

El MMPI ¿Ayuda a predecir el éxito de los pacientes en la cirugía bariátrica?

The MMPI, helps to predict the success of patients under bariatric surgery?

Lilia Joya-Laureano

Universidad Nacional Autónoma de México y
Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, ISSSTE

Lucy María Reidl-Martínez

Universidad Nacional Autónoma de México

María Luisa Cristina Alemán-Vázquez

Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, ISSSTE

Hugo Martínez-Lemus

Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, ISSSTE

Lluvia Angélica Vega-Cervantes

Universidad Nacional Autónoma de México

Jesús Montoya Ramírez

Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, ISSSTE

En México, 7 de cada 10 adultos tienen sobrepeso, la mitad presentan obesidad y de estos el 3% obesidad mórbida. La obesidad mórbida, presenta un alto riesgo de muerte, por lo que se han utilizado abordajes quirúrgicos, para solucionarlo. El proceso quirúrgico reporta de un 20 a 30% en que no se logra una pérdida de peso significativa o presenta una recuperación de peso (Serna, et al., 2014, Mensorio & Costa-Junior, 2016). Este fracaso se atribuye a factores psicosociales, entre los que se encuentra la personalidad. En este estudio se analizó la influencia de la personalidad utilizando el MMPI-2, en una muestra de 250 pacientes, evaluados prequirúrgicamente. Se dividió la muestra en dos grupos; quienes lograron disminuir 50% del exceso de peso (éxito) y quienes no (no éxito). Para conocer si existen diferencias entre grupos, se realizaron pruebas paramétricas y no paramétricas por cada una de las escalas básicas, sin obtener resultados estadísticamente significativos. Concluyendo, que la prueba MMPI-2 no es la más adecuada para discriminar entre pacientes que tendrán éxito en la pérdida de peso posterior a la cirugía bariátrica.

Palabras clave: MMPI, cirugía bariátrica, obesidad mórbida, personalidad.

In Mexico, 7 of 10 adults are overweight, half of them are obese and 3% of them exhibit morbid obesity, which presents a high risk of death. To tackle this problem it has been used surgical approaches. However, it is reported that 20 to 30 % of people with a surgery did not achieve a significant weight loss or they recovered their weight (Serna, et al., 2014, Mensorio & Costa-Junior, 2016). This failure has been associated with psychological factors, among these the personality. This study analyzed the influence of personality in a sample of 250 patients, who were evaluated before surgery. The sample was divided into two groups: the successful group included the people with a decrease 50% of excess of weigh; while the unsuccessful group comprised the people who did not. To determine whether there were differences between the groups, it was applied parametric and nonparametric test for each of the basic scales, however the results were not statistically significant. Therefore, it was concluded that the MMPI-2 test was not appropriate to discriminate the successful weight loss between patients with a bariatric surgery.

Keywords: MMPI, surgery bariatric, morbid obesity, personality.

La obesidad es un problema complejo que ha sido abordado desde diferentes perspectivas. El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor de riesgo de defunción en el mundo. Cada año

fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

Dirección para correspondencia: Lilia Joya-Laureano, joya@unam.mx
Nota de los autores. Agradecemos a la Dra. Nazira Calleja Bello y Mtro. Octavio Salvador Ginez por sus comentarios sobre el manejo estadístico.

En nuestro país, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), 7 de cada 10 adultos presentan sobrepeso, de los cuales la mitad presentan obesidad, y de estos el 3% presentan obesidad mórbida. El número de personas con obesidad y obesidad mórbida es muy alto reflejando un problema de salud pública, aumentando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, lo anterior implica la necesidad de establecer estrategias que permitan intervenir y prevenir de manera rápida una epidemia que podría hacer colapsar los sistemas de salud del país al provocar grandes costos directos e indirectos para el Estado.

Interés especial reviste la atención de la obesidad mórbida, en la cual la vida del paciente está en riesgo inminente y en donde las estrategias nutricionales para controlarla han fallado, para lo cual se han propuesto y se utilizan los abordajes quirúrgicos.

En la actualidad la norma oficial NOM-168-SSA1-1998 y NOM-174-SSA1-1998, para el tratamiento de la obesidad establece: “La indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad, deberá ser resultado de la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario, conformado al menos por: cirujano, anestesiólogo, internista, licenciado en nutrición y *psicólogo clínico*”.

