

# Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido

Denisse Montt S.<sup>(1)</sup>, Alejandro Koppmann A.<sup>(2)</sup>, Mariela Rodríguez O.<sup>(3)</sup>

## Introducción

La obesidad es reconocida como un problema de salud creciente en el mundo, complejo y multicausado. Se asocia a mala calidad de vida por las repercusiones médicas y la psicopatología asociada, así como a gastos crecientes en sistemas de salud privados y públicos. A lo anterior se agrega la condición peyorativa del status de obeso, en una cultura donde se valora la delgadez como ideal estético y como representación de felicidad, prosperidad, éxito y longevidad. Paradójicamente, la misma cultura en la cual priman estos conceptos, va produciendo estilos de vida que conducen por distintas vías al surgimiento de esta condición mórbida.

La mirada y el abordaje terapéutico de la obesidad tienen, entonces, múltiples facetas. Si nos situamos en el terreno clínico, parece necesario disponer de un equipo multidisciplinario que aborde el problema.

La cirugía bariátrica se ha convertido en la opción de tratamiento para la obesidad mórbida, considerando la ausencia de respuesta de ésta a manejos conservadores. Sin embargo es necesario entenderla como el inicio del tratamiento y no como la so-

<sup>(1)</sup>Psicóloga  
Departamento de Cirugía  
Hospital Clínico  
Universidad de Chile.

<sup>(2)</sup>Profesor Asistente de  
Psiquiatría Universidad de  
Chile. Jefe Unidad de  
Psiquiatría Clínica  
Alemana de Santiago

<sup>(3)</sup>Psiquiatra  
Departamento de Cirugía  
Hospital Clínico de la  
Universidad de Chile.

lución definitiva, cuyo objetivo ha de ser la mantención del peso en límites compatibles con la salud y no sólo la disminución conseguida en fases iniciales de tratamiento. La investigación ha descrito variables psicosociales a considerar en el tratamiento y evolución de esta patología. Se ha empezado a conocer el comportamiento de éstas en relación con la obesidad y la cirugía, en un esfuerzo por comprender y abordar mejor el fenómeno. El propósito es generar las condiciones para lograr resultados satisfactorios y sostenidos en el tiempo. En este capítulo se presentan los aspectos psicológicos, psiquiátricos y psicosociales vinculados a la obesidad mórbida, aproximándonos a la descripción del estado psicológico del paciente. Se hará mención a la evaluación y selección de candidatos a cirugía bariátrica, como también a consideraciones psicopatológicas del post-operatorio. Finalmente se expone la experiencia local de la Unidad de Salud Mental del Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

#### **Consideraciones generales:**

1. El estado psicológico del paciente obeso mórbido.
2. Evaluación psiquiátrica del paciente candidato a cirugía bariátrica.
3. Consideraciones del proceso post-operatorio del paciente obeso mórbido.
4. La experiencia local.

#### **1. El Estado Psicológico del Paciente Obeso Mórbido:**

La consideración social de la obesidad ha provocado una evidente estigmatización de sus portadores lo que ha derivado en diversos prejuicios que muchas veces carecen de fundamentos, reforzándose expec-

tativas negativas, que a menudo se traducen en discriminación, aislamiento social, depresión, incapacidad para realizar tareas deseadas, insatisfacción corporal, baja autoestima entre otras.

En un estudio de Rand et al<sup>(1)</sup>, se pidió a pacientes post-operados que habían mantenido exitosamente una pérdida de peso por al menos 3 años, que eligieran entre la obesidad mórbida y una serie de otras patologías: ningún paciente eligió obesidad mórbida sobre sordera, dislexia, diabetes, acné severo o serios problemas al corazón y sólo el 10 % eligió la obesidad mórbida a la ceguera, lo que da cuenta de la consideración de la obesidad como una clara desventaja personal, que se traduce en intenso malestar psíquico<sup>(1,4)</sup>.

