

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica*

Psychiatric aspects of obesity surgery

Drs. FRANCISCO BUSTAMANTE V.¹, CATALINA WILLIAMS D.¹,
Srs. EDUARDO VEGA P.², y BENJAMÍN PRIETO D.²

¹Escuela de Medicina. ²Alumno de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida es una enfermedad prevalente a nivel nacional y mundial, siendo responsable de una serie de complicaciones médicas, como la diabetes tipo II, la hiperlipidemia, el síndrome de apnea obstructiva y algunas neoplasias.

Ciertas enfermedades psiquiátricas son factores de riesgo de obesidad, como por ejemplo, la bulimia y los cuadros ansiosos. A su vez, la obesidad es un factor predisponente de trastornos psiquiátricos como la depresión.

Por este motivo no se debe considerar la obesidad mórbida solo como una enfermedad física, sino también mental, y asegurar un tratamiento que abarque ambos aspectos. Cuando el tratamiento médico ha fracasado, y existen indicaciones para realizar cirugía bariátrica, se deberá tener en cuenta una adecuada vigilancia psiquiátrica del paciente en el pre y postoperatorio, para facilitar el éxito del tratamiento a largo plazo. El enfoque multidisciplinario en la cirugía bariátrica es la clave para el éxito, y de acuerdo a los datos conocidos, un psiquiatra y un psicólogo deberían estar incorporados al equipo terapéutico.

La obesidad es una enfermedad crónica definida como un aumento de la cantidad total de grasa corporal. Su prevalencia se encuentra en aumento en la sociedad contemporánea¹, implicando un gran impacto médico, psicológico y económico. Sus

causas son múltiples y no han podido ser totalmente clarificadas. Se han postulado factores predisponentes tales como la pérdida de homeostasis del sistema neuroendocrino y alteraciones de algunos genes que intervendrían en el metabolismo, los cuales junto a la influencia de aspectos ambientales y culturales, desencadenarían la enfermedad².

El objetivo de nuestro trabajo es revisar la relación existente entre obesidad, trastornos psiquiátricos y cirugía bariátrica; es decir cuáles son los factores psíquicos que predisponen a la obesidad, qué trastornos psiquiátricos se derivan de ella convirtiéndola en una enfermedad crónica y qué condiciona el éxito del tratamiento de estos enfermos.

Epidemiología de la obesidad

Las cifras indican que alrededor del 66% de los norteamericanos tiene sobrepeso y dentro de estos el 50% son obesos³. Wolf y cols.⁴ en su estudio del costo de la obesidad concluye que Estados Unidos gasta alrededor de \$ 45.8 billones de dólares en esta enfermedad y sus costos indirectos estimados son de \$23 billones de dólares.

En nuestro país, según un estudio realizado recientemente⁵, el 38% de la población chilena sufre de sobrepeso, el 22% de obesidad, y el 1,3% de obesidad mórbida, siendo esta última, dos veces más frecuente en mujeres.

*Recibido 28 de Diciembre de 2005 y aceptado para publicación el 22 de mayo de 2006.

Correspondencia: Dr. Francisco Bustamante V.

Av. San Carlos de Apoquindo 2200. Santiago, Chile.

email: fbustam@vtr.net

La obesidad es una enfermedad que presenta comorbilidades frecuentes tales como diabetes mellitus tipo II, hiperlipidemia, hipertensión arterial, apnea obstructiva del sueño, enfermedad cardiovascular, enfermedades articulares degenerativas, algunas neoplasias, depresión mayor y asma bronquial, entre otras, según datos aportados por Bunchwald⁶. Fontaine, por otra parte, calcula la disminución de la expectativa de vida de 12 años, en el obeso mórbido de 25 años de edad⁷.

Aspectos de la psicología de la obesidad

En la década de los años 50, se describió la obesidad como un trastorno mental. Sin embargo, en la actualidad sabemos que las causas psicológicas no explican completamente el desarrollo de esta enfermedad. Sólo se han podido identificar algunas conductas psicopatológicas como:

1. La sobreingesta de alimentos mediante atracones, el llamado Binge Eating Disorder (BED) o trastorno por atracón, para disminuir la ansiedad.
2. Una casi exclusiva demostración de afecto de los padres a los hijos durante la infancia, a través de alimentos⁸.

Actualmente las causas psicológicas de la obesidad siguen poco claras y estas no han podido ser clasificadas dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, ni en la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR)⁹.