Para la evaluación prequirúrgica los médicos cirujanos, internistas y anestesiólogos tienen protocolos con criterios definidos sobre los riesgos quirúrgicos, y en consecuencia que pacientes no se debe operar o bajo que condiciones realizar la cirugía bariátrica, en el caso de la evaluación psicológica no se cuenta con criterios definidos de los aspectos psicológicos que influyen en el éxito o fracaso de la cirugía bariátrica.

OBESIDAD Y OBESIDAD MÓRBIDA

Baltasar (2001) señala que es una condición corporal caracterizada por el almacenamiento de una cantidad excesiva de grasa bajo la piel y en el interior de ciertos órganos como: músculos, corazón, hígado, etc., que es causada por diversos factores; es progresiva, costosa, acorta la vida y conlleva múltiples consecuencias nocivas.

La causa de la obesidad se atribuye a una ingesta calórica superior al consumo energético, en la que pueden influir factores hereditarios, alteraciones metabólicas, neuroendocrinas, inadecuados hábitos alimentarios, estilo de vida y una serie de factores psicológicos y sociológicos (OMS, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) ha propuesto una clasificación cuantitativa de sobrepeso y obesidad basada en el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC, se define como el cociente que se obtiene de dividir el peso (en kg) por la talla en centímetros al cuadrado (cm²). En la actualidad es el índice más difundido, tanto en la clínica como para realizar estudios epidemiológicos, ya que es el que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal. Para considerarse como una persona con obesidad, se debe tener un IMC mayor a 30, para obesidad mórbida el IMC debe ser superior a 40.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

La denominación de cirugía bariátrica, proviene del griego “baros” que significa “peso” y de “iatrein” que significa “curación”. Es el tratamiento de la obesidad por medio de la cirugía (RAE, 2014).

Los primeros pasos se dieron en la Universidad de Minnesota en 1954, pero no es hasta la década de los años 60 cuando el Dr. W. Payne de Los Ángeles, California, publica las primeras series de pacientes operados con la cirugía malabsortiva (Baltasar, 2001).

Alastrué, Rull y Broggi, (2016). señalan que en la actualidad, se practican tres tipos de técnicas quirúrgicas:

- 1) Técnicas que producen una restricción gástrica (disminuyen la capacidad mecánica del estómago)
- 2) Técnicas que además de disminuir la capacidad de la parte proximal del estómago establecen malabsorción: bypass gástrico.
- 3) Técnicas mixtas entre las que se encuentran el cortocircuito biliopancreático y las que unen una gastroplastía vertical anillada con un bypass gástrico.

Los criterios para seleccionar a un paciente para realizarle cirugía bariátrica son:

- Tener un IMC > 40 o de 35-40 si hay problemas médicos graves (diabetes mellitus con altos requerimientos de insulina, artritis, etc.)
- Constancia de que el paciente ha realizado programas de tratamiento nutricional de forma correcta.
- Tener obesidad desde hace más de 5 años.
- Edad de 18-50 años, aunque ocasionalmente se puede aplicar entre los 14 y 18 años (Síndrome de Prader-Willi asociado a retraso mental, talla baja, hipogonadismo e hiperfagia) o entre 50 y 60 años (artritis severa de rodilla o cadera).
- Excluir pacientes con hipotiroidismo o Síndrome de Cushing.
- Que no exista alcoholismo u otra drogodependencia o enfermedad psiquiátrica grave.
- Que exista una adecuada comprensión de las alteraciones producidas por la intervención y una buena posibilidad de adhesión a la estrategia terapéutica propuesta.

Los anteriores criterios pueden verse modificados por la existencia de enfermedades que incrementan las indicaciones de la gastroplastía, como pueden ser:

- Apnea de sueño.
 - Diabetes Mellitus con inicio en la edad adulta.
 - Hipertensión arterial.
 - Osteoartritis severa.
 - Obesidad de predominio central (por el alto riesgo de trastornos cardiovasculares).
 - Reflujo gastroesofágico.
 - Incontinencia urinaria severa.
- (Alastrué, 1993 citado en Barriguete, 2011; Charles, 1987).

La cirugía bariátrica ha mostrado producir resultados diferentes en cada paciente, variaciones que se atribuyen al procedimiento y a factores psicosociales. La cirugía bariátrica, implica una modificación de conducta forzada, en la que los factores psicológicos juegan un papel determinante en los resultados (Van Hout, Van Oudheusden & Van Heck, 2004).

