX : A LONGITUDINAL ANALYSIS OF WOMEN TWINS. OBES RES 1997 5: 326-331.
6. ALASTRUE A. ET. AL.; COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD ; REVISTA DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN; VOL. 10; No. 6; NOV – DIC. 1996.
7. BRAY GA; COMPLICATIONS OF OBESITY;ANN INTERN MED;103;1985
8. GAYE ANDREWS ET AL.; BODY IMAGE IN BINGE EATING DISORDER; OBESITY SURGERY; VOL. 8, 1998.
9. KATHLEEN RENQUIST; OBESITY CLASSIFICATION; OBESITY SURGERY; VOL. 7; 1997
10. JOAN LAUER ET. AL.; MMPI PROFILES OF FEMALE CANDIDATES FOR OBESITY SURGERY: A CLUSTER ANALYTIC APPROACH; OBESITY SURGERY; No. 6, 1996.
11. BRUNO M. ET. AL.; CONCISE REVIEW FOR PRIMARY-CARE PHYSICIANS; MAYO CLIN.; VOL. 72; JUNE 1997.
12. KELLI E. ET. AL. BODY IMAGE PARTIALLY MEDIATES THE RELATIONSHIP BETWEEN OBESITY AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS. OBES RES 2002 10 : 33-41
13. KING T.K. CLARCK ET. AL.; HISTORY OF SEXUAK ABUSE AND OBESITY TREATMENT OUTCOME; ADICCT. BEHAV.; VOL. 21; No. 3; MAY 1996.
14. ROBERTS RE, KAPLAN GA, ET. AL. ; ARE THE OBESE AT GREATER RISK FOR DEPRESSION ?. ; AM J EPIDEMIOLOG 2000 JUL 15;152(2):163-70.
15. ROSS CE. OVERWEIGHT AND DEPRESSION. ; HEALTH SOC BEHAV.; 1994 MAR;35(1):63-79.

16. MUSANTE GJ, COSTANZO PR, FRIEDMAN KE. THE COMORBIDITY OF DEPRESSION AND EATING DYSREGULATION IN A DIET-SEEKING OBESE POPULATION: A MATTER OF GENDER ESPECIFICITY. INT J EAT DISORD 1998 JAN;23(1):65-75.
17. CARPENTER KM, HASIN DS, ET. AL. RELATIONSHIPS BETWEEN OBESITY AND DSM-IV MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, SUICIDE IDEATION, AND SUICIDE ATTEMPTS: RESULTS FROM A GENERAL POPULATION STUDY. AM J PUBLIC HEALTH 2000 FEB;90(2):251-7.
18. FRIEDMAN KE, REICHMANN SK, ET. AL. BODY IMAGE PARTIALLY MEDIATES THE RELATIONSHIP BETWEEN OBESITY AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS. OBES RES 2002 JAN; 10(1): 33-41.
19. ZIPPER E, VILA G, ET. AL. OBESITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, MENTAL DISORDERS AND FAMILIAL PSYCHOPATHOLOGY. PRESS MED 2001 OCT 20; 30 (30): 1489-95.
20. GLINSKI J, WETZLER S. ET. AL. THE PSYCHOLOGY OF GASTRIC BYPASS SURGERY. OBES SURG 2001 OCT;11 (5): 581-8.
21. WADDEN TA, SARWER DB. PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF OBESITY AND OBESITY SURGERY. SUR CLIN NORTH AM 2001 OCT;81(5):1001-24.
22. LANG T, HAUSER R. ET. AL.. PSYCHOLOGICAL COMORBIDITY AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH MORBID OBESITY AND REQUESTING GASTRIC BANDING. SCHWEIZ MED WOCHENSCHR 2000 MAY 20;130 (20):739-48.
23. DAVIDSON T, ET. AL. PSYCHOLOGICAL PROFILE AND OUTCOME IN PATIENTS UNDERGOING GASTROPLASTY FOR MORBID OBESITY. OBES SURG 1991 JUN; 1(2): 177-180.
24. DIGREGORIO JM, ET. AL. THE PSYCHOLOGY OF BARIATRIC SURGERY. OBES SURG 1994 NOV;4 (4): 361-369.
25. THOMAS A. WADDEN; ET. AL. SURGICAL CLINICS OF NORTH AMERICA. VOLUMEN 81; NO. 5, OCT 2001; 1001-1024
26. KORKEILA M. ET. AL.; PREDICTOR OF MAJOR WEIGHT GAIN IN ADULT FINNIS:STRESS, LIFE SATISFACTION AND PERSONALITY TRAITS; INTERNATIONAL JOURNAL OF OBESITY; VOL. 5;1998.
27. CRISP AH, MC GUINNESS B. JOLLY FAT: RELATION BETWEEN OBESITY AND PSYCHONEUROSIS IN GENERAL POPULATION. BR. MED J 1976; 1:7-9
28. WISW TN, FERNANDEZ F. PSYCHOLOGICAL PROFILES IF CANDIDATES SEEKING SURGICAL CORRECTION FOR OBESITY. OBESITY/BARIATRIC MED 1979; 8:83-86.
29. HUTZLER JC, KEE J, MOLINARI V, CAREY L, SUPER OBESITY: A PSYCHIATRIC PROFILE OF PATIENTS ELECTING GASTRIC STAPLING FOR THE TREATMENT OF OBESITY. J CLIN PSYCHIATRY 1981; 42:458-462

30. BERMAN E, THE INCIDENCE AND COMORBIDITY OF PSYCHIATRIC DISORDERS IN OBESITY. J PERS DISORD. 1992; 6:168-175
31. CHRISTIAAN D. VAN DER VELDE ET. AL.; BODY IMAGES OF ONE'S SELF AND OF OTHERS: DEVELOPMENTAL AND CLINICAL SIGNIFICANCE; THE AM. JOURNAL OF PSYCHIATRY; VOL. 142; No. 5; MAYO 1985.
32. EDWARD E. MASON ET. AL.; PAST, PRESENT, AND FUTURE OF OBESITY SURGERY; OBESITY SURGERY; VOL. 8; 1998.
33. GIAN FRANCO ET. AL.; BODY IMAGE IN BINGE EATING DISORDER; OBESITY SURGERY; VOL. 8, 1998
34. GRACE DAVID; GASTRIC RESTRICTION PROCEDURES FOR TREATING SEVERE OBESITY; AM. JOURNAL CLIN. NUTR.; VOL. 55; 1992.
35. KHAN L. K. ET. AL.; ACCULTURATION, SOCIOECONOMIC STATUS, AND OBESITY IN MEXICAN AMERICANS, CUBAN AMERICANS, AND PUERTO RICANS; INTERNATIONAL JOURNAL OF OBESITY; VOL. 21; 1997.
36. KRAL JOHN ET. AL.; ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE BEFORE AND AFTER SURGERY FOR SEVERE OBESITY; AM JOURNAL CLIN. NUTR.; VOL. 55, 1992.
37. MARSHALL COWAN ET. A.; PSYCHOLOGICAL STATUS OF THE MORBILY OBESE; OBESITY SURGICAL; No. 6; 1996.
38. PALINKAS L.A. ET. AL.; DEPRESSIVE SYMPTOMS IN OVERWEIGHT AND OBESE OLDER ADULTS: A TEST OF "JOLY FAT" HYPOTHESIS; JOURNAL PSYCHISIM.; VOL. 40; No. 1; JAN 1996.