La discusión sobre la relación entre las variables psicológicas y la obesidad es de larga data, no siendo posible aún establecer una clara relación causa-efecto en ninguno de los dos sentidos. Más bien, se ha visto que pacientes con serias molestias físicas, como aquellos pacientes portadores de obesidad mórbida y aquéllos quienes desarrollan tempranamente su problema, tienen mayor riesgo de desarrollar sintomatología psicológica en el futuro, dado el impacto en el desarrollo del carácter y la notable estigmatización social sufrida. Por otra parte, existen pacientes portadores de obesidad mórbida y/o de obesidad de larga data en quienes no es posible advertir patología mental, así como pacientes con obesidad moderada o incluso peso clínicamente normal, pero portadores de severas distorsiones en la imagen corporal y trastornos alimentarios formales.

Si bien la obesidad se relaciona con molestias físicas y psicológicas, pareciera que dichos aspectos tienen un comportamiento

distinto cuando relacionamos el grado de obesidad y la búsqueda de un tratamiento más conservador (tratamiento médico) v/s un tratamiento más agresivo (tratamiento quirúrgico), lo que puede dar cuenta de una primera categorización entre este tipo de pacientes. Parece evidente que la intensidad de las molestias físicas y la comorbilidad asociada aumente a medida que así lo haga el peso; no obstante, investigaciones en población obesa<sup>(3,4,5,9,10)</sup> no llegan a consenso en torno a la psicopatología en la obesidad. Si pareciera que pacientes con grados menores de obesidad no muestran mayor psicopatología que en la población no obesa. Pacientes obesos que buscan tratamiento en hospitales, no necesariamente cirugía, muestran mayores niveles de malestar psicológico, en oposición a obesos que no buscan tratamiento en hospitales. Ha sido reportado que obesos que buscan intervención médica en centros de salud, tienen mayor tendencia a presentar historia de ansiedad y depresión, que individuos que siguen programas dietéticos o controles para peso normal. Esto nos orienta a considerar que el grado de angustia y desesperación en individuos que buscan tratamiento quirúrgico podría estar asociado a mayor comorbilidad psiquiátrica. Un importante número de investigaciones<sup>(2,3,5,6,9,10)</sup> ha intentado encontrar una relación clara entre obesidad y una constelación de rasgos de personalidad específicos, que permita entender el fenómeno. Si bien determinar un patrón de personalidad no ha sido posible, sí se han observado determinados rasgos que pudiesen ser orientadores de la evaluación y tratamiento de esta entidad clínica, evidenciándose en ellos: 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. Dichos rasgos no constituyen patologías psiquiátricas en sí mismas, aunque se encuentran presentes en algunos cuadros psiquiátricos que se observan con frecuencia en obesidad.

Las investigaciones con respecto a este ámbito arrojan resultados mixtos; no obstante, se observa una tendencia a confirmar que existe una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes obesos mórbidos, lo que en algunos casos se trata de las consecuencias psicosociales de padecer esta enfermedad (como en los trastornos adaptativos) y en otros, sin embargo, se trata de un trastorno psiquiátrico primario que actúa como precipitante o mantenedor del exceso de peso (como en el "trastorno por atracones", trastornos de personalidad, etc.)<sup>(2)</sup>.

Sarwer y Wadden<sup>(10)</sup> reportan que entre el 20-60% de los pacientes con obesidad mórbida en programas de cirugía bariátrica presentan patología psiquiátrica concomitante. Los mayores síntomas depresivos son encontrados en candidatos más jóvenes, mujeres, y aquéllos con una pobre imagen corporal, mala calidad de vida o historia de trastorno por atracones severos. Elizagárate y Ezcurra<sup>(2)</sup> señalan que los diagnósticos más prevalentes en este grupo son: trastorno por atracones (30%), trastornos afectivos, trastornos adaptativos (15,2%) y trastornos de personalidad (10%). La existencia de trastornos psiquiátricos aumenta la probabilidad de que estos pa-

cientes sean más refractarios a los tratamientos para perder peso.

Dado que en la actualidad, el tratamiento para la obesidad mórbida que ha demostrado ser el más efectivo, es el abordaje quirúrgico, se hace fundamental considerar la patología psiquiátrica concomitante al momento de evaluar su indicación y resultados. Si ésta no es abordada, podría condicionar claramente cualquier perspectiva de éxito del tratamiento tanto en relación con la baja de peso, como con las expectativas del paciente, la mantención de la baja a largo plazo, y las consecuencias físicas, psicológicas y médico-legales que pudieran desencadenarse.

