

Artículo Original Psicología

## Riesgo de suicidio tras cirugía Bariátrica

### Risk of suicide after bariatric surgery

Eduardo Pérez-Fernández\*, Enrique Pérez-Martínez\*\*, Miguel Raúl Alonso Gascón\*\*\*, Jesús Rodríguez-Marín\*\*\*\*, Carlos J. van-der Hofstadt Román \*\*\*\*

\*Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. \*\* Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-FISABIO). \*\*\* Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. \*\*\*\*Unidad de Psicología Hospitalaria. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-FISABIO). ✉ [cjvander@umh.es](mailto:cjvander@umh.es)

**Resumen: Introducción:** Existe un gran número de estudios que muestran que, entre los pacientes con cirugía bariátrica, las tasas de ideación suicida pre-cirugía son más altas (9,1%), que entre la población general (2,4-4,8%), así como un aumento en la ideación suicida después de la intervención. Dada la falta de datos a este respecto en los hospitales españoles, nuestro objetivo era conocer la situación de la salud mental, la ideación suicida y el comportamiento autolítico en pacientes bariátricos operados en un hospital general. **Método:** Se ha realizado un estudio de análisis de cohorte longitudinal, retrospectivo. Para ello analizaron los historiales clínicos de los pacientes intervenidos en nuestro centro. **Resultados:** 33 pacientes presentaban antecedentes psiquiátricos previos a la cirugía, y tras ella 29 presentaron nuevos episodios de enfermedad mental. Ningún paciente había presentado ideación suicida antes de la cirugía, mientras que tras la cirugía 5 pacientes lo presentaron. 2 pacientes presentaban al menos un intento autolítico previo a la cirugía y sólo 1 hizo un nuevo intento tras la misma. **Conclusiones:** Es muy relevante identificar aquellos pacientes de cirugía bariátrica con riesgo de seguir presentando un curso de enfermedad mental tórpido tras la cirugía bariátrica, dado que en dichos individuos el período de seguimiento y apoyo psicosocial debería ser mayor.

**Palabras clave:** Obesidad Mórbida, Cirugía Bariátrica, Ideación suicida, Intento autolítico, Psicopatología.

**Abstract: Introduction:** There is a large number of studies showing that, among bariatric surgery patients, rates of suicidal ideation pre-surgery are higher (9,1%) than among the general population (2,4-4,8%), as well as an increase in suicidal ideation after the intervention. Given the lack of data in this regard in Spanish hospitals, our goal was to know the situation on mental health, the suicidal ideation and autolytic behaviour in bariatric patients operated in a general hospital. **Method:** A longitudinal retrospective cohort analysis was performed. For this purpose, we have analysed the clinical records of patients treated at our center. **Results:** 33 patients had a psychiatric history during the pre-surgery years. After surgery, 29 had new episodes of mental illness. No patient had presented pre-surgery suicidal ideation, whereas after the surgery 5 patients presented it. 2 patients had at least one pre-surgery autolytic attempt and only 1 had a new attempt after surgery. **Conclusions:** It is very relevant to emphasize the importance of identifying those patients at risk of continuing to present a course of torpid mental illness after bariatric surgery, since in those individuals the period of follow-up and psychosocial support should be greater.

**Keywords:** Morbid Obesity, Bariatric Surgery, Suicidal Ideation, Autolytic Intent, Psychopathology.

### Introducción

La prevalencia mundial de la obesidad se ha más que duplicado desde 1980: en 2014, más de 1.9 billones de adultos (39% de los mayores de 18 años) tenían sobrepeso, de los cuales 600 millones eran obesos (13%)<sup>1</sup>

La obesidad se considera una patología crónica que conlleva un aumento de riesgo para el desarrollo de otras comorbilidades como Diabetes Mellitus,

hiperlipidemia, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica e hipertensiva, apnea obstructiva del sueño y alta prevalencia de psicopatología<sup>2,3</sup>. Además, en la población obesa se da una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo y psiquiátricos cuando se compara con la población general<sup>3</sup>. Hasta un 40-50% de la población obesa podría cumplir con algunos de los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders") para trastornos de ansiedad o depresión, de personalidad y

alimentarios, los cuales han sido, además, relacionados con un incremento del riesgo de suicidio<sup>4</sup>.

