

Temas selectos en Psicología Bariátrica

Blanca Ríos, MD



IIECS

**Instituto de Investigación y Educación
en Ciencias de la Salud**

2016

Copyright 2016, Blanca Patricia Ríos Martínez
Copyright 2016, Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (IIECS)

Todos los derechos reservados.

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida toda o en partes por ningún medio, ni electrónico o mecánico copia o algún otro medio o Sistema de reproducción sin el permiso escrito de los propietarios del copyright.

Los contenidos de este libro son únicamente responsabilidad de los autores. La editorial declina toda responsabilidad por todo lo relacionado a los contenidos

1er. Edición ISBN: 978-607-97283-2-8

Producido en México por: IIECS
(Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud)

Diseño y edición: www.bariatric.today

Educación continua: www.obesity.academy

INDICE

Prólogo Dr. Armando Castillo González	4
Introducción Psic. Aida Franqués	6
Capítulo 1. Actualizaciones psicológicas en cirugía bariátrica Aida R. Marcondes Franques y Carmen Benedetti, Brasil	10
Capítulo 2. Enfoque psicológico del paciente obeso en la cirugía bariátrica Marcia S. Marqués y Nóris S. Marqués, Brasil	22
Capítulo 3. Evaluación psicológica en cirugía bariátrica: cuándo, cómo y con qué objetivos? María Sylvia Gimeno Moure y Laura Malena Kñallinsky, Argentina	34
Capítulo 4. Estado emocional y calidad de vida en los candidatos a cirugía bariátrica Viviana Lasagni, Argentina	48
Capítulo 5. Trastorno por atracón y cirugía bariátrica: una compleja relación M. Cecilia Barros Aylwin, Matías Ríos Erazo, Valeria Francesetti Millar y Viviana Assadi Altamirano, Chile	57
Capítulo 6. Adherencia al tratamiento. personalidad y motivos para la realización de una cirugía bariátrica. Pamela Dongo Valdés, Perú	85
Capítulo 7. Consumo de alcohol post cirugía bariátrica Blanca P. Ríos M., México	99
Capítulo 8. Especificidades grupales en el abordaje del paciente bariátrico Silvia M. Ghione, Germán Debeljuh, Argentina	112
Curriculum vitae de los autores	128

Prólogo

Dr. Armando Castillo González
Ciudad de México, México

Inicio este prólogo agradeciendo la generosidad de Blanca Ríos al permitirme leer su obra y felicitaciones por el enfoque que le dan a éste libro.

Conozco a Blanca Ríos desde hace unas décadas, en que un día platicando me comentó su interés por la Psicología dirigida a la bariátrica, ya que compartimos dicho interés, poco tiempo después tuvimos la fortuna de ir a Brasil a un curso multidisciplinario en donde aprendimos y enriquecimos nuestros conocimientos cada quien en su área.

Regresamos de ese curso y desde ésta fecha hasta la actualidad Blanca ha trabajado incansablemente en el Instituto de Obesidad y Síndrome Metabólica del Hospital Ángeles Pedregal, haciendo cursos relacionados con esta rama importante del manejo multidisciplinario de la bariátrica.

Las autoras invitadas, son sin duda psicólogas de reconocido prestigio en el tema que ellas desarrollaron y miembros distinguidos de la International Federation for Surgery of Obesity (IFSO), sus créditos aparecen en la sección correspondientes.

Los temas abordados son la actualización psicológica en cirugía bariátrica, enfoque psicológico del paciente obeso ante la cirugía, el estado emocional y la calidad de vida en los candidatos a cirugía, los trastornos de atracón y la cirugía, adherencia al tratamiento, el consumo de alcohol posterior a la cirugía bariátrica y especificaciones grupales en el abordaje del paciente bariátrico.

La estructura de los capítulos es amena y desarrollada para la fácil comprensión de los principales conceptos de la Psicología Bariátrica, hecho que se logra solo cuando el autor tiene conocimiento profundo del tema.

Puedo concluir que se trata de un libro electrónico muy bien desarrollado con ocho capítulos escritos por profesionales, el cual recomiendo a todos aquellos interesados en el manejo del paciente bariátrico.

Prefacio

Psic. Aída R. Marcondes Franques
Sao Paulo, Brasil

Fue con inmensa satisfacción que recibí la invitación de Blanca Ríos para introducir este libro. Es para mí un gran honor. Durante los últimos veinte años de mi vida profesional he realizado estudios y trabajado con pacientes de pre y post cirugía bariátrica y he impartido clases a otros colegas, por una necesidad personal de compartir lo que he aprendido a lo largo de estas experiencias. ¡Conocer a Blanca Ríos es un regalo que recibí en mis andanzas por el mundo bariátrico!

Cuando nos dedicamos a un área de conocimiento profesional es natural que conozcamos a personas que transitan por ésta misma área. Los cursos, simposios y congresos, más allá de la actualización científica que promueven, nos permiten conocernos entre nosotros para ir formando una gran comunidad, en nuestro caso, una gran comunidad bariátrica internacional. Por algunos motivos, considero que en su mayoría inconscientes, nos identificamos con algunas personas, surgen vínculos de gran amistad y se fortalecen en cada encuentro. Reconozco que en este aspecto me siento privilegiada. Trabajar con la "Psicología Bariátrica" me ha traído perdurables amistades, colegas de vida, personas con las que comparto, me comparten y aprendo.

Así conocí a Blanca Ríos, psicóloga mexicana destacada en su país y a nivel internacional, profesional que tiene llevado a la "Psicología Bariátrica" por los cuatro cantos del mundo, a través de su actuación como Coordinadora del Comité de equipos multidisciplinarios de la International Federation for Surgery of Obesity IFSO mundial (2012-2016). Tal vez el aspecto que más llamó mi atención en Blanca es la dedicación y seriedad con la que desempeña su

trabajo, siempre modelado por la ética y el respeto a sus pacientes.

Blanca Ríos reúne en este libro a psicólogas de diferentes nacionalidades, todas de América Latina. Quienes nos hemos encontrado en los congresos de cirugía bariátrica, intercambiado experiencias, compartiendo exposiciones, mesas de discusión, trabajos científicos, confraternizándonos en cada encuentro. Este constante y fructífero intercambio se materializa en este libro. Todas somos psicólogas con experiencia, empeñadas en trabajar con el "paciente bariátrico".

Considero que el lector podrá sentir entrelíneas de los capítulos, el placer para cada profesional que aquí escribí dedicarse al trabajo psicológico con esos pacientes. Antes de la Cirugía Bariátrica, el tratamiento para la obesidad mórbida era apenas clínico. En el mejor de los escenarios se atendía con dieta u acompañamiento nutricional, endocrinólogo, médico, psicológico y/o de educación física. El paciente, lograba bajar de manera sustancial, sin embargo, recuperar ese peso, en más del 95% de los casos era apenas cuestión de tiempo.

Con la llegada de la Cirugía Bariátrica, nosotros los profesionales que ya trabajábamos con el paciente obeso, podemos celebrar con ellos que la pérdida de peso se logra sostener. La línea de conducta continua siendo la misma debido al soporte del equipo multidisciplinario que atiende al paciente (mejor aún sí es un equipo interdisciplinar). Siendo la obesidad una dolencia multifactorial, donde se entrecruzan múltiples factores para su aparición y mantenimiento, el tratamiento requiere la actuación de varias especialidades en la atención a ese paciente, con el objetivo de auxiliarlo a reorganizarse en sus hábitos de vida y en aspectos internos.

Todas hemos defendido en nuestros países que la atención psicológica al paciente bariátrico debería ser realizado por un profesional especializado en "Psicología Bariátrica", esto es, que cuente con conocimientos específicos sobre obesidad, trastornos alimenticios y cirugía bariátrica.

Este libro nos muestra las particularidades del trabajo con el "paciente bariátrico", desde el momento de evaluar si es apto para una cirugía, la preparación psicológica para ésta y el acompañamiento postoperatorio. Las psicólogas brasileñas presentan las actualizaciones psicológicas en cirugía bariátrica y la importancia de incorporar un enfoque psicológico del paciente obeso. Por su parte, las argentinas enfatizan cuáles son los objetivos de las evaluaciones y cómo son realizadas; cuál es la condición emocional de esos pacientes, cómo y de qué manera su calidad de vida está comprometida, también analizan la atención en grupo.

Las colegas chilenas, abordan el trastorno por atracón, que afecta muchos de los pacientes obesos que buscan la cirugía bariátrica y se puede presentar en el postoperatorio a mediano o largo plazo de forma modificada, ya que no cumple con los criterios para un diagnóstico de compulsión por atracón, pero que trae complicaciones en la vida del paciente.

Uno de los mayores problemas que prácticamente todos los profesionales implicados en la atención al "paciente bariátrico" enfrentan es lo que nos presente la colega peruana: lograr la continuidad del tratamiento por parte del paciente después de la cirugía. Este comportamiento es común tanto en los servicios privados como en los públicos, con pacientes de diferentes clases sociales y nacionalidades.

La colaboración que México presenta se relaciona con una de las consecuencias psicológicas del postquirúrgico, como es el alcoholismo después de la cirugía bariátrica, lo cual exige un tratamiento adecuado y a tiempo para un mayor éxito.

Al final de este interesante viaje sobre la atención psicológica del paciente bariátrico por diferentes países, los lectores probablemente tendrán la certeza de que el "paciente bariátrico" exige y merece una atención psicológica "personalizada" a su patología y al procedimiento quirúrgico al que será o fue sometido. El trabajo de la "psicología bariátrica" independientemente del abordaje teórico que se utilice y del país de América Latina en el que se encuentre, comparte un mismo lenguaje y perspectivas de las cuestiones que

envuelven al paciente y sus dificultades, de la cirugía bariátrica y sus particularidades.

Que la búsqueda por la excelencia de la atención psicológica al paciente bariátrico, como en este libro, pueda traspasar fronteras y congregar a colegas de todas partes del mundo, en un intercambio constante de experiencias personales y estudios científicos que nos enriquecen como profesionales y que contribuyen en la formación de un saber aún tan incipiente.

¡Buena lectura!

São Paulo, 31 de Agosto de 2016.

Capítulo 1

Participación Psicológica en Cirugía Bariátrica

Aída R. M. Franques*

Carmen Benedetti**

*Instituto Garrido de Cirugía de la Obesidad

**Centro de Diabetes del Hospital Sirio Libanés

São Paulo, Brasil

La obesidad no es una enfermedad reciente. Los primeros registros datan de hace 25.000 años, bajo la forma de hallazgos arqueológicos de esculturas de mujeres corpulentas.

Hipócrates, médico grecorromano (377 a.C.) ya alertaba acerca de los peligros de la obesidad. En sus manuscritos afirmaba que “la muerte súbita es más común en individuos naturalmente gordos que entre los delgados” y que “las mujeres gordas son menos fértiles que las flacas”. Galeno, su discípulo, asoció la obesidad con la falta de disciplina del individuo¹, idea que se ha aceptado a lo largo de la historia, intercalada por épocas en las que la escasez de alimentos transformó los cuerpos de grandes proporciones en símbolos de prosperidad y opulencia. En la Roma antigua, el obeso era visto como una persona tonta y de dudosos principios. En el siglo XVIII, la obesidad comienza a aparecer como tema de estudio en diferentes tesis de doctorado; no obstante, el primer libro sobre el tema fue de cuño popular, publicado recién en 1863 por William Banting: *Carta de corpulencia, dirigida al público*.

A inicios del siglo XIX, la obesidad empezó a encararse como problema moral y, nuevamente bajo una mirada despreciativa, el obeso fue visto como un individuo débil y transgresor. Un poco más adelante, al adquirir estatus de enfermedad y por lo tanto ingresar al campo de la medicina, primero en Francia y luego en otros países, se asoció la

obesidad con un disturbio emocional producto de experiencias estresantes.² Finalmente, en las décadas del 40 y 50, los aspectos psicológicos fueron cada vez más valorizados en cuanto al origen de esta enfermedad, pasando a primer plano en 1973, cuando la psiquiatra Hilde Brusch publica el libro titulado *Eating Disorders*.³

En la década del 80, el título de un libro, “Sólo es gordo quien quiere”⁴, representaba lo que la mayoría de las personas pensaba respecto de la obesidad. En 2002, el título de otro libro, “O gordo absuelto” (El gordo absuelto)⁴, refleja lo afirmado por los estudios más recientes. Aun así, con toda esta trayectoria y con la proliferación de innumerables artículos científicos que comprueban que la obesidad no es una elección, la sociedad en general y muchos profesionales de la salud todavía insisten en mirar al obeso con prejuicios y discriminación.

Lejos de considerarla como fruto de una “debilidad de carácter”, la Organización Mundial de la Salud define la obesidad (WHO, 1997)⁵ como una enfermedad crónica, de origen multifactorial, siendo, por lo tanto, merecedora de la atención de diferentes áreas de la salud, entre las cuales se destaca, en este capítulo, la Psicología.

Dentro de las áreas de la salud, la Medicina es la ciencia que más se ha dedicado al estudio de esta patología tan antigua y, a la vez, tan actual. Históricamente, la aproximación de la Psicología al terreno de la obesidad fue siempre muy tímida e, incluso más recientemente, al ganar fuerza, lo hizo con muchas controversias. Gran parte de las teorías psicológicas consideran que la obesidad puede tener su origen en problemas emocionales. Muchos son los autores que defienden esta postura^{6,7}; no obstante, hay otros que refutan esta idea por pensar que los factores emocionales no son el origen de la obesidad sino su consecuencia, alegando que el estado emocional de una persona obesa

puede verse perjudicado a raíz del sufrimiento impuesto por la discriminación social a la que está sujeta. Si los disturbios psicológicos son causa o consecuencia de la obesidad, ésta parece ser una cuestión abierta. Sin embargo, pensar que no existe ningún tipo de relación entre la obesidad y los fenómenos psíquicos sería retornar a una concepción dicotómica del ser humano, en la que mente y cuerpo son vistos como dos entidades separadas e independientes una de la otra. La obesidad, en tanto enfermedad crónica, demanda una comprensión global que contemple aspectos psicológicos en un conjunto articulado de fenómenos, cuyo síntoma manifiesto es engordar. Según la concepción de Mello Filho (1979 *in* Battistoni, 1996)⁸, toda enfermedad humana es psicósomática, ya que incide en un ser siempre provisto de soma y psiquis, inseparables anatómicamente y funcionalmente.

Varela, A. P. (2006)⁹, describe y analiza un hecho de la historia que se asemeja mucho a relatos que solemos oír de nuestros pacientes.

Desde mucho antes de 1793, año en que perdió su cabeza, Luis XVI, aquel que, según la historia, le gustaba cazar y consumir, comía por tedio, por inadecuación al trono, por indecisión crónica. Tenía un diario en el que solía escribir: "Nada". ¿Qué significaría "Nada"? Luis XVI impacientaba a sus ministros. Siempre que un evento importante se complicaba, el rey se negaba a actuar y se ponía a comer. Esperó en prisión, durante el día 10 de agosto de 1792, que la Asamblea Nacional decidiera su destino, pero su espera no coincidía con la escritura de su diario, ya que, al esperar, no se quedaba sin hacer "Nada": él comía; en esa ocasión específica devoraba un pollo.

Su famosa fuga en Varennes se vio dificultada por la gran cantidad de comida

transportada y por el corolario de sus ingestas. ¿Este rey no estaba colocando comida en todo lo que hacía, mejor dicho, lo que dejaba de hacer, para calmar una angustia o para compensar una energía que lo lograba tener? Parecería que, de ese modo, la “Nada” escrita en su diario puede llegar a tener relación con su atracón. ¿Comía para no pensar? La comilona no se restringía a su actuación como majestad sino también como hombre. Luis XVI comía para evitar el sexo (con María Antonieta). ¡El día de su casamiento, a los dieciséis años, comió hasta más no poder, diciéndole a su abuelo, Luis XV, que dormía mucho mejor después de cenar bien! Sabemos que María Antonieta permaneció virgen durante mucho tiempo (Couprie, 1990). En última instancia, ¿por qué la comida era algo primordial en la vida de ese rey? Comía por miedo, para sublimar, compensar su indecisión, para olvidar, reprimir su sexo, en fin, frente a la “Nada”, comía por “todo” (p. 82).

Muchos caminos se han venido intentando a fin de lograr un tratamiento eficaz para la obesidad y cada día surgen nuevas dietas, se experimentan nuevos medicamentos, se lanzan nuevas técnicas y estrategias que, no obstante, no logran contener la epidemia global en la que esta enfermedad se está transformando. Las propuestas terapéuticas varían especialmente de acuerdo al grado de gravedad en que se encuentra la enfermedad. Hasta el momento, los abordajes disponibles para el tratamiento de la obesidad de grandes proporciones son quirúrgicos, siendo la cirugía bariátrica el único tratamiento eficaz, a largo plazo (en tanto se tomen en cuenta los criterios de inclusión), para el tratamiento de la obesidad mórbida.

En 1954 se llevó a cabo la primera publicación en la literatura médica relativa al

tratamiento quirúrgico de la obesidad, con Kremen y sus colaboradores (citado por Marchesini, 2006)¹⁰. Desde entonces, los estudios, las experiencias y el desarrollo de las técnicas quirúrgicas fueron avanzando y la cirugía bariátrica se fue afirmando como la mejor opción para el tratamiento de la obesidad mórbida, enfermedad crónica, letal, resistente al tratamiento clínico. Sin embargo, la constatación de que el éxito del tratamiento quirúrgico de la obesidad no se restringía sólo al procedimiento quirúrgico en sí, sino que dependía totalmente de la capacidad adaptativa del paciente a su nueva condición, requirió la acción de otras especialidades como forma de brindar soporte a los equipos quirúrgicos, entre ellas, la Psicología.

Siendo la cirugía sólo “un instrumento” para el control de la obesidad mórbida, es vital la forma en que el paciente lidia con ese recurso para un resultado eficaz y duradero del procedimiento. Los cambios anatómicos que provoca la cirugía exigen adaptación y cuidados por parte del paciente, para evitar otros males como, por ejemplo, la desnutrición. La insistencia del paciente en cuanto a la necesidad de una alimentación más abundante o altamente calórica puede traer como consecuencia pérdida de peso o aumento del peso perdido. Además, incluso cuando es positivo el resultado técnico de la cirugía y el paciente logra perder los kilos que necesita, puede no haber una mejoría en el bienestar y, más ampliamente, en la calidad de vida, por dificultades en la adaptación a la nueva condición.

A lo largo de todos estos años en que el psicólogo viene formando parte de los equipos de cirugía bariátrica, la discusión sobre su rol tanto en el equipo como con el paciente ha generado un debate. Al comienzo de los trabajos, el cirujano derivaba al paciente a un psicólogo, solicitando una evaluación psicológica tendiente a detectar a aquellas personas

con disturbios psicológicos o psiquiátricos importantes y así alejarlas de la cirugía, como manera de prevenir fracasos. Por algún motivo, en ese momento, se les atribuyó a los psicólogos (y/o los psicólogos lo tomaron para sí) el poder de decidir quién estaba apto para la cirugía y en qué momento. En poco tiempo se hizo evidente que ése no podía ser el camino, pero la idea de que el psicólogo podía “bloquear” al paciente o retardar muchos meses su visto bueno, ciertamente contribuyó a que algunos cirujanos dejaran de derivar sus pacientes a estos profesionales así como para aumentar la resistencia de los pacientes en aceptar dicha evaluación.

Felizmente, todo eso viene cambiando. Los equipos de salud como un todo y el psicólogo en particular han comprendido mejor el lugar de la acción de la psicología en el ámbito de la cirugía bariátrica y aunque todavía haya mucha discusión acerca de la definición del rol de los psicólogos en los equipos quirúrgicos, hay un aspecto que no deja dudas: el de que es función de ese profesional brindar soporte al obeso que va en busca de la cirugía de la obesidad tanto en el pre como en el posoperatorio. Esta posición, por sí sola, es una ampliación importante del rol que otrora se había delegado en el psicólogo, cuya actuación se restringía a la evaluación de los pacientes y a la determinación de aquellos que no podrían operarse por considerarlos de riesgo para el tratamiento.

Ofrecer procedimientos de soporte al paciente no prescinde de una evaluación bien hecha de sus condiciones psíquicas. Por el contrario, la evaluación es importante en la detección de factores emocionales que podrían perjudicar la adaptación a la nueva condición de operado y, más adelante, de persona delgada, facilitando de esta manera decisiones que van desde la contraindicación de la cirugía hasta la indicación más segura, pasando por la posibilidad de postergación del procedimiento ante la necesidad de contar con más

tiempo para preparar al paciente. De esta forma, el psicólogo puede y debe realizar evaluaciones y compartirlas con el equipo al cual pertenece, de la misma forma que su opinión podrá formar parte de la decisión final que se tomará en relación al destino del paciente, pero de ninguna manera podrá ocupar el lugar de poseedor exclusivo del poder de decisión sobre el futuro del enfermo que busca un cirujano con la esperanza de adelgazar y tener una mejor calidad de vida.

Una cuestión muy importante y que debe ser observada por los profesionales de la psicología que actúan en equipos multidisciplinarios es la relativa a la conciencia de sus atribuciones, posibilidades y limitaciones, dejándolas bien claras y definidas ante el equipo, que muchas veces nutre expectativas irreales y mágicas respecto a su trabajo, adjudicándoles a los psicólogos la capacidad y el poder de resolver todo lo que escapa a la esfera médica.

En la práctica clínica cotidiana, la postura empática del psicólogo al recibir al paciente en su consultorio es la puerta de entrada para una relación de confianza. Cuando, años atrás, el paciente se dirigía al psicólogo sólo en busca de una evaluación, la distancia que se establecía entre el que evaluaba y el que era evaluado dificultaba sobremanera la relación entre ambos. Poder acoger, escuchar, comprender e intervenir da sentido al trabajo del psicólogo, además de facilitar la creación de un vínculo de calidad que más tarde, en el posoperatorio, será fundamental para la decisión de este paciente de procurar ayuda al momento de sentir la necesidad. Cuando el paciente llega al consultorio sufriendo por su obesidad y por todos los males que ésta le trae, frustrado por innumerables intentos fracasados de control de su enfermedad y, salvo raras

excepciones, culpabilizado y a la vez impotente frente a su problema, acoger al paciente parece ser el primer paso de una relación que, en algunos casos, durará muchos años. Lo que Trinca (1984)¹¹ describe como “psicodiagnóstico comprensivo” tal vez defina con más claridad la postura del psicólogo en las entrevistas de evaluación. Para el autor, la evaluación tiene como objetivo la comprensión de la personalidad del paciente como un todo, buscando un sentido para el conjunto de informaciones disponibles y aprehendiendo aquello que es relevante y significativo, lo que se verá muy facilitado si el psicólogo entra empáticamente en contacto emocional con el paciente.

La entrevista psicológica, en un ambiente acogedor, facilita al paciente expresar sus sentimientos y al profesional comprender dinámicamente el significado de la obesidad en su vida. En la entrevista abierta, el que configura el campo es el paciente, facilitándole al psicólogo acceder a los aspectos más sutiles de su personalidad. Durante todo el proceso, el psicólogo deberá estar atento a la presencia de trastornos mentales en el paciente, derivándolo al psiquiatra cuando lo crea necesario. De esta forma, la idea es evaluar los recursos con que cuenta para pasar por un tratamiento tan exigente desde el punto de vista emocional, pero también brindar el soporte necesario para que pueda encarar la cirugía con mayor seguridad y en mejores condiciones emocionales, alentándolo a ser el agente de su propio tratamiento.

La preparación psicológica del paciente también es parte de las tareas del psicólogo en el preoperatorio y requiere una formación específica en lo que respecta a la cirugía bariátrica. El profesional debe estar apto para brindar informaciones al paciente, orientarlo

y ayudarlo a comprender la cirugía a emprender, sus riesgos y complicaciones, los beneficios que se esperan, la necesidad de exámenes y el seguimiento médico por toda la vida, además de las consecuencias físicas, sociales y emocionales del adelgazamiento. Las sesiones individuales o grupales psicoeducativas tienen, en esos casos, un carácter preventivo y, si se realizan grupalmente, facilitan el crecimiento de la red social de apoyo y el intercambio de soluciones para los problemas comunes que los pacientes enfrentan o aquellos con los que se podrían enfrentar a lo largo del tratamiento.

La atención de uno o más miembros de la familia del paciente, en especial con aquel o aquellos que tienen un vínculo más estrecho con el obeso, lo ayudará mucho. Frecuentemente, el paciente, en esa situación, se siente apoyado y comprendido en su casa, y la familia, al contar con mayor orientación, está menos ansiosa y más preparada para ayudar a su familiar operado, favoreciendo la adhesión al tratamiento como un todo. Además, la participación del paciente y también de su familia en reuniones con el equipo multiprofesional puede tener efectos muy positivos porque todos podrán asimilar mayor cantidad de información sobre el tratamiento, sus exigencias y su alcance.

La actuación del psicólogo en el posoperatorio puede ser de varios tipos. En la mayoría de los casos, los grupos de apoyo son suficientes para ayudar al paciente en el proceso de adaptación al tratamiento. No obstante, en ciertos casos se da la necesidad de un trabajo más profundo, de carácter psicoterapéutico, acompañado o no de intervención psiquiátrica. Algunos pacientes logran por sí mismos, o con la ayuda de los grupos de apoyo, un control alimentario adecuado al nuevo estómago, presentando escasa necesidad de atención del equipo para su alimentación. Otros no tienen la misma facilidad e insisten en una alimentación abundante o hipercalórica, presentan muchos vómitos o

todavía no logran perder el peso necesario o recuperan parte o la totalidad de los kilos perdidos después de la cirugía. Las compulsiones alimentarias son bastante comunes luego de la cirugía, incluso entre aquellas personas que parecían ser conscientes de la necesidad de una reeducación alimentaria, debiendo ser tratadas debidamente ante el riesgo de un grave perjuicio al tratamiento.