Se sabe que el aspecto psicosocial de la obesidad está determinado por la interacción de la persona con su ambiente sociocultural. El ambiente y sus integrantes tempranamente discriminan y emiten juicios contra los obesos, con adjetivos como flojo, feo y sucio, según datos aportados por Wadden el año 2001¹⁰. El mismo autor confirma además, que las mujeres son más susceptibles de desarrollar alteraciones del ánimo y que mientras más grave sea el cuadro depresivo asociado a BED, mayor será la obesidad. La mayoría de los estudios epidemiológicos señalan que los obesos tienen una peor calidad de vida, alteración de su imagen corporal, antecedente de abuso sexual en la infancia y una mayor frecuencia de trastornos de alimentación.

El BED es el más prevalente de estos trastornos y se observa aproximadamente entre un 19% y un 33%¹¹⁻¹³ de los obesos que acuden a cirugía, seguido por la bulimia nerviosa en un 1,6%¹⁴. La investigación de Glinski¹¹ confirma y complementa lo anterior. En su estudio evaluaron a 115 pacientes obesos mórbidos que serían sometidos a cirugía de by-pass gástrico. El 59% sufría de algún trastorno psiquiátrico, siendo los más frecuentes los trastor-

nos de personalidad en un 36%, las alteraciones del ánimo en un 19%, y trastornos de ansiedad en un 17%. Además estos pacientes tendían a ser negadores, impulsivos, somatizadores, presentaban dificultad para modular sus afectos y pensamiento dicotómico (todo o nada), junto a conductas autodestructivas y baja autoestima.

Black¹⁵, buscando comorbilidad psiquiátrica en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, constataron trastornos de personalidad en el 56% de los pacientes, siendo los trastornos tipo cluster A (trastornos esquizotípico, esquizoide y paranoide) los más frecuentes con un 49%, luego los cluster B (límitrofe, histriónico, disocial y narcisista) con un 29% y finalmente un 5% para el cluster C (dependiente, obsesivo-compulsivo y agresivo-pasivo). Weil señaló que los obesos tendrían mayor prevalencia de psicopatologías 78%, especialmente trastornos psiquiátricos y de personalidad comparados con los no-obesos.

Si bien ambos trabajos son estudios en poblaciones pequeñas es posible plantear que los pacientes con obesidad mórbida presentan una elevada comorbilidad psiquiátrica.

Beneficios médicos

Como ya hemos mencionado la obesidad mórbida es base de numerosas comorbilidades que afectan toda la economía de nuestro organismo. Hall¹⁷ revisa los resultados postoperatorios de cuatro tipos de comorbilidades: diabetes tipo II, hiperlipidemia, hipertensión y apnea obstructiva del sueño, luego de una cirugía de by-pass gástrico. La diabetes tipo II, presente en un 15,3% de los pacientes obesos, no fue detectada en el período postoperatorio. De la misma forma la hiperlipidemia, presente en un 35,6% en el preoperatorio, resolviéndose en el 93,6% de los casos. La hipertensión arterial, presente en el 35,4% es controlada en el 75,4% de los pacientes. Estos resultados son concordantes con los resultados de Nguyen¹⁸.

Aspectos psiquiátricos

Clark y su equipo demostraron que la disminución de peso después del tratamiento quirúrgico dependía de varios factores, entre ellos, del estado psiquiátrico del paciente. Observaron que los pacientes con enfermedad psiquiátrica atendidos en forma adecuada previamente 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 hospitalizaciones postoperatorias¹⁹.

Algunos autores afirman que la patología psiquiátrica previa no influiría sobre el pronóstico, siempre y cuando el paciente reciba un adecuado tratamiento psiquiátrico antes de la cirugía y una estricta vigilancia psiquiátrica postoperatoria^{10,20,21}. Se ha visto que sería útil la psicoterapia en el pre y postoperatorio, ya que promueve una mayor estabilidad psicológica del paciente y le ayuda a mantener el peso perdido^{22,23}.

La relación entre BED y la cirugía bariátrica es todavía incierta. Existen casos en que este desaparece en el seguimiento a los cuatro meses²⁴, o a los dos años^{12,25}. Muchos de los pacientes si bien no cumplen con los criterios de BED post cirugía, presentan abuso de laxantes e inducción de vómitos repetidas 33%²⁰.

Hsu y cols. refieren que este síndrome disminuye por el Síndrome de Dumping¹². Éste impide la ingesta de comida en grandes cantidades, como ocurre en el BED, al producir desagradables manifestaciones autonómicas y gastrointestinales. Con el tiempo el tubo digestivo comenzará a adaptarse, permitiendo la ingesta de mayor volumen de comida por lo que volverá a aparecer el BED, disminuyendo a su vez el dumping. Esto ocurre aproximadamente entre los 18 y 24 meses, lo que conlleva una menor disminución de peso post cirugía, en comparación a los pacientes no-BED²⁶. Por este motivo es importante el diagnóstico precoz del BED, y su tratamiento con antidepresivos y psicoterapia^{8,27}, además de un seguimiento psiquiátrico postoperatorio.