La cirugía bariátrica (CB) se ha erigido como la intervención más efectiva para el tratamiento de la obesidad mórbida o clase III (IMC $\geq$ 40), no habiéndose conseguido demostrar una disminución del IMC significativa y mantenida en el tiempo mediante métodos no quirúrgicos tales como las técnicas higiénico dietéticas (el 66% de los pacientes recuperan peso en un plazo de 24 meses) y/o los fármacos (con un 90 % de fracasos tras la retirada del tratamiento)<sup>5</sup>.

La CB consigue una reducción de hasta el 80% del exceso del peso corporal en los primeros dos años tras la cirugía, así como una mejoría clínica o resolución de las patologías asociadas a la obesidad<sup>6,7</sup>. Los pacientes intervenidos de CB disfrutaban de una significativa reducción de la mortalidad a largo plazo por todas las causas cuando se les compara con un grupo control de obesos de características similares no intervenidos. Aunque mantengan una tasa de mortalidad mayor respecto a la población general, se ha comprobado una disminución de la mortalidad por infarto agudo de miocardio, ictus, y cáncer respecto a obesos no operados. No obstante, diferentes estudios han encontrado un aumento del riesgo de muerte por suicidio o sobredosis de fármacos y drogas<sup>8</sup>.

Respecto a los problemas de salud mental, la prevalencia a lo largo de la vida de un trastorno del Eje I es del 70%, y entre el 20% y el 60% de los pacientes remitidos a CB presentan un trastorno psiquiátrico del Eje I en el momento de la evaluación, estando el 25% de los candidatos en tratamiento por un profesional de salud mental y existiendo entre el 12% y el 38% de los pacientes que estaban tomando psicofármacos cuando fueron evaluados<sup>9-13</sup>.

En los pacientes sometidos a tratamiento médico para perder peso aparecen síntomas de ansiedad y depresión que correlacionan positivamente con el nivel de sobrepeso, resultando muy frecuente el diagnóstico de distimia<sup>14</sup>. Igualmente, los trastornos afectivos son los más frecuentes entre los candidatos a CB y los diagnósticos predominantes son los de depresión mayor y distimia<sup>12</sup>. Varios estudios han encontrado que entre el 19,3% y el 51% de los pacientes candidatos a CB habían presentado un episodio depresivo mayor durante su vida, y, si consideramos todos los trastornos afectivos, esta cifra aumenta al 56%. Estos valores son significativamente mayores que los encontrados en la población general que oscilan alrededor del 17%<sup>15</sup>. Algunos estudios han demostrado, además, una alta tasa de ideación suicida en población obesa candidata para CB. Sin embargo, en el momento de la evaluación, la prevalencia puntual de depresión severa-moderada era mucho menor, del 6% en unos estudios hasta el 20% en otros<sup>10,11,15-17</sup>.

En general, la existencia de un trastorno ansioso y/o depresivo previo a la CB no determina un mal resultado en la pérdida de peso tras la cirugía<sup>18</sup>. Algunos autores señalan incluso que los sujetos que pierden más peso satisfactoriamente tras la CB eran los que presentaban mayores niveles de estrés y depresión al inicio del proceso de selección<sup>19</sup>. Sin embargo, algún estudio prospectivo sí que encuentra que aquellos pacientes con diagnóstico de depresión y/o ansiedad en el momento de la CB pierden significativamente menos peso a los cuatro años de seguimiento postquirúrgico que los candidatos sin diagnósticos mentales comórbidos<sup>20</sup>.

Por todo ello, la mayoría de programas de atención al paciente de CB incluyen en sus equipos profesionales de la salud mental para evaluar y preparar a los pacientes y garantizar el éxito de la intervención. El método más frecuente de evaluación es la entrevista clínica y los cuestionarios clínicos o de calidad de vida para la selección de candidatos aptos para la cirugía. No obstante, a pesar de que se recomienda la realización de una evaluación psicopatológica preoperatoria, la American Society for Metabolic and Bariatric Surgery afirma que no hay consenso entre los expertos sobre la estructura, contenido y criterios de inclusión para dichas evaluaciones<sup>21,22</sup>.

En particular, dada la creciente utilización de la cirugía bariátrica como un tratamiento eficaz de la obesidad grave, es fundamental caracterizar mejor los riesgos de suicidio entre los pacientes de CB. Varios estudios han documentado un exceso de muertes por suicidio después de la cirugía bariátrica<sup>23-25</sup>, encontrando que la mayoría de ellas ocurren más de un año después de la cirugía. Por ejemplo, Adams y colaboradores encontraron que la edad, el IMC y el riesgo de suicidio ajustado por sexo en el grupo quirúrgico duplicaron el de los controles emparejados, pero el pequeño número absoluto de suicidios (n = 21 en el grupo quirúrgico vs. 8 entre los controles) limitó poder para detectar diferencias estadísticamente significativas<sup>23</sup>.

