ANALES de la Facultad de Ciencias Médicas

TEMA DE INTERES

Evaluación Psiquiátrica de Pacientes Candidatos a Cirugía Bariátrica

Psychiatric Evaluation of Patients Bariatric Surgery Candidates

Torales Benítez J, Moreno Giménez M, Arce Ramírez A

Consultorio de Especialidades, Cátedra y Servicio de Psiquiatría,Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción

RESUMEN

En la actualidad, la cirugía bariátrica se ha convertido en la opción de tratamiento para la obesidad mórbida. Variables psicológicas y psiquiátricas han sido descritas por varias investigaciones como cruciales al considerar el tratamiento (y evolución) de la obesidad. Conocer acabadamente esas variables es necesario para lograr resultados satisfactorios de la cirugía bariátrica, que sean sostenibles en el tiempo.

En esta revisión se hace hincapié en los aspectos psicológicos vinculados al paciente con obesidad mórbida, la evaluación psiquiátrica del candidato a cirugía bariátrica y, además, se expone el trabajo del consultorio de Especialidades de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Palabras clave: cirugía bariátrica, obesidad mórbida, aspectos psicológicos, evaluación psiquiátrica.

ABSTRACT

Currently, bariatric surgery has become the treatment of choice for morbid obesity. Psychological and psychiatric aspects have been described by several studies as crucial when considering treatment (and evolution) of obesity. The thorough knowledge of these aspects is necessary to reach successful and sustainable outcomes for bariatric surgery.

The present review focuses on the psychological aspects of patients with morbid obesity, the psychiatric evaluation of bariatric surgery candidates and on the work of the outpatient clinic of the Department of Psychiatry of the School of Medical Sciences of the National University of Asuncion.

Keywords: bariatric surgery, morbid obesity, psychological, psychiatric evaluation.

Autor correspondiente: **Dr. Julio Torales-Benítez**, Jefe del consultorio de Especialidades de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA. Avda. Mariscal López esquina Cruzada de la Amistad, Campus Universitario de la UNA. E-mail: jtorales@med.una.py

Fecha de recepción el 12 de febrero de 2013; aceptado el 03 de abril de 2013

INTRODUCCION

La obesidad es una enfermedad prevalente a nivel mundial, siendo responsable de una serie de complicaciones médicas, como la hiperlipidemia, la diabetes tipo II, el síndrome de apnea obstructiva, algunas neoplasias, entre otras (1). Es un problema de salud multifactorial y complejo, relacionado a una mala calidad de vida de quienes la padecen por sus repercusiones médicas y su psicopatología asociada. A lo anterior se agrega el estigma relacionado con ser un paciente obeso, quien vive en una sociedad que rinde culto a la delgadez como meta de belleza y representación de la felicidad y el éxito (2).

Desde 1980, la obesidad se ha duplicado en todo el mundo. En 2008, 1400 millones de adultos tenían sobrepeso. De este grupo, 300 millones de mujeres y 200 millones de hombres eran obesos. Aproximadamente, el 65% de la población mundial vive en países donde la obesidad se cobra más vidas que la insuficiencia ponderal. Para el año 2010 ya existían, además, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años con sobrepeso (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad como una “acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” y la clasifica según el índice de masa corporal (IMC). A través del IMC (peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros, kg/m2), la OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Para la obesidad mórbida, el IMC es igual o superior a 40 (4).

En la actualidad, la cirugía bariátrica (entendiéndose como tal a aquella que promueve la pérdida de peso mediante el cambio de la anatomía del sistema digestivo, lo que limita la cantidad de alimento que se puede comer y digerir) se ha convertido en la opción de tratamiento para la obesidad mórbida, considerando la poca o ausente respuesta de ésta a manejos clínicos más conservadores (3). Según la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad (International Federation for Surgery of Obesity), tienen indicación quirúrgica las personas obesas que cumplan al menos uno de los siguientes criterios (5, 6): Primero: El paciente debe tener o haber tenido un IMC de 40 o superior, o tener 45 kg o más por sobre el peso ideal acordado por la tabla regional de peso y talla o su equivalente en los diferentes países. Segundo: Si el paciente tiene un IMC entre 35 y 40, deberá presentar enfermedades médicas, psicológicas o de otro tipo que sean asociadas a la obesidad. Los beneficios esperados de la cirugía, deben ser mayores a los riesgos que ésta conlleva.

A estos criterios, algunos investigadores agregan (7) el tener un IMC mayor a 32 sin enfermedades asociadas, pero con consecuencias psicológicas, sociales o económicas que afecten su calidad de vida, actividades diarias o trabajo.