Se reporta que en promedio del 20% al 30% de los pacientes que han sido intervenidas con cirugía bariátrica no logran una pérdida de peso significativa o presenta una recuperación de peso después de 24 meses, en promedio (Serna et al., 2014; Mensorio & Costa-Junior, 2016).

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PREQUIRÚRGICA

Se han abordado diversas estrategias para identificar aquellos factores que podrían influir sobre los resultados de pérdida de peso posterior a la cirugía bariátrica, de los que más se han investigado son la influencia de las condiciones psicológicas preoperatorias, tomando en cuenta aspectos como el mantenimiento de la obesidad, variables cognitivas (creencias), afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y ambientales (costumbres y hábitos familiares). Encontrándose la necesidad de realizar una evaluación completa de la personalidad y el sistema ambiental del paciente obeso que asiste a consulta por esta condición (Bravo del Toro, Espinoza-Rodríguez, Mancilla-Arroyo y Tello Rencilla, 2011).

Serna-López et al. (2014) reportan que entre el 20% y 60% de estos pacientes presenta patología psiquiátrica concomitante, presentando trastornos de humor y de personalidad.

Se ha sugerido que la presencia de factores psicológicos adversos, están estrechamente relacionados con resultados postoperatorios por debajo de las metas establecidas de pérdida de peso (Serna-López et al., 2014). El papel del psicólogo es evaluar si el paciente está preparado emocionalmente para la cirugía, y ayudarlo en la comprensión de los aspectos resultantes del proceso pre y postquirúrgico (Oliveira et al., 2004, citados en Mensorio & Costa-Júnior, 2016). Sánchez-Talamantes (2010) señala que el objetivo de la evaluación es la detección de psicopatología, pero también cumple con un enfoque psicoeducativo. Se evalúa más que el comportamiento, también los factores ambientales que pudieron contribuir al desarrollo de la obesidad mórbida y los posibles efectos de estos factores sobre la capacidad del paciente para lograr un nivel de apego terapéutico óptimo.

Estas variables deben ser consideradas a la hora de desarrollar intervenciones que permitan mejorar las condiciones preoperatorias en este tipo de pacientes, ya que pueden perpetuar la obesidad y condicionar los efectos de un tratamiento (Delgado-Floody et al., 2015).

INSTRUMENTOS EN LA EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

La evaluación del paciente inicia con una historia clínica en que se debe describir de manera detallada la evolución del peso y los hábitos alimenticios, así como descartar condiciones co-

mórbidas, además de una exploración física completa. Los estudios de laboratorio buscan descartar principalmente la presencia de Síndrome Cushing. Se sugiere realizar una endoscopia o una serie esófagogastroduodenal para descartar patología gástrica, ultrasonido de vesícula y vías biliares. Valoración cardiovascular a pacientes con sospecha de hipertensión pulmonar grave (Pablo-Pantoja, 2004).

Para la evaluación psicológica existen una serie de instrumentos recomendables para los pacientes con obesidad, la elección de estas pruebas dependerá del foco de atención en el que se quiera centrar. Se utilizan instrumentos que miden personalidad objetivamente como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), la entrevista semiestructurada (IPDE) de la Organización Mundial de la Salud para el diagnóstico de desórdenes de personalidad basados en los criterios del DSM y/o los test proyectivos como el Rorschach y Test de Apercepción Temática (T.A.T.) (Bravo del Toro et al., 2011).

Además de los ya mencionados, entre las pruebas más utilizadas dentro de las baterías psicológicas para evaluar a los candidatos a cirugía bariátrica se encuentran el Inventario de depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de Evaluación de Síntomas (EAS-40), Escala de Alexitimia de Toronto (TAS 26) (Araujo-de Oliveira & Pizao-Yoshida, 2009), el Test de Calidad de Vida Moorehead-Ardelt, y la Encuesta de Frecuencia Alimentaria (Test de Willet) (Cánovas-Gaillemín et al., 2011).

En el Hospital Juárez de México se realiza una evaluación psicológica que consiste en aplicar pruebas psicométricas para personalidad, trastornos alimenticios, ansiedad, depresión y adherencia terapéutica, así como de apoyo social percibido y motivación para el cambio. Dichos instrumentos se eligen de acuerdo con la edad, sexo y escolaridad de cada paciente (Alfaro-Flores, 2010).

