

Estado psicológico de los postulantes a cirugía bariátrica

Lic. Viviana Lasagni. ✉ vivilasagni@hotmail.com

Clínica Quirúrgica de la Obesidad (CQO), Argentina.

Resumen

Los *objetivos* de este estudio se centran en describir aspectos psicológicos de los postulantes a cirugía bariátrica. *Metodología*: Estudio descriptivo lineal de 294 personas que asistieron a evaluación psicológica pre-quirúrgica en el CQO desde el año 2005 a marzo del 2011. *Material y Métodos*: se administró una *entrevista semiestructurada* para la recolección de las variables sociodemográficas y aplicaron *pruebas psicológicas* como *EAT 26*; *Cuestionario de Calidad de vida SF36*; *Escala de Ansiedad de Hamilton*; *Inventario de Depresión de Beck*. De la *revisión de historias clínicas* se obtuvieron medidas antropométricas. *Análisis de datos*: se determinaron porcentajes de las variables socio- demográficas y obtuvieron medias de las medidas antropométricas e indicadores psicológicos. Se estudiaron las asociaciones entre dichas variables e indicadores de ansiedad, depresión y desorden alimentario a través de la prueba “t” siendo significativa una $p < 0.05$. Se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versión 11,5. *Resultados*: los postulantes presentan trastornos de ansiedad mayor, depresión leve y no presentan desorden alimentario. Existe una relación significativa entre: “IMC y depresión” e “IMC y nivel de escolaridad”. *Conclusión*: el tratamiento psicológico es esencial en los postulantes a cirugía bariátrica para asegurar un buen pronóstico postquirúrgico.

Palabras Claves: Psicología, Obesidad, Cirugía Bariátrica

Introducción

La obesidad mórbida es una enfermedad crónica que disminuye la calidad y expectativa de vida de las personas. El tratamiento de la obesidad mórbida a través de métodos convencionales en muchos casos no logró los resultados esperados. La cirugía bariátrica es una alternativa terapéutica para estas personas que les permitirá controlar su enfermedad y/o prevenir sus comorbilidades.

La intervención quirúrgica pretende que las personas con obesidad disminuyan su peso y no vuelvan a recuperarlo. Esto implica un proceso de valoración y preparación previa a la práctica quirúrgica dado que existen componentes psicológicos que determinarán el descenso de peso y cambios de hábitos en las personas que padecen esta enfermedad a largo plazo. Diversos autores desarrollaron investigaciones sobre el perfil de las personas candidatas a cirugía bariátrica desde la valoración psicológica. En España, un estudio sobre la valoración de candidatas a cirugía bariátrica Martínez [1] observaron que del total de una muestra de 198

pacientes, el 27% padece ansiedad y el 22 % síntomas depresivos. Aplicando el cuestionario de de depresión de Beck encontraron que poseen un nivel de depresión leve y no existen diferencias según el género. No encontraron diferencias entre los grupos de obesidad mórbida y súper mórbida. Otro estudio realizado por Vásquez [2], sobre pacientes remitidos para valoración psiquiátrica previo a cirugía, describen que el patrón alimentario de obesos mórbidos se encuentra alterado sin llegar a configurar una bulimia. En general refieren que son pocos los pacientes que se descartan estrictamente por causas psiquiátricas.

En Colombia, Reyes [3] encontró en una muestra de 50 personas, trastornos depresivos en el 24 % de los casos, trastornos adaptativos en un 8% y trastornos de ansiedad en un 6%. En México, Ríos [4], analizando indicadores de ansiedad, depresión y calidad de vida del paciente obeso, observaron que los pacientes quirúrgicos sienten poco agrado por su figura. Por otro lado revelaron que a pesar que los pacientes quirúrgicos tienen un mayor IMC no existen diferencias con los no quirúrgicos en relación a los niveles de depresión,

ansiedad y aspectos de calidad de vida. Estos valiosos antecedentes, reflejan trabajos empíricos sobre indicadores psicológicos de los postulantes a cirugía a partir de la aplicación de instrumentos de medición debidamente estandarizados. Realizando una búsqueda bibliográfica sobre indicadores psicológicos de candidatos a cirugía bariátrica en Argentina no se encontraron estudios lineales que describan a esta población desde el punto de vista psicológico, motivo por el cual se visualizó la necesidad de realizar nuevos aportes científicos profundizando el estudio de los componentes psicológicos. A partir de lo enunciado, desde CQO, se pretende efectuar un análisis de los datos obtenidos de la valoración psicológica desde el año 2005 al 2011 de los postulantes a cirugía bariátrica.