En nuestra experiencia, la cirugía bariátrica debe ser considerada como el inicio del tratamiento de la obesidad mórbida y no como su punto culminante. Variables psicológicas y psiquiátricas han sido descritas por varias investigaciones como cruciales al considerar el tratamiento (y evolución) de la obesidad (2). Es necesario conocer acabadamente esas variables para lograr resultados satisfactorios de la cirugía bariátrica, que sean sostenibles en el tiempo.

El objetivo de este trabajo es presentar los aspectos psicopatológicos del paciente obeso mórbido y la evaluación psiquiátrica a la que deben ser sometidos aquellos candidatos a cirugía bariátrica, utilizando como ejemplo una breve experiencia de trabajo del Consultorio de

Especialidades de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

La relación entre las variables psicológicas y la obesidad viene discutiéndose desde hace mucho tiempo, siendo aún difícil establecer una clara asociación entre ambas. En la actualidad, las causas (y consecuencias) psicológicas de la obesidad siguen poco definidas y no han sido aún incorporadas dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, ni en la guía diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR) (8).

Lo que sí es posible afirmar, sin temor a equívocos, es que pacientes que han desarrollado obesidad mórbida a edades jóvenes tienen un mayor riesgo de desarrollar sintomatología psicopatológica en el futuro, debido a que la obesidad y el estigma social asociado tienen impacto directo sobre el desarrollo de la personalidad (2).

Algunos investigadores sugieren que si bien las causas psicológicas no explican complementamente el desarrollo de la obesidad mórbida, existen algunas que han sido clasificadas como psicopatológicas, con alto riesgo de generar o preservar la obesidad:

a. Una sobreingesta de alimentos, utilizada como mecanismo de defensa para controlar la ansiedad, que configura el trastorno por atracón; y,

b. Una casi exclusiva demostración de afecto de padres a sus hijos durante la infancia, mediante alimentos (1, 9).

Asimismo, el aspecto psicosocial de la obesidad está determinado por la interacción de la persona con su ambiente sociocultural. El ambiente (y sus elementos constitutivos) emiten juicios, discriminan y excluyen a las personas obesas, con adjetivos como “gordo”, “feo” y otros (10). Además, diversas investigaciones afirman que las mujeres son más susceptibles de desarrollar alteraciones del ánimo (por ejemplo, un cuadro depresivo) y que mientras más grave sea ese cuadro y se asocie a trastorno por atracón, mayor será la obesidad.

Los pacientes con obesidad mórbida, muchas veces, evidencian dificultades en el reconocimiento y expresión de sus propios estados internos (sensaciones, emociones), dificultad para exponerse en situaciones sociales, rasgos de egocentrismo, autorreferencia, pasividad y dependencia, incapacidad para el control, deferencia en lo interpersonal, hipersensibilidad a la crítica, entre otros (2). Si bien dichos rasgos no constituyen patologías psiquiátricas en sí mismas, las mismas se encuentran presentes con frecuencia en cuadros psiquiátricos que se observan en los pacientes con obesidad mórbida.

Investigaciones previas reportan que hasta un 60% de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica presenta patología psiquiátrica concomitante (11). En mujeres, en candidatos a cirugía jóvenes, y en pacientes con historia repetida de atracones, los síntomas depresivos son los más prevalentes. Otros investigadores señalan que los diagnósticos más prevalentes encontrados son trastorno por atracón (30%), trastornos afectivos y adaptativos (15%) y trastornos de la personalidad (10%) (12).

La existencia de trastornos psiquiátricos aumenta el riesgo de fracaso en cualquier programa de pérdida de peso, en especial la cirugía bariátrica (2). Considerar y tratar adecuadamente cualquier trastorno psiquiátrico presente resulta esencial antes de indicar la cirugía. Si estos no son abordados, el éxito estaría condicionado tanto en relación con la pérdida de peso, el mantenimiento de la pérdida en el tiempo y las consecuencias médicas, psicológicas y legales que pudieran generarse.

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

La disminución de peso después del tratamiento quirúrgico depende de varios factores, entre ellos, del estado psiquiátrico del paciente. Investigaciones han apoyado la premisa que los pacientes con enfermedad psiquiátrica atendidos en forma oportuna y correcta previamente a la cirugía, lograron disminuir significativamente el peso, en comparación al grupo que no recibió esta atención. Además, el tratamiento psiquiátrico pre quirúrgico ha informado de la disminución de la tasa de hospitalizaciones postoperatorias (13).