PERSONALIDAD DEL PACIENTE OBESO, RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES

Tsushima, Bridestine y Balfour (2004) utilizaron las escalas básicas y tres de contenido de la prueba MMPI-2 aplicadas a 52 personas; 39 mujeres y 13 hombres, con más de un año desde la intervención quirúrgica. Se dividió la muestra en dos grupos: 1) los que lograron perder 50% o más del exceso de peso, y 2) los que no lo lograron. El grupo uno, estuvo conformado por, 35 pacientes, 26 mujeres y 9 hombres y el grupo dos, por 17 pacientes, 13 mujeres y 4 hombres. Realizaron comparaciones con prueba t de student, se encontró que los puntajes en Validez (F), Histeria (Hy), Paranoia (Pa) y Preocupaciones por la salud (HEA) se muestran significativamente más elevadas en el grupo dos en comparación con el grupo uno, mientras que la escala de masculinidad/feminidad (MfM/ MfV) se encuentra disminuida. Al realizar una regresión estadística encontraron, que la combinación de HEA y la escala de masculinidad/feminidad son el mejor modelo predictor, para la pérdida de peso post cirugía ($r = 0.331$, $p < 0.004$).

Sarwer et al. (2008), utilizaron el MMPI-2 para evaluar las características de personalidad en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Los resultados de las pruebas mostraron que un 44% de los pacientes fueron categorizados como “funcionales”; el 31% como “neuróticos” (depresión y ansiedad social) y un 25% fueron caracterizados como “carácter desordenado”. También detectaron cuatro grupos de pacientes, 52% con una modesta elevación de las subescalas de hipocondría e histeria, sugerente de desorden somatoforme, 20% con un alto puntaje en la subescala de desviación psicopática y 17% con elevaciones en seis subescalas (hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, psicastenia y esquizofrenia), quienes fueron descritos como “emocionalmente perturbados”.

En México, Dávalos et al. (2007) en una muestra conformada por 100 pacientes de un hospital público de la Cd. de México, con obesidad grado III, evaluados con el MMPI-2, observaron que no hay una personalidad típica y única del individuo con diagnóstico de obesidad mórbida, se trató de una muestra heterogénea, sin embargo, la mayoría de los pacientes presentó una marcada elevación de la escala 1 (Hs: Hipocondriasis), lo que se puede traducir en una alta preocupación por su salud, esto tiene sentido a partir de que son pacientes cuya salud se ve gravemente afectada por su obesidad y que buscan tratamiento quirúrgico puesto que su vida está en peligro.

Dentro del Protocolo de Cirugía Bariátrica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE; con la finalidad de estudiar el perfil de personalidad obtenido por el MMPI-1 y la relación de estos rasgos de personalidad con el grado de obesidad, se realizó un estudio exploratorio con 37 pacientes femeninas diagnosticadas con obesidad mórbida (IMC>40). Se estableció una combinación de perfil 2/8, que de acuerdo con la propuesta diagnóstica describe una personalidad limítrofe, señalando como principales rasgos poca inteligencia social y carencia de elementos para expresar adecuadamente la emotividad, debido a las dificultades que se advierten para adaptarse, su inseguridad y su búsqueda ansiosa de afecto y atención. Sin embargo, no se encontraron datos que establecieran relación entre el nivel de psicopatología y el grado de obesidad (Lara, 2003).

Rojo-Alonso (2014) obtuvo un total de 18 códigos para MMPI-2 en una muestra de 36 pacientes con obesidad mórbida evaluadas en el servicio de psicología como parte del protocolo de cirugía bariátrica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. El 30.6% de los pacientes obtuvieron una combinación 1-3/3-1, la cual comprende a pacientes que tienden a presentar quejas físicas vagas, que quizá aumenten bajo estrés y desaparezcan cuando disminuye.

En los estudios anteriores no se observa un acuerdo con relación a la personalidad de los pacientes con obesidad mórbida, y sí esta se encuentra relacionada al éxito o fracaso posterior a la cirugía bariátrica.

El objetivo del presente trabajo fue determinar si existían características de personalidad que diferenciarán a los pacientes sometidos a cirugía bariátrica de éxito de los de no éxito y si eran predictivas del éxito.