## **2- Evaluación Psiquiátrica del Paciente Candidato a Cirugía Bariátrica**

Dada la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica y de intenso malestar psicológico en pacientes que consultan para cirugía de obesidad, se hace necesario contar con un adecuado proceso de evaluación por especialistas en salud mental, que permita constatar que la condición psicológica del paciente obeso posibilita un adecuado enfrentamiento y adaptación al proceso quirúrgico.

Dicha evaluación persigue:

- 1- Descartar patología psiquiátrica concomitante a la obesidad, que pueda contraindicar o condicionar el procedimiento quirúrgico.
- 2- Valorar la motivación y expectativas del paciente en torno a la cirugía. Refuerzo del papel activo del paciente en su recuperación versus el tradicional rol pasivo del paciente quirúrgico.
- 3- Evaluar el entorno socio-familiar del paciente, que pueda comprometer el éxito del tratamiento.

Lo anterior implica contar con un tipo de entrevista estructurada que permita consig-

nar dichas variables, así como instrumentos de evaluación psicométrica que respalde y amplíe la evaluación clínica, tales como cuestionarios de calidad de vida, de trastornos alimentarios, de imagen corporal entre otros.

Si bien no existe consenso internacional respecto a qué patología psiquiátrica debería contraindicar la cirugía, ya sea de manera absoluta o relativa, en líneas generales se estima que las contraindicaciones absolutas para la cirugía bariátrica son aquellas que puedan afectar la capacidad del paciente para entender y mantener las indicaciones pre y post operatorias, así como la capacidad de entender el proceso quirúrgico que se propone. Éstas son:

1- Drogadicción, incluido el alcoholismo: se discute el tiempo necesario para considerar la abstinencia de sustancias como segura, pero se sugiere que ésta no sea inferior a seis meses en el contexto de un tratamiento activo para el manejo de la adicción.

2- Retardo mental: se discute cuál es el rango de Coeficiente Intelectual (CI) bajo el cual un individuo no sería capaz de comprender y por lo tanto, mantener las indicaciones médicas compatibles con un post operatorio adecuado. Además, en la legislación chilena el límite sobre la responsabilidad civil para poder decidir sobre uno mismo se encuentra en los 18 años, por lo que se asume que para este tipo de decisiones son los padres o tutores legales los responsables. Lo que está claro es que tal valoración no debería hacerse sobre un solo concepto como el CI, siendo necesario evaluar las actividades de la vida diaria, el nivel de ajuste social-familiar y las condiciones de rendimiento académico-laboral, así como la capacidad del entorno

para hacerse cargo de las necesidades del paciente.

- 3- Trastornos psicóticos.
- 4- Bulimia nerviosa.
- 5- Trastornos graves de personalidad: que comprometan seriamente el control de impulsos o la mantención de expectativas no realistas.

En cuanto a las contraindicaciones relativas se estiman:

- 1- Trastornos del espectro afectivo y ansioso,
- 2- Trastornos de personalidad moderados o leves,
- 3- Trastorno por atracones (BED),
- 4- Entorno familiar claramente desfavorable.

Cualquier planteamiento de eficacia a la hora de desarrollar un programa de cirugía bariátrica exige el abordaje terapéutico de estas comorbilidades. Dicho programa debe considerar que además del abordaje del malestar psicológico, el paciente obeso deberá mantener una serie de cambios en los hábitos de alimentación para los cuales la mera apelación a la fuerza de voluntad no será suficiente.

Gold (1976) clasificó tres mecanismos de patrón alimentario asociado al ajuste emocional que podrían observarse en la obesidad: a) La actividad oral (comer) funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración; b) El hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira; c) Comer actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social. Si consideramos que son mecanismos del funcionamiento psíquico, entonces la posibilidad de modificar el estilo alimentario debe considerar no sólo un abordaje nutricional y/o quirúrgico, sino

también psicológico, mediante técnicas psicoterapéuticas y psicofarmacológicas, que apunten a la estructuración de hábitos, manejo del patrón alimentario y funciones de apoyo emocional.