Una queja muy frecuente de los psicólogos en relación al seguimiento posoperatorio está relacionada con el bajísimo nivel de adhesión logrado de una manera general. Entender por qué algunos pacientes “no vuelven” al consultorio psicológico luego de pasar por la cirugía no es una tarea simple ya que incluye muchas variables. Aunque el psicólogo haya sido muy competente al atenderlas en el preoperatorio, ciertas personas sencillamente no sienten necesidad de que las acompañen luego de la cirugía y no buscan al psicólogo por absoluta falta de demanda de atención. Sin embargo, aun aquellos que pasan por dificultades dejan de buscar a ese profesional, lo que genera como mínimo la curiosidad de entender el porqué de ese rechazo a retomar la atención. La respuesta a esa duda puede estar vinculada al estigma que rodea a la obesidad y sus efectos sobre el obeso. A algunos pacientes no les es fácil asumir que incluso con cirugía no lograron controlar su alimentación. Cuando se cree que “sólo es gordo quien quiere”, buscar al equipo como un todo, y al psicólogo en particular, puede generar la sensación de firmar un certificado de incompetencia, y eso no es fácil. Otra posibilidad de respuesta a esa pregunta tan difícil puede ser bien simple: el paciente no vuelve al psicólogo porque “nunca vino”; en otras palabras, la persona elegida para ayudarlo en el proceso de adelgazamiento era, y lo sigue siendo, el cirujano; y la búsqueda de un psicólogo sólo se hizo porque formaba parte de las exigencias del cirujano para operarlo. Por último, la idea de que someterse a

una cirugía es suficiente para que el tratamiento sea exitoso puede estar entre las causas de la escasa búsqueda de atención psicológica en el posoperatorio.

El trabajo del psicólogo con pacientes obesos mórbidos que necesitan cirugía para perder peso muchas veces va contra aquello que preconizan buena parte de las teorías psicológicas. La idea de cortar un estómago saludable para impedir que una persona coma más de lo que debe es asustadora para los que creen y trabajan con la concepción de que para disolver un síntoma es necesario actuar sobre sus causas. Además, como el principal método terapéutico para la obesidad mórbida es la intervención quirúrgica, procedimiento de competencia típicamente médica, a primera vista es difícil imaginar cuál podría ser la contribución de la psicología en ese campo. Los planteos anteriores mostraron, sin embargo, que la cirugía es apenas un momento de un proceso mucho más amplio, cuyo éxito sólo es pleno cuando el paciente se muestra capaz de aprovechar al máximo los beneficios del adelgazamiento; y ese resultado depende en gran parte de los cambios externos e internos producidos por el propio individuo. Esta característica del proceso es la que abre espacio a la participación de la psicología en el campo de las intervenciones quirúrgicas destinadas a la obtención de un adelgazamiento sostenible.

En esta área, no obstante, es imprescindible que los psicólogos amplíen sus perspectivas de actuación, superando una visión causal y desarrollando prácticas de seguimiento que le ayuden al individuo a procesar dichas transformaciones y así capitalizar las ventajas del adelgazamiento. Sin dejar de dar importancia a los procesos psicoterapéuticos tradicionales, se considera que es necesario contar con un conocimiento profundo de la experiencia psicológica y de las transformaciones de la subjetividad que ocurren cuando el individuo es sometido al procedimiento quirúrgico y que le posibilita transformar la

experiencia de su enfermedad en una experiencia saludable, lo que significa, más específicamente, comprender los procesos de construcción, deconstrucción y reconstrucción de significados que rodean la obesidad. Sin duda, se trata de un proceso difícil en donde la psicología tiene mucho para contribuir.

Referencias bibliográficas

1. Repetto, G. Histórico da Obesidade. En: Halpern, A. et al, (Org.). Obesidade. São Paulo: Lemos 1998.
2. Loli, M. S. Obesidade como sintoma. São Paulo: Vetor, 2000.
3. Stenzel, L. M. O Percurso da Psicologia no Estudo da Obesidade. Rev. de la ABESO nº 17- año IV – Dic. 2003.
4. Medeiros, G. O gordo absolvido. S. Paulo: Ed. ARX, 2002.
5. WHO – World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO consultation on obesity, Ginebra, 1997.
6. Benedetti, C. De Obeso a Magro: a trajetória psicológica. São Paulo, Vetor: 2003.
7. Franques, A. R.: Loli, M.S. (Org.) Contribuições da Psicologia para a Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Vetor, 2006.
8. Battistoni, M. M. Obesidade Feminina na Adolescência: Revisão Teórica e Casos Ilustrativos – Visão Psicossomática. Campinas, (Tesis de Doctorado – FC – UNICAMP, 1996.
9. Varela, A. P. Você tem fome de quê? Revista Psicologia: Ciência e Profissão, v.26 nº1- Brasília, marzo, 2006.
10. Marchesini, J.B. História da Cirurgia Bariátrica e das Equipes Multidisciplinares: Os Psicólogos. En: Franques, A. R.: Loli, M.S. (Org.) Contribuições da Psicologia para a Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Vetor, 2006.
11. Trinca, W. Diagnóstico Psicológico: a prática clínica. São Paulo: EPU, 1984.

Capítulo 2

El enfoque psicológico del paciente obeso para cirugía bariátrica

Marcia S. Marques*

Nóris S. Marques**

*Gastroclínica

**Centro Regional de Especialidades, CISOP

Cascavel, Brasil

Desde el punto de vista de la psicología, lanzamos una mirada para la obesidad y de los daños físicos y el sufrimiento psíquico de quien porta esa enfermedad crónica.

Este trabajo deja de lado el campo médico y clínico del tratamiento de la obesidad para buscar un entendimiento del exceso de peso por el enfoque psicológico, donde la obesidad puede ser vista como reflejo de síntomas psicológicos formados por el inconsciente como forma de resistir a las presiones de las pulsiones y angustias vividas por el individuo durante su desarrollo psíquico.

Por ser la obesidad, además de subjetivamente compleja, una condición orgánica, es alrededor de las nociones de fantasía, pulsión, interdicción y gozo, que tejemos una especie de red conceptual sosteniendo las elaboraciones a respecto al que emerge en cuerpo en la contemporaneidad. Es necesario analizar el estatuto del cuerpo en el psicoanálisis, cuerpo sobre el cual el lenguaje incide creando nuevas modalidades de sufrimiento, y también de cura para ese sufrimiento.

La obesidad puede ser vista en el enfoque psicológico como:

- Manifestaciones de un sufrimiento psíquico.
- Organizaciones defensivas extremadamente poderosas que enclaustran la mente en un cuerpo cárcel.

- Formas actuadas y violentas de expresión corporal.
- Sucesivos actings, típicos de la era contemporánea, donde la elaboración ponderada del pensar es cambiada por las acciones impulsivas de la concreción psíquica, imposibilitando el psiquismo de esas personas de atender sus deseos, que se quedan perdidos y negados.
- Una ilusión de omnipotencia.
- Sentimientos de vacío interior y vivencias de “hueco por dentro”, “globo inflado que si suelto se perderá en el aire”.
- Dificultad de mantener el control sobre el alimento que conduce la mente a lugares sombríos, de clima depresivo y constante insatisfacción.

La obesidad en Brasil y en el mundo como un problema de salud pública y es uno de los problemas más preocupantes, debido a su creciente aumento y las graves consecuencias que puede acarrear. Se trata de un fenómeno multifactorial que envuelve componentes genéticos, comportamentales, psicológicos, sociales, metabólicos y endocrinos.¹

Según la Sociedad Brasileña de Cirugía Bariátrica y Metabólica (SBCBM)² actualmente la obesidad, afecta 600 millones de personas en el mundo, 30 millones solamente en Brasil. Si incluir la población con sobrepeso, ese número aumenta para 1,9 mil millones de personas en el mundo y 95 millones de brasileños. Estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ proyectan un escenario aún peor para los próximos años. Se estima que, en 2015, existirán 2,3 mil millones de personas con exceso de peso y 700 millones de obesos en el mundo entero.

Escenario actual de la obesidad

	Brasil	Mundo
Número de personas obesas	30 millones	600 millones
Número de personas con exceso de peso	95 millones	1,9 mil millones

La obesidad es una enfermedad que produce vulnerabilidades en la salud tanto física como mental, en las relaciones sociales, personales, de trabajo provocando pérdidas económicas y afectivas. Muchas veces el obeso es estigmatizado y sufre prejuicios por su condición física y limitaciones, por el espacio que ocupan, por su apariencia y por no conseguir encajarse en los padrones de moda y consumo impulsados por la media y establecidos por el capitalismo.

La coyuntura social en la actualidad y el cuerpo como objeto de consumo. La demanda de la cultura vigente exige jovialidad y belleza, en un paquete mágico de felicidad plena. Así, en ese contexto, donde hay un imperativo del gozo, el cuerpo pasa a ser objeto también de consumo.

La erotización y la valoración del cuerpo, frutos de la sociedad de consumo, que vende belleza, delgadez y juventud – todo esto asociado al poder-, acaba de hartar las necesidades para además de la comida, pero también para toda forma de consumo que significa placer.⁴

Ese mundo es influido por la media que imprime a la sociedad de consumo, una patología narcisista. La imagen televisiva bombardea incesantemente con propagandas ligadas al suceso sexual y financiero, donde se presentan los actuales dioses de un nuevo Olimpo: la gran vitrina de la belleza, dinero, fama y juventud. Todo eso, prometido desde que seamos atraídos y seducidos por el consumo. Mismo sabiendo que son fantasías, propagandas engañosas, incapaces de realizar los deseos secretos del inconsciente, esas instrucciones de consumo son seguidas para alcanzar el paraíso prometido. Y, cuando finalmente la realidad se presenta, el individuo se depara con la gran frustración de las promesas no cumplidas, generando un aumento de las heridas narcisistas y una gran envidia frente a los felices habitantes del Olimpo.⁵

El fenómeno de la globalización hizo una aproximación grande, disminuyendo distancias y posibilitando la audiencia en masa, y en tiempo real lo que pasa en el mundo y con los otros, a través de las redes sociales, alterando profundamente los valores, costumbres, relaciones con el trabajo, vida familiar y ocio en la sociedad contemporánea. Así, generando una competitividad, exigencia de productividad y eficiencia, que a contramano hace una declinación del convivio, pues uno de los aspectos antropológicos es esa tendencia marcada por un consumo solitario, sin tiempo, donde la obesidad entra como un “efecto colateral” de esas mudanzas; también caracterizándose por un disturbio de la soledad y de la desvalorización del cuidado en las relaciones interpersonales.⁶ El exceso de ingestión de alimentos puede ser entendido como una forma de rellenar un vacío, que con seguridad no está en el estómago.

La media desarrolla en el individuo un conflicto entre comer los alimentos de forma compulsiva y mantener un cuerpo delgado y esbelto.

[...] es la imagen de la media, hay el culto del individualismo, de la competencia, del trabajo, del dinero, de la apariencia. Ese discurso es feroz, puede empalidecer, impedir el reconocimiento del otro y del mundo del otro, impedir el encuentro [...].⁷

En ese escenario altamente exigente el sujeto obeso se depara con la discriminación y exclusión, tanto afectiva, social y profesional, aumentando su dolor de vivir.

Por lo tanto el acompañamiento psicológico no puede prenderse al discurso imperativo del medio que exige el gozo y segrega al mismo tiempo. La obesidad no puede ser simplificada como comer en abundancia y el individuo ser culpable por tal. Por eso la necesidad del equipo para tratar de la multifactoriedad que debe ser investigada en cada caso.

Los pacientes presentan las más diversas quejas, pero se esconden detrás de los diagnósticos y se intitulan de las propias enfermedades o comorbilidad, del tipo soy diabético, soy hipertenso, entre otras. Parten del orgánico y no hacen las indagaciones de que buscan o como se sienten, no percibiendo que portan “un saber no sabido”, que en suma es la fuerza del inconsciente, que necesita ser descifrado en el proceso terapéutico.

La dificultad con esos pacientes es hacerlos comprender que no son un cuerpo, que tienen un cuerpo, existe un cuerpo en el ser, pero principalmente un sujeto que lo habita. Hay una carencia simbólica y un exceso de real del cuerpo, algo que es impedido en el habla y que se expresa por el lenguaje corporal.⁸

Algunos obesos no se ven gordos, o hasta mismo no se ven comiendo, hay una fusión con el objeto del gozo y se apaga el sujeto, de una forma retrocedida como en la relación primitiva y fusional con la madre, el paraíso narcísista es dado por una sensación de

completud, desaparece la discontinuidad entre el sujeto y el gran otro, o sea, la madre de la primera infancia que acoge, ampara y fornece todo para aplacar las necesidades del bebe, poderosa y protectora del punto de vista del desamparo y fragilidad del niño. Pero en la medida en que se crece se pierde esa completud, pues somos marcados por la falta y por eso el vacío, que necesita ser rellenado de alguna forma, a través de los deseos. Ese periodo de plenitud es algo que no se da más al largo de la vida. Ocurre en la primera etapa de la organización de la libido, denominada fase oral, siendo la boca considerada una zona erógena con la gratificación sexual primitiva a través del amamantamiento en el seno de madre. Por lo tanto, la comida entra como un sustituto materno, y funciona como una fijación en la fase oral primitivo.⁹

La obesidad está relacionada con la depresión y con la incorporación del objeto perdido a través de la gratificación oral y negación del placer genital. Según Angel Garma,¹⁰ el tejido adiposo es interpretado como un impedimento anhelado mientras a través de la limitación de movimientos, el obeso busca colocar un freno, una camisa de fuerza, hecha de satisfacciones alimenticias, pero constituyen aceptaciones forzadas de sumisiones infantiles. La actividad oral en el obeso no está si no en parte y mucho secundariamente a servicio de un sadismo destructivo, su papel principal está al servicio de una necesidad de reparación del objeto materno destruido, esto es, la temida destructividad anal sádica y fálica.

De acuerdo con Abraham, “mismo el más profundo sufrimiento de la melancolía contiene una fuente oculta de placer”.¹¹

La melancolía sería una fijación en la fase oral. Abraham,¹² describe la base infantil de ese proceso. El niño quiere incorporar su objeto de amor, quiere devorarlo, esa tendencia

canibalística existe en la identificación melancólica. Todavía afirmó, que de esta forma la identificación tiene un significado ambivalente, una manifestación de amor, así como de impulsos destructivos.

La fase oral que podría ser denominado de “fase pre canabalístico”, estaría ligada al mecanismo de la melancolía. En esta fase, la actividad sexual no está separada del acto de alimentarse, en la vida adulta, hay varios síntomas cuya erogenización de la cavidad oral se encuentra presente. Hay el vínculo de esa fase con la depresión, o sea, de las personas frente a la falta de objeto de satisfacción, por lo tanto usan el estímulo oral para apartar la depresión.

“En los estados depresivos, el libido retrocede a la fase primitiva en la cual la persona tiene el deseo de incorporar el objeto de inversión sexual. En las profundizas de su inconsciente, hay una tendencia a devorar y destruir su objeto”.¹³

Freud,¹⁴ defendió que a través de la introyección del objeto perdido se puede recuperarlo. En la melancolía existiría la pérdida y la reincorporación del objeto amado, entonces, el melancólico estaría intentando huir de sus impulsos sádico-orales.

Entre esas características aparece en la obesidad la autoagresión exacerbada manifestada en psicósomática, así como una agresión pasiva al mundo externo, lo que no es dicho, pero expreso corporalmente en un mensaje tanático.

La capa de gordura oculta el cuerpo como objeto de deseo, para defenderse de la sexualidad adulta. Para Mauricio Abadi,¹⁵ el tejido adiposo representa para el obeso una reserva de alimento, correspondiendo a internalización en su cuerpo de una madre nutriente. Eso hace revivir a su regresión intrauterina. La obesidad funciona como un mecanismo defensivo frente al peligro mortal de la cena primaria: la gordura sería la

somatización de un mecanismo de asilamiento que separa los padres en coito. Al introyectar la madre como tejido adiposo, la repara, la controla, la recupera en su propio cuerpo protegiéndola de su propia destructividad y protegiéndose “detrás de ella”, de la vergüenza edípica de padres y hermanos.

Diferente del saber médico, la obesidad estaría más próxima de ser un síntoma, pues estaría ligada a un proceso inconsciente, que se presenta en un lenguaje corporal, partiendo del presupuesto del sujeto del lenguaje tanto como sujeto del gozo. La resolución del problema de la obesidad mórbida se completa con la patología que exige una corrección: la cirugía bariátrica, tornando posible un cuerpo delgado, donde el límite le es impuesto por la capacidad reducida del estómago, como un poder de solución mágico, para su dificultad de frenar sus impulsos o deseo oral.

La obesidad mientras compulsión, evidencia al sujeto una forma de no tener control sobre si al comer. La libertad ilimitada frente al objeto de deseo topa en una forma de esclavitud y sufrimiento que empaca su vida hasta la inmovilidad. En ese dado momento, la cirugía surge como una ventana de luz para la posibilidad de renacer en un cuerpo delgado. Para ese trabajo de equipo multidisciplinar el psicólogo es de suma importancia para cumplir su función.¹⁶

El papel del psicólogo en la cirugía bariátrica

El papel del psicólogo es atender, preparar y asistir a aquellos que vienen a buscar una seria intervención en el real del cuerpo. Mirar para el sujeto, además del cuerpo, donde duele, además de las quejas orgánicas y encaminamientos médicos, pues sufren de las más diversas formas, la misma obesidad en el cuerpo y en el psiquis.

Acompañamiento psicológico en cirugía bariátrica en el pre, trans y post quirúrgico

Aunque muchas personas creen que la participación del psicólogo se resume no más en la emisión de laudos, la evaluación y acompañamiento de ese profesional en el pre, trans y pos quirúrgico es esencial para garantizar el suceso en la cirugía bariátrica.

La psicología tiene foco preventivo, reflexivo, introspectivo y de elaboración en el acompañamiento de los procesos individuales, promueve el lugar del escucha para el paciente, sobre todo, de cómo cada uno vive su experiencia de adelgazamiento, que se da de forma rápida y muchas veces sorprendente. Junto con el nuevo cuerpo, las relaciones familiares y sociales se transforman, porque la relación del individuo con él propio también cambia.

El programa prequirúrgico

La preparación psicológica envuelve el levantamiento de datos históricos personales y datos de la historia familiar permitiendo que la persona candidata a la cirugía bariátrica pueda percibir lo que es pertinente al factor obesidad y lo que está siendo proyectado en la obesidad. Muchas veces existen expectativas que no van a ser cumplidas con la pérdida de peso, pudiendo causar frustraciones con los resultados, debido a las expectativas mágicas depositadas en la cirugía bariátrica.¹⁷

Con objetivo de prevenir el sufrimiento psíquico el psicólogo necesita identificar las enfermedades emocionales, traumas, trastornos alimentares, preparando para la nueva condición de la cirugía de la obesidad, que deberá acompañar el nuevo cuerpo y las consecuencias a corto, medio y largo plazo.

Además del atendimento individual es de suma importancia el atendimento en grupos,

pues proporciona la cuestión gregaria, donde las experiencias de cambios en las situaciones grupales hacen con que los pacientes se sientan menos desamparados, permitiendo el entreno de la no satisfacción inmediata, individualista, posibilitando el ser creativo, donde no es cada uno por sí, buscando salidas colectivas y referencia de pros y contras.

En el grupo ocurre la partilla de problemas, dificultades y preocupaciones, permitiendo una comprensión de sí propio, dando condiciones de lidiar con situaciones, que se identifica. El cambio de ideas, sentimientos y experiencias promueven cambios y crecimiento. No se ven solos con sus miedos e inseguridades, comparten con los otros los mismos problemas, frustraciones, dificultades y conquistas, generando un autoconocimiento, una nueva forma de pensar colectiva, creyendo más en sí y en los otros. Por fin, un fortalecimiento que favorece una mejor autoestima y autoconfianza.

Programa postquirúrgico

El acompañamiento postquirúrgico tiene como objetivo general monitorear la evolución psicológica del paciente, y cuando detectado algún síntoma éste deberá ser encaminado para el equipo multidisciplinar a fin de que sea tratado en su pluralidad dentro de su individualidad.

El programa pos quirúrgico incluí objetivos específicos en cada etapa del atendimento al paciente bariátrico con las intervenciones necesarias durante todo el proceso de adelgazamiento y manutención del peso, propiciando al paciente la elaboración de condiciones saludables, indagando acerca de las motivaciones inconscientes y de la dinámica psicológica del paciente.

Consideraciones finales

A pesar de la modernidad señalar para la valoración exagerada del cuerpo delgado, con ese trabajo nos propusimos a pensar sobre la imagen del cuerpo en la cultura vigente, y la dimensión subjetiva implicada en la constitución del sufrimiento humano en los pacientes con obesidad mórbida que se someten a la cirugía bariátrica.

Del punto de vista del Psicoanálisis podemos decir que el desamparo y la finitud son constitutivos del individuo mientras sujeto y que la castración impone límites a la satisfacción por mayor que sea la busca. Al depararse con eso, el sujeto contemporáneo busca retirar de sí la esencia de todo el conflicto al creer que la cura de su sufrimiento se encuentra en la eliminación de todo malestar, de toda la angustia de existir. Es en ese momento que el sujeto se da de regalo la ilusión de una libertad irrestricta, de una independencia sin deseo, huyendo de los efectos de su inconsciente, como si eso no le trajera otros efectos. (CESA, 2006).¹⁸

Referencias bibliográficas

1. Björntorp, P.- Definition and classification of obesity. In: Fairbairn & Brownell (eds) Eating disorders and obesity. 2.ed, New York, p. 377-81, 2003.
2. SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Disponível em: <http://www.sbcbm.org.br>. Acesso em março 2013.
3. OMS- World Health Organization: WHO- Disponível em: www.who.int/. Acesso em fevereiro, 2013.
4. Santos, Andréia Mendes dos. Sociedade do Consumo: Criança e propaganda, uma relação que dá peso. Tese de Doutorado. (Programa de Pós-graduação em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, p.134, 2007.
5. Rede dos estados gerais da psicanálise. De Novo e Sempre, o Mal Estar na Cultura. Telles, Sergio - Mal Estar na Civilização. Acesso em março, 2013.

6. Cadernos de saúde pública - Print Version issn0102-311x-Joel Alves Lamainier, Marcia Rocha Parizzi –Obesidade e Saúde Publica. Anjos LA. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;100pp, 2006.
7. Bellini, Maria Isabel Barros. Arqueologia da Violência Familiar. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p.174, 2002.
8. Lacan, J.O Estádio do espelho como formador da função do eu,(1949). In:Escritos. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar,1998.
9. Lacan, J.O Seminário, livro Cinco: As Formações do Inconsciente. RJ: Jorge Zahar Editor, 1999.
10. Garma, A. El Psicoanálisis de los obesos en El Psicoanálise, teoria, clinica y técnica Tradução de Maria Cecília Tschiedel, Ed Artes Médicas ,Porto Alegre,1984.
11. Abraham, K. Notas sobre a Investigação e o Tratamento Psicanalíticos da Psicose Maníaco-Depressiva e Estados Afins (1911). In: Abraham, Karl. Teoria Psicanalítica da Libido. Rio de Janeiro: Imago, p.32-50,1970.
12. Luto, melancolia e depressão: de Abraham a Freud. - Maxwell - p. 37-38. Disponível em:<www.maxwell.lambda.ele.pucRio.br/.../8580_4.PDFXXvmi=Z7rJNdTta6FI>. Acesso em fevereiro, 2013.
13. Abraham, K. O Primeiro Estágio Pré-Genital da Libido (1916). In: ABRAHAM, Karl - Teoria Psicanalítica da Libido.Rio de Janeiro: Imago, p.51-80, 1970.
14. Freud S.- Obras Completas Vol.I E II, Traducción Directa Del Aleman por Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. Capitulo IX. Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de las neurosis, p. 949. Capítulo XI. Introducción al narcisismo, p.1097. Capitulo XII. Más allá del principio del placer, p.1111. Edição: Editorial Biblioteca Nueva Madrid,1948.
15. Abadi, M. Symposium Anual, Obesidad y Perturbaciones Del Comer .En:Nota Acerca de Algunos mecanismos en la psicogenesis de la obesidad,1955.
16. Rev.mal-estar subj. v.9 n.1 Fortaleza mar. 2009. Versão impressa ISSN 1518-6148.Acesso em fevereiro 2013.
17. Garrido JR, A, B. Cirurgia da obesidade, São Paulo: Atheneu, 2002.
18. Cesa, A.L.S. O contemporâneo na constituição do sujeito.In:Fontenele (Org.).Psicanálise:teoria,clinica e conexões.Fortaleza;Edições Livro Técnico,2006.

Capítulo 3

Evaluación psicológica en cirugía bariátrica: ¿cuándo, cómo y con qué objetivos?

María Sylvia Gimeno Moure*

Laura Malena Kñallinsky**

*Hospital Español La Plata- Buenos Aires, Argentina

**Centro de Tratamiento de la Obesidad y Metabólico
Cordoba, Argentina

Escribir un capítulo sobre “evaluación psicológica en psicología bariátrica” resulta un hecho ineludible y complejo a la vez. Nos obliga a reflexionar acerca de una práctica que es cotidiana en nuestro campo disciplinar como psicólogos bariatras, a la vez que a encontrar las articulaciones teóricas y viñetas clínicas que le den sustento suficiente de modo que resulte enriquecedor para el lector.

Comenzaremos definiendo algunos conceptos, por obvios que los mismos pudieran resultar. Si el Diccionario de la Real Academia Española define a la evaluación como “cálculo, valoración de una cosa” aplicar el término al campo psi supone sumarle el componente subjetivo en juego, “valoración de un sujeto”, diríamos entonces; se complejiza así el concepto...valorar en relación a qué estándar que nos guíe u oriente?.