MÉTODO

Participantes

Participaron en el estudio 250 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente dentro del período de 2006 a 2015, evaluados por el servicio de psicología antes de la cirugía, y que al momento del análisis tenían más de un año de operados y continuaban en seguimiento. De los 250 pacientes, 79% fueron mujeres y 21% hombres. La edad de los pacientes era 19 a 67 años (M=42.7 años, DT= 9.14). El IMC pre cirugía era de 32.87 a 88.58 (M=47.37, DT= 7.27), el IMC post cirugía fue de 14.46 a 58.69 (M= 34.21, DT= 7.05). El 41% de los pacientes residen en la Ciudad de México, 10% en el Estado de México, 8% en Querétaro y el restante 41% en el resto de la República Mexicana. Se clasificó la muestra en dos grupos: grupo de éxito, los que lograron disminuir el 50% de exceso de peso posterior a un año (o más) desde la cirugía bariátrica y grupo de no éxito, los que no lograron disminuir el 50% de exceso de peso.

El grupo de pacientes de éxito quedó conformado por 176 pacientes de los cuales el 82% son mujeres y el restante 17% son hombres, el IMC pre cirugía tuvo una media de 46.5 con una DT de 7.0 y el IMC post cirugía fue de 31.03 con una DT de 4.5. En el grupo de pacientes de no éxito había 74 pacientes, 69% mujeres y 31% hombres, con una media de IMC pre cirugía de 49.33 con una DT de 7.57 y una media de IMC posterior a la cirugía de 41.98 con una DT de 6.03.

Instrumento

Se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2).

Diseño

Se realizó un estudio *ex post facto* correlacional de dos grupos.

Procedimiento

De los expedientes clínicos de los pacientes evaluados por el Servicio de Psicología de 2006 a 2015. Se analizó que pacientes habían sido operados, cuáles tenían más de un año de operados y continuaban en seguimiento, de los 478 pacientes evaluados solo 250 cumplieron los requisitos.

Se recabaron los perfiles reportados de las escalas básicas del MMPI, no se encontraban en los expedientes reportes de los puntajes específicos, por lo que se ocupó el punto medio de cada rango de puntaje T registrado en la clave de perfil (25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, 95, 105).

El criterio de éxito de baja de peso del 50% del ideal era el criterio clínico utilizado en el Protocolo de Cirugía Bariátrica, en el momento del estudio y es el reportado en otras investigaciones (Serna-López et al., 2014). Para establecer el éxito o no éxito en la baja de peso utilizando el Índice de Masa Corporal que disminuyeron los pacientes, se utilizó la siguiente expresión: 50% de (IMC inicial – IMC ideal) ≤ (IMC pre cirugía –

IMC actual). Para el IMC ideal se utilizó 24.9 que es el puntaje más alto para el rango de IMC de normopeso. Y para IMC actual se utilizaron los datos registrados en la consulta médica más reciente, reportada en el expediente clínico.

La diferencia obtenida de la ecuación se elevó al cuadrado ya que se obtuvieron resultados negativos a consecuencia de: 1) no lograr bajar el 50% de exceso de peso o 2) en lugar de bajar de peso, aumentaron.

Para los análisis realizados, se eliminó la escala cinco (Masculinidad- Feminidad), ya que su interpretación es diferente dependiendo del sexo.

Utilizando el IBM SPSS versión 20 se realizó un análisis de correlación de Pearson, para determinar si existían relaciones entre las escalas del MMPI-2 y la variable éxito no éxito, se encontró que ninguna variable correlacionó significativamente ($p=0.05$) con las variables éxito o no éxito. Se realizó también una correlación de Pearson con los puntajes de la diferencia entre el 50% del IMC a bajar y el IMC más reciente, elevado al cuadrado, tampoco se encontraron correlaciones significativas.

Para determinar las diferencias entre los grupos se llevó a cabo un análisis de prueba t, tanto al clasificar los grupos por éxito no éxito, como al comparar con diferencias de puntajes de IMC no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la muestra total.

A continuación, para analizar el efecto de las variables de la escala de personalidad sobre el éxito no éxito se realizó un análisis de regresión múltiple, los resultados tampoco fueron estadísticamente significativos.

Se realizó también un análisis de discriminantes buscando un perfil que diferenciara a los grupos, no se encontró.