### **3- Consideraciones del Proceso Post-operatorio del Paciente Obeso Mórbido.**

Si bien el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida es el más efectivo a corto y largo plazo, constituye sólo el inicio de un largo proceso que implica cambios sustanciales tanto físicos como psicosociales para el paciente y su entorno. La necesidad de cambio en los hábitos de alimentación, en el patrón alimentario y en el auto cuidado implica la concepción de un paciente activo, comprometido con dicho cambio y capaz de hacerse cargo de las consecuencias de su conducta.

Numerosos estudios han sugerido que la importante pérdida de peso y la disminución de los riesgos médicos, mejora significativamente el estado psicológico y la calidad de vida del paciente post-operado.

Sin embargo, no son escasos los reportes de patología afectiva después del sexto mes de cirugía, la aparición de trastornos alimentarios en personas en quienes no se había reportado tal condición previamente o el malestar psicológico asociado al importante cambio físico derivado de una baja tan significativa de peso.

Se ha descrito disminución en la percepción de discriminación y estigmatización, así como mejoría en los contactos y actividades sociales, en la autoestima, en las limitaciones físicas y en la satisfacción corporal luego de pérdidas significativas de peso<sup>(4,6,9,10)</sup>. Por lo tanto, progresos post-cirugía en el estado de ánimo del paciente en general son consistentes con dichas variables, lo que refuerza la idea de que cierta

comorbilidad psiquiátrica es comprensible como consecuencia de la obesidad. No obstante, mientras que la pérdida de peso debiera ayudar al mejoramiento de la vida social del paciente, pueden surgir importantes dificultades para adaptarse a las demandas del aumento de aceptación social o a cambios importantes en el entorno, como a la necesidad de cambio en el estilo de vida, y a la adaptación y aceptación de la nueva imagen corporal. Ello, sumado a elementos psicopatológicos pre-existentes, puede generar la aparición o exacerbación de sintomatología psiquiátrica (habitualmente descontrol de impulsos, síntomas depresivos y/o ansiosos), así como una insuficiente pérdida de peso o, a largo plazo, un aumento del exceso de peso perdido.

Lo anterior vuelve a poner el acento en la importancia de la valoración psiquiátrica de los pacientes con obesidad mórbida, así como con la necesidad de un abordaje psicológico individual y/o grupal, durante el post-operatorio que posibilite:

- a- Apoyo para la resolución de la patología psiquiátrica menor, en el caso que aparezca.
- b- Aceptación de la nueva imagen corporal.
- c- Aceptación de nuevos roles sociales;
- d- Apoyo y facilitación de la adaptación al nuevo estilo de vida.
- e- Funciones de apoyo emocional.

#### **4- La Experiencia Local**

La experiencia con respecto al abordaje psicológico del paciente candidato a cirugía bariátrica en el departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, es reciente y nos ha orientado hacia la necesidad de contar con un protocolo de evaluación y tratamiento de salud mental que permita la identificación y manejo

de las variables emocionales capaces de influir en el curso y evolución post-quirúrgica. La Unidad de Salud Mental del Departamento cuenta con un profesional psicólogo y un profesional psiquiatra que están a cargo de esta tarea.

La evaluación pre-operatoria forma parte del protocolo de evaluación al que cada candidato debe someterse y consiste en una entrevista semiestructurada que valora: dimensión socio-demográfica, antecedentes psiquiátricos, evolución de la obesidad, conducta alimentaria, entorno social, motivación y expectativas entre otras; así como la aplicación de instrumentos psicométricos como: la Binge Eating Scale de Gormally para Trastorno por Atracones (traducida por los autores y adaptada a la muestra local sin validación estadística aún), el Cuestionario de Insatisfacción Corporal de la Universidad de Dallas y el Cuestionario de Calidad de Vida Baros.

Se realiza derivación para apoyo psicológico (a psicoterapia) en el pre y post-operatorio de acuerdo a la evaluación clínica y/o del equipo multidisciplinario.