Por lo expuesto, esta investigación se planteó los siguientes objetivos: 1- Determinar las variables socio demográficas de los postulantes a cirugía bariátrica (edad, género, estado civil, escolaridad) y medidas antropométricas (Peso e IMC); 2- Evaluar la calidad de la salud que presentan las personas con obesidad mórbida; 3- Explorar la existencia de indicadores de ansiedad, depresión y desorden alimentario y su relación con el peso e índice de masa corporal IMC), 4- Analizar la influencia de las variables socio demográficas en relación al peso e índice de masa corporal (IMC).

Método

El tipo de estudio que se desarrolló es descriptivo - lineal. **Participantes:** la muestra estuvo compuesta por 294 personas que asistieron a evaluación psicológica prequirúrgica en el CQO del año 2005 a marzo del 2011. **Instrumento:** para la recolección de datos se efectuó una *entrevista semi-estructurada* a través de la cual se indagó las variables socio demográficas como edad, género, estado civil, grado de instrucción, estado civil. Se realizó una *revisión de historias clínicas* para obtener las medidas antropométricas de los informes nutricionales y/o médicos y se obtuvo la media del IMC y peso. Se aplicaron *pruebas psicológicas*, a saber: 1. **EAT 26:** es un cuestionario auto-administrado, elaborado por Garner y Garfinkel (1979) [5], en una versión corta de 26 reactivos los cuales se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. Se investiga la presencia de conductas bulímicas, abuso de laxantes, presencia de vómitos, etc. Los autores sugieren utilizar como punto de corte, para identificar a los individuos con algún desorden alimentario más de 20 puntos para el EAT-26; 2- **Cuestionario de Calidad de vida SF36** [6]: es un cuestionario de salud diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional. Los ocho conceptos de salud o dimensiones determinados en este cuestionario son: Función física (FF), determina el grado

en que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos; Rol físico (RF), determina el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas; Dolor corporal (DC) mide la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar; Salud general (SG) es la valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar; Vitalidad (V) mide los sentimientos de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo; Función social (FS) es el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual; Rol emocional (RE) el grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo; Salud mental (SM) mide la valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general. Las escalas del SF-36 están ordenadas (de 0 a 100) de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. 3. **Escala de Ansiedad de Hamilton** (HAS) [7], diseñada en 1959 y re adaptada en 1969. Se trata de una escala auto-administrada de 14 ítems. Se puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Como punto de corte se utilizó la siguiente escala: de 0 a 5 puntos: no presenta ansiedad, de 6 a 14 puntos: ansiedad leve; de 15 o más puntos: ansiedad mayor. 4. **Inventario de Depresión de Beck** (BDI) [8]: es un cuestionario auto-administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple, utilizado para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad y/o intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión pero es una herramienta útil para despistaje o chequeo. Los puntos de corte utilizados para graduar la intensidad son: de 0 a 9 puntos: no depresión; de 10 a 18 puntos depresión leve; de 19 a 29 puntos depresión moderada y de 30 o más puntos depresión grave. **Procedimiento:** Dicha investigación (2005 - 2011), a partir de la recolección de datos obtenidos de la evaluación psicológica de la

totalidad de los postulantes a cirugía bariátrica en el CQO. Teniendo en cuenta que en el año 2005 tomaba gran auge en nuestro país esta nueva práctica quirúrgica y contando con escaso material bibliográfico en la temática psicológica en relación a la cirugía bariátrica en ese entonces, se tomó conciencia de la necesidad de aportar datos científicos en el área mencionada. Por tal motivo desde la fecha mencionada se efectuó un protocolo de procedimiento y se elaboró la matriz de datos para su posterior análisis. En el transcurso de estos años se efectuaron análisis parciales en el año 2007 y 2009 que fueron presentados en distintos congresos

internacionales de cirugía bariátrica realizados en la ciudad de Mendoza. Análisis de datos: se realizó una descripción de las variables socio demográficas y de las medidas antropométricas. Se analizaron medias de los indicadores psicológicos y se los comparó con medidas antropométricas (peso e IMC). Se estudiaron las asociaciones entre las variables socio demográficas y los indicadores de ansiedad, depresión y desorden alimentario a través de la prueba “t” siendo significativa una $p < 0.05$. Para todos los estudios realizados se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science), versión 11,5.