En este contexto, el estudio de Tindle y sus colaboradores<sup>25</sup> examinaron los suicidios post-CB atendiendo al tiempo desde la intervención, el sexo y la edad en una cohorte de 16.683 pacientes intervenidos de CB durante 9 años y lo compararon con las tasas de mortalidad por suicidio de la población local. Su estudio concluyó un aumento significativo de las tasas de suicidio en los pacientes bariátricos ajustados por sexo y edad (6,6 suicidios/10.000 intervenidos; 13,7/10.000 entre hombres y 5,2/10.000 para mujeres), respecto a la población general de Pennsylvania (EEUU) donde se llevó a cabo el estudio (2,5/10.000 entre hombres y 0,6/10.000 para mujeres). Además observaron que el 70% de los suicidios ocurrieron durante los tres primeros años

tras la cirugía, pasados los seguimientos médicos postquirúrgicos que solían durar 6 meses.

Siguiendo la línea de estos estudios se han publicado más revisiones y meta-análisis sobre la mortalidad por suicidio a largo plazo en pacientes bariátricos, comparándolas con tasas locales de mortalidad o, más frecuentemente, con las tasas de suicidio publicadas por la Organización Mundial de la Salud. Peterharsel y sus colaboradores<sup>26</sup> ha publicado una revisión sistemática de 30 estudios que sugiere que el riesgo de suicidio para pacientes que se someten a CB es 4 veces mayor que la población general. La proximidad temporal de algunos de los suicidios respecto a la fecha de la intervención sugirió también cierta causalidad.

Para evaluar mejor esta asociación, Bhatti y sus colaboradores<sup>27</sup> compararon el riesgo de comportamientos autolesivos antes y después de la CB mediante el seguimiento de 8.815 pacientes quirúrgicos durante un intervalo de 5 años. Sus resultados mostraron que un total de 111 pacientes tuvieron al menos un evento autolesivo antes o después de la CB. De ellos, 37 en el período prequirúrgico, 63 tras la cirugía y 11 en ambos momentos.

De estos estudios se pueden extraer unas tasas prequirúrgicas de 2,33 eventos por 1000 pacientes al año y de 3,63 por 1000 pacientes al año en el período postquirúrgico. De esta forma cabe concluir que el riesgo de autolesiones en pacientes obesos aumenta un 50% tras la cirugía bariátrica.

El objetivo principal de este trabajo es, por lo tanto, estudiar si existe un incremento de las tasas de suicidio post CB respecto a la población general. Como objetivos secundarios, nos planteamos obtener datos sobre presencia de psicopatología, conductas adictivas, ideación suicida y conductas autolesivas en los pacientes de nuestro hospital antes y después de la cirugía para compararlo con las tasas de la OMS, las tasas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y las encontradas en la bibliografía.

De acuerdo con los estudios previos, la hipótesis más plausible es que el porcentaje de conductas autolesivas en los pacientes post CB será más alto que en la población normal, pero somos conscientes de que con una muestra tan pequeña, es difícil verificar ninguna hipótesis.

### **Pacientes y métodos**

Se ha realizado un estudio de análisis de cohorte longitudinal, retrospectivo y en el que cada paciente sirve como su propio control. Para ello se ha comparado: a) la tasa de antecedentes psicopatológicos durante los 3 años previos y los 3 años posteriores a la CB en cada paciente, b) la aparición de nuevas conductas adictivas o abuso de sustancias, c) las

consultas en atención primaria o servicios de urgencias por conductas autolesivas, d) los IMC previos y posteriores a la cirugía en cada paciente, e) sexo, fecha, tipo de intervención y número de pacientes reintervenidos de CB, y f) pacientes fallecidos durante el seguimiento y motivo del mismo.

**Muestra:** El estudio incluyó a todos los pacientes intervenidos de CB desde el 30 de Noviembre de 2011 hasta el 07 de Diciembre de 2012. De esta forma, todos los pacientes estudiados, 70 en total, tienen un tiempo mínimo de tres años de seguimiento postquirúrgico. Este trabajo se encuentra dentro de un estudio más amplio que se viene desarrollando desde la Unidad de Psicología Hospitalaria del centro, aprobado por el CEIC del mismo y con la autorización de los pacientes para el acceso a sus datos mediante el consentimiento informado que firmaron previamente a la CB.