Procuraremos acordar lo siguiente: la evaluación psicológica es un proceso técnico encuadrado, una práctica específica del quehacer profesional del psicólogo, que pretender responder alguna/s pregunta/s más o menos explícitas referidas al sujeto.¹ Se realiza a demanda de alguien, que no necesariamente es el sujeto evaluado. Tiene un encuadre determinado (objetivos, duración, honorarios, confidencialidad) y sus resultados pueden plasmarse en un informe escrito.

Los recursos técnicos que se emplean son entrevistas dirigidas, semidirigidas y/o entrevistas abiertas; cuando a la evaluación se suman test psicológicos se la denomina psicodiagnóstico.²

Finaliza con una devolución brindada hacia quien solicita la evaluación (que amplía, aclara, etc., lo escrito en el informe), y hacia quien es evaluado. En éste último caso busca reducir las ansiedades que se movilizan y favorecer la implicación del sujeto en el proceso, resultando así de utilidad para el mismo.

Pretende aprehender la personalidad total, entendida en su sentido diacrónico y sincrónico, en su devenir histórico y en vincularidad, en sus capacidades, fortalezas y debilidades.

En tanto que **proceso** tiene pasos sucesivos y lógicos; es un área de competencia de la psicología dado que son los psicólogos con su formación específica quienes cuentan con recursos complejos para llevar adelante dicho proceso con todo lo que ello implica.

Pero... por qué debería realizarse una evaluación psicológica de un candidato a cirugía bariátrica?, es la evaluación el más importante aspecto del rol del psicólogo en cirugía bariátrica?, evaluación para qué y para quién?.

La evaluación: ese lugar incómodo

Indudablemente la evaluación psicológica ha sido un tópico central de discusión, trabajo y consenso de los psicólogos bariátricos en América Latina. De hecho, al inicio de nuestro intercambio era el “tema central”, de la mano de las contraindicaciones, los test, la selección de pacientes, etc.

Es que habíamos sido convocados por los cirujanos a una labor *casi pericial* (así la definió la colega Viviana Assadi coordinadora de Núcleo de Psicólogas de la Cirugía para la

Obesidad (NPCO) Chile, durante el Congreso Mexicano de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Zacatecas 2009 y en su concepción el rol del psicólogo se limitaba esa instancia.

Mucho tiempo ha transcurrido desde entonces y hemos visto crecer a nuestro niño con sorpresa, a veces con temor e incertidumbre, con expectativas... cada nuevo paso que daba interpelaba aquello que creíamos cierto y seguro.

Vimos a nuestros pacientes adelgazar, gozar, sufrir, reganar peso, reencontrarse con su cuerpo, las pérdidas, etc.

Y la evaluación (por ejemplo valoración) como corte sincrónico que determinaba si o no resultó un lugar nuevamente incómodo de transitar. Qué criterios podrían ser tan taxativos como para determinar, cual perito, este paciente si o este paciente no?, cuáles que dejaran por fuera del tratamiento quirúrgico a personas con graves comorbilidades clínicas y metabólicas?.

Hoy, una vez más nos hallamos en la encrucijada de tener que decir algo acerca de la evaluación, pero ahora sí, habiendo pasado tanta agua debajo del puente, el desafío será revisar aquellos axiomas plasmamos en consensos y redefinir la evaluación a la luz de las experiencia recogidas en el tiempo y de la observación de lo único que es soberano en nuestro campo: la clínica del sujeto en la obesidad.

Como se configura la evaluación psicológica en cirugía bariátrica: tópicos centrales

Que realizar una evaluación psicológica es indispensable en el prequirúrgico de cirugía bariátrica es una verdad de Perogrullo. Numerosos trabajos así lo recomiendan e incluyen en el protocolo de intervención. “La evaluación psicológica debe formar parte del protocolo de evaluación previa a cirugía bariátrica. Es fundamental descartar la existencia de

psicopatología grave que pueda contraindicar la intervención”.³

Sin embargo se ha observado que el estado psiquiátrico/psicológico preoperatorio no permite predecir de manera lineal el resultado de la cirugía en términos de pérdida de peso; no obstante ello la pesquisa es indispensable. Entre otras cosas, se ha determinado que en pacientes candidatos a cirugía bariátrica con comorbilidad psiquiátrica, la cirugía no mejora significativamente el cuadro psiquiátrico; por ese motivo, se ha establecido que además de realizar una pesquisa es indispensable implementar los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos que fuera menester para lograr la estabilización del paciente antes de la cirugía. Suele ser criterio de los mismos pacientes, sus derivadores, e incluso los cirujanos bariátricos que si un paciente se opera, mejorará muchos aspectos psicológicos, sociales, vinculares, psiquiátricos. Podemos afirmar que ello es así *si y solo si* el paciente no padece una enfermedad psiquiátrica grave, o recidivante, o descompensada, en cuyo caso será necesaria la estabilización del cuadro previa a la cirugía.

Estas observaciones nos llevan necesariamente a revisar el criterio de nivel de expectativas: es muy frecuente que los pacientes o sus familias busquen en la cirugía la solución a muchos problemas sin embargo si sus expectativas son exageradas la cirugía no solo no resolverá aquellos sino que agregará uno nuevo: el de la frustración por no ver satisfechas todas las expectativas. Es por ello que la idea de evaluación no puede desvincularse de la de información y tratamiento.

Los tres pilares (evaluación, información y tratamiento) son resortes del rol del psicólogo en el equipo de cirugía bariátrica.

La evaluación psicológica en cirugía bariátrica no se inicia a demanda del paciente, con lo

cual configurar un campo que mínimamente garantice una alianza de trabajo para el cumplimiento de objetivos, es indispensable. Por ello, el psicólogo bariatra deberá esforzarse para lograr que el paciente se sienta confiado y contenido, de manera que el resto del trabajo pueda realizarse.

En muchas oportunidades los pacientes se muestran resistentes a colaborar; ofrecerle información clara y adecuada será indispensable para poder avanzar.

La evaluación psicológica en cirugía bariátrica deberá responder a algunas preguntas más o menos explícitas del cirujano, del equipo interdisciplinario y del psicólogo muy específicamente.

Ellas son:

- 1- Del cirujano: es apto o no?, tienen alguna contraindicación?, puedo operarlo?, por qué no?.
- 2- Del equipo interdisciplinario: puede tolerar bien el peri operatorio?, va a seguir las indicaciones?, podrá controlar la ansiedad en el período de dieta líquida?, debemos tratar previamente los síntomas (atracones, compulsiones, etc.?).
- 3- Del psicólogo bariatra: tiene alguna contraindicación absoluta?, si tiene una contraindicación relativa, cuánto tiempo llevará su tratamiento y qué otros actores deberán entrar en juego (psiquiatra, terapeuta ocupacional, grupo de apoyo, familia, etc.), comprende los riesgos, alcances y limitaciones de la cirugía?, puede responsabilizarse por su tratamiento?, si el paciente no puede...quién lo hará por el?, su familia es continente?, su pareja es estable o disfuncional?, tienen recursos de afrontamiento para transitar los cambios y duelos posteriores?, tiene expectativas realistas acerca de los alcances de la cirugía?, está dispuesto a renunciar a algo?,

puede trabajarse acerca de estas renunciaciones, tiene recursos para ello? y seguramente muchas más preguntas...

Es que los psicólogos sabemos mejor que nadie en el equipo que el sujeto tiende a repetir las vivencias de satisfacción (pulsión) y esas vivencias vinculadas al alimento son parte de la estructuración psíquica de ese sujeto; el hombre jamás come por el tamaño del estómago y sin embargo la cirugía podrá actuar solo sobre ese aspecto (tamaño del estómago, mecanismos neurohormonales, absorción de nutrientes); y será una ayuda excepcional indudablemente, que hace de la cirugía bariátrica el mejor tratamiento conocido para la obesidad mórbida con un porcentaje de éxito de hasta el 80%.⁴ Sin embargo, el hombre es sujeto de su deseo: sobre ello, nada puede hacer el paradigma médico pero mucho puede hacer el psicólogo bariatra si lejos de limitarse a actuar como perito, se permite intervenir en el más amplio campo de acción de su ejercicio profesional: eso es lo que demanda el paciente bariátrico, el equipo interdisciplinario, el equipo quirúrgico.

Revisión de la literatura

La historia de la cirugía bariátrica en general y de la psicología bariátrica en particular, es muy reciente, aunque próspera y rica en matices y crecimiento. Por eso hemos revisado en la literatura aquellas comunicaciones que nos permitieran re-pensar la evaluación psicológica en cirugía bariátrica.

El resultado de que el estado psiquiátrico preoperatorio no predice de forma constante la pérdida de peso ha llevado a algunos a cuestionar la necesidad de realizar una evaluación psicosocial. Creemos que esta evaluación es imprescindible, dada la existencia frecuente

de depresión clínicamente significativa (y otros trastornos) que requieren intervención conductual o farmacológica para aliviar el sufrimiento del paciente. La atención preoperatoria completa *debe incluir* el tratamiento de la depresión. Se aconseja a los médicos que, como mínimo, busquen la depresión utilizando una breve entrevista o un test escrito, como el Beck Depression Inventory. Los candidatos a cirugía bariátrica deben ser evaluados por un profesional de salud mental con experiencia en obesidad y que pertenezca al equipo perioperatorio. Aunque la pérdida de peso generalmente mejora el estado de ánimo, no es el tratamiento principal de la depresión mayor ni de otras patologías psiquiátricas. Por tanto, la atención psiquiátrica no debe retrasarse a la espera de que la pérdida de peso resuelva los problemas significativos de salud mental.⁵

Cuadro comparativo trastorno en pre y postoperatorio en cirugía bariátrica

Trastorno depresivo	23%	12%
Ansiedad	8%	13%
Trastorno ansioso y depresivo comórbido	6%	6%
Trastorno somatoforme	No reportado	10%
Totales	37%	41%

La muestra estuvo constituida de 65 mujeres, con una media de seguimiento de 16,5 meses, se les realizó una entrevista semiestructurada inicial y entrevista telefónica de seguimiento.⁶

Se evidencia que la sintomatología mejora significativamente con el descenso de peso en el trastorno depresivo, no así en el de ansiedad, viendo incremento en la misma; en el

mixto no se observan diferencias. Esta comunicación debe alertarnos a la hora de diferenciar los grados de compromiso psicológico de los pacientes, pues muy probablemente mejoren aquellas depresiones que son reactivas a obesidad, pero solo esas. Y muy probablemente desmejoren los síntomas ansiosos, ya que el alimento ha podido ser usado como vía de descarga de dichos síntomas. Esto es el paciente diagnosticado con trastorno de ansiedad debe ser abordado integralmente antes de la cirugía, siendo aconsejable de acuerdo a nuestra experiencia, la incorporación del psiquiatra especializado en obesidad y trastorno de conducta alimentario (TCA) al equipo interdisciplinario.

Algunas comunicaciones refieren que una historia de ingresos psiquiátricos previos y bajo soporte social predijeron complicaciones médicas y psicológicas postoperatorias pero no pérdida de peso.⁷

Larsen Identificó un grupo con pérdida de peso insuficiente, con mayor frecuencia de trastornos de personalidad. La psicopatología preoperatoria se asoció con una evolución negativa, pero el número de contactos previos con servicios de salud mental no correlacionó con la pérdida de peso.⁸

El estudio de Botella indica que la enfermedad psiquiátrica previa a la cirugía podría ser un predictor de evolución menos favorable en los pacientes con obesidad mórbida que optan por la cirugía bariátrica.⁹

Afirman en su ya clásico estudio Wadden & Cols: “dichas interpretaciones y recomendaciones nos sugieren algunas reflexiones: para ser efectivo, el tratamiento de la obesidad habría pues de conseguir un cambio de dichos hábitos (alimentarios), bien a través de la modificación directa de los comportamientos del sujeto bien a través de actuar

fisiológicamente sobre los mecanismos responsables de las sensaciones de hambre y saciedad de tal forma que el sujeto, finalmente comiera menos. La cirugía bariátrica que se viene desarrollando hasta el momento para tratar la obesidad no ataca, sin embargo, ni los mecanismos conductuales ni los mecanismos fisiológicos que podrían controlar el hambre y/o saciedad del individuo. Actualmente sabemos que mecanismos neuroendocrinos se ven afectados luego del bypass gástrico, y a la luz de la evidencia clínica está en estudio si no sucede similar efecto luego de la gastrectomía tubular; pero aún no hay procedimientos que alteren la conducta, con lo cual queda entonces claro que lo atinente a la conducta del paciente debe ser abordado complejamente, tanto en el acompañamiento terapéutico, como en la reeducación alimentaria, la modificación de aquellos patrones que llevan a un uso irracional del alimento y la motivación para cambiar y sostener los cambios”.¹⁰

El resultado de la cirugía parece depender del cumplimiento de pautas alimentarias; de allí la importancia de medir la capacidad de los pacientes para seguir esas pautas; sugieren incluir profesionales de Salud mental en los equipos.¹¹

La disparidad de resultados hallados no permitiría establecer una linealidad entre trastornos de la personalidad, trastornos psiquiátricos y depresión, con descenso de peso subóptimo. Los trabajos prealudidos no hacen más que confirmar que la hablamos de sujetos complejos, con una enfermedad compleja: El único paradigma de abordaje posible es el de la complejidad. Y de ello no escapa la psicología que, lejos de autolimitarse a “algunos objetivos” debe permitirse intervenir plenamente, desde la evaluación, el tratamiento, la educación y el acompañamiento del paciente. Para ello, será menester que pueda, en tanto que psicólogo bariatra sostener una actitud epistemológicamente abierta y dispuesta al cambio, y tener la capacidad de “alojar” a ese paciente/padeciente en su deseo.

Evaluación psicológica: cuál, cuándo, cómo, con qué instrumentos y para qué?

Luego de revisar exhaustivamente la literatura, podemos concluir que aún a pesar de no resultar una relación directa entre la pesquisa previa y el resultado de la cirugía bariátrica, identificar la presencia de contraindicaciones, detectar aquellas patologías que requieren tratamiento previo, ponderar la capacidad de comprensión del paciente, y sus hábitos alimentarios, resulta indispensable en cirugía bariátrica, tanto para la detección como para la planificación del tratamiento.

Aunque el rol del psicólogo en el equipo de cirugía bariátrica excede ampliamente esta única misión, es necesario ordenar esa práctica a la vez que establecer protocolos dentro de cada equipo para la sistematización de los resultados, los que su vez permite a largo plazo evaluar la eficacia de dichos procedimientos.

Cuál?

Se sugiere realizar una evaluación psicológica completa, con la utilización de diversos instrumentos (test) para la evaluación. En Argentina hay una larga tradición de psicodiagnóstico clínico de orientación psicoanalítica; ello hace que nuestros instrumentos proyectivos se prioricen por sobre los “estandarizados” (inventarios) sobre los que por otra parte no suele haber datos normativos regionales.

Cuándo?

La evaluación psicológica en tanto que pesquisa de contraindicaciones y planificación de tratamiento debe realizarse al inicio del proceso; la misma puede extenderse de 6 a 8 entrevistas; sin perjuicio de ello, puede repetirse durante el mismo para evaluar la evolución

de los pacientes; se recomienda realizar nuevas evaluaciones en el post operatorio.

Cómo?

En el marco de un tratamiento interdisciplinario y desde el paradigma de la complejidad. El psicólogo debe estar integrado al equipo tratante, y no actuar como un “consultor” externo, ya que triangular la información con el resto del equipo es sustancial para lograr una visión interdisciplinaria de cada paciente. Debe hacerse a su vez en un marco de confianza y confidencialidad, procurando además de “pesquisar” establecer una “alianza de trabajo” que permita sostener el tratamiento a largo plazo tanto con el psicólogo como con el resto del equipo. El psicólogo aquí opera como “mediador” o “facilitador” de la comunicación.

Con qué instrumentos?

No hay consenso pleno respecto al tipo de instrumentos a emplear. Influyen de manera definitiva las variables socioculturales: en algunos países el uso de Inventarios resulta habitual; en otros es menos frecuente y los mismos carecen de datos normativos regionales para su estudio. En cualquier caso, los consensos de psicólogos (Chile, México, Argentina, Brasil y latinoamericano realizado en Cartagena, Colombia) priorizan el criterio profesional así como la singularidad de cada sujeto para la elección de los instrumentos. Como norma general se aconseja el uso de algún cuestionario estandarizado ya que tiene valor legal lo que formaría parte de una política de reducción de daños, complementario de las entrevistas semidirigidas y abiertas. Entre los inventarios de uso frecuente en América latina hemos hallado el BDI II (Beck Depression Inventory II) cuyos aportes parecen significativos y para el cuál hay datos normativos en nuestros países, y el HAD (Hamilton

Anxiety and depression Scale) con el cuál ya se han realizado varias investigaciones multicéntricas entre Chile, Argentina, Brasil y México.

Los inventarios como el Millon o el MMPI II, etc. suelen resultar fatigantes para el paciente; y son cuestionarios diseñados para poblaciones socioculturalmente muy diferentes a las latinoamericanas.

En muchos casos se reporta la inclusión de test perceptuales por la enorme riqueza que aportan al diagnóstico como el Rorschach Test (SC).^{12,13}

En Argentina es frecuente que se utilice la siguiente batería básica: DFH (test proyectivo gráfico de la figura humana), test gúestáltico visomotor de Lauretta Bender, cuestionario desiderativo de Bernstein y Beck Depression Inventory (BDI II).

Para qué?

Para identificar conducta alimentaria, capacidad de comprensión y trastornos psicopatológicos.

Para establecer una alianza de trabajo con el psicólogo y con el equipo.

Para conocer en qué medida la obesidad afecta al sujeto y resulta para él un síntoma en el sentido que la psicología en general y el psicoanálisis en particular, lo definen.

Para identificar estabilidad psicológica, ausencia o abuso de alcohol o drogas.

Para determinar ausencia de alteraciones psiquiátricas mayores (esquizofrenia, psicosis); y trastornos del comportamiento alimentario (bulimia nerviosa, binge eating disorder).

Para establecer la capacidad para comprender los mecanismos por los que se adelgaza con la cirugía y entender que no siempre se alcanzan buenos resultados.

Para evaluar su compromiso de observar las normas de seguimiento tras la operación.

Podemos concluir entonces que la evaluación psicológica, como proceso que no excluye la planificación y abordaje del tratamiento y la preparación pre operatoria, en el marco de un equipo Interdisciplinario y desde el Paradigma de la complejidad, es, fue y seguirá siendo uno de los tópicos centrales de la labor del psicólogo bariatra.

Referencias bibliográficas

1. Lunnazzi de Jubanny "Lectura del Psicodiagnostico" Editorial Fundación de Belgrano, Buenos Aires. ISBN: 950-577-153-3, 1993
2. Garcia Arzeno, M.Esther "Nuevas Aportaciones al Psicodiagnostico Clinico" Ed.Nueva Vision, Buenos Aires 1993
3. B Lesmes, AZ Murillo, PG Peris - books.google.com, - 2012
4. Alvarez CR. Cirugía Bariátrica. Academia Nacional de Medicina, México, junio 2004.
5. Latner JD, Wetzler S, Goodman ER, Glinski J. Gastric bypass in a low-income, inner-city population: eating disturbances and weight loss. *Obes Res*, 12(6):956-961, 2004;
6. Latner JD, Wetzler S, Goodman ER, Glinski J. *Ob.Cit. Obes Res* 2004.
7. Valley V, Grace DM. *Int J Obes*, 11(2):105-113,1987.
8. Larsen F. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 359:1-57, 1990.
9. Botella RF. et al Influencia de la enfermedad psiquiátrica previa en la evolución de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. *Endocrinología y Nutrición*, Volume 57, Issue 1, Pages 9-15, 2011.
10. Thomas A. Wadden, PhDa,*; David B. Sarwer, PhDa,b;Anthony N. Fabricatore, PhDa; LaShanda Jones, PhDa;Rebecca Stack, BAa, y Noel S. Williams, MDbaDepartment of Psychiatry, University of Pennsylvania School of Medicine, *Med Clin N Am* 91, 451–469 "Estado psicosocial y conductual de pacientes sometidos a Cirugía bariátrica: qué se puede esperar antes y después de la cirugía" , 2007.
11. JP Hornero, MJG Tilve - Papeles del psicólogo, vol 26-nro 090-pag 10-14; Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, Madrid, España, 2005.

- 12.** Cortese, Zdunic, Mazzoco “Características de personalidad en pacientes con obesidad mórbida. En XI Congreso Argentino de Psicodiagnóstico-XVII Jornadas Nacionales de ADEIP-4,5 y 6 de octubre 2007. Argentina. www.adeip.org.ar
- 13.** Grinzbourg de Braude “La hiperobesidad, la cirugía bariátrica y la personalidad” Comunicación en XI Congreso Argentino de Psicodiagnóstico-XVII Jornadas Nacionales de ADEIP-4,5 y 6 de octubre 2007. Argentina. www.adeip.org.ar

Capítulo 4

Estado emocional y calidad de vida en los candidatos a cirugía bariátrica

Viviana Lasagni *

*Clínica Quirúrgica de la Obesidad
Mendoza, Argentina

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

La intervención quirúrgica pretende que las personas con obesidad disminuyan su peso y no vuelvan a recuperarlo. Esto implica un proceso de valoración y preparación previa a la práctica quirúrgica dado que existen componentes psicológicos que determinarán el descenso de peso y cambios de hábitos en las personas que padecen esta enfermedad a largo plazo.

Generalmente estas personas, en búsqueda de un tratamiento quirúrgico, conllevan múltiples fracasos luego de haber iniciado tratamientos tales como tratamientos médicos, farmacológicos, nutricionales, homeopáticos, dietas populares, etc. así como también intentos de descenso de peso a través de grupos de autoayuda y otros. Lo real es que si bien en ciertas ocasiones lograron disminuir su peso no pudieron mantenerlo en el tiempo lo cual provoca sensaciones de frustración y estados de agotamiento. Igualmente, es importante rescatar que a pesar de reiterados fracasos estas personas que buscan una

intervención quirúrgica aún siguen manteniendo cierta fortaleza para seguir intentándolo no abandonando toda posibilidad de controlar su enfermedad.

Es por eso que se intentará en este capítulo describir el estado emocional de los postulantes a cirugía bariátrica así como también la calidad de vida de estas personas

Estudios sobre el perfil de las personas candidatas a cirugía bariátrica

Realizando una búsqueda bibliográfica, se constata que diversos autores desarrollaron investigaciones sobre el perfil de las personas candidatas a cirugía bariátrica desde la valoración psicológica.

En España, un estudio sobre la valoración de candidatos a cirugía bariátrica: Pérez Martínez, E. observaron que del total de una muestra de 198 pacientes, el 27% padece ansiedad y el 22 % síntomas depresivos. Aplicando el cuestionario de depresión de Beck encontraron que poseen un nivel de depresión leve y no existen diferencias según el género. No encontraron diferencias entre los grupos de obesidad mórbida y súper mórbida.¹

Otro estudio realizado por Vásquez JM; Messeguer Rosell C, sobre pacientes remitidos para valoración psiquiátrica previo a cirugía, describen que el patrón alimentario de obesos mórbidos se encuentra alterado sin llegar a configurar una bulimia.² En general refieren que son pocos los pacientes que se descartan estrictamente por causas psiquiátricas. Elizagárate Zabala E.; Ezcurra Sánchez J.; Sánchez Gómez P, del Hospital Psiquiátrico de Álava, refieren que los trastornos afectivos y adaptativos tales como las reacciones depresivas son un factor claro de recaídas y abandonos de los hábitos dietéticos. Es

imprescindible su detección precoz de cara a asegurar el éxito del tratamiento de la obesidad.³

En Estados Unidos durante el 2010 se publicaron los resultados de una investigación psicológica realizada a 169 pacientes con obesidad mórbida, candidatos a cirugía bariátrica, hallando que los mismos muestran ciertos déficits cognitivos, en sus funciones ejecutivas, tales como la planificación o resolución de problemas, en referencia a la población base.⁴

Sarwer D, Wadden T, Fabricatore A, investigando la literatura sobre el estado preoperatorio psicosocial, conductas alimentarias, y la calidad de vida de los pacientes que buscan la cirugía bariátrica, refieren que estas personas están en mayor riesgo de problemas psicosociales concluyendo que tales dificultades pueden afectar los resultados postoperatorios, incluyendo la capacidad del paciente para adherirse a las necesidades dietéticas postoperatorias contribuyendo a una mayor frecuencia de eventos no deseados, tales como náuseas, vómitos, etc.⁵

En la Región Latinoamericana también se desarrollaron diferentes investigaciones intentando arribar a un patrón acerca del perfil de personalidad de los candidatos a cirugía bariátrica.

En Colombia, Reyes Figueroa J.C. y Muñoz Tamayo R, encontraron en una muestra de 50 personas, trastornos depresivos en el 24 % de los casos, trastornos adaptativos en un 8% y trastornos de ansiedad en un 6%.⁶

En México, Ríos Martínez, B. en su estudio refieren los pacientes obesos presentan niveles

de ansiedad y depresión significativos, expresan insatisfacción con su peso y en su ambiente laboral, siendo estos síntomas mayores en mujeres que en hombres. Los pacientes quirúrgicos sienten poco agrado por su figura (talla, vestido y arreglo en general) a diferencia de los no quirúrgicos. Así mismo, se encontró que a mayor depresión, menor bienestar físico e insatisfacción con la imagen corporal y que al tener mayor insatisfacción con el peso, hay mayor insatisfacción en áreas relacionadas con «sí mismo» y el ambiente.⁷

En Argentina desde el Centro Quirúrgico de la Obesidad (CQO) de la ciudad de Mendoza, Lasagni V, realizó un estudio descriptivo lineal de 294 personas que asistieron a evaluación psicológica pre-quirúrgica. Analizando la calidad de vida de los postulantes a cirugía, según el cuestionario de calidad de vida SF 36, concluyó que los mismos consideraban en relación a su salud, menor calidad con respecto a su rol físico o sea una disminución importante en sus actividades que dificultan el rendimiento laboral y mayor calidad de salud en el área de salud mental. Además se comprobó según la Escala de Ansiedad de Hamilton, que presentaban trastorno de ansiedad mayor y según el Inventario de Depresión de Beck, depresión leve.⁸ Con respecto al indicador de desorden alimentario según Eat 26 se observó que los resultados obtenidos se encuentran en el límite del punto significativo, no llegando a demostrar dicho trastorno.