Resultados

Teniendo en cuenta el primer objetivo se exploraron las variables socio demográficas a fin de establecer un perfil de la población evaluada para cirugía bariátrica del 2005 al 2011. Se pudo determinar que la muestra (N=294), en su mayoría está conformada por mujeres, de estado civil casadas, con estudios universitarios completos. A continuación se presenta en la Tabla I a fin de ampliar la información.

Género	Frecuencia (N)	(%)	Escolaridad	Frecuencia (N)	(%)
Femenino	204	69,4	Primaria Completa	19	6,4
Masculino	90	30,6	Primaria Incompleta	5	1,7
Estado Civil	Frecuencia (N)	(%)	Secundaria Completa	53	18
Casado	191	65	Secundaria Incompleta	36	12,2
Divorciado	28	9,5	Terciaria Completa	60	20,4
Soltero	64	21,8	Terciaria Incompleta	19	6,5
Unión Libre	4	1,4	Universidad Completa	68	23,1
Viudo	7	2,4	Universidad Incompleta	34	11,6

Tabla I: Variables socio-demográficas de la muestra

La edad media es de 43,07 años, la edad media más elevada se obtuvo en las personas valoradas durante el 2006 equivalente a 46,52 años y la edad media inferior se obtuvo en el año 2005 equivalente a 38,71 años. Se obtuvieron las medias tanto del peso como del IMC (2005 – 2011). Con respecto al peso, se observa que la media más alta se obtuvo en el año 2006 y la más baja en el año 2010. El peso medio total fue de $X = 128,40$ kg. El mismo procedimiento se realizó con el IMC, obteniendo el indicador más elevado en el año 2007 y el menor en el año 2010. El IMC total fue de $X = 46,63$. (Fig.1 y 2)

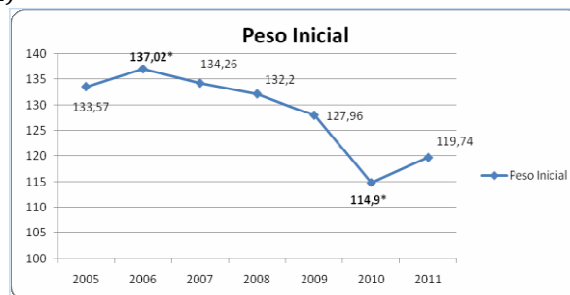


Fig.1: Evolución del peso inicial (2005-2011)

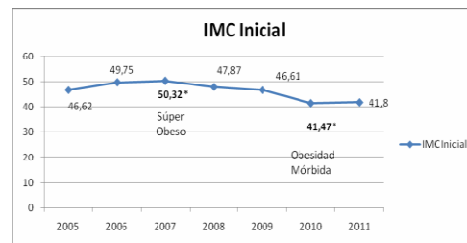


Fig.2: Evolución del IMC inicial

Como segundo objetivo se propuso evaluar el concepto que tienen las personas con obesidad mórbida sobre su calidad de vida a partir de la aplicación del cuestionario de calidad de vida SF 36. Como se observa en la fig. 3, las personas evaluadas consideran una mejor calidad de vida en relación al factor de salud mental (SM) y una menor calidad de vida en las puntuaciones obtenidas para el factor referido al rol físico (RF)

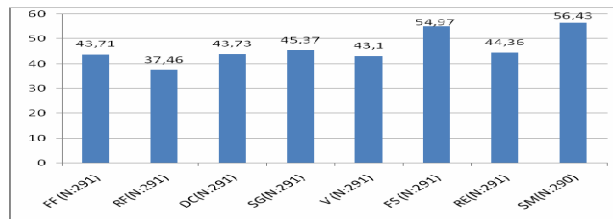


Fig. 3: Indicadores de calidad de vida - SF 36 (%)

Por otro lado se analizó la presencia de indicadores de ansiedad, depresión y desorden alimentario a partir de los cuestionarios HAS, EAT 26, ID. Del total de la muestra la *media* encontrada en el indicador de ansiedad es de 15,81; para depresión la media fue de 12,86 y en relación al indicador de desorden alimentario 19,86.