**Instrumentos:** Se ha accedido a la historia clínica electrónica de los pacientes mediante los programas informáticos del centro dedicados a ello: Abucasis, Mizar y Orion Clinic.

**Análisis de los datos:** Se ha realizado un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en el seguimiento de los pacientes que son comparados con los antecedentes previos de dichos pacientes y con las tasas publicadas de suicidio en diversas fuentes.

### **Resultados**

El listado inicial de pacientes intervenidos de CB desde Diciembre de 2011 hasta Diciembre de 2012 incluía 75 pacientes, de los cuales se excluyeron del estudio 5 por diferentes causas: 2 por pérdida de seguimiento tras la operación, otros 2 por haberse aplazado su cirugía y 1 por no tener los datos personales completos. De los 70 pacientes que se han estudiado (Tabla 1), 50 son mujeres y 20 hombres. La intervención que se llevó a cabo más frecuentemente fue el Bypass gástrico (40), seguida por la Gastrectomía tubular (29) y con menor frecuencia la derivación biliopancreática con la técnica de Scopinaro (1). Del total de pacientes, 32 tenían un IMC prequirúrgico entre 40 y 50, mientras que 38 tenían un índice superior a 50. Tras tres años de la intervención, 40 pacientes mantuvieron un IMC entre 30 y 40, 21 por debajo de 30 y 9 por encima de 40. Del global de pacientes, tres de ellos se reintervinieron de CB en años posteriores al no alcanzar una pérdida de peso significativa.

		Nº total pacientes	% sobre el total de pacientes
<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	20	28,6%
	<b>Mujer</b>	50	71,4%
<b>Tipo de intervención</b>	<b>Bypass Gástrico</b>	40	57,1%
	<b>Gastrectomía tubular</b>	29	41,4%
	<b>Derivación biliopancreática de Scopinaro</b>	1	1,4%
<b>IMC prequirúrgico</b>	<b>40-50</b>	32	45,7%
	<b>&gt;50</b>	38	54,3%
<b>IMC postquirúrgico</b>	<b>&lt;30</b>	21	30%
	<b>30-40</b>	40	57,1%
	<b>&gt;40</b>	9	12,9%

**Tabla 1. Características de la muestra.**

Del total de la muestra (Tabla 2), 33 pacientes presentaban antecedentes psiquiátricos durante los años previos a la cirugía: 8 (24,20%) hombres y 25 (75,80%) mujeres. No obstante, tras la cirugía, 29 individuos presentaron nuevos episodios de enfermedad mental, de los cuales 10 (34,5%) eran hombres y 19 (65,50%) eran mujeres.

Respecto a las conductas adictivas y abuso de sustancias, 6 pacientes tuvieron antecedentes de la misma (4 hombres y 2 mujeres) y sólo 2 (hombres) mantuvieron dicha conducta en los años siguientes tras la operación. Ningún paciente había presentado ideas de muerte ni ideación suicida en las consultas clínicas con psicólogos y psiquiatras en la pre-CB, mientras que 5 pacientes (4 hombres y 1 mujer) las tuvieron en los primeros años tras la CB. Por otra parte, 2 pacientes

presentaban al menos un intento autolítico previo a la cirugía y sólo 1 hizo un nuevo intento tras la misma. De los 70 pacientes, 2 han fallecido, uno por cardiopatía isquémica y del otro no consta en el sistema informático la causa de la muerte.

Respecto a los diagnósticos psicopatológicos entre la muestra poblacional estudiada, en la Tabla 3 se presentan los más frecuentes, que fueron el síndrome ansioso-depresivo (34,5%) y la ansiedad (21,8%). Tras éstos destacan la depresión (10,9%) y la bulimia (9,1%), seguidos de la distimia (5,4%), los trastornos de adaptación (5,4%), el trastorno facticio, el trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo, la agorafobia y la hipocondría.