La pérdida de peso gracias a la cirugía bariátrica en pacientes obesos mórbidos tiene consecuencias psicosociales favorables. Estos pacientes mejoran los índices de calidad de vida casi inmediatamente, con un aumento del índice de salud global y una mejor adaptación social. La duración y frecuencia de la ansiedad, depresión o enojo también disminu-

ye^{10,26}. La distorsión de la imagen corporal presente en el 70% de los pacientes previo cirugía bariátrica se reduce al 4% en el postoperatorio²⁶.

A pesar de estos alentadores resultados, no se debe olvidar que los pacientes obesos mórbidos son más vulnerables a desarrollar trastornos psiquiátricos, especialmente depresión. Ryden en su estudio sobre secuelas psicológicas de los trastornos metabólicos y clínicos observa que el 40% de los pacientes sin historia de trastornos del ánimo previo cirugía bariátrica, los presenta en el postoperatorio²⁸. Otros estudios^{14,25}, señalan cifras menores al 16%.

Cabe destacar finalmente que una de las complicaciones de la cirugía bariátrica a largo plazo es el suicidio con un porcentaje entre 8,8% y 37,5%¹².

Recomendaciones

Los tratamientos quirúrgicos para obesidad mórbida parecen tener buenos resultados. Sin embargo la cirugía es sólo una parte de un largo proceso multidisciplinario, que no trata la causa de la obesidad; sólo disminuye la ingesta de comida a través del síndrome de dumping, restricción gástrica y malabsorción. Por esto debemos tener presente que "la cirugía no es el final del tratamiento sino sólo una etapa del tratamiento contra la obesidad morbida"²⁹.

El tratamiento adecuado debe considerar estrategias para controlar los factores que gobiernan la ingesta de comida. Estos son: conducta alimentaria, funcionamiento psicosocial y metabolismo. El tratamiento quirúrgico incluye por estas razones además de la cirugía, apoyo nutricional, médico, psicológico y psiquiátrico, entre otros.

Pensamos que los cambios psicosociales a corto plazo que experimentan los pacientes bariátricos son un terreno propicio para educar de nuevo

Tabla 1
INDICACIONES QUIRÚRGICAS DE LA OBESIDAD

Tienen indicación quirúrgica las personas obesas o con sobrepeso que cumplan al menos uno de los siguientes requisitos según la International Federation for Surgery of Obesity¹

1. El paciente debe tener o haber tenido un IMC (Índice de Masa Corporal) de 40 kg/m² 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.
2. 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.

Fobi y cols.³⁴ agregan:

3. 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.

la conducta alimentaria, potenciando de esta forma los resultados a largo plazo de la cirugía. Esta educación deberá ser dirigida por especialistas del ámbito psiquiátrico³⁰.

La cirugía bariátrica, significa un cambio importante en la vida del paciente. Es labor del cirujano y su equipo multidisciplinario lograr que el paciente tenga expectativas realistas, entienda los riesgos de la cirugía y posteriores cambios en el estilo de vida que deberá realizar³¹. En caso de no lograr acuerdos satisfactorios, debe considerarse como contraindicación para someterse a este tipo de cirugía, ya que la cirugía bariátrica requiere estabilidad psicológica³². El paciente debe ser capaz de evaluar, entender y cooperar con los procedimientos requeridos tanto en el pre como en el postoperatorio.

Las contraindicaciones psicológicas relativas para cirugía bariátrica son enfermedades psiquiátricas tales como depresión mayor, bulimia nerviosa; el abuso de sustancias tales como cocaína, anfetamina, morfina, o alcohol. En estos casos es recomendable tanto para el éxito de la cirugía (pérdida de peso), como por la salud mental de estos pacientes, recibir un tratamiento previo y un seguimiento estricto en el postoperatorio. Con respecto a las contraindicaciones absolutas, estas son todas las enfermedades psiquiátricas que impidan cooperar y entender en forma global el tratamiento, tales como el trastorno de personalidad límite, la esquizofrenia, o cualquier enfermedad psicótica crónica, y pacientes con abuso o dependencia de alcohol y drogas³³.

El enfoque multidisciplinario en la cirugía bariátrica es la clave para el éxito del tratamiento y según los datos que hemos recopilado, un psiquiatra y un psicólogo deben estar incorporados al equipo terapéutico.

La cirugía bariátrica es una oportunidad para que cirujanos y psiquiatras trabajen en conjunto obteniendo mejores resultados quirúrgicos y psicológicos en estos pacientes.