En el departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, los pacientes evaluados hasta diciembre de 2004 (N=170) reportan que 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 y finalmente el 82,1% refiere calidad de vida de regular a muy mala.⁹

Según Bustamante, se han podido identificar algunas conductas psicopatológicas propias del obeso tales como: La sobre-ingesta de alimentos mediante atracones, el llamado Binge Eating Disorder (BED) o trastorno por atracón, para disminuir la ansiedad y una casi exclusiva demostración de afecto de los padres a los hijos durante la infancia, a través de alimentos. El BED tiene mayor prevalencia en estos trastornos y se observa aproximadamente entre un 19% y un 33% de los obesos que acuden a cirugía, seguidos por la bulimia nerviosa en un 1,6%.¹⁰

Estos valiosos antecedentes, reflejan trabajos empíricos sobre indicadores psicológicos de los postulantes a cirugía a partir de la aplicación de instrumentos de medición debidamente estandarizados.

Durante largo tiempo, las investigaciones sugerían que las principales causas asociadas al desarrollo de obesidad eran producto del sedentarismo y el aumento excesivo en la ingesta de alimentos emprendiendo de esta manera una serie de tratamientos orientados a la modificación de los hábitos alimentarios y a la modificación de los patrones de actividad física, ambos factores relacionados también con resultados favorables en la reducción y mantención de peso.

A partir de nuevas líneas de investigación como las descritas anteriormente, si bien no existe un patrón único relacionado a la personalidad de quienes padecen obesidad mórbida y desean iniciar un tratamiento quirúrgico como medida terapéutica, es evidente que existen distintos trastornos a nivel psicológico como depresión, ansiedad y que en

determinados casos pueden estar asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Es innegable además que esta patología afecta la calidad de vida de quien la padece.

Basado en la práctica profesional y a partir de la aplicación de pruebas psicológicas proyectivas a postulantes a cirugía bariátrica se observa que los mismos presentan determinados rasgos de personalidad como elevados sentimientos de inseguridad, baja autoestima, baja expectativas de auto-eficacia con dificultades para ramificarse en el medio y obtener logros. Además se observa disminución en las relaciones interpersonales estableciendo contactos con mucha cautela por temor a ser dañados como así también déficit en el control de impulsos internos. Generalmente son hipersensibles a la crítica y requieren de gran apoyo emocional.

Teniendo en cuenta los resultados encontrados sobre la percepción de la calidad de vida de los postulantes a cirugía, pareciera que el llamado a tomar conciencia de la enfermedad, es provocado fundamentalmente por las limitaciones en el *rol físico* marcando una disminución de su funcionalidad. Se cree que este indicador es el más palpable y consciente para las personas con obesidad mórbida. Teniendo en cuenta que la obesidad es una enfermedad multicausal las personas que las padecen son poco conscientes de los trastornos psicológicos provocados por la misma enfermedad. De esto surge el interrogante ¿Será una de las causas por las cuales los pacientes son resistentes a buscar ayuda psicológica o iniciar sus correspondientes tratamientos? ¿Son ellos mismos quienes poseen una visión más organicista de la enfermedad? La mayoría de los pacientes evaluados en la práctica profesional nunca realizaron tratamiento psicoterapéutico evidenciándose solo consultas esporádicas.

Como anteriormente se expresó a través de los distintos autores, se observa que los

resultados obtenidos refieren que los candidatos a cirugía presentan trastornos de ansiedad motivo por el cual será necesario entonces indagar sobre las causas ansiógenas que favorecen esta enfermedad

Con respecto a los indicadores de depresión, cabe resaltar que la misma puede ser causa como así también consecuencia de la obesidad. Las personas con obesidad mórbida desde el punto de vista social atraviesan situaciones de alta discriminación no solo en el ámbito social sino también en lo laboral. Muchas de ellas se ven impedidas de realizar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria disminuyendo su capacidad funcional y su vida social entre otros lo cual va perjudicando su calidad de vida.

Existe una relación positiva entre la depresión y el IMC, tal fue comprobado en las investigaciones de Lasagni, donde se encontró una asociación positiva con el índice de masa corporal, estableciéndose que a mayor IMC mayor depresión.⁸

Como se ha podido observar, realizando una revisión bibliográfica sobre la búsqueda en relación al estado emocional y calidad de vida con respecto a los candidatos a cirugía bariátrica, podemos concluir que si bien no existe un patrón único y definido sobre la personalidad de los mismos, se detallan en estos estudios ciertos indicadores psicológicos que prevalecen en menor o mayor medida y que son coincidentes de acuerdo al hallazgo de los diferentes autores.

Esto permite visualizar, la relación existente entre los factores psicológicos y la obesidad donde en algunos casos podrá contribuir al desarrollo de la patología como factores causales y en otros aparecerán como alteración reactiva a la obesidad.

Cabe mencionar la necesidad de educar a las personas con obesidad mórbida a modo de

concientizar sobre los aspectos psicológicos relacionados a esta patología dado que deberán prepararse para afrontar una serie de cambios a partir de la intervención quirúrgica que les exigirá grandes modificaciones en sus hábitos alimentarios, transitar del sedentarismo a la actividad física, lograr un nuevo manejo de emociones tal vez desconocidas, establecer nuevas relaciones interpersonales entre otras y comprender sobretodo, que muchos de los conflictos arraigados a lo largo de la vida no desaparecerán tras la cirugía si no es con la ayuda de un tratamiento psicológico adecuado.

La presencia de trastornos afectivos, bajos niveles en relación a la calidad de vida y patrones alimentarios alterados serán motivos más que suficientes para que los especialistas de la salud mental estén atentos a fin de intervenir con el objetivo de favorecer un buen pronóstico postquirúrgico.

Referencias bibliográficas

1. Pérez Martínez, E.; De la Torre Esteve, M.; Tirado González, S.; Van-der Hofstadt Román C.J.; Valoración de candidatos a cirugía bariátrica: descripción del perfil socio-demográfico y variables psicológicas, Artículo, Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, C. Med. Psicosom, N° 99 – 2011. Accedido en: marzo 2012. Disponible en: <http://www.psicologiabariatrica.org/publicaciones.php>
2. M^a Vázquez, JM; Messeguer Rosell C.; Análisis de variables psicopatológicas y demográficas en una población de pacientes remitidos para valoración psiquiátrica previa a cirugía de obesidad mórbida; Artículo, Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, C. Med. Psicosom, N° 86/87, 2008. Accedido en: marzo, 2012. Disponible en: http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo_5_86-87.pdf
3. Elizagarate Zabala E.; Ezcurra Sánchez P.; Sánchez Gómez PM. Aspectos psiquiátricos del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Revista Salud Mental;3,2001.

4. Lokken KL, Boeka AG, Yellumahanthi K, Wesley M, Clements RH. Cognitive performance of morbidly obese patients seeking bariatric surgery. *Am Surg*, 76: p:55-59.
5. Sarwer D, Wadden T, Fabricatore A.; Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity, Research* 2005; 13: 639-48. 2010;
6. Reyes Figueroa J.C.; Muñoz Tamayo R.; Prevalencia y determinación de los factores de riesgo asociados con psicopatología en los candidatos a cirugía bariátrica en la Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia; artículos originales, *Revista Colombiana Psiquiatría*. Volumen 37 No.3, Bogotá jul./set. 2008. Accedido en: diciembre 2011. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000300009&lng=pt&nrm=
7. Ríos Martínez, B.; Rangel Rodríguez, A.; Álvarez Cordero, R.; Castillo González, F.; Ramírez Wiella, G.; Pantoja Millán, J.; et al; Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso, *Acta médica grupo ángeles, Revista electrónica medigraphic Artemisa*, Volumen 6, No. 4, octubre-diciembre 2008. Accedido en diciembre 2010. Disponible en: <http://www.psicologiabariatrica.org/publicaciones.php>
8. Lasagni, V.; Estado psicológico de los postulantes a cirugía bariátrica. *BMI Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana* 2.3. 2012.
9. Montt D.; Koppmann A.; Rodríguez M. Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* Vol. 16 N° 4 2005.
10. Bustamante, F. Williams, D. Vega, C. Prieto, D. Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 58(6), 481-485. 2006.

Capítulo 5

Trastorno por atracón y cirugía bariátrica: una compleja relación

M. Cecilia Barros Aylwin*

Matías Ríos*

Valeria Francesetti*

Viviana Assadi*

*Centro de tratamiento de obesidad

Universidad Católica de Chile

Santiago de Chile, Chile

Cada vez más personas con diversos grados de obesidad y patologías asociadas buscan una solución para su exceso de peso a través de una cirugía bariátrica. En la evaluación psicológica se observa que si bien la mayoría de estos pacientes reporta sobreingesta, desorden en su alimentación, tendencia al picoteo y/o especial gusto por alimentos hipercalóricos, sólo un porcentaje menor tiene una relación con la comida caracterizada por un comer compulsivo que constituye patología.

Siendo la obesidad una enfermedad en la cual intervienen múltiples factores, ya no hay discusión que diversas patologías psiquiátricas pueden jugar un rol en su origen y mantención. Entre estos, sin duda un factor relevante es la presencia de trastornos de la conducta alimentaria o trastornos alimentarios (TCA), los que suelen relacionarse con sobrepeso, obesidad, y recuperación de peso posterior a tratamiento para adelgazar.

Los TCA se caracterizan por una alteración persistente en la forma de alimentarse, que afecta significativamente la salud física o el funcionamiento psicossocial.¹ Con frecuencia se originan en una distorsión de la autopercepción del propio peso y de la silueta, así como por intentos de controlar estos mismos. “Los TCA son una configuración psíquica

(emocional, conductual y cognitiva) y relacional que se aloja en una falla del desarrollo psíquico y se acomoda en el funcionamiento familiar”.² Dentro de estas patologías, el trastorno por atracones y el trastorno de comedor nocturno son los más frecuentes, y también son los que predominan entre los pacientes obesos.³

El tratamiento de la obesidad exige cambios de hábitos difíciles de lograr, por lo que la comorbilidad con un TCA empeora el pronóstico. Por esto cualquier tratamiento de la obesidad, incluida la cirugía bariátrica, debe tratar la psicopatología existente.³

Este capítulo aborda un TCA específico, cual es el Trastorno por Atracones o Binge Eating Disorder (BED), que resulta ser el más prevalente entre personas con obesidad que buscan cirugía bariátrica. Se describirán sus principales características, para luego revisar la información proveniente de la literatura sobre cirugía bariátrica y BED, así como la experiencia clínica de los autores en el tema.

Trastorno por atracones (BED)

Los atracones de comida se observan en diversos trastornos alimentarios e incluso en la población general, siendo claves en el diagnóstico de la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones. Este fenómeno ha sido visibilizado en forma relativamente reciente y ha venido cobrando creciente interés,⁴ tanto desde el punto de vista psicopatológico, como desde el estudio de la obesidad. De hecho, la presencia de atracones en la obesidad ha sido relacionada con menor adherencia a tratamiento para bajar de peso.⁴

El atracón como fenómeno reconocible en pacientes obesos fue descrito por primera vez por Stunkard en el año 1959, como un episodio de consumo de gran cantidad de comida seguido por sentimientos de culpa e intentos por bajar de peso.^{4,5} El DSM V Manual

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- define un episodio de atracón como la ingesta en un período discreto de tiempo (menor a 2 horas) de una cantidad de comida definitivamente mayor a la que la mayoría de las personas comería en un período de tiempo similar bajo circunstancias similares.¹

El BED se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de comida, acompañados de sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio y con un profundo malestar al recordar los atracones.^{6,7}

El DSM-IV R, en uso hasta 2013, ubicaba al trastorno por atracones dentro de la categoría “trastornos de alimentación no especificados”. Sin embargo, la amplia evidencia recabada durante los últimos años apunta a que el BED es una entidad que cumple con criterios para ser considerado un diagnóstico definitivo: extensa y creciente literatura sobre el tema; uso consistente de los criterios diagnósticos y desarrollo de diversos instrumentos psicométricos para evaluarlo; puede ser diferenciado de otros trastornos de la conducta alimentaria y de la obesidad, siendo una entidad clínica distintiva.⁸ Todo lo anterior ha permitido que el BED salga de la categoría subclínica de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para ser incluido como un diagnóstico específico y distintivo en el DSM-V, publicado en 2013. Se trata de un trastorno con altas tasas de prevalencia, considerable evidencia de producir sufrimiento y alterar la vida de los pacientes que la padecen, y que muestra evidencia de severidad clínica comparable a aquella de la bulimia nerviosa.⁹

El principal cambio en los criterios para el diagnóstico de BED que introdujo el DSM-V, es el requisito de sólo un episodio a la semana durante un período de tres meses, en lugar de dos episodios semanales durante 6 meses, lo que permite una mejor detección de esta patología.

Para ser calificado como un atracón, la ocurrencia de sobreingesta debe ir acompañada por la sensación de pérdida de control, siendo el principal indicador de este descontrol la incapacidad para abstenerse de comer o para detener la ingesta una vez que ha empezado. Algunas personas reportan una cualidad disociativa durante o después del episodio. La falta de control puede considerarse presente aún si la persona reporta haber abandonado los esfuerzos por controlar su ingesta.¹ Esto resulta especialmente relevante en algunas personas obesas, que han perdido la esperanza de controlarse.

La vivencia de descontrol frente al acto alimentario, como uno de los ejes que guía el diagnóstico de este trastorno, y que es central en el tratamiento, suele ser tan relevante, que muchos pacientes espontáneamente describen lo que les ocurre como una adicción. En este sentido, en el BED los atracones provocan un malestar clínicamente significativo, que incluye insatisfacción durante o después de cada episodio de atracones, así como preocupación por los efectos a largo plazo que éstos tendrán sobre el peso y la imagen corporal.

La edad de inicio más frecuente de esta patología es en la adolescencia o adultez joven, pero puede empezar también en plena adultez. Las personas con BED que buscan tratamiento suelen ser de mayor edad que aquellas con bulimia o anorexia que buscan

tratamiento. Las tasas de remisión, espontánea y con tratamiento, son mayores a las de la anorexia y la bulimia, pese a que es también un trastorno persistente y su curso y duración son similares a los de dichos trastornos.¹

El BED es más frecuente en mujeres con sobrepeso u obesidad, que muestran un patrón de fluctuaciones en el peso, así como serias dificultades para bajar de peso y para mantenerlo una vez que logran una disminución.⁵ En estas personas la ingesta suele ser mayor tanto durante los atracones, como en el día a día, siendo principalmente –aunque no necesariamente- alimentos hipercalóricos. Estudios de laboratorio demuestran que los individuos con diagnóstico de BED consumen más calorías que individuos obesos sin BED pareados por peso, y tienen peor calidad de vida, mayor comorbilidad psiquiátrica, entre otros.^{8,1} El BED parece no caracterizarse tanto por la apetencia de un alimento específico, sino más por la cantidad anormal de alimentos consumidos.¹

Respecto a la imagen corporal, se ha planteado que la tendencia a sobredimensionar el propio peso y figura corporal es mayor en personas obesas con BED que en personas obesas sin el trastorno.¹ Estos pacientes muestran mayor preocupación por su peso y figura, lo que parece ser independientes del IMC.⁶ De hecho, se observa una relación positiva entre atracones e insatisfacción corporal.⁵

Criterios diagnósticos para el BED incluidos en el DSM V¹

Criterios Diagnósticos

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
- (1) ingesta, en un corto período de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares
 - (2) sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo)
- B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) ingesta mucho más rápida de lo normal
 - (2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno
 - (3) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
 - (4) comer a solas por sentir vergüenza por la cantidad que uno está comiendo
 - (5) sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón
- C. Profundo malestar o angustia durante el episodio.
- D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos una vez a la semana durante 3 meses.
- E. Los atracones no se asocian a estrategias compensatorias inadecuadas como en la bulimia nerviosa y no ocurren exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Especificar si

En remisión parcial: después de haber cumplido todos los criterios para BED, los atracones ocurren con frecuencia promedio menor a un episodio por semana durante un período sostenido de tiempo.

En remisión total: Después de haber cumplido todos los criterios para BED, ninguno de estos criterios se han alcanzado por un período sostenido de tiempo.

Especificar severidad actual:

El nivel mínimo de severidad se basa en la frecuencia de episodios de atracones (ver abajo). El nivel de severidad podrá aumentarse para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1-3 episodios de atracón por semana

Moderado: 4-7 episodios de atracón por semana

Severo: 8-13 episodios de atracón por semana

Extremo: 14 o más episodios de atracón por semana

Etiología del BED

El antecedente de ocurrencia de atracones más frecuentemente señalado en la literatura es frente al ánimo negativo o disforia. También se reconocen otros gatillantes, como estresores interpersonales, restricción dietaria, sentimientos negativos en relación al peso corporal, la figura o la comida, y el aburrimiento,¹ así como dificultades relacionales.² Diversos investigadores agregan la presencia de otros desinhibidores específicos a la base de la ocurrencia de atracones, como accesibilidad a alimentos apetitosos, ingesta de alcohol, disfunción familiar, duelos de diversa índole, entre otros.⁸ La restricción alimentaria

puede anteceder o traslaparse en alrededor de un 20% de los pacientes con BED.⁶ Los atracones pueden producir un efecto transitorio de reducción de la disforia, pero traen aparejados con frecuencia sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo negativo. En este sentido lo que llevaría a la sobreingesta es el desequilibrio del bienestar, donde el comer excesivo sería un intento de solución inmediata frente al malestar y/o el estrés: “Los estados de discomfort no son claros para todos los individuos, más bien aparecen como sensaciones corporales difusas, aunque claramente fuera del bienestar. Se pueden distinguir en esta dimensión sensaciones de aburrimiento, desagrado, desasosiego, impaciencia, que pueden cobrar mayores intensidades y llegar a sensación de vacío, malestar, ansiedad y angustia. La mayor parte de las veces estas sensaciones aparecen como innominables e indeterminadas, por lo cual la persona no sabe bien cómo solucionarlas y recurre frecuentemente al acto de comer como solución básica primitiva”.²

Se ha planteado que la dificultad para reconocer y expresar verbalmente emociones y sentimientos – o alexitimia - estaría a la base de la sobreingesta: habría una falla en la función asociativa entre cuerpo y mente, donde en vez de comprender qué le sucede y actuar en consecuencia, la persona actúa comiendo sin darse cuenta de la necesidad emocional.² La hipótesis explicativa apuntaría a que el BED responde a un modelo de regulación emocional, donde los atracones tienen un efecto de disminución del afecto negativo. En la revisión de diversos estudios, si bien si bien se describe la presencia de mayor afecto negativo precediendo el atracón, éstos no sostienen el modelo de regulación del afecto.¹⁰

El descontrol de impulsos también es señalado como un factor etiológico importante, donde los atracones serían un síntoma que refleja serias dificultades para controlarse.⁸ A la base de la pérdida de control, que determina la dificultad de seguir pautas alimentarias estructuradas, estaría la desregulación emocional ya señalada.²

Otros factores que han sido asociados con la ocurrencia de BED son: historia de trastornos afectivos en los padres, experiencias adversas durante la infancia, tendencia al sobrepeso, exposición recurrente a comentarios negativos sobre su figura o su peso, rasgos perfeccionistas de personalidad y una autovaloración negativa.⁵

Prevalencia del trastorno por atracones

Diversas investigaciones han encontrado tasas de prevalencia de BED que tienden a mostrar cierta similitud. El amplio rango en estas se relacionan principalmente con los distintos métodos de evaluación (pruebas, cuestionarios o entrevistas) y el tamaño de las muestras.^{3,7} En población general, el DSM V estima una prevalencia del 1,6% para mujeres y 0,8% para hombres.¹ Una serie de estudios recientes estiman la tasa de prevalencia en población general entre 0,7% y 6,6%, siendo la prevalencia de vida de BED 1,75 veces más frecuente para mujeres que para varones.⁶ En Chile no se dispone de información nacional sobre la prevalencia de estos trastornos.

La prevalencia aumenta de manera significativa entre personas que buscan tratamientos para bajar de peso.¹ Se plantea que la prevalencia de BED en pacientes de programas de adelgazamiento es de alrededor de 30%.^{3,6} Otro estudio reporta un 9,3% de BED entre

personas obesas adultas, pero su hallazgo más interesante es que un 20,6% de la muestra presentaba conductas anormales en su ingesta (atracones de comida, levantarse por la noche a comer, picar todo el día, comer a escondidas o utilizar laxantes para adelgazar). El problema, según los autores, es que a menudo esta sintomatología no es percibida como anómala tanto por los pacientes como por los profesionales de la salud, lo que explicaría que no haya sido referenciada en la literatura.³

La investigación reciente tiende a enfatizar más la compleja relación entre BED y obesidad que entre BED y otros TAL como anorexia y bulimia.⁸ Se observa discrepancia respecto a si la prevalencia de BED en pacientes obesos se relaciona con el grado de obesidad medido por IMC y la medida del perímetro de la cintura, o si no hay una relación entre estos indicadores.³

Entre pacientes obesos que son candidatos a una cirugía bariátrica, específicamente un bypass gástrico, la prevalencia del BED “clínico” se ha estimado entre un 17% y 48% utilizando cuestionarios y entre un 4% y 47% con entrevistas. Para el BED “subclínico” se estima entre un 22% y 48% con cuestionarios y entre un 14% y 52% con entrevistas.¹¹ Se señala que los cuestionarios de autoreporte tenderían a sobreestimar la presencia de este trastorno, por lo que sería más preciso el diagnóstico con una entrevista clínica estructurada utilizando criterios estrictos. Bajo esta modalidad de evaluación, otro estudio estima que entre un 5% y un 25% de los candidatos a cirugía bariátrica tendrían BED.^{3,12}

En un estudio multicéntrico realizado en Chile con 604 candidatos a cirugía bariátrica, se

encontró que un 33% cumplían con criterios clínicos para BED en rango moderado y severo, utilizando el Binge Eating Scale.¹³ Otro estudio chileno, realizado con 170 pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía, encontró que el BED es la patología psiquiátrica más frecuente en estos pacientes, con una prevalencia de 56,8%.¹⁴ Un estudio español realizado con individuos con obesidad mórbida que se han realizado un bypass gástrico laparoscópico, encontró entre un 18,5% (EDE-Q) y un 25,9% (QEWP-R) de BED, concluyendo que el BED es frecuente en estos pacientes, los que tienen más alteraciones psicopatológicas.⁷

Al revisar estas cifras es necesario recordar que en general las personas que sufren BED tienden a ocultar sus síntomas por vergüenza. Es probable que esto empeore cuando son candidatos a cirugía por el factor *deseabilidad social*, pues saben que la evaluación psicológica tiene un peso en la decisión final respecto a si están o no aptos para la cirugía. En general los candidatos a cirugía están enfocados en su exceso de peso, por lo que suelen minimizar o incluso ocultar su sintomatología, lo que permite suponer que las cifras encontradas puedan estar subestimando la prevalencia real de BED.

Comorbilidad psiquiátrica

Evidencia encontrada en diversos estudios apunta a que los pacientes con BED presentan deterioro de la calidad de vida e importante comorbilidad psiquiátrica, que no se explica sólo por la presencia de obesidad.^{8,4} Las patologías psiquiátricas más mencionadas en pacientes con BED son la depresión y la ansiedad.^{6,12} Algunos autores han encontrado una prevalencia de vida de depresión de 40% en personas con BED.⁶ El DSM V también

apunta a la asociación entre BED y un nivel significativo de comorbilidad psiquiátrica, mencionando como las patologías más frecuentes al trastorno bipolar, la depresión, los trastornos ansiosos y en menor medida la dependencia de sustancias.¹

Desde el punto de vista psicopatológico, los pacientes obesos con BED presentan, además de mayores niveles de disforia, más síntomas psiquiátricos, más historia de depresión y una tasa mayor de trastorno de pánico y trastorno límite de la personalidad. La prevalencia de trastornos del eje I se estima en un 60% en pacientes obesos con BED y 34% en pacientes obesos sin BED, mientras que para trastornos de personalidad o del eje II, la prevalencia sería de 35% para BED y 16% para no BED.⁵ También se plantea que los pacientes con BED suelen sufrir mayor deterioro en el trabajo y en su funcionamiento social, abuso de alcohol/drogas, así como exceso de preocupación por su figura corporal y su peso, y con frecuencia una historia de obesidad, por lo que suelen tener un historial de dietantes crónicos de inicio temprano.⁵ En la misma línea, el DSM V señala que estos pacientes sufren dificultades adaptativas en sus roles sociales, disminución en su calidad de vida relacionada con salud y en su satisfacción vital, así como aumento en su morbilidad médica y mortalidad.¹

En candidatos a cirugía bariátrica, la presencia de BED se asocia a mayor prevalencia de psicopatología del eje I, más allá de la que se observa en personas con obesidad severa. Los pacientes con BED muestran mayores tasas de trastorno del ánimo actual (27,3% vs. 4,9% en candidatos a cirugía sin BED), así como mayor prevalencia de vida de esta condición. También se observa mayor presencia de trastorno de ansiedad actual (27,3%

vs. 8,2% en pacientes sin BED) y mayor prevalencia de vida de trastornos de ansiedad. Del mismo modo, el BED se asocia a mayor presencia de síntomas de depresión y baja autoestima.¹⁵

Además de la significativa comorbilidad con trastornos psiquiátricos, cerca de un 70% de pacientes con BED tienen obesidad tipo 1 o 2, y cerca de un 20% obesidad tipo 3 (IMC \geq 40), a lo que hay que agregar las comorbilidades frecuentes de la obesidad (hipertensión, diabetes, síndrome metabólico, etc.).⁶

Diagnóstico y tratamiento de BED: desafíos y dificultades

Hacer un correcto diagnóstico de BED es sin duda complejo⁴ y sólo es posible si se cuenta con los criterios claros para establecerlo. Desde la perspectiva clínica observamos la dificultad que se presenta para diagnosticar a un paciente con BED, tanto por la tendencia a ocultar la sintomatología, como por la subjetividad de la vivencia de descontrol. También puede ocurrir que los atracones se han ido normalizando desde la mirada del paciente, por lo que podrían no vivirlo o no reportarlo como algo patológico, o como se ha señalado, no tener la vivencia de pérdida de control simplemente por haber abandonado los intentos de controlarse.¹ De hecho, frente al diagnóstico, algunos pacientes se sorprenden que esto extraño que les sucede está descrito, le sucede a otros y tiene tratamiento.