<b>Tabla 2</b>		<b>Nº total pacientes (%)</b>	<b>Hombres (%)</b>	<b>Mujeres (%)</b>
<b>Psicopatología</b>	<b>PreQx</b>	33 (47,14%)	8 (24,2%)	25 (75,8%)
	<b>PostQx</b>	29 (41,42%)	10 (34,5%)	19 (65,5%)
<b>Conductas adictivas</b>	<b>PreQx</b>	6	4 (66,7%)	2 (33,3%)
	<b>PostQx</b>	2	2	0
<b>Ideas de muerte o ideación suicida</b>	<b>PreQx</b>	0	0	0
	<b>PostQx</b>	5	4 (80%)	1 (20%)
<b>Conductas autolesivas</b>	<b>PreQx</b>	2	1	1
	<b>PostQx</b>	1	1	0

**Tabla 2. Presencia de Psicopatología, conductas adictivas e ideación suicida y conductas autolesivas antes y después de la cirugía.**

<b>Psicopatología</b>	<b>Síndrome ansioso-depresivo</b>	19 (34,5%)
	<b>Ansiedad</b>	12 (21,8%)
	<b>Depresión</b>	6 (10,9%)
	<b>Bulimia</b>	5 (9,1%)
	<b>Otros</b>	13 (23,6%)

**Tabla 3. Diagnósticos psicopatológicos más frecuentes.**

## Discusión

Aunque algunas publicaciones han demostrado que la pérdida de peso influye positivamente en la salud mental, los resultados en pacientes de CB son inconsistentes. Aunque, en un primer momento, sí que descienden de forma estadísticamente significativa las tasas de ansiedad y depresión<sup>28</sup>, los estudios revisados recogen un incremento de la psicopatología y de la tasa de muertes por suicidio en los años siguientes a la intervención, sin que se conozcan con exactitud los factores que explican este incremento, relacionados con los cambios permanentes en la imagen corporal, el estrés relacionado con las modificaciones y restricciones dietéticas y unas expectativas de pérdida de peso que no se cumplen<sup>29-31</sup>.

Por otra parte, mecanismos neurohormonales podrían ser la base de las alteraciones mentales postquirúrgicas<sup>32,33</sup>. Por ejemplo, el bypass gástrico puede reducir los niveles periféricos de neuropéptidos que regulan a su vez la actividad a nivel central del neuropéptido Y<sup>32</sup>, una neurohormona asociada con depresión, trastornos de adicción y suicidio<sup>33-35</sup>.

La naturaleza opuesta de estas teorías subraya la inconsistencia de si la CB tiene efectos positivos o negativos en la salud mental de los pacientes<sup>12</sup>.

En efecto, analizando los resultados obtenidos en este estudio, la prevalencia de enfermedad mental parece no presentar grandes cambios tras la cirugía (47,1% frente a 41,4%) y, de forma similar a la prevalencia bibliográfica, los trastornos afectivos ansioso-depresivos son los más frecuentes en nuestra muestra. Resulta interesante observar que, comparativamente, los hombres tuvieron una peor evolución psicopatológica tras la cirugía respecto a las mujeres. Mientras que hasta la cirugía el 75,8% de mujeres y el 24,2% hombres habían padecido eventos psicopatológicos, tras la intervención son 65,5% mujeres y 34,5% hombres los que vuelven a tener nuevos eventos psicopatológicos.

Esta reducción en las mujeres podría deberse al efecto estigmatizante de la obesidad en la sociedad, que cobra especial relevancia en el género femenino. El desprecio social y la discriminación del obeso se han documentado en el mundo laboral, educativo y

sanitario<sup>36</sup>. Así, durante la adolescencia, muchas mujeres con sobrepeso y obesidad señalaron que habían sido objeto de burlas y comentarios negativos debido a su peso y sus compañeros de estudios universitarios, consideraban más plausible tener en el futuro una pareja malversadora, cocainómana, ladrona o ciega antes que a una persona obesa. Además, las mujeres con sobrepeso, en comparación con aquellas de peso normal y con una capacidad intelectual similar, completan un menor número de meses de escolarización, tienen menores probabilidades de casarse y tienen menores ingresos económicos<sup>36</sup>.

Curiosamente, estos resultados no se encuentran en personas con otras patologías crónicas como asma, artritis reumatoide y parálisis cerebral. Así pues, se puede intuir que la CB podría tener un efecto sobre la salud mental más beneficioso en las mujeres respecto a los hombres, en la medida en que los trastornos de éstas podrían estar más relacionados con la imagen corporal y los cánones de belleza de la sociedad<sup>17</sup>.