Esta evaluación nos ha permitido obtener datos interesantes que en algunos casos correlacionan con la literatura internacional y en otros, aportan nuevos antecedentes.

De los pacientes evaluados hasta diciembre de 2004 (N=170), 85% corresponde a mujeres y 15% a hombres. El IMC (Índice de masa corporal) el promedio en mujeres fue 41.6% mientras que en hombres 46.09%. El 54% inicia su obesidad entre la infancia y la adolescencia.

Se ha diagnosticado patología psiquiátrica en un 55,8% de los pacientes evaluados, así como el 54,2% refiere haber consultado en salud mental por su problema de obesidad.

En el 57% de los casos se evidencia carencia de figuras parentales, ya sea por muerte de alguno de los progenitores (38%) o por separación temprana de los mismos (15,8%). El 57% de los pacientes evaluados presenta antecedentes psiquiátricos familiares.

El 82,1% refiere calidad de vida de regular a muy mala, 85,8% señala intensa insatisfacción corporal y 56,8% presenta trastorno por atracones (BED); siendo de grado moderado el 35,5% y un 21,3% severo. El 77,7% de los hombres presentan BED y se sugiere contraindicación psiquiátrica para la cirugía en el 19,4% de los pacientes estudiados. Los diagnósticos más prevalentes son: trastorno por atracones (BED), trastornos afectivos, trastornos de personalidad<sup>(11)</sup>.

A modo de resumen, podríamos decir que de acuerdo con estos resultados, nuestros pacientes se caracterizan por presentar BED en un porcentaje mayor a lo referido por la literatura, principalmente los pacientes hombres quienes además presentan en promedio un IMC superior al grupo femenino. Además tienen una larga historia de obesidad, la cual al ser adquirida en la infancia o en etapas tempranas del desarrollo, suele asociarse con mayores dificultades psicológicas que en personas que han llegado a la obesidad en la adultez.

Los pacientes evaluados presentan rangos elevados de insatisfacción corporal.

El diagnóstico de alguna patología psiquiátrica o del carácter está presente en un 55,8% de la muestra y el 54% presenta antecedentes de haber buscado algún tipo de ayuda en salud mental en el pasado, fundamentalmente en torno a su problema de sobrepeso<sup>(11)</sup>.

Si bien los resultados nos orientan respecto de esta población específica de pacientes, parece necesario continuar desarrollando

líneas de investigación que nos permitan comprender y abordar integralmente el fenómeno de la obesidad.

### Referencias

1. Rand CS, Macgregor AM. Morbidly obese patients perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *South Med J* 1990; 83: 1390-5.
2. Elizagarate E, Ezcurra S, Sanchez PM. Aspectos psiquiátricos del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. *Rev Salud Mental* 2001; 3.
3. Guisado J, Vaz F, López-Ibor J, Rubio M. Características clínicas y pérdida de peso en pacientes con obesidad mórbida tras cirugía bariátrica. *Rev Nutrición Hospitalaria* 2001; 5: 170-4.
4. Lindsay E, Bocchierri MM, Barry L. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 52: 155-65.
5. Guisado J, Vaz F. Personality assessment in morbid obesity. *German Journal of Psychiatry*. 2002; 5: 90-4.
6. Papageorgiou G, Papakonstantinou A, Mamplekou E, Terzis I, Melissas J. Pre-and post-operative psychological characteristics in morbidly obese patients. *Obesity Surgery* 2002; 12: 534-9.
7. Segal A, Telles H, Azevedo A. Bariatric surgery in patient with possible psychiatric contraindications. *Obesity Surgery* 2002; 12: 598-601.
8. Kinzl J, Trefalt E, Fiala M, Biebl W. Psychotherapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obesity Surgery* 2002; 12: 292-4.
9. Greenberg I, Perna F, Kaplan M, Sullivan MA. Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients. *Obesity Research* 2005; 13: 244-9.
10. Sarwer D, Wadden T, Fabricatore A. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research* 2005; 13: 639-48.
11. Montt D, Koppmann A, Papapietro K, Díaz E, Csendes A. Evaluación psiquiátrica en candidatos a cirugía bariátrica. Trabajo libre, LX Congreso de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Pucón 2005.