No es inusual evaluar a personas que han sido tratados por diferentes patologías psiquiátricas, que incluso han sido medicados por el descontrol de impulsos, sin hacer el traslape al ámbito alimentario. Dado que los atracones suelen ser vividos con vergüenza y de forma privada, con frecuencia las personas que los experimentan nunca han contado lo

que les sucede, o suelen minimizar la severidad de los síntomas. Un porcentaje menor se ha animado a consultar por este tema a profesionales de la salud mental (psiquiatras o psicólogos), pero reportan que el especialista no ha dado mayor importancia a la sintomatología alimentaria, sino más bien se focaliza en lo anímico o en otros ámbitos. Esta dificultad puede estar asociada a que se trata de un trastorno que sólo recientemente ha sido reconocido como tal, por lo que se desconoce, o se le resta relevancia a la sintomatología.

Dada la complejidad en el diagnóstico, resulta necesario utilizar instrumentos psicométricos además de la entrevista clínica estructurada, como complemento al hallazgo clínico de síntomas y signos que apuntan a compulsión alimentaria. Existen diversos instrumentos que permiten evaluar adecuadamente trastorno por atracones, como son el Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R), el Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q), el Binge Eating Scale (BES), el Eating Disorder Inventory-2 o el Three-Factor Eating Questionnaire.^{7,16-20} Probablemente las recientes y relevantes modificaciones en los criterios diagnósticos introducidos por el DSM V generarán el surgimiento de nuevos instrumentos que permitan una mejor detección de este trastorno.

Respecto al tratamiento, en términos generales se puede señalar que diversos estudios apuntan a que lo que demuestra mejores resultados es la combinación de tratamientos, como la terapia cognitiva conductual en conjunto con el uso de fármacos.⁶

El tratamiento ideal del BED, así como el de otros TAL, debe ser en equipo multidisciplinario, incluyendo psicólogo a cargo de la psicoterapia -aspecto fundamental del tratamiento- psiquiatra a cargo de la farmacoterapia y médico nutriólogo. Se trata de tratamientos prolongados, en que es crucial que el equipo sea afiatado y mantenga un óptimo nivel de comunicación y coordinación.²

Cabe consignar que el objetivo del tratamiento del BED, desde el punto de vista alimentario, es disminuir la frecuencia e intensidad de los atracones, estabilizando la conducta alimentaria y el peso. Dado que el foco no debería ser la baja de peso, el ideal es que este trastorno no sea tratado en el contexto de un centro o institución que tiene el sobrepeso o la obesidad como eje que articula su quehacer, sino que sea tratado previamente. Sólo después el paciente estará en mejores condiciones para hacerse cargo de su problema de peso, lo que puede incluir tratamiento quirúrgico de la obesidad.

BED y cirugía bariátrica

Un enorme cúmulo de evidencias apuntan a que la cirugía bariátrica es la intervención más efectiva para tratar la obesidad severa y mórbida.^{21,22} Sin embargo el paciente obeso que sufre trastorno por atracones plantea un gran desafío clínico para los cirujanos bariátricos, así como para los profesionales de la salud mental que evalúan pacientes candidatos a cirugía bariátrica, y finalmente para todo el equipo multidisciplinario. Es un hecho que la restricción alimentaria inicial producto de la cirugía produce una regulación inmediata en la ingesta, tanto en pacientes con BED como sin este trastorno, pero se sabe que en el mediano a largo plazo, este efecto de la cirugía tiende a disminuir o incluso desaparecer.

La cirugía exige cambios drásticos en la conducta alimentaria: comer muy lento, en cantidades pequeñas y recurrentes a lo largo del día, eliminar o restringir una serie de alimentos hipercalóricos, entre otros, todos requisitos difíciles de cumplir para cualquier persona que se somete a esta intervención, y probablemente aún más difícil para personas con BED.

Tanto por su conducta alimentaria anómala, como por la alta comorbilidad de este trastorno con depresión, ansiedad, y otras psicopatologías, los pacientes con BED son más complejos. Por esto, aún cuando pueden llegar a perder peso de manera satisfactoria posterior a una cirugía, tendrían mayor riesgo de no adherir a indicaciones de alimentación, y por lo tanto, de complicaciones en el corto plazo, y reganancia de peso en el largo plazo.

Parece haber consenso en que la reganancia de peso posterior a la cirugía bariátrica se debe principalmente a aspectos conductuales y psicológicos más que a factores quirúrgicos; así como que algunos factores de riesgo para reganancia de peso podrían detectarse en la etapa preoperatoria, lo que revela la importancia de la evaluación y preparación para la cirugía, así como que ésta sea realizada en centros de excelencia que cuenten con un equipo multidisciplinario con experiencia.²²

Algunos de los factores psicológicos y conductuales asociados a reganancia de peso son comer por impulso - que aumentaría en 5 veces la probabilidad de ganar peso después de la cirugía -, y no asistir a controles regularmente con los profesionales del equipo. Otro factor relevante es el malestar psicológico en los pacientes, que aumentaría hasta en 25

veces la posibilidad de recuperar peso.²³ Tanto así, que habría una correlación positiva entre la cantidad de enfermedades psiquiátricas diagnosticadas después de la cirugía y la magnitud de la reganancia de peso.²⁴

Sin embargo, el factor mas relevante en la reganancia de peso sería “la pérdida del control de la alimentación, retornando a una conducta alimentaria inapropiada cuyas características más frecuentes son: el desorden en los horarios de comida con incorporación frecuente de snacks (picoteos), la ingestión de alimentos por ansiedad o en relación a estímulos emocionales y la frecuente elección de alimentos con alta carga glicémica. La mayoría de estas conductas se favorecen en pacientes con malestar psicológico”.²² Se estima que cerca de un 20% de pacientes reportan atracones subjetivos post cirugía, experimentando pérdida de control de la ingesta, aún cuando no coman grandes cantidades.²⁵ Considerando que una de las características definitorias del BED es la pérdida del control de la alimentación, es posible suponer que las personas con este trastorno activo que se someten a cirugía tienen mayor riesgo de descontrol, presentando una conducta alimentaria inapropiada con mayor frecuencia y severidad que pacientes bariátricos que no sufren BED.

Diversos estudios específicos sobre el tema han encontrado que el trastorno por atracones afecta la pérdida de peso tras la cirugía bariátrica,²⁶⁻³⁰ lo que ha llevado a diversos investigadores a recomendar que los pacientes con BED reciban el tratamiento para este trastorno antes de ser sometidos a una cirugía bariátrica.^{30,31}

Un reciente estudio español concluye que los pacientes con BED formarían un sub grupo dentro de los pacientes con obesidad mórbida, que tendrían mayores probabilidades de

presentar alteraciones psicopatológicas luego de la cirugía, afectando la pérdida de peso⁷. Otro estudio danés, realizado con personas que llevan 2 años desde el bypass gástrico, concluye que síntomas como los atracones y los sentimientos de ineficacia después de la cirugía tienen relación significativa con variaciones en la pérdida de peso después de la cirugía.³² Un estudio norteamericano que siguió a 361 personas con obesidad mórbida candidatas a cirugía, encontró que antes de la cirugía el 61% reportaba pérdida de control sobre la alimentación; luego de la cirugía la pérdida de control era de 31% a los 6 meses, 36% a los 12 meses y 39% a los 24 meses de seguimiento. Si bien la pérdida de control pre quirúrgica no predijo resultados post-cirugía, la pérdida de control en la ingesta posterior a la cirugía sí parece predecir resultados en la baja de peso: estos pacientes pierden significativamente menos peso a los 12 meses y a los 24 meses de seguimiento. También encontraron que la pérdida de control sobre la alimentación post cirugía predice significativamente psicopatología en la línea del TAL, depresión y calidad de vida, al año y a los 2 años de seguimiento.³³

Otro estudio francés, con pacientes sometidos a gastrectomía en manga, encontró que el comer compulsivo se asocia a menores bajas de peso en el mediano plazo (12 meses): pacientes que comían compulsivamente previo a la cirugía desarrollaron comer compulsivo post-quirúrgico, favoreciendo la reganancia de peso. Los autores sugieren que esta y otras dimensiones –como depresión–, deben ser evaluadas previo a la cirugía y los pacientes deben recibir adecuado tratamiento psicoterapéutico y farmacológico.³⁴

Otros estudios, sin embargo, no han encontrado relación entre la presencia preoperatoria de BED y la pérdida de peso post-quirúrgica, por lo que los autores concluyen que la presencia preoperatoria de BED, por sí misma, no debería postergar una cirugía bariátrica.^{35,36} Uno de estos estudios encontró que la presencia de BED en el periodo preoperatorio no atenúa la pérdida de peso en pacientes que llevan 12 meses desde el bypass gástrico.¹² Los autores reconocen que es necesario mayor seguimiento para determinar qué ocurre en el más largo plazo. Esto resulta determinante, pues la reganancia de peso posterior a una cirugía bariátrica suele ocurrir recién a partir de un año, e incluso se observa con mayor frecuencia entre el tercer y el sexto año posterior a la cirugía.²²

Por otro lado, otros autores señalan que si bien la presencia de BED puede limitar la baja de peso posterior a cirugía, el bypass gástrico podría también tener un efecto favorable, al evitar el consumo de grandes volúmenes de comida.²⁵ Sin embargo los mismos autores reconocen que los cambios en salud mental post cirugía no son tan predecibles como aquellos en diabetes tipo II.

Es posible concluir que los hallazgos sobre la relación entre BED y cirugía bariátrica no son concluyentes, e incluso muchas veces son contradictorios. Este panorama desalentador se enmarca en evidencias más generales: revisiones sistemáticas de la literatura, plantean que la investigación sobre las posibles asociaciones entre factores psicológicos y la pérdida de peso después de una cirugía bariátrica ha dado resultados diferentes e impide sacar conclusiones más claras.³⁷ Pese a esto, investigadores con amplia experiencia se inclinan por recomendar una rigurosa evaluación prequirúrgica de aquellos pacientes con

comorbilidades psiquiátricas severas, quienes sólo debieran ser admitidos para cirugía después de cuidadosas consideraciones y de recibir tratamiento. Y cuando llegan a operarse, estos pacientes requieren especial acompañamiento y apoyo después de la cirugía.³⁸

Algunos autores sugieren que mientras no se disponga de mayor claridad al respecto, es útil preguntar a los pacientes que tienen BED qué tan preocupados están acerca de su potencial dificultad para controlar sus atracones después de la cirugía. Para los individuos que expresan ansiedad o preocupación significativa por sus atracones, recomiendan tratamiento conductual cognitivo posterior a la cirugía, brindándoles un estrecho apoyo profesional, antes y después del procedimiento, y sugiriéndoles que contacten a sus tratantes cada vez que sientan que están comiendo mucho o experimentando pérdida subjetiva de control de su ingesta.²⁵

Los resultados contradictorios sostienen la incertidumbre entre cirujanos digestivos y profesionales de la salud mental, sobre la mejor manera de tratar a los pacientes obesos con BED, y sobre la posibilidad de ofrecerles asesoramiento conductual preoperatorio, y de qué tipo.^{12,31,32} En todo caso, dado que investigadores y clínicos no pueden predecir qué pacientes tendrán una pérdida de peso menor a la esperada, o sufrirán complicaciones, incluida depresión, atracones, vómitos, entre otros, es necesario considerar que una minoría de pacientes reportará estos problemas post cirugía y necesitará mayores cuidados por parte del equipo multidisciplinario.²⁵

En lo que sí parecen coincidir la mayoría de los estudios, es que se requiere una mayor comprensión de la posible influencia del trastorno por atracones sobre los resultados obtenidos después de la cirugía bariátrica, con el fin de optimizar los resultados a largo plazo en cuanto a la pérdida del peso y la mantención de los resultados, tanto en el peso como en la calidad de vida. Esto puede entregar luces sobre cuál es la mejor manera de preparar a estos pacientes para la cirugía, tema donde persisten las dudas respecto a si es posible hacerlo dentro de un equipo que apunta a la preparación para la cirugía y a la baja de peso previa, o es necesario hacer una derivación a un equipo especializado en este tipo de trastorno.

Cabe consignar la dificultad para evaluar la reaparición de BED posterior a cirugía bariátrica –o el eventual desarrollo posterior de este trastorno-. Evidentemente no es posible utilizar exactamente los mismos criterios diagnósticos del DSM V, pues es necesario considerar los cambios en las características de este trastorno debidos a las modificaciones propias de la cirugía. Por esto se plantea la necesidad de criterios específicos, como pueden ser la ingesta de una cantidad mayor a la considerada normal para un paciente operado, los vómitos, el síndrome de dumping, entre otros³². Un estudio con personas operadas hace dos años, encontró la ocurrencia de episodios bulímicos subjetivos asociada significativamente con BED preoperatorio, con mayor psicopatología alimentaria y general después de la cirugía, y con menor pérdida de peso. Esto llevó a los autores a concluir que pacientes con trastornos alimentarios preoperatorios, pueden desarrollar BED después de la cirugía, el que puede asociarse con menor pérdida de peso. Una parte de estos comenzará a vomitar por causa de su peso y su figura.³⁹

En este sentido, sería de gran utilidad la realización de nuevos estudios con muestras de mayor tamaño y en población latinoamericana, considerando además la posible existencia de diferencias entre hombres y mujeres, y con un seguimiento a largo plazo, dado que los diseños transversales limitarían la capacidad de examinar posibles relaciones causales entre los factores psicológicos y la pérdida de peso. Sin embargo, la experiencia indica que es extremadamente difícil hacer seguimiento de largo plazo con estos pacientes, porque si en general los pacientes operados de cirugía bariátrica muestran escasa adherencia a tratamiento, los pacientes con BED muestran aún más baja adherencia y tienden más a abandonar a sus equipos tratantes.

Comentarios finales

Si se considera al BED como un trastorno o compulsión fundada en la desregulación emocional y en dificultades en el ámbito relacional, donde el sobrepeso sería una de las manifestaciones secundarias –otro síntoma-, no parece lo más adecuado partir buscando solucionar el exceso de peso a través de una cirugía, entre otras cosas, porque esto desdibujaría la problemática que existe a la base. Es decir, la cirugía sería una pseudo solución, pues no considera ni menos aborda el origen del problema. Sabemos que la cirugía bariátrica podría generar una baja de peso adecuada al inicio, sobretodo durante el primer año, pero que en el largo plazo sería esperable una reganancia progresiva. Este es uno de los temas pendientes de investigar, tarea ardua, entre otras cosas, por las dificultades para el seguimiento de largo plazo de estos pacientes.

Evidentemente en aquellos casos donde las condiciones de salud hacen que la baja de peso sea una necesidad imperiosa, estas consideraciones pueden perder peso relativo. Esta problemática plantea una compleja decisión: qué hacer en caso de pacientes muy obesos o con comorbilidades severas que los exponen a mayor riesgo (como desarrollo de otras patologías y/o mayor mortalidad). Probablemente sea necesario poner sobre la balanza el riesgo de mortalidad por la obesidad y sus enfermedades asociadas versus los riesgos de una cirugía en un comedor compulsivo. El ideal en tales casos es que, al menos, el paciente pase por un proceso de preparación y que sea informado respecto a sus factores de riesgo para reganancia de peso, asegurándose que comprende que tales factores no serán modificados por la cirugía. Lo anterior apunta a aumentar la conciencia respecto a que la responsabilidad de la mantención del peso después de la cirugía es del paciente y no de la técnica quirúrgica o del cirujano.²²

Aún cuando no haya riesgo vital asociado, tampoco se puede soslayar que con frecuencia los pacientes obesos con BED están atrapados en un círculo vicioso donde la obesidad genera angustia y ansiedad, desencadenando sobreingesta, lo que empeora la obesidad. En tales pacientes es posible que sea más difícil avanzar en el tratamiento del trastorno alimentario, sin tener una esperanza de aliviar el sufrimiento por el exceso de peso, por lo que podría considerarse la posibilidad de ofrecer tratamiento quirúrgico tal vez una vez logrados ciertos objetivos básicos en el tratamiento del BED, y no necesariamente esperar hasta una remisión total, objetivo que podría demorar demasiado tiempo. En estos casos parece indispensable que los pacientes (pacientes con BED sometidos a cirugía) sean más rigurosamente monitoreados y reciban un mayor apoyo por parte del equipo

multidisciplinario, incluyendo psicoterapia. Aquí la dificultad podría radicar en que el paciente que ha logrado una disminución de su peso posterior a una cirugía y que todavía experimenta la restricción propia de ésta en las etapas iniciales, pueda considerar innecesario continuar el tratamiento para el BED, lo que aumentaría el riesgo de reaparición de la sintomatología y nueva alza de peso en el mediano a largo plazo.

Sin duda se trata de un tema controversial, en que la mirada médica puede contraponerse a la mirada desde el profesional de la salud mental. Cuando los criterios médicos se enfrentan con los criterios de salud mental resulta crucial responder a la pregunta de qué priorizar, así como tener en consideración a qué aspectos de la calidad de vida estamos apuntando. Evidentemente la evaluación y la toma de decisiones debe ser caso a caso, pues hay múltiples factores que deben ser tomados en cuenta, partiendo por consideraciones éticas. Es necesario, por ejemplo, preguntarse si es ético someter al paciente a una intervención que puede implicar riesgos si alguno de los síntomas alimentarios reaparece en el corto plazo, o cuyos resultados probablemente no se mantendrán en el largo plazo por su psicopatología, con todos los costos que ello implica. Como contrapartida, es necesario también preguntarse si podemos determinar con certeza cómo evolucionará a futuro un paciente en particular –evidentemente no podemos hacerlo– y por ende si se le puede negar un tratamiento que ciertamente podrá aliviar significativamente al menos las enfermedades asociadas a su obesidad y su calidad de vida.

Por cierto en este dilema sería de inmenso valor el avance en el conocimiento de este trastorno alimentario⁴⁰ y del ámbito específico de los pacientes obesos con BED que se someten a cirugía bariátrica. Conocer, por ejemplo, los determinantes asociados a que algunos de estos pacientes con BED que se operan recuperen en el largo plazo el 100% de su peso, o que sólo tengan una recuperación parcial, lo que desde el punto de vista médico y de calidad de vida podría ser un logro importante. En ese sentido habría que preguntarse si con estos pacientes es recomendable disminuir las expectativas, o relativizar los criterios de éxito.

La necesidad de mayores certezas se contrapone con las dificultades para estudiar el tema, por la tendencia de muchos profesionales de la salud mental a minimizar o simplemente no ver esta patología alimentaria, por la tendencia al ocultamiento y la negación de la sintomatología por parte de los pacientes, y por la escasa adherencia al tratamiento que éstos suelen mostrar. Además de dificultar el avance en el conocimiento de estos temas, las circunstancias señaladas empeoran las ya escasas probabilidades de que estos pacientes reciban una adecuada atención especializada. Considerando la actual epidemia de obesidad, y el consiguiente aumento del tratamiento quirúrgico de esta patología, la detección y tratamiento oportuno del BED cobra mayor importancia. Quedan, entonces, más preguntas que respuestas en torno a la compleja relación entre BED y cirugía bariátrica, pero también la tranquilizadora certeza que en los últimos años se ha ido avanzando en el conocimiento de estos temas, y que los cambios introducidos por el DSM V presionarán en esa necesaria dirección, y permitirán ir ofreciendo una atención cada vez más apropiada a los pacientes obesos con trastorno por atracones.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th ed. (DSM V). Washington DC, APP, 2013, p.350.
2. Cordella P. Anorexia, Bulimia, Obesidad. Experiencias y reflexiones con pacientes y sus familias. Ediciones UC, Santiago, 2010. p.149, 98.
3. Larrañaga A, García-Mayor R. Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. Nutr. Hosp. 2009; 24(6): 661-666.
4. Mitchell J, Devlin M, de Zwaan M, Peterson C, Crow S. Binge Eating Disorder. Guilford Press, New York, 2008.
5. Guisado J, Vaz F. Aspectos clínicos del trastorno por atracón. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2001, XXI (77): 27-32.
6. Vocks S, Tuschen-Caffie B, Pietrowsky R, Rustenbach S, Herpertz S. Metha-Analysis of the Effectiveness Psychological and Pharmacological Treatments for Binge Eating Disorder. Int. Journal Eating Disorders 2010, 43:3, 205-217.
7. García E, Martín T, Morcillo L, Jiménez A. Valoración diagnóstica y psicopatológica del trastorno por atracón en obesos mórbidos intervenidos de bypass gástrico. Nutr Hosp. 2012; 27(2):553-557.
8. Wonderlich S, Gordon K, Mitchell J, Crosby A, Engel J. The validity and clinical utility of binge eating disorder. Int. J. EatDisord 2009; 42: 687-705.
9. Errandonea MI. Obesidad y Trastornos de alimentación. Rev. Med. Clin Condes 2012, 23(2) 165-171.
10. Haedt-Matt A, Keel P. Revisiting the Affect Regulation Model of Binge Eating: A Meta-Analysis of Studies using Ecological Momentary Assessment. Psychol. Bull. 2011, 137(4): 660–681.
11. Allison K, Wadden T, Sarwer D, Fabricatore A, Cserny C, Gibbons L et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. Surg obes relat dis 2006, 2 (2): 153-8.
12. Wadden T, Faulconbridge L, Jones-Corneille L, Sarwer D, Fabricatore A, Thomas G et al. Binge Eating Disorder and the Outcome of Bariatric Surgery at One Year: A Prospective, Observational Study. Obesity, 2011, 19(6): 1220-28.

13. Díaz P, Barros C, Navarrete S, Assadi V, Kasija, Ríos M et al 2010: Resultados de tests psicológicos aplicados a 604 candidatos a cirugía bariátrica en Chile. Congreso IFSO Latinoamericano, Cartagena de Indias, 2011.
14. Montt D, Koppmann A, Rodriguez M. Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Rev. Hospital Clínico Universidad de Chile* 2005, 16(4).
15. Jones-Corneille L, Wadden T, Sarwer D, Faulconbridge LF, Fabricatore A, Stack R et al. Axis I Psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obesity Surgery* 2012, 22(3):389-97.
16. Grilo C, Crosby R, Peterson C, Masheb R, White M, Crow S et al. Factor structure for eating disorder examination interview in patients with binge-eating disorder. *Obesity* 2009, 18:977-981.
17. Palavras M, Kaio G, Mari J de, Claudino A. A review of Latin American studies on binge eating disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011, 33 (1): 81-108.
18. Foulds W, Brownley K, Mo X, Bulik C. The biology of Binge Eating. *Appetite* 2009, 52(3): 545-553.
19. Berg K, Peterson C, Frazier P, Crow S. Converge of scores on the interview and questionnaire versions of the eating disorder examination: a meta-analytic review. *Psychol Assess.* 2011, 23(3): 714-724.
20. Freitas S, Lopes C, Appolinario J, Coutinho W. The assessment of binge eating disorder in obese women: a comparison of binge eating scale with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Eat Behav.* 2006, 7(3): 282-9.
21. Mitchell J, Garcia L, de Zwaan M, Horbach T. Overview of bariatric surgery procedures. En: Mitchell J, de Zwaan M, Editores. *Psychosocial Assessment and Treatment of Bariatric Surgery Patients*. New York: Routledge, 2012, p.1-14.
22. Papapietro K. Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. *Rev. Chilena de Cirugía* 2012, 64 (1), 83-87. P.87
23. Pataky Z, Carrard I, Golay A. Psychological factors and weight loss in bariatric surgery. *Curr Opin Gastroenterol.* 2011, 27:167-73.
24. Rutledge T, Groesz LM, Savu M. Psychiatric Factors and Weight Loss Patterns Following Gastric Bypass Surgery in a Veteran Population. *Obes Surg.* 2011, 21:29-35.

25. Wadden T, Sarwer D, Fabricatore A, Jones L, Stack R, Williams N. Psychosocial and behavioral status of patients undergoing bariatric surgery: what to expect before and after surgery. *Med Clin North Am.* 2007, 91(3):451-69.
26. Sallet P, Sallet J, Dixon J, Collis E, Pisani C, Lavy A. Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obesity Surgery* 2007, 17: 445-451.
27. Larsen J, van Ramshort B, Geenen R, Brand N, Stroebe W, van Doornen L. Binge eating and its relationship to outcome after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 2004, 14(8): 1111-17
28. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh J, Dutson E, Mehran A et al. Behavioral factor associated with successful weight loss after gastric bypass. *The American Surgeon* 2010, 76(10), 1139-42.
29. Sholtz S, Bidlake L, Morgan J, Fiennes A, El-Etar A, Lacey J et al. Long-term outcome following laparoscopic adjustable gastric banding: prospective psychological sequelae predict outcome at 5-year-follow-up. *Obesity Surgery* 2007, 17(9):1220-25.
30. Niego S, Kofman M, Weiss J, Galiebter, A. Binge eating in the bariatric surgery population: A review of the literature. *The International Journal of the Eating Disorders* 2007, 40(4):349-359.
31. Ashton K, Drerup M, Windover A, Heinberg L. Four session group CBT reduces binge eating behavior among bariatric surgery candidates. *Surgery Obesity Relation Disorder*, 2009; 5:257-62.
32. Beck N, Mehlsen M, Stoving R. Psychological characteristics and associations with weight outcomes two years after gastric bypass surgery: Postoperative eating disorder symptoms are associated with weight loss outcomes. *Eating Behaviors* 2012; 13: 394-397.
33. White M, Kalarchian M, Masheb R, Marcus M, Grilo C. Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery patients: a prospective, 24-month follow-up study. *J Clin. Psychiatric* 2010, 71: 175-184.
34. Brunault P, Jacobi D, Miknius V, Bourbao-Tournois C, Hutten N, Gaillard P et al.: High Preoperative Depression, Phobic Anxiety and Binge Eating Scores and Low Medium-Term Weight Loss in Sleeve Gastrectomy Obese Patients: A preliminary cohort study. *Psychosomatics* 2012, 53: 363-370.