Resulta llamativa la aparición de ideación suicida en cinco pacientes tras la CB. Los cinco sujetos tuvieron una evolución tórpida tras su cirugía en lo referente a la salud mental, aunque todos consiguieron una pérdida de peso aceptable y mantenida en el tiempo. Uno de ellos es una mujer, con antecedentes de depresión, y que tras la cirugía presentó un trastorno adaptativo, síndrome ansioso-depresivo e ideas de muerte, y abuso y dependencia de fentanilo, pese a que la cirugía pareció ser efectiva al reducir su IMC de un 50,9 a 24.

Los otros cuatro fueron hombres: dos de ellos han fallecido y, de los que siguen vivos, uno tenía antecedentes de ansiedad, depresión y trastorno por atracón, manteniendo diversos eventos psicopatológicos postquirúrgicos como depresión, ansiedad, insomnio, ideación suicida recurrente y trastornos de la imagen corporal al “seguir viéndose gordo” cuando la cirugía consiguió que redujera su IMC de 65 a 34. El otro presentaba antecedentes de intento autolítico medicamentoso, de ansiedad y de depresión, que se mantuvieron tras la cirugía junto a la ideación suicida. Su IMC pasó de 42,6 a 26.

Cabe destacar que los dos fallecimientos que hemos encontrado en la muestra presentaron ciertos rasgos clínicos “parasuicidas” tras la CB. El primero tenía

antecedentes de consumo abusivo de alcohol y cocaína y siguió presentando tras la cirugía una conducta alcohólica, a la vez que desarrolló un trastorno somatomorfo y ansioso depresivo, con intentos autolíticos medicamentosos que evita su mujer y no llegan a llevarse a cabo, falleciendo ulteriormente por cardiopatía isquémica. Consiguió reducir su IMC de 45 a 37. El otro paciente, del que desconocemos la causa de su muerte, contaba con antecedentes psiquiátricos de distimia, depresión, ansiedad y alcoholismo. Tras la CB continúa con la misma psicopatología y con el consumo excesivo de alcohol, llegando a ingresar en urgencias por intoxicación etílica en contexto de toma de antidepresivos. En su historia clínica se refleja ideación suicida así como antecedentes familiares de suicidio.

Si tomáramos el fallecimiento de causa desconocida de nuestra muestra como un suicidio, esto es 1 suicidio de 70 pacientes durante un seguimiento de 3 años, la prevalencia en nuestro estudio sería de 476 suicidios/100.000 habitantes en un año. Según los datos del INE la tasa en Alicante en 2013 fue 6,6/100.000, en España fue 8,3/100.000<sup>33</sup>, y para la OMS una tasa mundial de 16/100.000<sup>34</sup>. Así pues, resulta evidente que nuestra muestra sobrevalora la tasa de suicidio en la población a estudio y que sería necesaria una muestra de pacientes mayor para observar si realmente la tasa de suicidio está aumentada entre los pacientes intervenidos de CB en el HGUA.

Todos estos hallazgos indican que, acorde con la bibliografía consultada, la CB no parece mejorar la salud mental de los pacientes obesos a largo plazo o incluso podría llegar a empeorarla en alguno de ellos, por lo que el seguimiento postoperatorio de pacientes bariátricos no debería centrarse solamente en la pérdida de peso y salud metabólica sino también en su salud mental.

## Conclusiones

En suma, de nuestros resultados podemos concluir que la prevalencia de enfermedad mental parece no presentar grandes cambios tras la cirugía, que los trastornos afectivos ansioso-depresivos son los más frecuentes, que los hombres tienen una peor evolución psicopatológica tras la cirugía respecto a las mujeres,

probablemente porque la “estigmatización” de la persona obesa ha tenido más influencia en ellas que en los hombres. Y, respecto a la posible conducta suicida post-CB, nuestros resultados indican una mayor tasa de suicidio que en la población normal, pero eso puede deberse al número muestral que es pequeño.

Todo ello invita a reflexionar sobre la importancia de identificar aquellos sujetos de riesgo que sigan presentando un curso de enfermedad mental tórpido tras la intervención, dado que en dichos individuos el período de seguimiento y apoyo psicosocial debería ser mayor.

Este estudio ha conllevado el análisis de la historia clínica de 70 pacientes que, si bien no es una muestra capaz de arrojar significación estadística comparable con otros estudios previos, sí que ha permitido un análisis exhaustivo de los antecedentes de cada individuo. Consecuentemente, se han podido dibujar unos patrones psicopatológicos similares en la población estudiada y que son distintos de los existentes en la población general.