Se decidió realizar estadísticos no paramétricos, para lo cual los puntajes del MMPI-2 fueron agrupados de acuerdo al manual de la prueba, obteniendo las siguientes clasificaciones; 1= Bajo, 2= Medio, 3= Moderado, 4= Alto, 5= Muy alto.

Se realizó una prueba χ^2 para comparar los grupos, no encontrándose diferencias significativas.

Se realizaron pruebas de Mc Nemar para cada escala del MMPI-2, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los resultados posteriores a la cirugía bariátrica con relación a la pérdida de peso y al mantenimiento de la misma posterior al año de la cirugía reportados por la literatura internacional refieren que en promedio del 20 al 30% de los pacientes intervenidos no lo logran (Mensorio & Costa-Junior, 2016; Serna et al., 2014), por lo cual se han propuesto realizar evaluaciones completas de la personalidad (Bravo del Toro et al., 2011) a fin de encontrar alternativas que permitan resolver esta situación. Para la evaluación de la personalidad se han utilizado diversos instrumentos, uno de los más utilizados es el MMPI.

Al analizar los resultados obtenidos en diversos estudios, realizados con el MMPI se ha encontrado que describen al paciente obeso como preocupado por su salud, por el énfasis encontrado en la escala 1 (Hs: Hipocondriasis) (Dávalos et al.,

2007), como personas con dificultades para expresar sus emociones (Lara, 2003) o como personas que tienden a quejarse por malestares físicos relacionados principalmente con el estrés (Rojo-Alonso, 2014). Sin embargo, solo se han encontrado tendencias y no un resultado que determine un perfil de personalidad homogéneo. En la presente investigación se pretendió establecer si algunos rasgos de personalidad se encontraban asociados al éxito o no éxito de la cirugía bariátrica. No encontrándose indicadores que nos permita distinguir entre los pacientes exitosos y no exitosos, lo cual es consistente con los resultados de las investigaciones previas, en las cuales no se ha podido establecer características de personalidad que diferencien a los pacientes portadores de obesidad mórbida.

Estos resultados pueden verse afectados por el uso de instrumentos de autoreporte que, se ven influenciados por la deseabilidad social, en el caso de esta investigación, la aprobación de la cirugía bariátrica depende, de acuerdo a la norma oficial, de la aprobación de la evaluación psicológica, por lo que las respuestas de los pacientes muy probablemente se vean afectadas por esta situación, en ambos sentidos tratando de dar una imagen favorable o bien tratando de mostrar mayor patología a fin de ser operados.

Los resultados anteriores sugieren que las características de personalidad no son determinantes en el éxito o no éxito posterior a la cirugía bariátrica, por lo que de acuerdo a Van Hout, Van Oudheusden y Van Heck (2004), el éxito depende de factores psicológicos, como señalan Bravo del Toro et al., (2011) estos factores son, cognitivos, afectivos, y ambientales, lo que hace necesario mayor investigación de estos factores, así como la construcción de instrumentos específicos que nos permitan evaluar estas dimensiones.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

La investigación en poblaciones clínicas, se enfrenta a una serie de limitaciones entre las principales está el abandono de los pacientes a los protocolos de seguimiento, lo que limita el tamaño de las muestras, la deseabilidad social al responder instrumentos de autoreporte, en el caso de la población estudiada, las condiciones físicas de los pacientes, generan que se encuentren incómodos en el ambiente de aplicación, al no ser el mobiliario ideal y se cansan con facilidad, lo que puede provocar que haya una inadecuada respuesta a los reactivos de un instrumento de 567 reactivos como es el MMPI-2.

Se sugiere para futuras investigaciones utilizar otros instrumentos que evalúen personalidad.

Investigar otros factores psicológicos cognitivos, afectivos y ambientales que puedan influir en el éxito no éxito de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

REFERENCIAS

Alastrué, A., Rull, M. y Broggi, M. A. (2016). Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Recuperado de <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/62/1419/42/1v62n1419a13026705pdf001.pdf>