- 35.** Alger-Mayer S, Rosati C, Polimeri J, Malone M. Preoperative binge eating status and gastric bypass surgery: a long-term outcome study. *Obesity Surgery* 2009, 19: 139-145.
- 36.** Burgmer R, Grigutsch K, Zipfel S, Wolf A, de Zwaan M, Husemann B et al. The influence of eating behavior and eating pathology on weight loss after gastric restriction operation. *Obesity Surgery* 2005, 15: 684-691.
- 37.** Van Hout G, Vershure S, Van Heck G. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obesity Surgery* 2005, 15(4): 552-560.
- 38.** Legenbauer T, Herpertz S, de Zwaan M. Psychosocial problems and psychiatric Disorders Pre- and Postbariatric Surgery. En: Mitchell J, de Zwaan M, Editores. *Psychosocial Assessment and Treatment of Bariatric Surgery Patients*. New York: Routledge, 2012, p.61-86.
- 39.** de Zwaan M, Hilbert A, Swan-Kremeier L, Simonich, H, Lancaster K, Michael Howell L et al. Comprehensive interview assesment of eating behavior 18-35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2010, 6(1):79-85.
- 40.** Bulik CM, Brownley KA, Shapiro JR. Diagnosis and management of binge eating disorder. *World Psychiatry* 2007, 6(3):142-8.

Capítulo 6

Adherencia al tratamiento, personalidad y motivos para la realización de una cirugía bariátrica

Pamela Dongo*

*Clínica de Día Avendaño
Lima, Perú

Ante el dramático aumento de las cifras de la obesidad y su concepción como una epidemia mundial, la investigación de esta enfermedad desde el campo de la psicología es muy relevante pues sirve como punto de referencia para lograr intervenciones fundamentadas y complementarias a las realizadas desde el área médica, en la línea de prevención tanto en la población en general, como en la ya afectada por dicha enfermedad. En este sentido, se planteó como propósito identificar si existe un acuerdo en la literatura en relación a los aspectos que podrían afectar el éxito de la cirugía bariátrica, entre ellos, la adherencia al tratamiento, la psicopatología, los motivos que impulsan a los pacientes a someterse a dicha intervención quirúrgica y las características de personalidad.

Ya que la obesidad y sus consecuencias se han convertido en un riesgo para la salud pública, múltiples estudios han buscado determinar cuál tratamiento es el más exitoso para controlarla y prevenir la aparición de sus diversas comorbilidades. Estos han concluido que, mientras que los tratamientos no quirúrgicos, tales como las dietas, tratamientos farmacológicos y ejercicio físico, son útiles para perder peso, la cirugía bariátrica ofrece una pérdida de peso durable, disminuye la mortalidad así como los costos en salud. En este sentido, reduce comorbilidades tales como hipertensión arterial, apnea de sueño, Diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras.¹

Así, la cirugía de la obesidad lleva el nombre de “cirugía bariátrica”, que significa “la ciencia médica para la prevención y el control de la obesidad” y es un tratamiento instaurado desde hace más de cuarenta años a nivel mundial.² En la última década, el tratamiento quirúrgico de la obesidad se ha visto beneficiado por la incorporación de todas las técnicas de la cirugía laparoscópica, la cual consiste en un procedimiento mínimamente invasivo. En este sentido, la cirugía bariátrica laparoscópica se ha convertido en una importante alternativa y se emplea para aquellos pacientes con un IMC mayor a 35kg/m² o un IMC mayor a 30kg/m² que presentan comorbilidades tales como diabetes tipo II, hipertensión o dislipidemias.³

Ahora bien, es necesario comprender que el éxito de estos procedimientos quirúrgicos está definido por ciertos indicadores médicos, tales como el bajo riesgo de morbilidad post operatoria, menos del 2% de re intervenciones quirúrgicas, pérdida de al menos 50% del exceso de peso y por otro lado, cambios en el estilo de vida que supongan una ingesta adecuada de alimentos y la incorporación de la actividad física como un hábito saludable.⁴ Desde el punto de vista de otras especialidades que abordan el tratamiento de la obesidad, el éxito está asociado a una mejora significativa en la calidad de vida del paciente, así como una mejoría en la autoestima y en las relaciones sociales.⁵

Ahora, es fundamental considerar que un resultado óptimo de la cirugía bariátrica, que haya obtenido estos indicadores en su totalidad, depende también en gran medida de características individuales del paciente y su capacidad para cumplir las pautas post quirúrgicas, las cuales implican la asistencia a las citas de control, el cumplimiento del plan

nutricional y la rutina de ejercicios, las cuales hacen referencia a una adecuada adherencia al tratamiento.⁴ Este punto es muy relevante pues, si bien la cirugía bariátrica es una opción que ofrece resultados significativos en cuanto a pérdida de peso y mejora de comorbilidades, las investigaciones en dicha área evidencian que los resultados son muy variados para cada paciente y es importante considerar que por su misma condición, los pacientes con obesidad son una población con mayor prevalencia de riesgo operatorio. Es importante mencionar, que como en todo tipo de intervención quirúrgica, los pacientes sometidos a un procedimiento bariátrico también pueden presentar complicaciones. Entre ellas se encuentran el embolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, absceso intraabdominal, filtración anastomótica, fístula, entre otras. Algunas de dichas complicaciones pueden estar asociadas a la falta de seguimiento de las indicaciones en el postoperatorio y a la ausencia de los cambios en los hábitos, que a muchos pacientes con obesidad, les cuesta mucho trabajo realizar.⁵ En este sentido, es muy importante considerar cuales son aquellas variables que funcionan como predictoras del éxito de la cirugía bariátrica, y así, permitan una mayor adherencia al tratamiento.

En relación a esta última variable, es concebida como la cooperación hacia el seguimiento de las indicaciones médicas, así como al vínculo con los profesionales de la salud, que incorpora acciones como seguimiento de dietas, ingesta del tratamiento farmacológico, realización de ejercicio, entre otros.^{6,7} A pesar de la importancia de la adherencia al tratamiento, la revisión de literatura sobre el tema, ha evidenciado que existen escasos trabajos de tipo prospectivo en población con obesidad específicamente.^{8,9} Esto resulta preocupante pues la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que son muchas las

consecuencias negativas, tanto en el área clínica como económica, asociadas a la falta de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas específicamente.¹⁰

Son muchos los estudios que abordan otras enfermedades de tipo crónico, tales como la Diabetes, enfermedades reumáticas, coronarias, VIH, entre otras. Dichas investigaciones le dan énfasis a criterios como la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas, consumir la medicación recomendada, así como realizar cambios en el estilo de vida.⁶ Estos últimos, son los que resultan más difíciles de ser cuantificados en pacientes con obesidad, pues implican cambios en su nivel de actividad física, reducción significativa de su porción de alimentos, re organización de su patrón alimenticio, ingesta lenta y espaciada de alimentos, horarios de ingesta ordenados, entre otros.

Tomando en consideración que la adherencia al tratamiento es una variable de suma importancia en la etapa postoperatoria de los pacientes sometidos a una cirugía bariátrica, es de importancia determinar qué variables influyen en ésta. En este sentido, diversos estudios han buscado encontrar si existe relación entre la adherencia al tratamiento y la presencia de psicopatología en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, haciendo referencia específicamente a la presencia de ciertos trastornos psiquiátricos y psicológicos que presentan dichos candidatos.

En cuanto a la variable psicopatología presente en los pacientes con obesidad, algunos autores han podido llegar a ciertas conclusiones a partir de estudios realizados a los

candidatos a cirugía bariátrica. Pareciera que la comorbilidad de tipo psicopatológica mayoritariamente prevalente podría estar asociada a los trastornos del estado anímico, niveles elevados de ansiedad y los trastornos alimenticios.^{11,12} Un estudio realizado en Argentina buscó identificar el origen de la psicopatología desde el punto de vista teórico, llegando a la conclusión de que se producen dos diferentes tipos de manifestaciones psicopatológicas en el paciente obeso. La primera de ellas trata a la obesidad como una enfermedad en la que el aumento de la ingesta alimenticia es secundaria a un malestar emocional, por lo que se incluye un componente psicógeno manifiesto. Por otra parte, la obesidad es concebida como una alteración reactiva, que desarrollan los pacientes obesos frente a su entorno. Este mismo estudio determinó que existen manifestaciones emocionales que favorecen una mayor ingesta de alimentos en los pacientes obesos, tales como los cuadros neuróticos, que se caracterizan por la presencia de ansiedad y angustia. En este sentido, se puede observar que la obesidad se encuentra vinculada con psicopatología en general.¹²

En cuanto a los trastornos alimenticios específicamente, se sabe que los pacientes obesos presentan hábitos alimenticios irregulares, tales como la sobre ingesta compulsiva nocturna y en otros casos, un patrón alimenticio tipo picoteo a lo largo del día. Sin embargo, en muchos casos también cumplen con los criterios diagnósticos para algún desorden de la conducta alimenticia.¹³ En relación a estos trastornos, la literatura reporta que el binge eating en particular es un trastorno frecuentemente asociado a la obesidad. De hecho, un estudio realizado en Chile, reportó que entre el 19% y el 33% de los pacientes candidatos a cirugías bariátricas presentaban el binge eating como trastorno.¹⁴

Además de los trastornos alimenticios, otras investigaciones en Estados Unidos reportan que los pacientes cuya pérdida de peso es menor al 50% de su exceso de peso, presentaban una elevación significativa en las escalas de histeria, paranoia y preocupación por la salud, en comparación de aquellos que perdían más del 50% del exceso de peso.⁸ De forma similar, otro estudio realizado también en Estados Unidos con 1027 pacientes candidatos a cirugía bariátrica, halló que las escalas de hipocondría, depresión, histeria y psicastenia se encontraban elevadas en los candidatos. Estos resultados indicaron que el 45% de los pacientes experimentan niveles significativos de ansiedad y depresión, en términos de psicopatología.¹⁵

Ahora bien, otras investigaciones han centrado su búsqueda en la relación entre la psicopatología y el éxito o el fracaso de los tratamientos quirúrgicos de pérdida de peso, conceptualizando la adherencia al tratamiento como un indicador de dicho éxito.^{8,16} Así, un estudio prospectivo longitudinal a 4 años en Alemania, basado en 250 pacientes no quirúrgicos, 153 pacientes quirúrgicos y 128 pacientes del grupo control, indicó que la presencia de trastornos ansiosos y depresivos presenta correlación con una pérdida de peso insuficiente en el tratamiento.¹⁶ Del mismo modo, pareciera existir un mayor riesgo de abandono del tratamiento en los pacientes que presentan un historial de problemas psiquiátricos, caracterizados por cuadros de ansiedad.⁴

Ahora bien, algunos estudios no coinciden en que exista una relación entre la presencia de psicopatología y la adherencia al tratamiento ó la pérdida esperada del exceso de peso. Por ejemplo, los mismos autores que asociaron la pérdida insuficiente de peso con cuadros

ansiosos, Mitchell & Courcoulas,⁴ encontraron que la presencia de depresión antes de la cirugía de bypass gástrico, no predecía la pérdida de peso después de la operación. En este sentido, pareciera no existir un acuerdo claro sobre la capacidad de predicción del éxito de las cirugías bariátricas a través del estudio de la psicopatología, pero sí sobre ciertas características de personalidad, tales como la impulsividad y la ansiedad, que jugarían como factores negativos hacia la pérdida de peso.¹⁷ Asimismo, un estudio que tenía el objetivo realizar una recopilación de variables predictoras de éxito en cirugía bariátrica,¹⁸ halló que los factores que están asociados al fracaso terapéutico, concebido como la pérdida insuficiente de peso, eran: variables socio demográficas como sexo y edad, IMC iniciales menores a 35, motivación relacionada a complicaciones de salud y características de personalidad, tales como el neuroticismo y los bajos niveles de rigidez. En este sentido, haciendo énfasis en las características de personalidad, el estudio sugiere que pacientes con mayor apertura, tendrían mejores resultados post quirúrgicos en cuanto a descenso de peso y mejoras en la calidad de vida.

Ahora bien, los resultados de los estudios presentados coinciden en la necesidad de favorecer un abordaje pre operatorio multidisciplinario con una adecuada selección de pacientes, pues se podría pensar que pacientes con ciertos antecedentes podrían tener menor pérdida de peso, re ganancia del mismo, complicaciones y agravamiento de su condición psiquiátrica previa.¹⁸ Si bien no existe un acuerdo en los estudios anteriormente presentados, se puede afirmar que es necesario considerar la inclusión de un plan de intervención tanto desde la perspectiva psicológica como la psiquiátrica.

Aparte de las variables anteriormente mencionadas, como son la psicopatología y la personalidad, existe otra variable que se encuentra asociada al éxito o fracaso del tratamiento quirúrgico de la obesidad. Esta, hace referencia a los motivos o las razones para someterse a un programa de pérdida de exceso de peso, los cuales también son considerados como un factor fundamental dentro de los programas de cirugía bariátrica.

Entendiendo los motivos como estados internos que dirigen el comportamiento hacia objetivos concretos, el modelo de Prochaska y Diclemente (1983) es de utilidad para comprender que la motivación es necesaria para realizar un proceso de cambio. Es por esta razón, que resulta de utilidad tomar en consideración los motivos para bajar de peso en los pacientes obesos, pues éstos serán los que dirijan su comportamiento en la línea de realizar cambios en sus estilos de vida.¹⁹ Estudios anteriores sugieren que la preocupación por la salud, apariencia y competitividad son algunos de los principales motivos de los pacientes obesos para operarse.²⁰

A pesar de que la mayoría de pacientes reportan un alto número de motivos internos para bajar de peso, tales como las limitaciones físicas y la preocupación por la apariencia, un pequeño número de pacientes consideran también importantes los motivos externos para someterse a una cirugía bariátrica, tales como los deseos de los padres o esposos para reducir el exceso de peso.⁴ Así pues, pareciera que los motivos internos son los más comunes en los programas de pérdida de peso, por lo que el comportamiento dirigido a un estilo de vida saludable, se encontraría basado en condiciones propias del paciente que desea reducir su exceso de peso, más allá de intereses de otros referentes.

Si bien no se han llevado a cabo estudios en nuestro medio que abarquen las razones por las que los pacientes se sometan a una cirugía bariátrica, los resultados de un estudio realizado a 177 participantes (candidatos a cirugía bariátrica) en Australia, reportó que dentro de los principales motivos para realizarse una cirugía bariátrica se encontraban mejorar la apariencia, sentimientos de vergüenza, mala condición médica, salud física y limitaciones físicas;²¹ siendo todos motivos internos.

Ahora bien, es importante añadir que otro estudio sugirió diferencias en los motivos según género, el cual señala que las mujeres establecieron la apariencia como el motivo más importante, mientras que los hombres, la condición médica.²⁰

Además, existe cierta evidencia de que los factores comportamentales participan en los resultados de los programas, así como la motivación, la autodeterminación y la autoeficacia juegan un rol importante como factores que predicen el éxito del tratamiento para la obesidad. Este es un factor clave dentro de los programas, ya que como ha sido anteriormente mencionado, el mayor porcentaje de fracaso de los tratamientos, ocurre por un patrón alimenticio inadecuado, el cual a su vez produce complicaciones postquirúrgicas. En este sentido, el estudio realizado en Australia, demostró que la preocupación por la apariencia presente antes de las cirugías bariátricas, está asociada con mejores resultados de la intervención. Así, el mejorar la apariencia es vista por los pacientes como el motivo principal para someterse a una cirugía bariátrica.²¹

A pesar de que existen diferentes motivos para reducir el exceso de peso, el punto central se encuentra en comprender que los motivos sirven como un patrón de guía que va a dirigir

el comportamiento del paciente obeso hacia un cambio de su estilo de vida. En este sentido, el cambio que realice la persona en su estilo de vida, dependerá de variables psicológicas propias que lo impulsen a realizar este proceso.^{20,21} Una de ellas es la personalidad como ha sido anteriormente mencionado, variable que resulta difícil de ser separada de la patología, pues existe una tendencia clara en las investigaciones de estudiar al paciente obeso desde una mirada más vinculada a los trastornos psicológicos.

La personalidad de estos individuos resulta de importancia para los profesionales y los equipos multidisciplinarios en cirugía bariátrica, pues brinda datos sobre el posible comportamiento de los pacientes durante el tratamiento, la adherencia al tratamiento, entendida como el éxito o fracaso del mismo y el cumplimiento de los requisitos para someterse a una cirugía bariátrica.¹⁸

Estudios que han empleado el NEO PI R muestran que dentro del factor neuroticismo, las facetas de ansiedad y depresión se encuentran elevadas para los pacientes obesos, mientras que las pertenecientes al factor extraversión, tales como búsqueda de sensaciones y emociones positivas, resultan disminuidas.²² Por su parte, la autodisciplina y el orden resultan también con niveles bajos. Estos resultados parecieran coincidir con un estudio realizado en 1956 con 300 pacientes obesos, el cual clasifica la personalidad en cuatro factores: internalizadores, externalizadores, esquizoides.²³

Aún no existe un acuerdo claro acerca de la presencia de determinados rasgos de la personalidad como predictores del éxito de las cirugías bariátricas, entendiendo el éxito

como una respuesta psicológica positiva del individuo hacia las exigencias de la operación, así como su adherencia al tratamiento. No obstante, algunos estudios han dado un primer acercamiento a ciertas características de personalidad, tales como la alta autoestima y la baja rigidez, como predictores de una mayor cantidad de pérdida de peso y a su vez, una mayor adherencia al tratamiento.^{8,24} Sin embargo, otros estudios han sugerido que la personalidad no es un factor con un valor predictivo para el curso postoperatorio.²⁴ Asimismo, se evidencia una tendencia en las investigaciones de estudiar al paciente con obesidad desde la perspectiva de la psicopatología como tal, más que desde el área de la personalidad.

De esta forma, se puede observar que en general, las investigaciones presentan información diversa, pues algunos autores sostienen que existen características de personalidad y psicopatologías que pueden ser consideradas como factores predictores del éxito de la cirugía, mientras otros no. En este sentido, es de importancia seguir investigando tanto las características de personalidad del paciente obeso y profundizar en la temática con estudios que centren su mirada en brindar utilidad en la intervención psicológica de esta población.

Ya que no existe información suficiente sobre el tema en el medio peruano y Latinoamericano en general, es importante realizar una investigación cuya finalidad principal sea abrir camino para empezar a entender la relación entre las características de personalidad y los motivos de los pacientes obesos para realizarse la cirugía bariátrica, así como la relación de estas dos variables con la adherencia al tratamiento, con el objetivo de poder discriminar de forma más efectiva a los candidatos idóneos para las cirugías

bariátricas y realizar programas de intervención post quirúrgica que contemplen factores que aumenten su adherencia al tratamiento. Asimismo, sería fundamental incluir otras variables como las propuestas por Gerbrand y colaboradores,¹⁸ tales como características sociodemográficas, peso pre operatorio, expectativas en cuanto a pérdida de peso, comportamiento alimenticio, funcionamiento psicológico, edad de inicio de la obesidad, entre otras; para abarcar la mayor cantidad de factores que puedan mejorar la calidad de los programas de intervención, tanto en el pre como en el post operatorio.

Referencias bibliográficas

1. Tejjirian T, Jensen C, Lewis C, Dutson E, Mehran A. Laparoscopic Gastric Bypass at a large academic medical center. *The American Surgeon*, 74(10): 962 -966, 2008.
2. Moore J, Martin L. *Obesity Surgery EEUU: Mc Graw Hill*;p. 11-14, 2004.
3. Larrad A, Sánchez - Cabezudo C. Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo. *Unidad de Cirugía Endocrinometabólica. Clínica Ruber*; 75 (3). p. 301–04, 2010.
4. Mitchell J, Courcoulas, A. *Bariatric Surgery. A Guide for Mental Health Professionals* New York;Routledge; p. 1-11, 2005.
5. Adair J, Pleatman M. En: Nguyen, N, De Maria E, Ikramudin S, Hutter M. *The SAGES Manual. A Practical Guide to Bariatric Surgery: EEUU: Springer*; 2008
6. Peralta, M, Carbajal P. Adherencia al tratamiento. *Rev. Cent Dermatol Pascua: Vol 17, n°3, 2008.*
7. Libertad, M Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev. Cubana Salud Pública: 30 (4). p.1-7, 2011.*
8. Pickren M, Omiso M, Mehl M. Personality and Obese Max Index. *The New School Psychology Bulletin: Vol. 9, n°1, 2011.*
9. De Panfilis C, Cero S, Elisabett A., Salvatore P, Torre M. Psychopathological predictor of compliance and outcome in weight – loss obesity treatment. *Acta Biomed*; 78. p. 22-28, 2008.

10. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra. 2008. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
11. Kosuke N, Murata T, Takahashi T, Hamada T. The association between anger – related personality trait and cardiac autonomic response. *European Archives of Psychiatric*. New York; Vol. 257, (6): p.325, 2007.
12. Chandler E, Rovira B. Restricción Anoréxica y Tóxicomanías: Semejanzas y Diferencias. *Revista de la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA)*; Vol. 19, n° 2, 2008.
13. Kasen S, Cohen P, Chen H, Must A. Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. *International Journal of Obesity*: 32 (2). p.558–566, 2008.
14. Bustamante F, Williams C, Vega E. Aspectos psiquiátricos relacionados con la Cirugía bariátrica. *Rev. Chilena de cirugía*;58 (6). p. 481-485, 2006.
15. Arbisi P, Butcher J. Relationship between personality and health symptoms: Use of the MMPI-2 in medical assessments. *International Journal of Clinical and Health Psychology*; University Of Minnesota; Vol.4, n°3.p.571-595, 2004.
16. Miller J, Schmidt A, Vaillancourt T, McDougall P, Laliberte M. Neuroticism and introversion: A risky combination for disordered eating among a non-clinical sample of undergraduate women. *Eating Behaviors*;7(1).p.69-78, 2006.
17. Alfonsen S, Parling T, Ghaderi A. Screening of adult ADHD among patients presenting for bariatric surgery. *Obesity Surgery*;22 (6).p.918-26, 2012.
18. Gerbrand C, Saskia K, Verschure L, Guus L. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obesity surgery*;15 (3).p.552-560, 2005.
19. Larsen J, Geenen R, Van Ramshorst B, Brand N, De Wit P, Stroebe W, Van Doorden. Psychosocial Functioning Before and After Laparoscopic Adjustable Banding: a Cross Sectional Study. *Obesity Surgery*;13 (1).p.629–636, 2003.
20. Libeton, M, Dixon J, Laurie C, O'Brien P Patient motivation for Bariatric Surgery: Characteristics and impact on outcomes. *Obesity Surgery*;14(2).p.392–398, 2004.
21. Dixon J, Laurie J, Anderson C, Hayder M, Dixon M, O'Brien P. Motivation, readiness to change and weight loss. *Obesity*;17(2),p.698–705, 2008.

- 22.** Fadakar, P. Gender differences in body image in obesity surgery candidates. Tesis para optar el doctorado en Psicología: Universidad de Hartford, 2005. Disponible en: <http://gradworks.umi.com/31/78/3178850.html>
- 23.** Sullivan S, Cloninger C, Pryzbeck T, Klein. Personality characteristics in obesity and relationship with succesful weight loss. International Journal of Obesity;31.p.669–674, 2007.
- 24.** Van Hout G, Hagendoren C, Verschure S, Van Heck G. Psychosocial Predictors of Success after Vertical Banded Gastroplasty. Obesity Surgery;19(3).p.701–707,2009.

Capítulo 7

Consumo de alcohol post cirugía bariátrica

Blanca P. Ríos Martínez*

*Instituto de Obesidad y Síndrome Metabólico
Hospital Ángeles Pedregal
Ciudad de México, México

**“... al no poder comer consumo más alcohol,
porque eso no se me atora y me pasa fácilmente...”
“...cambie los alimentos por el alcohol”**

Consumo de alcohol postcirugía bariátrica

La cirugía bariátrica (CB) es actualmente un tratamiento efectivo para la pérdida de peso y más común para la obesidad severa. La CB reduce la incidencia de trastornos metabólicos,^{1,2} eventos cardiovasculares,³ cáncer^{4,5} e incrementa la mortalidad en los pacientes obesos.⁵

La CB ha logrado dar muy buenos resultados a muchos pacientes, sin embargo también nos hemos enfrentado a diversas complicaciones psicológicas tales como el consumo de alcohol después de ésta. Algunas investigaciones reportan historia previa de trastornos relacionados al consumo de sustancias previo a la cirugía. Se ha visto que éste tipo de consumo es más frecuente en pacientes que buscan la cirugía bariátrica en comparación con la población general y se ha reportado que es 3er. trastorno más común en candidatos a CB, después del trastorno por depresión y los trastornos de ansiedad.⁶

King et al. reporta que del 2 al 6% de hospitalizados por consumo de alcohol tenían CB. Y que durante el seguimiento a largo plazo de éstos pacientes operados aparece un incremento en su consumo de alcohol de 2.6% al un 5.1 % durante el primer año, existiendo un incremento en el segundo año de la intervención y que el consumo puede llegar a ser mayor de 9.8%, respecto al año anterior o previo a la CB.⁷

Algunas de las explicaciones es que los individuos que buscan la CB presentan mayor psicopatología. Sin embargo, muy poco pacientes tienen un diagnostico de trastorno de abuso de sustancias incluyendo el trastorno por uso de sustancias. Anteriormente el DSM IV-TR lo describía como dos trastornos, el uso de alcohol y dependencia de alcohol. Actualmente el DSM V integra estos dos dentro del trastorno de uso de alcohol con subclasificaciones de leve, moderada y severa. (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. NIH, 2015 (cited 2015). Available at <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.pdf>, DSM V, 2014).⁸

Estudios demuestran que algunos sujetos estan en riesgo de desarrollar nuevamente un trastorno de uso de alcohol después de la CB y que esto puede ser porque caen en un periodo de abstinencia y un estricto control alimentario postquirúrgico.