Se evaluó como estos indicadores fueron evolucionando desde el año 2005 al 2011. Observando los indicadores explorados se observa una leve declinación de la curva de ansiedad y depresión y un aumento en los desordenes alimentarios tal cual lo grafica la figura N° 4. Es importante destacar que el inventario de depresión se comenzó a aplicar en el año 2008 motivo por el cual no constan indicadores previos.

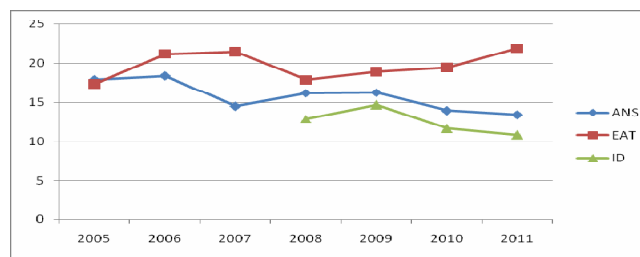


Fig. 4- Curva indicadores de ansiedad, depresión y trastornos alimentarios.

Se estudió la influencia de las variables “peso” e “IMC” en relación a los indicadores de ansiedad, depresión y trastorno alimentario. No se encontraron asociaciones positivas en relación a la variable “peso”. Para analizar la asociación de la variable IMC e indicadores psicológicos se re-categorizó la variable “IMC” en los que presentaron un “IMC de 45 y menos” y los que presentaron un “IMC de más de 45”. (Tabla II)

	Categoría IMC	N	Media	Desviación típica.	Error de la media
ANS	1- IMC 45 y Menos	147	15,11	9,902	,817
	2- IMC Mas 45	138	16,62	10,037	,854
EAT	1- IMC 45 y Menos	147	20,67	9,887	,815
	2- IMC Más 45	140	18,74	9,511	,804
ID	1- IMC 45 y Menos	99	11,18	6,681	,671
	2- IMC Más 45	67	15,39	7,628	,932

Tabla II: Indicadores de ansiedad, depresión y trastorno alimentario

A partir de la prueba estadística “t” (Tabla III) se corroboró que el indicador de depresión posee una relación significativa con el IMC, observando que a mayor IMC mayor depresión.

Prueba de Levene para la igualdad de varianzas			Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	T	Gl	Sig. bilateral	Difer. de medias	Error típ. de la dif.	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
ANS	,004	,951	-1,282	283	,201	-1,51	1,181	-3,840	,811
			-1,281	281,332	,201	-1,51	1,182	-3,841	,812
EAT	,072	,789	1,684	285	,093	1,93	1,146	-,325	4,187
			1,686	284,971	,093	1,93	1,145	-,323	4,184
ID*	1,457	,229	-3,757	164	,000*	-4,21	1,120	-6,417	-1,996
			-3,662	128,927	,000*	-4,21	1,149	-6,479	-1,934

Tabla III; Prueba “t” para IMC en relación a Indicadores de ansiedad, trastorno alimentario y depresión.

*Nivel de significación: $p < 0,05$

Posteriormente se estudió la influencia de las variables “socio-demográficas” en relación a los indicadores de ansiedad, depresión y trastorno alimentario. Se encontró una asociación positiva en relación a la variable IMC y “nivel de escolaridad”.

Para arribar a este resultado se re- categorizó la variable escolaridad en los que poseían un nivel de escolaridad de “Secundaria completa y más” y los que tenían “Terciario incompleto y menos” (Tabla IV)

	Nivel de Escolaridad	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
IMC	1- Secundaria completa y menos	106	48,70	10,043	,975
	2- Terciaria Incompleta y más	179	45,25	7,517	,562

Tabla Nº 4: Nivel de escolaridad

A partir de la prueba estadística “t” (Tabla V) se corroboró que existe un relación significativa entre el nivel de escolaridad e IMC, observando que a mayor escolaridad menor IMC.

Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
IMC	12,831	,000	3,291	283	,001*	3,45	1,047	1,385	5,506
			3,061	174,867	,003*	3,45	1,126	1,224	5,667

Tabla V: Prueba “t” para Nivel de escolaridad e IMC.*Nivel de significación: $p < 0,05$

Discusión

En síntesis, se comprobó que del 2005 al 2011 la mayoría de los postulantes a cirugía bariátrica son mujeres, de estado civil casadas con estudios universitarios completos. La edad promedio de los postulantes no tuvo variaciones significativas, siendo el promedio más bajo en el año 2005 y el más alto en el 2006. Con respecto a las medidas antropométricas, se observa en relación al peso inicial de los postulantes que la media más alta se obtuvo en el año 2006 y la más baja en el año 2010. El peso medio total fue de 128,40 kg. Con respecto al IMC, se observa que las personas evaluadas durante el año 2007 presentaban obesidad grado IV, siendo el indicador más elevado y el menor en el año 2010 perteneciente a personas con obesidad tipo III (mórbidas). El IMC total promedio demuestra que las personas candidatas a cirugía presentan obesidad mórbida. Estas consideran en relación a su salud, menor calidad con respecto a su rol físico o sea una disminución importante en sus actividades que dificultan el rendimiento laboral y mayor calidad de salud en el área de salud mental. Se comprobó que presentan trastorno de ansiedad mayor y depresión leve. Con respecto al indicador de desorden alimentario se observa que los resultados obtenidos se encuentran en el límite del punto significativo, no llegando a demostrar dicho trastorno. No obstante, se cree que sería necesario evaluar la sensibilidad del test utilizado para esta población. Observando los indicadores explorados existe una leve declinación de la curva de ansiedad y depresión y un aumento en los trastornos alimentarios del 2005 al 2011. Los indicadores de ansiedad, depresión y trastornos alimentarios no poseen una relación significativa con el peso pero si se encontró una asociación positiva con el índice de masa corporal, estableciéndose que a mayor IMC mayor depresión. También se corroboró que a mayor escolaridad existe menor IMC.

Analizando las variables sociodemográficas se constata al igual que otros estudios que las mujeres son en gran medida las que se someten a cirugía bariátrica. Llama la atención que la mayoría de estas personas poseen un grado de escolaridad elevado lo cual si bien no se investigó aspectos socioeconómicos, este rango está

indicando cierto nivel de vida de las personas valoradas. Este dato marca un interrogante con respecto a la accesibilidad para concretar una cirugía bariátrica. Será necesario implementar nuevas líneas de investigación sobre este aspecto a fin de considerar si es una práctica inclusiva al menos en nuestro país. Con respecto a la edad media de las personas que concurren a evaluación pre quirúrgica se observa que coincide con el ingreso a la “mediana edad”. Es importante considerar que la mayoría de estos pacientes poseen una larga trayectoria de tratamientos frustrados y pareciera que a esta edad siguiendo los indicadores de Neugarten B. (1999)⁹ existe un incremento a la interioridad o sea una mirada introspectiva hacia las limitaciones vividas por lo cual aumenta la toma de conciencia en la búsqueda de una alternativa que permita prevenir complicaciones mayores, mejorar la calidad y expectativa de vida. Por otro lado, el llamado a conciencia es provocado fundamentalmente por las limitaciones en el *rol físico* marcando una disminución de su funcionalidad. Pareciera que este indicador es el más palpable y consciente para las personas con obesidad mórbida. Teniendo en cuenta que la obesidad es una enfermedad multicausal las personas que las padecen son poco conscientes de los trastornos psicológicos provocados por la misma enfermedad. De esto surge el interrogante ¿Será una de las causas por las cuales los pacientes son resistentes a buscar ayuda psicológica o iniciar sus correspondientes tratamientos? ¿Son ellos mismos quienes poseen una visión más organicista de la enfermedad?