Cabe destacar, a su vez, ciertas limitaciones metodológicas a la hora de comparar nuestros hallazgos con los encontrados en la bibliografía: la falta de información de las causas de defunción o algunos registros informáticos incompletos de visitas al servicio de salud mental ambulatoria de cada paciente, que pueden haber interferido subestimando los resultados. Además, atendiendo a la revisión bibliográfica, la definición de suicidio varía ampliamente de unas publicaciones a otras, incluyendo desde suicidios propiamente dichos hasta accidentes o sobredosis por drogas o fármacos. Por otra parte, muy pocos estudios mencionan las razones del suicidio o presentan evaluaciones psicopatológicas de los mismos. Además, muchos no dan una descripción detallada por género y edad, aun cuando se sabe que son variables íntimamente ligadas con el riesgo de suicidio.

## Bibliografía

- 1.- WHO. Obesity and overweight, Fact sheet No 311. 2015. Obtenida el 20 de Febrero de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

- 2.- Must A, Spadano J, Coackley EH, Field AE, Colditz G, Dietz WH. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA* 1999; 282: 1523-1529.
- 3.- de Wit L, Luppino F, van Straten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. Depression and obesity: a meta-analysis of community based studies. *Psychiatry Res* 2010; 178: 230-235. doi: 10.1016/j.psychres.2009.04.015
- 4.- Henegan HM, Heinberg L, Windover A, Rogula T, Schauer PR. Weighing the evidence for an association between obesity and suicide risk. *Surg Obes Relat Dis* 2012; 8: 87-107. doi: 10.1016/j.soard.2011.10.007
- 5.- Bennet J, Mehta S, Rhodes M. Surgery for morbid obesity. *Postgrad Med J*. 2007; 83 (975): 8-15. Doi: 10.1136/pgmj.2006.048868.
- 6.- Fisher BL, Schauer P. Medical and surgical options in the treatment of severe obesity. *Am J Surg* 2002; 184 (6B) 9S-16S.
- 7.- Ballantyne GH. Measuring outcomes following bariatric surgery: weight loss parameters, improvement in co-morbid conditions, change in quality of life and patient satisfaction. *Obes Surg* 2003; 13 (6) 954-964.
- 8.- Adams TD, Metha TS, Davidson LE, Hunt SC. All-cause and cause-specific mortality associated with bariatric surgery: a review. *Curr Atheroscler Rep* 2015; 17:74. doi: 10.1016/j.soard.2016.10.007
- 9.- Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilis J, Mellado C, García A, Pérez A, et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg* 2010; 20: 161-167. doi: 10.1007/s11695-008-9726-1
- 10.- Glinski J, Wetzler S, Goodman E. The Psychology of gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2002; 11: 581-588. doi:10.1381/09608920160557057
- 11.- Mauri M, Rucci P, Calderone A, Santini F, Oppo A, Romano A, et al. Axis I and Axis II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:295-301. doi: 10.1530/EJE-12-1078
- 12.- Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res* 2005; 13: 639-648. doi: 10.1038/oby.2005.71
- 13.- Sarwer DB, Fabricatore AN. Psychiatric considerations of the massive weight loss patient. *Clinical Plastic Surg.* 2008; 35, 1-10. doi: 10.1016/j.cps.2007.08.006
- 14.- Ley P. Psychological and behavioural factors in weight loss. En: GA Grey, (ed), *Recent advances in obesity research 2*. Londres: Newman Publishing, 1978: 86-100.
- 15.- Alonso J, Angenmeyer MC, Benmert S, Bruffauts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* 2004 (109): 21-27. doi.org/ 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
- 16.- Chen EY, Fettich KC, Tierney M, Cummings H, Berona J, Weissman J, et al. Factors associated with suicide ideation in severely obese bariatric surgery-seeking individuals. *Suicide Life Threat Behav* 2012; 42: 541-9. doi: 10.1111/j.1941-278X.2012.00110.x
- 17.- Wadden TA, Sarwer DB, Womble LG, Foster GD, MC Guckin BG, Schimmel A. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surg Clin North Am* 2001; 81 (5): 1001-1024.
- 18.- Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity. *Obes Surg* 2003; 13: 746-751.
- 19.- Mathus-Vliegen EMH. Long-term health and psychosocial outcomes from surgically induced weight loss: results obtained in patients not attending protocolled follow-up visits. *Int J Obes* 2007; 31: 299-307. doi: 10.1038/sj.ijo.0803404