Algunos autores encontraron que el consumo de abuso de alcohol se incrementa después de la CB tanto en el bypass como en la gastroplastia vertical en magna, así como tambien, se reportó que aun con la disminución del consumo de alcohol que tienen los pacientes en breve tiempo después de la CB,^{9,10} posteriormente éste

consumo se incrementa aun en pacientes con manga gástrica,^{11,12} mientras que en los pacientes con banda gástrica no existe alteración en el metabolismo del alcohol.¹²

Investigaciones a largo plazo muestran que los pacientes con bypass y gastroplastia en manga probablemente empiezan a reportar mayor riesgo de consumo de alcohol y presentan un diagnóstico de uso de alcohol comparado con un grupo control. No se reportó esto con los pacientes con banda gástrica. Obviamente en los estudios reportados en pacientes con bypass gástrico, son aquellos que tienen mayor diagnóstico en el uso de alcohol comparado con la gastroplastia en manga o banda gástrica, estudio que tuvo seguimiento a dos años. Y después de los dos años el consumo siguió siendo mayor en los pacientes quirúrgicos comparado con el grupo control.¹²

Un revisión retrospectivo de 51 pacientes quienes se sometieron a una cirugía para bajar de peso, se determinó que había prevalencia en su vida actual y a lo largo de su vida de uso de alcohol: Este estudio estuvo basada en una entrevista estructurada de acuerdo al DSM IV. Ellos encontraron que la prevalencia de uso de alcohol durante su vida fue de 35.3% comparado con la población general. El grado de baja de peso no estuvo asociado con el desarrollo del uso de alcohol, individuos con historia de uso de alcohol se incrementa el riesgo de recaída que quienes no consumen alcohol. Ellos encontraron que los pacientes sometidos a bypass gástrico fueron significativamente más propensos a desarrollar uso de alcohol en la actualidad comparado con aquellos con banda gástrica (21% vs 0%).¹³

Davis et al. reporta el decremento de consumo de alcohol en el paciente quienes se someten a un bypass gástrico en un promedio de 6 meses después de la CB,¹⁴ lo cual también apoya King et al. quien refiere una disminución en la ingesta de alcohol en el 1er. año posterior a la CB y sin prevalencia de síntomas de un trastorno de uso o abuso de alcohol. Sin embargo, los síntomas de un trastornos de uso o abuso de alcohol aparecen y se incrementa en el 2do año posterior a la cirugía.⁷ Y Conason et al. reporta un incremento en la frecuencia de uso de alcohol después de los dos años de la cirugía.¹⁵ Más allá de dos años no se ha podido dar seguimiento mas detallado.

King et al.,⁷ realizo un estudio de cohorte prospectivo de 2458 adultos sometidos a una CB y determino la prevalencia de los síntomas pre y posquirúrgicos de uso de alcohol. Ellos observaron que la prevalencia de los síntomas de uso de alcohol no era diferente significativamente un año antes y un año después de la CB (7.6% vs 7.3%) y fue significativamente más alto el consumo en el segundo año después de la CB (9.6%). Ellos encontraron que los pacientes con un consumo regular prequirúrgico de alcohol (menos o igual a dos bebidas por semana), los síntomas de uso de alcohol, uso de drogas de forma recreativas, tabaco, menos apoyo social, genero masculino, son quienes se sometieron a la CB y tuvieron mayor riesgo de síntomas de uso de alcohol en el postquirúrgico. Pero que en general, el incremento del consumo de alcohol ocurre hasta después del primer año del postquirúrgico.¹³

Heinberg et al. resporta un incremento significativo de peso en pacientes con historia de abuso de sustancias por lo menos un año antes de la CB y en el postquirúrgico reaparece a los 6 y 9 meses.¹⁶

Esta información pretende proporcionar una revisión actual de la literatura con respecto al uso del alcohol antes y después de la CB, incluyendo el efecto farmacocinético de la cirugía sobre el metabolismo del alcohol. La literatura reportada generalmente son estudios retrospectivos, con muestras pequeñas, carencia de grupos controles y un índice bajo de respuestas, así como también existen varias definiciones de trastornos por alcohol (alto riesgo vs uso incorrecto vs abuso/dependencia) en la literatura bariátrica.

En 2008, un cuestionario fue aplicado para evaluar la prevalencia del abuso y dependencia de alcohol en una muestra de pacientes bariátricos. Este estudio consistió en 70 cuestionarios y se encontró que el 7.1% de los pacientes tuvieron abuso o dependencia de alcohol antes de la CB, lo cual no cambió en el postquirúrgico. Ellos también tuvieron una muestra pequeña de pacientes que incrementaron la ingesta postquirúrgica. Y concluyeron que menos del 3% de los sujetos con cirugía desarrollaron una dependencia al alcohol.

Otro estudio encontró que aproximadamente del 2 al 6% de las admisiones de abuso de sustancias (incluyendo alcohol y drogas) fueron positivas en la historia de los pacientes con CB. Los pacientes bariátricos reportan mayor consumo de bebidas alcohólicas que los no bariátricos. Los autores concluyen que los pacientes que se someten a la cirugía deberían estar incluidos en programas de adicciones.¹³

Conason et al. realizó otro estudio donde aplicó cuestionarios a 155 pacientes preoperados y una vez más al mes, 3, 6, 12 y 24 meses después de la CB (100 bypass y a 55 pacientes con banda gástrica) y se evaluó el abuso de sustancias.¹⁵ Los pacientes reportaron un incremento significativo en el uso de alcohol más frecuente a los 24 meses después de la cirugía (desde 2.3% inicial a 3.1% a los dos años), y el índice de cuestionarios contestados a los 24 meses fue del 24%.

Más recientemente, Wee et al.¹⁷ realizó una entrevista anual en 541 pacientes con CB, incluyendo aquellos con alto riesgo de uso de alcohol basada en la versión modificada del Test del consumo para identificar trastorno de uso de alcohol al año y dos años, el cual fue del 69% y 63% respectivamente. Al año, el 13% reporta alto riesgo de ingesta de alcohol comparado con el 17% inicial. A los 2 años fueron 13% comparado con el 15% inicial. Y al año y dos años, 7% y 6% respectivamente, reporta nuevamente alto riesgo de consumo de alcohol.

El estudio Swedish Obese Subjects (SOS) dieron seguimiento a 2010 pacientes con CB (68% de gastroplastia vertical en banda, 19% con banda gástrica y 13% de bypass gástrico) y 2037 grupos controles y la idea era investigar si los problemas de alcohol en pacientes con cirugía bariátrica se presentaban a largo plazo (8-22 años).¹⁸ Ellos encontraron que más pacientes (93% del grupo quirúrgico y 96% del grupo control, reportaron bajo riesgo de consumo de alcohol basado en las definiciones del World Health Organization (WHO). Ellos encontraron al comparar con los controles, que los pacientes con gastrectomia vertical en manga y los de bypass gástrico tuvieron un incremento en el diagnóstico de uso de alcohol. Similar a otros estudios mencionados y

también encontraron como factores de riesgo asociados el sexo masculino, el tabaco y el consumo de alcohol previo a la intervención.

Otro estudio from Sweden consistió en 11,115 pacientes con CB (37% bypass gástrico y 63% procedimientos restrictivos) encontraron que a largo plazo, después de 8.6 años posterior a la cirugía, en los pacientes con bypass gástrico se incremento el consumo de alcohol con cuidados hospitalarios u hospitalización comparado con los que tuvieron cirugías restrictivas.¹⁹

El estudio consistió un cuestionario via web que fue diseñado a identificar cambios postquirúrgicos en el uso y efectos del alcohol, de 318 pacientes postquirúrgicos (94% mujeres, 97% bypass gástrico), quienes reportaron el 83% de consumo de alcohol ocasional. La mayoría de los pacientes bariátricos (84%) que consumían al menos una bebida alcohólica a la semana comentaron que ellos fueron mas sensibles a los efectos del alcohol postquirúrgico comparado con el prequirúrgico. Los pacientes reportan percibir cambios en los efectos del alcohol después del bypass gástrico específicamente, el 29% indicó que los efectos del alcohol persisten por un largo periodo de tiempo comparado con el preoperatorio. Sin embargo, muchos (52%) refieren que los efectos del alcohol duran un tiempo mas corto que en el preoperatorio. Algunos pacientes (28%) reportan dificultades en controlar la ingesta de alcohol después del bypass gástrico.¹³

Parikh et al. refiere una correlación entre el consumo de alcohol y el incremento en el peso en el postquirúrgico. Dixon et al, encontró que los pacientes con una ingesta de alcohol mayor a 100 g/ por semana perdio más peso comparado con aquellos que no

ingerían alcohol (50.4% vs 40% de baja del exceso de peso).¹³

Black et al. referido en Parikh M, también reportó una tendencia hacia la pérdida de peso en asociación con el abuso y dependencia de alcohol. A diferencia de otro estudio de 80 pacientes con bypass gástrico encuentran un mayor porcentaje del incremento de peso a los dos años y estos pacientes habían recibido tratamiento previo a la CB para el abuso de sustancias. Ellos concluyen que la historia de abuso de sustancias o el haber recibido un tratamiento para abuso de sustancias previo, no debería ser una contraindicación a una CB y quizá se pudiera pronosticar de manera favorable por haber estado en tratamiento previo y haber controlado la “adicción”. Por lo tanto se pensó que los pacientes que tuvieron éxito en el cese en el uso de alcohol o drogas con tratamientos previos, se pensaría que tendrían mejores resultados, ya que nos dan una historia de éxito y un cambio de actitud en el pasado, lo cual al parecer no fue así.¹³

Por otro lado, se ha visto que hay una acelerada absorción del alcohol, una concentración de alcohol más alta y mas tiempo de eliminación después del bypass gástrico en ambos sexos,^{6,10,13,18}. Estos autores concluyen que los pacientes con manga gástrica y banda gástrica no tienen el metabolismo alterado en comparación con los pacientes con bypass gástrico.¹²

Svensson P et al.¹⁸ también reporta como factores de riesgo el sexo masculino, el consumo de alcohol previo a la cirugía y el ser fumadores de tabaco, estos incrementan

la posibilidad del tener un diagnóstico de uso o abuso de alcohol postquirúrgico. Estos resultados fueron también hallados en el estudio de King et al, quienes además de estos factores de riesgo reportan también la edad, el uso de alcohol prequirúrgico y el uso de drogas recreativas. Para los pacientes con cirugía bariátrica el diagnóstico de uso de alcohol puede ser también un gran riesgo de deficiencias nutrimentales y reganancia de peso.⁷

Desde el punto de vista conductual se ha visto que el paciente reemplaza sus conductas de comer en exceso por otras adicciones, tales como: a) Alcohol o drogas, b) Conductas de juego patológicas, c) Ejercicio excesivo y d) Compras compulsivas.

Y se percibe que no hay una asociación con la pérdida de peso y la conducta reemplazada del paciente.

El reemplazo de las conductas es un factor protector de otras conductas que lo recompensan y que le causan placer. Existe una satisfacción neurobioquímica similar al comida, de satisfacción y placer que se le llama “Síndrome de la deficiencia a la recompensa” (privación de azúcares provoca desbalance en los neurotransmisores similares a los estados de privación de opioides). Es decir, el “Síndrome de la deficiencia a la recompensa” se refiere a la insuficiencia de sentimientos habituales de satisfacción y que serían resultado de una disfunción de ciertas funciones cerebrales relacionadas a la recompensa que involucra a los neurotransmisores principalmente la dopamina y opioides. Y aparece un cambio de adicción a la comida por otras adicciones, a lo que se le llama “transferencia de la adicción”.²⁰

Algunas de las causas reportadas son:

- Personalidades adictivas y dependientes
- Obesos con psicopatología
- El patrón de consumo se relaciona con la aparición significativa de ansiedad asociada a la conducta adictiva
- Trastornos dependencia al alcohol y cocaína
- Problemas psicológicos no resueltos
- Asociación entre los trastornos por atracón y el consumo de alcohol postcirugía.^{6,13}

Generalmente el profesionalista que evalúa antes de la cirugía se enfrenta a;

- Omisión voluntaria por parte del paciente del uso habitual de alcohol o drogas durante la evaluación prequirúrgica
- Generalmente “no existe” el trastorno de uso de alcohol o drogas activo en el prequirúrgico
- Conducta esperada en personas con trastornos por dependencia
- El paciente obeso tiende a negar o minimizar su consumo

Por tal situación es recomendable que haya sesiones psicoeducativas con respecto al uso de sustancias, profesionales especialistas en adicciones que formen parte del grupo multidisciplinario, incluir alguna prueba o cuestionario que mida adicciones, counseling pre y post y mayor información asociada al riesgo del uso de sustancias después de la CB.

Conclusiones

- a) Pacientes sometidos a bypass gástrico deberían estar más informados y educados respecto a la ingesta de alcohol, antes y después de la CB.¹³
- b) Un trastorno de uso de alcohol activo debe ser considerado una contraindicación para la mayoría de los programas de CB e incluirlo está restricción en las guías existentes.²²
- c) Una adecuada evaluación y preparación psicológica preoperatoria ayudará a disminuir el riesgo de un trastorno de uso de alcohol en pacientes con CB.²³
- d) Un periodo de abstinencia con tratamiento para adicciones debería ser indicado antes de la CB.¹³
- e) Los pacientes deberán hacer conciencia que el trastorno de uso de alcohol puede ocurrir a largo plazo después de una CB.¹³
- f) Es importante involucrar a la familia y/o pareja en el pre y post quirúrgico.
- g) Reevaluar los aspectos psicopatológicos y eventos de la vida en cuanto a las recaídas al alcohol en el pre y postquirúrgico.

Referencias bibliográficas

1. Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med*; 357:741-752, 2007.
2. Carlsson LM, Peltonen M, Ahlin S, et al. Bariatric surgery and prevention of type 2 diabetes in Swedish obese subjects. *N Engl J Med*;367:695-704, 2012.
3. Sjostrom L, Peltonen M, Jacobson P, et al. Bariatric surgery and long-term cardio-vascular events. *JAMA*;307:56-65, 2012.
4. Sjostrom L, Gummesson A, Sjostrom CD, et al. Effects of bariatric surgery

- on cancer incidence in obese patients in Sweden (Swedish Obese Subjects Study): a prospective, controlled intervention trial. *Lancet Oncol*;10:653-662, 2009.
5. Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med*;357:753-761, 2007.
 6. Kalarchain MA, Marcus MD, Levine MD, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*, 164(2):328-334,2007.
 7. King WC, Chen JY, Mitchell JE, et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *JAMA*;307:2516-2525, 2012.
 8. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol use disorder: a comparison between DSM IV and DSM V. NIH. Publications 13-7999. July 2015 (cited 2015 Oct 27. Available at <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.pdf>
 9. Hagedorn JC, Encarnacion B, Brat GA, Morton JM. Does gastric bypass alter alcohol metabolism? *Surg Obes Relat Dis*; 3:543-548; discussion 8, 2007.
 10. Woodard GA, Downey J, Hernandez-Boussard T, Morton JM. Impaired alcohol metabolism after gastric bypass surgery: a case-crossover trial. *J Am Coll Surg*; 212:209-214, 2011.
 11. Maluenda F, Csendes A, De Aretxabala X, et al. Alcohol absorption modification after a laparoscopic sleeve gastrectomy due to obesity. *Obes Surg*;20:744-748, 2010.
 12. Changchien EM, Woodard GA, Hernandez-Boussard T, Morton JM. Normal alcohol metabolism after gastric banding and sleeve gastrectomy: a case-cross-over trial. *J Am Coll Surg*;215:475-479, 2012.
 13. Parikh M, Johnson J, Ballem N, et al. ASMBS position statement on alcohol use before and after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*;12:2. February. 225-230, 2016.
 14. Davis JF, Schurdak JD, Magrisso IJ, et al. Gastric bypass surgery attenuates ethanol consumption in ethanol-preferring rats. *Biol Psychiatry*;72:354-360, 2012.

15. Conason A, Teixeira J, Hsu CH, Puma L, Knafo D, Geliebter A. Substance use following bariatric weight loss surgery. *Arch Surg* 2012 Oct 15:1-6. doi: 10.1001/2013.jamasurg.265. [Epub ahead of print].
16. Heinberg IJ, Ashton K. History of substances abuse relates to improved postbariatric body mass index outcomes. *Surg Obes Relat*, 6(4):417-421, 2010.
17. Wee CC, Mukamal KJ, Huskey KW, et al. High-risk alcohol use after weight loss surgery. *Surg Obes Relat*, 10(3):508-513, 2014.
18. Svensson P, Anveden A, Romeo S, et al. Alcohol Consumption and Alcohol Problems After Bariatric Surgery in the Swedish Obese Subjects Study *Obesity* 21, 2444-2451, 2013.
19. Ostlund M, Backman O, Marsk R, et al. Increased admission for alcohol dependence after gastric bypass surgery compared with restrictive bariatric surgery. *JAMA Surg*. 148(4):374-377, 2013.
20. Blum K, Bailey J, González A. Neuro-Genetics of Reward Deficiency Syndrome (RDS) as the Root Cause of “Addiction Transfer”: A New Phenomenon Common after Bariatric Surgery. *J Genet Syndr Gene Ther*. Dec 23:(1): S2-001, 2012.
21. Quevedo Y, Kirsten K, Ponce de León C, Fernández A. Cambio en el patrón de consumo de sustancias posterior a cirugía bariátrica: presentación de un caso clínico. *Rev Med Chile* 143:116-119, 2015.
22. Mechanick JI, Ypudim A, Jones DB, et al. Clinical practice guidelines for the preoperative 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 and Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis*; 9(2):159-191, 2013.
23. Heinberg IJ, Ashton K, Coughlin J. Alcohol and bariatric surgery review and suggested recommendations for assesment and management. *Surg Obes Relat*, 8(3):357-363, 2012.

Capítulo 8

Especificidades grupales en el abordaje del paciente bariátrico

Silvia Ghione*

Germán Debeljuh**

*Hospital Español de la Ciudad de Rosario, Argentina

**Coordinador del Centro de Cirugía Bariátrica
Pergamino, Argentina

Los abordajes grupales en cirugía bariátrica tienen una historia muy reciente. Una de las razones por las que se dio inicio al trabajo grupal con los pacientes bariátricos en la mayoría de los hospitales públicos y las instituciones privadas, es la necesidad de responder a una amplia demanda de pacientes y aumentar la oferta de herramientas psicoterapéuticas, especialmente ante una patología sumamente compleja como es el caso de la obesidad y algunas enfermedades metabólicas, como la diabetes.

El tratamiento de la obesidad requiere de un modo de concebir la enfermedad que no es el “tradicional” en donde, supuestamente, se aborda “terapéuticamente” al ser humano fraccionándolo en componentes físicos - psíquicos - sociales; y los déficit de ésta falencia son una de las razones por la que actualmente se está trabajando en equipos interdisciplinarios en un claro intento de atender de manera integral esta enfermedad.

La obesidad es una enfermedad que pone, permanentemente, en jaque a las teorías clásicas para su abordaje, sean estas puramente médicas o psicológicas; sus grados de eficacia y eficiencia están permanentemente en discusión, incluso con el indudable beneficio de la cirugía bariátrica. De allí que, algunos autores, consideran la cirugía

bariátrica como *“una solución imperfecta para una enfermedad incurable, la obesidad mórbida”*.¹

Los objetivos fundamentales que se persiguen con la indicación de una cirugía bariátrica son: reducir el peso patológico y mantenerlo en el tiempo, curar o mejorar las comorbilidades, y aportar elementos para una mejor calidad de vida.¹ A través de los abordajes terapéuticos más frecuentes, como los planes dietarios o los programas basados en cambios en el estilo de vida, se estima que, entre los dos y cinco años, del 80% al 95% de los pacientes, vuelve a su peso inicial o, incluso lo supera, siendo, por consiguiente, muy alto el porcentaje de fracasos.²

Es necesario, por lo tanto, ofrecer un abordaje terapéutico lo más completo posible, teniendo en cuenta la complejidad intrínseca de esta enfermedad. No renegar de esta característica es un posicionamiento propio del llamado “pensamiento complejo” propuesto por filósofo y sociólogo francés Edgar Morin,² para quién el estudio de la experiencia humana ha de ser, por necesidad, multifacético. Este posicionamiento, frente a los fenómenos científicos en general, no es monista ni dualista, sino **interactivo**, lo que permite construir categorías como: “autonomía ligada”, “sujeto entramado”, “contextos activos”, “redes dinámicas”.

Desde esta perspectiva no se puede pensar en **la causa** de una enfermedad, puesto que es imposible aislar factores. Tampoco podríamos hablar de “la naturaleza humana”, independientemente de la cultura, o hablar de una “biología” separada de las formas de vida. El cuerpo físico no existe independientemente del afectivo o del social, estas

categorías son abstracciones operativas, pero que, en algunos momentos, también es necesario reunir las.²

En este sentido se valoriza la importancia de los dispositivos grupales en el trabajo con pacientes bariátricos, en donde puede visibilizarse claramente la noción de *integración e interacción*. Por lo tanto, el trabajo grupal es una herramienta muy importante, tanto en la fase de preparación pre quirúrgica como en el período post operatorio.

Existe gran evidencia sobre los efectos favorables que tienen los abordajes grupales, en diversas patologías orgánicas como, por ejemplo, ciertos tipos de cáncer o enfermedades crónicas. El departamento de medicina psicosomática de Heidelberg, estableció un programa de intervención ambulatoria grupal para pacientes severamente obesos con trastornos afectivos, de ansiedad y/o trastornos de la alimentación incapaces de tomar decisiones claras para acceder a un programa de pérdida de peso más intensa o para decidir someterse a una cirugía bariátrica. Wild, et al.² concluyeron que, efectivamente este programa de modalidad grupal, podía ser efectivo en pacientes con esas características, pudiendo alcanzar la toma de decisiones y, especialmente, iniciar tratamientos para la obesidad.

Específicamente en lo concerniente a pacientes bariátricos, Hildebrandt² ya en el año 1998 efectuó un estudio sobre los efectos de la participación en grupos de apoyo de pacientes bariátricos operados de bypass gástrico. Observó que los pacientes que recibieron terapia de grupo, como complemento al programa individual, perdieron más peso que los que no acudieron a las sesiones de grupo de forma regular. Esta conclusión es coincidente con la apreciación clínica de muchos de los profesionales de la salud mental que trabajan con grupos de pacientes bariátricos.

1. La intervención grupal en la etapa prequirúrgica

Respecto a la labor durante el período previo a la intervención bariátrica, los grupos no sólo brindan un espacio de contención e intercambio. Aportan la sensación de “no estar sólo”, “no ser el caso raro”, y le ofrece un sentido de pertenencia, que le permite jerarquizar los lazos sociales, disminuir posibles angustias y brinda mayor seguridad. A su vez, se trabaja sobre los aspectos emocionales y nutricionales que hay que modificar para la cirugía. También, se provee de esclarecimiento sobre mitos o fantasías respecto a la cirugía y las expectativas reales, colaborando con la toma de decisiones sobre la intervención, la técnica y el tiempo singular para llevarla a cabo.

El compartir experiencia e intercambiar recursos colabora con la adquisición de hábitos saludables (alimentarios y ejercicios físicos), la resolución de problemas y el autocuidado. La participación de los pacientes en los grupos pre quirúrgicos colabora para lograr una mayor adherencia en el tratamiento interdisciplinario tanto en esta etapa de preparación como en el sostenimiento en la etapa postquirúrgica.

Wadden, et al.,² en una publicación sobre el estado psicosocial y conductual de pacientes sometidos a cirugía bariátrica, refieren que, los individuos extremadamente obesos, son más vulnerables a la depresión, aunque no están claros los factores responsables de esta susceptibilidad. Estiman que, entre esos factores contribuyentes, pueden incluirse: el prejuicio y la discriminación relacionados con el peso a los que están sometidos los individuos gravemente obesos, más la presencia de dolores corporales.

Estos autores observan que el estado psiquiátrico varía enormemente entre personas que quieren someterse a cirugía bariátrica. Una mayoría tiene, básicamente, un funcionamiento psicosocial normal; sin embargo, aproximadamente del 25 al 30% de los pacientes tiene

síntomas clínicamente significativos de depresión en el momento de realizar la evaluación pre quirúrgica.

El impacto social en los pacientes bariátricos ha sido abordado por Sutton, Murphy y Raines² quienes estudiaron el comportamiento de secretismo o no divulgación de personas que se someten a cirugía bariátrica. Este proceder respondería a una larga historia de estigmatización y discriminación de la que son víctimas la mayoría de los obesos y que aparejaría consecuencias negativas en el proceso post quirúrgico al no contar con una **red social de contención y apoyo**. Observaron, a su vez, que muchas personas del entorno de los pacientes obesos consideraban la cirugía bariátrica como una opción facilista, por parte de los enfermos, razón por la cual, no resultaban acompañantes adecuados para el proceso de recuperación.

El sufrimiento psíquico o moral de estos pacientes responde, además de lo mencionado anteriormente, a elementos específicos de la esfera social: la mayoría se sienten discriminados, son víctimas de burlas y prejuicios, no encuentran ropa de su talla, no pueden acceder a ciertos lugares públicos por impedimentos físicos, como por ejemplo, butacas de cine, avión, etc. Las consecuencias de este padecimiento y la exposición casi permanente a un ambiente hostil y discriminatorio impregnan negativamente las relaciones individuales y sociales.