- Alfaro-Flores, T., Torres-López, E., Olivares-Bernal, L., Villaseñor-Ramírez, J., Vera-Pérez, V., Enciso-González, D. Portilla-Flores, V. (2010). Modelo de intervención psicológica en la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos en el Hospital Juárez de México. *Revista Hospital Juárez de México*, 77(3), 179-184.
- Araujo-deOliveira, J. y Pizao-Yoshida, E. (2009). Evaluación psicológica de obesos grado III antes y después de cirugía bariátrica. *Psicología: Reflexao e Crítica*, 22(1), 12-19
- Baltasar, A. (2001). *Obesidad y cirugía. Cómo dejar de ser obeso*, Madrid, España, Arán Ediciones.
- Barriguete, J., (2011). *Cambios de los rasgos de personalidad en pacientes con obesidad mórbida posterior a cirugía bariátrica* (Tesis de posgrado en Psiquiatría). Facultad de Medicina, UNAM, México.
- Bravo del Toro, A., Espinoza-Rodríguez, T., Mancilla-Arroyo, L. N. y Tello Rencilla, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 155- 123.
- Cánovas-Gaillemín, B., Sastre.Martos, J., Moreno-Segura, G., Llamazares Iglesias, O., Familiar-Casado, C., Abad-De-Castro, S. ... Sánchez Cabezudo, M. (2011). Comparación de resultados previos y posteriores a la aplicación de un protocolo de actuación en cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*, 26(1), 116-121.
- Charles, Jennette, J. C., L. & Grubb, W. (1987). Glomerulomegaly and focal segmental glomerulosclerosis associated with obesity and sleep-apnea syndrome. *American Journal of Kidney Diseases*, 10(6), 470-472.
- Dávalos-Luna, J., Sánchez-Roman, S., Vargas-Martínez, A., Vázquez Velázquez, V., García-García, E., Bruggmann-García, A. Arcila-Martínez, D. (2007). Psychological profile of candidates to bariatric surgery through the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). *Surgery for Obesity & Related Diseases*, 3(3), 349-349.
- Delgado-Floody, P., Cofré-Lizama, A., Alarcón-Hormazábal, M., Osorio Poblete, A., Caamaño-Navarrete, F. y Jerez-Mayorga, D. (2015). Evaluación de un programa integral de cuatro meses de duración sobre las condiciones preoperatorias de pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*, 32(3), 1022-1027.
- Lara, W. (2003). Estudio del perfil de personalidad de mujeres con obesidad mórbida (IMC>30), pacientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Mensorio, M. y Costa-Júnior, A. (2016). Intervención psicológica a candidatos de cirugía bariátrica en un hospital público de Brasil. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33(1), 120-7.
- Olguín, P., Carvajal, D., y Fuentes, M. (2015). Patología Psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*, 67(4), 441-447.
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Pablo-Pantoja, J. (2004). Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. *Gaceta Médica de México*, 140(2), S85-S90.
- Real Academia de la Lengua (2014). *Diccionario de la lengua española*.
- Rojo-Alonso, C. (2014). Perfil de personalidad de acuerdo al MMPI-2 en candidatos a cirugía bariátrica. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Sánchez, R. S., López, A. J. y Vargas, M. A. (2003). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con obesidad extrema candidatos a cirugía bariátrica. *Revista de Investigación Clínica*, 55(4), 400-404.
- Sánchez-Talamantes, E. (2010). Evaluación de factores psicosociales en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Sarwer, D., Fabricatore, A., Jones-Corneille, R., Allison, K., Faulconbridge, L. & Wadden, T. (2008). Psychological issues following bariatric surgery. *Primary Psychiatry*, 15(8), 50-55.
- Secretaría de Salud Pública. (2000). Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1 1998, Para el manejo integral de la obesidad. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>
- Secretaría de Salud Pública. (1999). Norma Oficial Mexicana nom-168-ssa1 1998, del expediente clínico. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
- Serna-López, A. M., Donado-Gómez, J. H., Giraldo-Villa, A., Mustiola-Cajella, K. G., López-Gómez, L. M., Pérez-Mejía, C. y Toro-Escobar, J. M. (2014). Condiciones psicológicas preoperatorias y su efecto sobre la pérdida de peso durante los primeros 18 meses postquirúrgicos en pacientes obesos sometidos a bypass gástrico. *Medicina U.B.P.*, 33(2), 106- 116.
- Tsushima, W. T., Bridestine, M. P. & Balfour, J. F. (2004). MMPI-2 Scores in the outcome prediction of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 14, 528-532.
- Van Hout, G. C., Van Oudheusden, I. & Van Heck, G. L. (2004). Psychological profile of the morbidly obese. *Obesity Surgery*, 14(5), 579-588.