- 20.- Legenbauer T, DeZwaan M, Benecke A, Mühlans B, Petrak F, Herpetz S. Depression and anxiety: their predictive function for weight loss in obese individuals. *Obes Facts* 2009; 2: 227-234. doi: 10.1159/000226278
- 21.- Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? *Survey Results. Obes Surg* 2006; 16:567-73. doi: 10.1590/S0102-6720201400S100015
- 22.- Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient-2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The obesity Society and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat. Dis.* 2013; 9(2):159-191. doi: 10.4158/EP12437
- 23.- Adams TD, Gress RE, Smith SC et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med.* 2007; 357: 753-761. doi: 10.1056/NEJMoa066603
- 24.- Omalu BI, Ives DG, Buhari AM et al. Death rates and causes of death after bariatric surgery for Pennsylvania residents, 1995 to 2004. *Arch Surg.* 2007; 142: 923-929. doi: 10.1001/archsurg.142.10.923
- 25.- Tindle HA, Omalu A, Courcoulas M, Marcus J, Hammers LH, Kuller B. Risk of Suicide after Long-term Follow-up from Bariatric Surgery. *Am J. Med* 2010; 123: 1036-1042. doi: 10.1016/j.amjmed
- 26.- Peterhansel C, Petroff D, Klinitzke G, Kersting A, Wagner B. Risk of completed suicide after bariatric surgery: a systematic review. *Obes Rev* 2013; 14(5):369-382. doi: 10.1111/obr.12014
- 27.- Bhatti JA, Nathens AB, Thiruchelvam D, Grantcharov T, Goldstein BI, Redelmeier DA. Self-harm emergencies after bariatric surgery. A population-based cohort study. *JAMA Surg* 2016; 151 (3): 226-232 doi: 10.1001/jamasurg.2015.34.14.
- 28.- van-der Hofstadt CJ, Pérez E, Tirado S, Mateu M, Rodríguez-Marín J. Psychological effects of a structured programme for preparing bariatric surgery patients. *Ansiedad y Estrés.* 2012; 18(2-3), 231-239. DOI: 10.1089/bari.2016.0014
- 29.- Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali S. The impact of bariatric surgery on psychological health. *J Obes* 2013; doi: 10.1155/2013/837989
- 30.- Hertpetz S, Kielmann R, Wolf AM, Hebebrand J, Senf W. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes. Res* 2004; 12(10):1554-1569. doi: 10.1038/oby.2004.195
- 31.- Chesler BE. Emotional eating: a virtually untreated risk factor for outcome following bariatric surgery. *Sci World J* 2012; doi: 2012:365961.
- 32.- Mitchell JE, Crosby R, de Zwaan M, et al. Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obes (Silver Spring).* 2013; 21(4): 665-672. doi: 10.1002/oby.20066
- 33.- Romanova IV, Ramos EJB, Xu Y, Quinn R, Chen C, George ZM, Inui A, Das U, Meguid MM. Neurobiologic changes in the hypothalamus associated with weight loss after gastric bypass. *J Am Coll Surg* 2004;199:887-895. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/261285513\\_The\\_Gut\\_Brain\\_and\\_Heart\\_Connection](https://www.researchgate.net/publication/261285513_The_Gut_Brain_and_Heart_Connection)
- 34.- Morales-Medina JC, Dumont Y, Quirion R. A possible role of neuropeptide Y in depression and stress. *Brain Res* 2010; 1314:194-205. doi:10.1016/j.brainres.2009.09.077
- 35.- Thiele TE, Navarro M, Sparta DR, Fee JR, Knapp DJ, Cubero I. Alcoholism and obesity: Overlapping neuropeptide pathways. *Neurop* 2003; 37(6):321-337. Available from, doi: 10.1016/j.npep.2003.10.002
- 36.- Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res Rev* 2001; 9: 788-805. doi:10.1038 / oby.2001.108
- 37.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Madrid: INE.

2013. Obtenida el 20 de Febrero de 2017:  
[http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario13/anu13\\_05salud.pdf](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario13/anu13_05salud.pdf)

38.- Organización Mundial de la Salud. Programa de prevención del Suicidio (SUPRE). 2012. Obtenida el 20 de Febrero de 2017:  
[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/7](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/7).- ERAS Compliance Group. The Impact of Enhanced Recovery Protocol Compliance on Elective Colorectal resection: Results from an international registry. Ann Surg 2015;261(6):1153-115