Si bien no existe consenso internacional respecto a qué patología psiquiátrica debería considerarse como contraindicación (absoluta o relativa), se estima que las contraindicaciones absolutas para la cirugía bariátrica son aquellas patologías que afecten la capacidad del paciente para entender y mantener las indicaciones del pre y post quirúrgico y, asimismo, de entender el proceso quirúrgico en sí.

Son consideradas contraindicaciones absolutas (2): a. Retardo mental; b. Bulimia nerviosa; c. Trastornos psicóticos; d. Trastornos graves de la personalidad; y e. Adicciones a drogas, incluido el alcoholismo. Desde nuestra experiencia, también consideramos al trastorno bipolar grave como una contraindicación absoluta.

En cuanto a las contraindicaciones relativas pueden citarse (2): a. Trastorno por atracón; b. Trastornos de personalidad moderados o leves; c. Trastornos del espectro ansioso; d. Trastornos del espectro afectivo; y, e. Problemas relativos al grupo primario de apoyo (soporte familiar o social desfavorable).

El tratamiento de todas las comorbilidades psiquiátricas citadas es condición a la hora de desarrollar un programa de cirugía bariátrica. Esto, además, se ve reforzado por el hecho que el paciente obeso, luego de la cirugía, deberá mantener nuevos hábitos de alimentación para los cuales la mera apelación a la fuerza de voluntad no siempre será suficiente.

El postoperatorio tiene igual importancia que el preoperatorio. En esta fase, corresponderá al psiquiatra apoyar la resolución de la patología psiquiátrica (nueva o recurrente), en el caso que aparezca; trabajar con el paciente para lograr la aceptación de su nueva imagen corporal y de los nuevos roles sociales que le corresponden; la facilitación para adaptarse a un nuevo estilo de vida y el soporte emocional.

NUESTRA EXPERIENCIA

Dado que hasta un 60% de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica puede presentar patologías psiquiátricas concomitantes (11), la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción estableció un consultorio de especialidades destinado a realizar la evaluación del paciente candidato a cirugía bariátrica, apoyando de esa manera el proceso de enfrentamiento y adaptación al proceso quirúrgico.

El consultorio de especialidades brinda atención centrada a:

1. Valorar la capacidad del paciente candidato a cirugía para entender en qué consiste la cirugía;
2. Evaluar el entorno familiar y social del paciente, a fin de identificar elementos que puedan comprometer el éxito del tratamiento; y,
3. Descartar patología psiquiátrica que pueda constituirse en contraindicación absoluta o relativa del procedimiento quirúrgico.

Para valorar la capacidad del paciente para entender en qué consiste la cirugía, se pregunta al paciente sobre la información que su cirujano le ha aportado sobre el procedimiento quirúrgico y sus consecuencias y se valora el grado de comprensión que el paciente adquirió. Si se detectan falencias, se conversa con el cirujano tratante a fin de corregir faltantes de información. También se valora la capacidad intelectual del paciente a través de la entrevista clínica (riqueza de vocabulario, pensamiento concreto o abstracto, entre otros), la recopilación de información biográfica (estudios, trabajos realizados, responsabilidad en el trabajo, autonomía en su vida diaria, etcétera). Si con esta información existe sospecha, no absoluta, de retraso mental, el paciente es derivado a consulta con psicólogos que pueda realizar entrevistas psicodiagnósticas con aplicación de test de inteligencia.

Durante la fase anterior también se intenta realizar entrevistas con familiares directos del paciente, a fin de identificar el entorno social y familiar en el que este se desenvuelve.

Por último, para descartar patología psiquiátrica que pueda constituirse en contraindicación absoluta o relativa del procedimiento quirúrgico, el psiquiatra a cargo realiza una entrevista médico-psicológica completa. Esta entrevista tiene como meta evaluar la capacidad del paciente para dar el consentimiento informado y hacerse cargo del tratamiento a largo plazo. De esta manera, el psiquiatra evalúa la capacidad del paciente para entender la información, asumir la responsabilidad de la decisión de operarse y hacerse cargo de la situación nueva a la que se enfrentará postcirugía, lo que incluye realizar el tratamiento médico y cumplir el régimen alimentario anterior y posterior al procedimiento quirúrgico.

La evaluación psiquiátrica se inicia con la realización de la historia psiquiátrica personal y familiar, incluyendo historia de la obesidad y hábitos alimentarios. Se realiza un examen psíquico completo, que se complementa en lo posible con una entrevista a familiares cercanos. Tras haber concluido dichas exploraciones, y en base al diagnóstico psiquiátrico (si procede), el psiquiatra contraindica o no la cirugía, informando tanto al paciente como al cirujano tratante de los resultados de la evaluación.