Retomando el nivel de escolaridad de este grupo de personas, se observa como a mayor nivel de escolaridad disminuye el IMC, lo cual también hace reflexionar de la necesidad de implementar políticas de salud que tiendan a promocionar hábitos saludables y educar sobre aspectos generales de esta patología desde edades muy tempranas así como también emprender campañas de educación sobre “el auto-cuidado”. El hallazgo encontrado con respecto a los indicadores de trastorno de ansiedad, depresión y trastornos alimentarios coinciden con estudios previos como los de Ríos ⁴ aunque es preciso alertar a especialistas sobre el creciente aumento de trastornos alimentarios tal cual se

observa en este estudio lineal. De acuerdo a estos resultados se observa que la obesidad se encuentra relacionada a un trastorno de ansiedad mayor por lo cual será necesario entonces indagar sobre las causas ansiógenas que favorecen esta enfermedad. Este monto de ansiedad aumenta la frecuencia de ingestas y cantidad de alimentos. El trastorno de depresión encontrado en este grupo personas es leve aunque a medida que aumenta el índice de masa corporal se elevan los síntomas depresivos. Estos datos coinciden con los hallados por Pérez ¹. Otras investigaciones como las Clark ¹⁰ demostraron que la disminución de peso después del tratamiento quirúrgico dependía de varios factores, entre ellos, del estado psiquiátrico de los pacientes. Observaron que los pacientes con enfermedad psiquiátrica atendidos en forma adecuada previo a la cirugía, lograron disminuir significativamente el peso, en comparación al grupo que no recibió esta atención. Asimismo observaron que el tratamiento psiquiátrico preoperatorio disminuyó la tasa de hospitalización postoperatoria.

Conclusión

Se cree que este estudio será un aporte para poder ampliar la visión del estado de los postulantes a cirugía bariátrica desde el punto de vista psicológico a fin de afianzar tratamientos pre quirúrgicos desde el área de salud mental como así también promocionar políticas de salud que mejoren la accesibilidad de las personas con obesidad mórbida a estos tratamientos. Sin lugar a duda el tratamiento de la obesidad mórbida debe ser interdisciplinario si queremos lograr resultados favorables y prolongados en el tiempo. A si mismo las personas con obesidad mórbida deberán ser conscientes de la necesidad de iniciar tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos para lograr una mayor estabilidad emocional y un adecuado manejo de la sintomatología psíquica. Será necesario abrir una nueva línea de investigación que permita evaluar los resultados postquirúrgicos.

Referencias:

1. Pérez Martínez, E.; De la Torre Esteve, M.; Tirado González, S.; Van-der Hofstadt Román C.J.; Valoración de candidatos a cirugía bariátrica: descripción del perfil sociodemográfico y variables psicológicas, Artículo, Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, C. Med. Psicossom 2011; 99: <http://www.psicologibariátrica.org/publicaciones.php>
2. Vázquez M, Messeguer C.: Análisis de variables psicopatológicas |  en una población de pacientes remitidos para valoración psiquiátrica previa a cirugía de obesidad mórbida; Artículo, Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, C. Med. Psicossom, 2008; 86: y 87: http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo_5_86-87.pdf
3. Reyes J.C.; Muñoz Tamayo R.; Prevalencia y determinación de los factores de riesgo asociados con psicopatología en los candidatos a cirugía bariátrica en la Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia; artículos originales, Rev. Colomb. Psiquiatr. 2008; 37 (3): http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000300009&lng=pt&nrm=
4. Ríos Martínez, B.; Rangel Rodríguez, A.; Álvarez Cordero, R.; Castillo González, F.; Ramírez Wiella, G.; Pantoja Millán, J.; et al; Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso, Acta médica grupo ángeles, Revista electrónica Medigraphic Artemisa, 2008; 6 (4): <http://www.psicologibariátrica.org/publicaciones.php>
5. Garner D.M., Olmsted M.P, Bohr Y., Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982; 12:871-878
6. SF-36 Health Survey, Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión, Cuestionarios de Salud; Preparado por Molinero L. 2012; <http://www.sch-lelha.org/cucadevi.htm#SF36>
7. Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. In Studies of Anxiety, Lander, MH. Brit J Psychiat Spec Pub 1969; 3:76-79.
8. Inventario de Depresión de Beck (BDI); CRC Formación Psicológica. 2012; <http://centros-psicotecnicos.es/ansiedaddepresion/inventario-depresion-de-beck/gmx-niv55-con139.htm>
9. Neugarten, B “Los significados de la edad”, Barcelona, 1999, Hender.
10. Clark M, Balsinger B, Sletten C, Dahlman K, Ames G, Williams D, et al. Psychosocial Factor and 2-year Outcome Following Bariatric Surgery for Weight Loss. Obes Surg 2003; 13: 739-745.