REFERENCIAS

1. International Federation for the Surgery of Obesity. Statement on patient selection for bariatric surgery. *Obes Surg* 1997; 7: 41.
2. Rosenbaum M, Leibler RL, Hirsch J. Obesity. *N Engl J Med* 1997; 337: 396-405.
3. National Center for Health Statistics NHANES IV Report. Accesible por <http://www.cdc.gov/nchs/product/pubs/hestats/obes/obese99.htm> 2002, Septiembre 9, 2002.
4. Wolf AM, Colditz GA. The cost of obesity. The US perspective. *PharmacoEconomics* 1994; 5: 34-37.
5. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina/Departamento de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud, Chile 2003. Santiago, Marzo de 2004.
6. Bunchwald H, Avidor Y, Braundwald E, Jensen M, Pories W, Fahrback K, *et al.* Bariatric surgery: a systematic review and meta analysis. *JAMA* 2004; 292: 1724-1737.
7. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *JAMA* 2003; 289:187-193.
8. Stunkard AJ, Alliston KC. Binge Eating Disorder: Disorder or Marker?. *Int. J Eat. Disord* 2003; 34: 107-116.
9. Vázquez V, López J. Psicología y la Obesidad. *Rev Endocrinología y Nutrición* 2001; 2: 91-96.
10. Wadden T, Sarwer D, Womble L, Foster G, McGuckin B, Schimmel A. Psychosocial aspects of obesity surgery. *Surg Clin North Am* 2001; 81: 1001-1024.
11. Glinski J, Wetzler S, Goodman E. The Psychology of Gastric Bypass Surgery. *Obes Surg* 200; 11: 581-588.
12. Hsu G, Benotti P, Dwyer J, Robert S, Saltzman E, Shikora S *et al.* Nonsurgical factor that influence the outcome of bariatric surgery: A review. *Psychosomatic Medicine* 1998; 60: 338-346.
13. Saunder R. Binge eating in gastric bypass patients before surgery. *Obes Surg* 1999; 9: 72-76.
14. Hsu L, Sullivan S, Benotti P. Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery: A pilot study. *Int J Eat Disord* 1997; 21: 385-390.
15. Black D, Goldstein R, Mason E. Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity. *Obes Surg* 2003; 13: 746-751.
16. Weil K. Evaluación psiquiátrica de pacientes que solicitan cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad. 54º Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Oct. 2002, Valdivia.
17. Hall J, Watts J, O'Brien P, Dunstan R, Walsh J, Slavotinek A, *et al.* Gastric surgery for morbid obesity: The Adelaide Study. *Ann Surg.* 1990; 211: 419-427.
18. Nguyen N, Goldman C, Rosenquist C, Arango A, Cole C, Lee S, *et al.* Laparoscopic versus open gastric bypass: a randomized study of outcomes, quality of life, and cost. *Ann Surg.* 2001; 234: 279-289.
19. 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.
20. Powers P, Boyd F, Blair C, Stevens B, Rosemurgy A. Psychiatric Issues in Bariatric Surgery *Obes Surg* 1992; 2: 315-325.
21. Segal A, Telles Libanori H, Azavedo A. Bariatric surgery in a patient with possible psychiatric contraindications. *Obes Surg* 2002; 12: 598-601.
22. Nicolai A, Ippoliti C, Petrelli M. Laparoscopic adjustable gastric banding: Esencial Role of Psychological Support. *Obes Surg* 2002; 12: 857-863.

23. Kinzl J, Trefalt E, Fiala M, Biebl W. Psychoterapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obes Surg* 2002; 12: 292-294.
24. Kalarchian M, Wilson G, Brolin R, Bradley L. Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. *Eat Weight Disord* 1999; 4: 15-23.
25. Hsu L, Betancourt S, Sullivan S. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: A pilot study. *Int J Eat Disord* 1996; 19: 23-34.
26. Dymeck M, Le Grange D, Neven R, Alberdi J. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after roux en y gastric bypass: a brief report. *Obes Surg* 2001; 11: 32-39.
27. Pearlstein T. Review article Eating disorder and comorbidity. *Arch Women Ment Health* 2002; 4: 67-78.
28. Ryden O, Olsson SA, Danielsson A, Nilsson-Ehle P. Weight loss after gastroplasty: Psychological sequelae in relation to clinical and metabolic observations. *J Am Coll Nutr* 1989; 8: 15-23.
29. Guzmán S, Boza C. Reflexiones sobre la cirugía de la obesidad mórbida. *Rev Chil Cir* 2001; 53: 129-134.
30. Sugerman H. The epidemic of severe obesity: The value of surgical treatment. *Mayo Clin Proc.* 2000; 75: 669-672.
31. Koppman A. Psiquiatría de enlace y Cirugía. *Rev Chil Cir* 2004; 56: 517-522.
32. Brolin R. Gastric bypass. *Surg Clin North Am* 2001; 81: 1077-1095.
33. 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.
34. 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: 52-56.