Si bien nuestra experiencia es aún limitada, se considera que el establecimiento de un consultorio específico y la existencia de un procedimiento de atención nos permiten asegurar la correcta evaluación y seguimiento de los pacientes candidatos a cirugía.

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica es sólo una parte de un largo proceso multidisciplinario para tratar la obesidad mórbida. El tratamiento adecuado debe considerar estrategias que permitan hacer frente a los factores bio-psico-sociales que controlan la sobreingesta de comida, tales como la conducta alimentaria, el funcionamiento psicológico y social del paciente y su metabolismo. Por este motivo, el tratamiento quirúrgico de la obesidad debe incluir trabajo profesional de especialistas en cirugía, nutrición, medicina interna, endocrinología, psiquiatría y psicología.

Los pacientes sometidos a cirugía bariátrica experimentan cambios en su biología y en su psiquis, en el corto plazo luego de la cirugía. Esta es una etapa óptima para re-educar de nuevo la conducta alimentaria (14), potenciando de esta forma los resultados a largo plazo de la cirugía. Esta re-educación deberá ser orientada y dirigida por un equipo multidisciplinario.

Las contraindicaciones psiquiátricas relativas para cirugía bariátrica son el trastorno por atracón, los trastornos (leves o moderados) de la personalidad y los trastornos del espectro ansioso o depresivo. En estos casos, a fin de asegurar el éxito de la cirugía (pérdida de peso y posterior mantenimiento del mismo), es necesario que los pacientes reciban tratamiento psiquiátrico previo, con seguimiento estricto en el postoperatorio. En cuanto a las contraindicaciones psiquiátricas absolutas (retardo mental, bulimia nerviosa, trastornos psicóticos; trastornos graves de la personalidad; adicciones, y trastorno bipolar grave), estas se constituyen en patologías que impiden al paciente cooperar y entender en forma global el tratamiento (15), por lo que se considera que la cirugía no debería realizarse.

El enfoque multidisciplinario es la clave para el éxito del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, por lo que debe afianzarse la participación de los demás especialistas (además del cirujano) en los procesos de evaluación, seguimiento y tratamiento del paciente candidato a cirugía.

La cirugía bariátrica se constituye en una oportunidad clave para que cirujanos y psiquiatras trabajen en conjunto obteniendo mejores resultados quirúrgicos y psicológicos, en beneficio último de todos los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bustamante F, Williams C, Vega E, Prieto B. Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía Bariátrica. Rev. Chilena de Cirugía 2006; 58 (6): 481-85.
2. Montt D, Koppmann A, Rodríguez M. Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile 2005; 16 (4): 282-88.
3. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; c2012 [cited 2013 Feb 07]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/
4. 10 datos y cifras sobre la obesidad [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; c2012 [cited 2013 Feb 07]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index.html
5. International Federation for the Surgery of Obesity. Statement on patient selection for bariatric surgery. Obes Surg 1997; 7: 41.
6. Obesity surgery: Are you a candidate? [Internet]. Naples: International Federation for the Surgery of Obesity; c2012 [cited 2013 Feb 08]. Available from: http://www.ifso.com/Index.aspx?id=Areyouacandidate
7. Fobi M, Lee H, Igwe D, Felahy B, James E, Stanczyk M, et al . Gastric bypass in patients with BMI <40 but >32 without life-threatening co-morbidities: preliminary report. Obes Surg 2002; 12: 52-6.
8. Vázquez V, López J. Psicología y la Obesidad. Rev Endocrinología y Nutrición 2001; 2: 91-6.ç
9. Stunkard AJ, Alliston KC. Binge Eating Disorder: Disorder or Marker? Int. J Eat. Disord 2003; 34: 107-16.
10. Wadden T, Sarwer D, Womble L, Foster G, McGuckin B, Schimmel A. Psychosocial aspects of obesity sugery. Surg Clin North Am 2001; 81: 1001-24.
11. Sarwer D, Wadden T, Fabricatore A. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. Obesity Research 2005; 13: 639-48.
12. Elizagarate E, Ezcurra S, Sanchez PM. Aspectos psiquiátricos del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Rev Salud Mental 2001; 3-4.

13. Clark M, et al .Psychosocial Factor and 2-year Outcome Following Bariatric Surgery for Weight Loss. Obes Surg 2003; 13: 739-45.
14. Sugerman H. The epidemic of severe obesity: The value of surgical treatment. Mayo Clin Proc. 2000; 75: 669-72.
15. Kodama K, Noda S, Murakami A, Azuma Y, Takeda N, Yamanouchi N, et al .Depressive disorder as psychiatric complications alter obesity surgery. Psychiatry Clin Neurosci 1998; 52: 471-476.