Por lo expuesto, es imprescindible contemplar de modo **específico** el factor social–vincular y, para ello, el trabajo con dispositivos grupales es de suma utilidad, pues el grupo es un recurso apropiado para trabajar estas problemáticas. En esta etapa previa, es necesario evaluar la red vincular y social de apoyo de nuestros pacientes; en muchos casos nos encontramos que está seriamente deteriorada.

Entendemos como **red vincular** (RV) a la presencia e interiorización de relaciones significativas que se traducen en una percepción subjetiva de sostén y/o de estrés de magnitudes variables. El concepto de **apoyo** incluye tener, tanto, a quién recurrir como a quién pensar, para sentirse reconfortado apoyado o motivado. El concepto de **estrés** incluye, tanto, los vínculos hostiles, exigentes o confusos como la sensación de no tener a quién recurrir, explica Zukerfeld.²

Esta definición permite entrever la importancia del intercambio como generador de apoyo o perturbación, y la existencia de una trama intersubjetiva que ofrece, también, distintos modelos de identificación. La presencia o ausencia de RV en la que se incluyen vínculos familiares (originarios y adquiridos) y extra familiares y especialmente, su característica (sostenedora o estresante) se considera de gran importancia para: a) la regulación del autoestima y de la identidad, b) la elaboración de duelos, c) la construcción de valores y proyectos vitales, d) el afrontamiento de situaciones traumáticas. Como podemos ver en nuestros pacientes los puntos a, b y c se encontrarán seriamente comprometidos en la etapa postquirúrgica.

La evaluación y abordaje del paciente bariátrico conlleva el enfoque psicosocial. Es sabido que factores como: discriminación, depresión, aislamiento, frustración, trastornos de la imagen corporal o alimentarios, etc., conforman un mosaico de problemáticas donde las causas y los efectos se entremezclan. El poder terapéutico del grupo proviene justamente de la importancia que tienen las relaciones interpersonales.

2. Dispositivos de abordajes grupales

Los grupos de apoyo son herramientas terapéuticas que deben estar integradas en los

programas de cirugía de la obesidad. Pero existen diferentes dispositivos para el abordaje grupal de pacientes bariátricos, tanto para la etapa previa como post quirúrgica. En términos generales, los abordajes grupales son **homogéneos** en cuanto a la problemática, en este caso la obesidad y la cirugía bariátrica como recurso, pero **heterogéneos** en su composición, ya que no se tienen en cuenta otras características como la personalidad o el sexo. Suelen ser abiertos y es necesario que se sostengan en el tiempo.

Dentro de las estrategias de abordaje grupal, consideramos importante distinguir:

- Taller psicoeducativo
- Psicoterapia de grupo
- Grupo de auto ayuda

La modalidad de **taller psicoeducativo** permite brindar atención y apoyo a los pacientes que están comenzando el tratamiento como, así también, a los que ya se operaron. El taller psicoeducativo tiene la ventaja de permitir la asistencia, en forma simultánea, a una gran cantidad de participantes. Pese a que no es un objetivo explícito, en algunas ocasiones el taller psicoeducativo, puede proveer recursos afectivos y movilizar aspectos subjetivos. Esta modalidad no excluye el trabajo psicoterapéutico individual ni grupal.

Al referirnos a la psicoeducación ponemos el acento, en mayor medida, al factor **transmisión e intercambio de información** y el apoyo emocional. Se aplica, generalmente, a pacientes que están atravesando algún problema de salud orgánico. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta, se refuerzan sus recursos y habilidades para que pueda contribuir con su propia salud y bienestar. La teoría es: *entre mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición y afrontarla, deja de sentirse impotente ante su padecimiento.*

La palabra taller proviene del francés “atelier” que significa estudio, obrador, obraje y sus inicios se remontan a la edad media a partir de los gremios de artesanos, en que se consideraba al taller como un lugar de trabajo y aprendizaje. Algunas características constitutivas de un taller son:

- Se busca la cohesión e interacción en los participantes, propiciando seguridad y confianza, y permitiendo que los miembros dispongan de más oportunidades y tiempo para intervenir.
- Una valoración por la participación activa de los miembros.
- Una integración de las experiencias personales de cada participante en el proceso de enseñanza-aprendizaje
- Una intencionalidad operativa, es decir que, se pugna para que los aprendizajes adquiridos tengan una influencia en la acción de los propios miembros del taller.

Los talleres psicoeducativos posibilitan en los pacientes:

- ✓ Desarrollar la capacidad de decisión y control sobre la enfermedad.
- ✓ Desarrollar habilidades para la socialización.
- ✓ Trascender los conceptos médicos de enfermedad, a través de su complemento positivo, la salud. Se buscará conocer, aprovechar y fortalecer los aspectos sanos de los pacientes.
- ✓ Mejorar la calidad de vida. Se buscará desarrollar estilos de vida que puedan mantener y mejorar el estado de bienestar.

- ✓ Empowerment: dotación de poder o fortalecimiento, se privilegia la horizontalidad para que cada uno adquiriera la responsabilidad de controlar la propia vida y el entorno social cercano, comprometiéndose con el taller.
- ✓ Prevención: actuando “antes de” y “hacia delante”, desde la causa u origen, no desde la consecuencia o resultado.

Es decir que es substancial trabajar la noción de conducción y responsabilidad del paciente sobre sus propias necesidades de salud, buscando activamente estrategias para identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y modificar o adaptarse activamente al medio ambiente.

La razón por la cual, algunos pacientes se benefician más con este tipo de talleres es la siguiente: en un taller la información es aportada de diferentes maneras y por los diferentes miembros no sólo por el coordinador, las posibilidades transferenciales son múltiples (la modalidad cara a cara además desalienta la regresión), el material no es sólo teórico sino experiencial y, todo ello, abre el abanico de situaciones de aprendizaje aportando nuevos sentidos. Se logra ensanchar el punto de vista del paciente acerca de su enfermedad, generando cambios positivos y disminuyendo el riesgo de recaídas.

El coordinador ofrece actividades a los miembros del taller que permiten contrastar unas ideas o creencias con otras, buscando -en caso de ser necesario- cambiar los conocimientos de partida. Además, es importante que se pueda ofrecer la posibilidad para poner en práctica lo aprendido y así consolidarlo; e ir chequeando encuentro tras encuentro los logros.

En muchos casos, la posibilidad de convocar a participar de los grupos a pacientes en distintas etapas del tratamiento, resulta sumamente provechoso tanto para los que se están

preparando como para los que pasaron por la cirugía y pueden contar su experiencia.

En general, la psicoeducación tiene, en sus premisas, una noción de aprendizaje que es **experiencial**, es decir, que se propugna por un aprendizaje "auténtico", que trasciende la acumulación de conocimientos. Es un aprendizaje que provoca un cambio en la conducta del individuo, en las acciones que escoge para el futuro, en sus actitudes y en su personalidad. En síntesis: la psicoeducación no se limita a una simple recolección de saber, sino que se infiltra en cada parte de la existencia.

La **psicoterapia de grupo** es una forma especial de terapia en la cual se trabaja con un grupo reducido, guiado por un/a psicoterapeuta profesional, para ayudarse individualmente y mutuamente. Se ha demostrado a base de estudios científicos que la psicoterapia de grupo es tan eficaz como la individual, a veces, aún más. Tratándose de los que padecen de enfermedades médicas crónicas, se ha visto que la terapia de grupo ayuda al paciente a enfrentar su situación más objetivamente y mejora la calidad de su vida.²

Entre las personas que obtienen mayores beneficios con esta modalidad psicoterapéutica se encuentran aquellas que:

- Poseen dificultades en las relaciones con otras personas
- El impacto de las enfermedades crónicas o de gravedad
- La depresión y la ansiedad
- Las pérdidas
- Los traumas
- Problemas de transición cultural
- Trastornos de la personalidad
- Problemas de adicción
- Otros

Sluzki aclara que: *“Una red social personal robusta posee un efecto protector de la salud: se asocia positivamente con menos enfermedades, una convalecencia mas rápida y aun la probabilidad de una vida más prolongada. Con todo, las intervenciones clínicas que estimulan la expansión de la red social utilizadas en pacientes que sufren enfermedades graves mejoran su calidad de vida”*.²

Uno de los psicoterapeutas más reconocidos en materia de psicoterapia grupal, Irvin Yalom¹, menciona la existencia de once factores terapéuticos o curativos en los grupos. Para los fines del presente capítulo, señalamos los que consideramos más significativos:

- La importancia de observar la mejoría o recuperación de otros miembros del grupo, así como los diferentes modos y velocidades para alcanzar el descenso de peso (compañeros que bajan rápido o que tienen períodos de estancamiento).
- La sensación de alivio cuando se dan cuenta que no se encuentran solos con sus problemas, que son muchas las personas que deciden encarar una cirugía bariátrica, que los procesos que experimenta son los mismos o similares a los de otros pacientes. Por ejemplo: tolerar la dieta líquida, sentirse comprendidos ante algunas dificultades como la de incorporar nuevos hábitos o ciertas dificultades para regular el volumen de la ingesta, luego de la cirugía. Los participantes aprenden que hay personas con problemas similares, pero que también existen otros que pueden dominarlos.
- El incremento de la autovaloración o autoestima al sentir que sus experiencias y testimonios son útiles para otros miembro. A la vez, el trabajo grupal permite imitar o copiar conductas saludables de otros compañeros.
- El grupo conforma una matriz social donde los pacientes aprenden *con y de* los demás, pueden experimentan y expresar sus afectos, a la par que son aceptados. Las

experiencias negativas, de discriminación o rechazo pueden reelaborarse, puesto que, lo que cura no es la relación terapeuta y paciente únicamente, sino, también, la del paciente con el grupo.

Los denominados **grupos de autoayuda** comparten algunas características con los talleres o grupos terapéuticos, pero difieren en el hecho de que suelen ser igualitarios, en términos de constituirse en un grupo de personas que se unen para hacer frente a un problema común. Se auto proveen de apoyo emocional y social al compartir las experiencias e intercambiar recursos.

La eficacia de estos grupos en algunos casos es indiscutible pero presentan algunos riesgos. La denominación de *autoayuda* debería ampliarse bajo la categoría de mutua ayuda, haciendo especial hincapié en la riqueza vincular del encuentro, dejando de lado la rotulación con el problema común que aqueja a los integrantes de los grupos. Es muy importante que los grupos realicen una revisión periódica de los principios generales y no se cierren sobre sí mismos generando dependencias patológicas o como, dice Zukerfeld, convirtiéndose en *sectas*. Y es importante, también, el intercambio periódico con algún profesional de la salud para chequear la veracidad de la información que circula, a fin de evitar transmisiones erróneas que pudieran reproducir o generar conductas perniciosas.

El trabajo terapéutico con grupos permite incorporar la experiencia de sentirse y percibirse cuidado por los demás pacientes bariátricos con obesidad mórbida u otras enfermedades y, a la vez, descubrir las propias capacidades para cuidar de sí mismo y de los demás.

3. Los grupos en el período postoperatorio

Como se hacía referencia al inicio de este capítulo, los tratamientos “tradicionales” no

alcanza para resolver la obesidad, ni la cirugía brinda garantías de solución de esta problemática. Son herramientas que, bien utilizadas por los pacientes, pueden permitir el sostenimiento de los logros obtenidos luego de una cirugía.

Por otro lado, Papapietro aclara que *“los estudios con seguimiento de largo plazo muestran que, un porcentaje importante de pacientes operados, regana peso, lo que se observa, más frecuentemente, entre el tercer y sexto año postoperatorio”*³ y menciona que los **aspectos psicológicos** son los principales factores de riesgo y la razón por la que algunos pacientes vuelven a engordar.

Los abordajes grupales permiten, en la mayoría de los casos, que los pacientes sigan trabajando los aspectos psicológicos, nutricionales, el control del peso, e incluso cuestiones sociales, a lo largo del tiempo. Si bien, pueden concurrir a los grupos o talleres con pacientes que estén iniciando el tratamiento como para aportar sus experiencias, es importante que cuenten con espacios grupales integrados solamente por pacientes operados.

Los grupos de apoyo post quirúrgicos ofrecen una oportunidad para discutir problemas comunes, esfuerzos y éxitos. Para que se pueda lograr cambios en la conducta de los pacientes, es necesario que se acuerden condiciones mínimas de encuadre como un tiempo y un espacio determinado, compromiso de confidencialidad, y objetivos comunes que permitan pasar de la simple serialidad a la conformación de un **grupo**. Precisamente, en el grupo es donde se sucede la compleja trama de identificaciones y proyecciones, tanto en la interacción de paciente-paciente como paciente-terapeuta.

Para muchos pacientes, la cirugía bariátrica es vivida como un *“volver a nacer”*, que le permite realizar actividades y proyectos que hasta ese momento estaban vedadas para

ellos. Los grupos se ofrecen como un “espacio transicional”, haciendo referencia acuñado por Winnicott, que permiten obtener un espacio de confianza y seguridad, para el despliegue de las propias potencialidades y las del mismo grupo.

Algunas temáticas a trabajar son: los cambios en la imagen corporal, la adaptación a las nuevas sensaciones, el aprendizaje de estrategias para el sostenimiento de los hábitos, el vínculo emocional con la comida, las “recaídas” con el aumento de peso o situaciones de descontrol, las relaciones vinculares y las miradas de los demás, entre otros.

Como conclusión, podríamos decir que, independientemente de que se trabaje con la modalidad de autogestión, o psicoterapia grupal o con el formato de talleres, los **dispositivos grupales** posibilitan, de un modo especial, jerarquizar los lazos sociales y redescubrir la solidaridad como valor no sólo terapéutico sino ético, en un contexto caracterizado por la tendencia a la exclusión social y el incremento del individualismo.

Los dispositivos grupales son un espacio que resulta indispensable como estrategia para lograr mayores resultados en los pacientes que se someten a una cirugía bariátrica, y es un momento para el desarrollo de sus propias potencialidades, descubriendo, incluso, nuevas oportunidades y nuevos desafíos.

Referencias bibliográficas

1. Consenso en Cirugía Bariátrica llevada a cabo en el mes de septiembre del año 2009 en la Asociación Argentina de Cirugía. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
2. Vinogradov S., Yalom. I. Guía breve de psicoterapia de grupo. Editorial Paidós. 1996.1ª Ed. Barcelona, España.
3. Papapietro, K.: Reganancia de peso después de la cirugía. Rev. Chilena de Cirugía.Vol. 64 - N°. 1, Febrero 2012; pp. 83-87.

Artículos relacionados

1. González-González, Sanz-Álvarez & García Bernardo. La obesidad en la historia de la cirugía. [versión electrónica] Cirugía Española, vol.84: No.4 188-195. Obtenido el 18 de Julio de 2012 en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/cirugia-espa%C3%B1ola-36/la-obesidad-historia-cirugia-13126894-articulo-especial-2008>.
2. Consenso en Cirugía Bariátrica llevada a cabo en el mes de septiembre del año 2009 en la Asociación Argentina de Cirugía. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
3. Hernández González, M., et. al. Revisión del protocolo de cirugía bariátrica desde el ámbito de la salud mental: un análisis crítico. 13° Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012. Recuperado el 2 de julio de 2012 de www.interpsiquis.com.
4. Edgar Morin. Introducción al Pensamiento Complejo. 1986. Obtenido el 22/04/20013 de www.edgarmorin.org.
5. Najmanovich. D. Mirar con nuevos ojos. Editorial Biblios. 2008.1ª ed. Argentina.
6. [Beate Wild](#), [Wolfgang Herzog](#), [Daniela Wesche](#), [Dorothea Niehoff](#), [Beat Müller](#), [Bernhard Hain](#): Development of a Group Therapy to Enhance Treatment Motivation and Decision Making in Severely Obese Patients with a Comorbid Mental Disorder. [Obes Surg](#). May 2011, Volume 21, [5](#), pp 588-594.
7. [Hildebrandt SE.](#): Effects of participation in bariatric support group after Roux-en-Y gastric bypass. [Obes Surg](#). 1998 Oct; 8(5):pp.535-42.
8. Thomas A. Wadden, David B. Sarwer, Anthony N. Fabricatore; LaShanda Jones; Rebecca Stack y Noel S. Williams: Estado psicossocial y conductual de pacientes sometidos a cirugía bariátrica: qué se puede esperar antes y después de la cirugía. Med. Clin. N Am 91, 2007, pp. 451–469.
9. Sutton, D, Murphy, N., & Raines, D. [I've Got a Secret: Nondisclosure in Persons Who Undergo Bariatric Surgery](#). [versión electrónica] Bariatric Times. Febrero, 2009. Obtenido el 14 de junio de 2012 de <http://www.bariatrictimes.com/2009/02>.
10. [Zukerfeld, R.](#) Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión. Revista de experiencias clínicas y neurociencias – Vol. X- Nº. 36, Junio, Julio y Agosto. Editorial Polemos, Argentina, 1999.
11. American Group Psychotherapy Association. www.agpa.org.
12. Sluzki, Carlos E.: Terapias grupales, red social personal y salud: Un área novedosa de investigación. Revista: FORUM Año: 2012 Fasc.: 5 pp.14.

13. Vinogradov S., Yalom. I. Guía breve de psicoterapia de grupo. Editorial Paidós. 1996. 1ª ed. Barcelona, España.
14. Papapietro, K.: Reganancia de peso después de la cirugía. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 64 - N°. 1, Febrero 2012; pp. 83-87.

Curriculum vitae de los autores

Capítulo 1

Psic. Aída R. Marcondes Franqués (Brasil)

Psicóloga graduada en la Pontificia Universidad Católica de Campinas, especializada en Psicología Clínica, con formación en Análisis Transaccional. Se desempeña como psicoterapeuta en su consultorio particular y como psicóloga del equipo del Instituto Garrido de Cirugía de la Obesidad (São Paulo). Coordinadora y Profesora de los Cursos para Psicólogos del Centro de Estudios y Capacitación del Instituto Garrido (CETIG). Experiencia en la atención de adolescentes y adultos en el área de psicología de la obesidad (desde 1982) y de cirugía bariátrica (desde 1996). Miembro de la Asociación Brasileña para el Estudio de la Obesidad (ABESO). Miembro de la Sociedad Brasileña de Cirugía Bariátrica y Metabólica (SBCBM). Presidente de la Comisión de Especialidades Asociadas (COESAS), de la SBCBM, gestión 2007/ 2008 y Vicepresidente en la gestión 2009/2010 y 2012/2012. Actual coordinadora de la Subcomisión de Psicología de COESAS. aidafranques@gmail.com

Psic. Carmen Benedetti (Brasil)

Graduada en Psicología en la Pontificia Universidad Católica de São Paulo (1990), formada en Psicodrama en la Escuela Paulista de Psicodrama, con maestría en Psicología (Psicología Clínica) en la Pontificia Universidad Católica de São Paulo (2001) y doctorado en Ciencias de la Salud en la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo (2006). Actualmente es psicóloga clínica en su consultorio particular y psicóloga del equipo multiprofesional y coordinadora de proyectos educativos del Estudio Bogari Diseño y Producción Editorial. Actuó como psicóloga en el Centro de Diabetes del Hospital Sirio Libanés y como profesora invitada del Curso de Especialización en Psicología Hospitalaria de la Santa Casa de São Paulo. Tiene experiencia en el área de Psicología, actuando principalmente como psicoterapeuta de adolescentes, adultos, parejas y familia y con psicología de la obesidad y de los trastornos alimentarios, cirugía de la obesidad, adelgazamiento y diabetes. cabenedetti@hotmail.com

Capítulo 2

Psic. Marcia S. Marqués (Brasil)

Graduada en Psicología por la Universidad Católica de Pelotas (UCPEL)- Rio Grande del Sur, Brasil, 1982. Pos Graduada en Teoría Psicoanalítica y sus Aplicaciones Terapéuticas por la Sociedad Científica Sigmund Freud, 1990. Especializada en Psicología Aplicada a la Cirugía Bariátrica (CETIG – Centro de Estudios y Entrenamiento del Instituto Garrido) – en Sao Paulo, 2006 y 2007. Psicoterapeuta desde 1983. Evaluación, acompañamiento pre, trans y pos operatorio y psicoterapia de pacientes obesos y obesos mórbidos para el equipo quirúrgica y endoscópica de la GASTROCLINICA CASCAVEL desde 2001. Miembro Especialidades Asociadas de la Sociedad Brasileña de Cirugía Bariátrica y Metabólica (SBCBM). Miembro oficial de la IFSO ((International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders). Miembro de la Asociación de Psicología Bariátrica de Latinoamérica. Miembro del Consenso Latinoamericano de Psicología en Cirugía Bariátrica. Diplomada en Psicología bariátrica por el IIECS – México. Coautora del libro “Nuevos cuerpos, nuevas realidades: reflexiones sobre el pos operatorio de la cirugía de la

obesidad” organizado por Aída Franques e Maria Salete Loli con el capítulo “La vida afectivo sexual de la mujer después de la cirugía bariátrica”, editora Vetor, 2011 Sao Paulo, Brasil. mmarques1703@gmail.com

Psic. Nórís S. Marqués (Brasil)

Graduada en la Institución Universidad Católica de Pelotas (UCPEL), RS, Brasil, 1981. Especialización en Filosofía y Psicoanálisis por la Universidad Estatal del Oeste del Paraná (UNIOESTE), PR, Brasil, 2002. Pos graduada en Auditoria en Sistemas de Salud por la Asociación Educacional del Valle del Itajai-Mirim (FAVIM), PR, Brasil, 2011. Curso en Psicología Aplicada a la Cirugía Bariátrica/ 13º Curso de Entrenamiento en Cirugía Bariátrica (CETIG-Centro de Estudios y Entrenamiento del Instituto Garrido), SP, Brasil, 2006. Miembro de Especialidades Asociadas – COESAS/SBCBM. Actuando en psicología clínica Psicoterapia Clínica con adultos, adolescentes y parejas desde 1982. Psicología con atendimento clínico, ambulatorio, individual y de grupos en pacientes con obesidad mórbida, pre y pos quirúrgico en el SUS en el Centro Regional de Especialidades (CRE/CISOP) de Cascavel, PR, Brasil. norismarques@hotmail.com

Capítulo 3

Psic. María Sylvia Gimeno Moure (Argentina)

Lic. Em Psicología Universidad Nacional de La Plata. Especializada en Aspectos Psicologicos en Obesidad, Universidad Favaloro. Especializada en Conducta Alimentaria Humana, Universidad de Favaloro. Diplomado en Psicología Bariátrica del Hospital Ángeles del Pedregal en México. Miembro Fundador y Coordinadora grupo de Psicólogos en Cirugía de la Obesidad Argentina. Coordinadora Consenso Argentino de Psicología Bariátrica. Coordinadora Consenso Latinoamericano Psicología Bariátrica - IFSO LAC - Cartagena de Indias 2011. Coordinadora Equipo Interdisciplinario Baros-Hospital Español La Plata-buenos Aires-Argentina. psicgimeno@gmail.com

Lic. Laura Malena Kñallinsky (Argentina)

Licenciada en Psicología, U.N.C. Universidad Nacional de Córdoba, 2001. Diplomatura en Psicología Bariátrica a cargo de Mtra Blanca Ríos, México, 2013. Integrante en el Staff de Psicología de CTOM, Centro de Tratamiento de la Obesidad y Metabólicas a cargo del Dr. Sosa Gallardo y Dr. Simon, hasta la actualidad. Coordinadora de GPCO Argentina, Grupo de Psicólogos en Cirugía de la Obesidad de Argentina. Miembro de SACO, Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad. Miembro de IFSO, International Federation for the Surgery of the Obesity and Metabolic Disorders. lic.laurak@gmail.com

Capítulo 4

Psic. Viviana Lasagni (Argentina)

Psicóloga bariátrica a cargo de la evaluación de postulantes a Cirugía Bariátrica en la Obra Social de Empleados Públicos desde el año 2004 a mayo 2008. Mendoza, Argentina. Integrante del equipo interdisciplinario de la Clínica Quirúrgica de la Obesidad a cargo del Dr. Pablo Omelanzuck desde junio del 2008 y continúa. Equipo de referencia para la formación de grupos multidisciplinarios desde 2010. Coordinadora y docente del curso Introductorio de Psicología Bariátrica, IX Congreso Internacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Mayo de 2011, Mendoza, Argentina. Disertante de múltiples conferencias en distintos congresos de Cirugía Bariátrica Nacionales e Internacionales desde el 2008 a la fecha con publicación de trabajos científicos.

Miembro del Comité Organizador de los distintos Congresos Internacionales de Cirugía Bariátrica y Metabólica en sus ediciones IV, V, VI, VII, VIII y I congreso Intermedio IFSO Cap. Latinoamericano, realizados en la ciudad de Mendoza – Argentina a cargo de la Sesión de Psicología Bariátrica. Docente de la temática de Psicología Bariátrica en la Especialización en Nutrición, Facultad de Ciencia de la Nutrición, Universidad Juan Agustín Maza, Mendoza, Argentina. vivilasagni@hotmail.com

Capítulo 5

Psic. M. Cecilia Barros Aylwin (Chile)

Psicóloga Clínica, Magíster en Psicología de la Salud

Miembro del equipo multidisciplinario del Centro de Tratamiento de la Obesidad de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomada en manejo de trastornos alimentarios y obesidad, Universidad Católica. Miembro del Núcleo de Psicólogos en Cirugía de la Obesidad, NPCO Chile. mcbarroa@uc.cl

Psic. Matias Ríos Erazo (Chile)

Psicólogo de la Universidad de Chile y Magister en Psicología Clínica de la P. Universidad Católica de Chile. Actualmente se desempeña como psicólogo del Centro de Tratamiento de la Obesidad de la P. Universidad Católica de Chile (CTO-UC) y es profesor asistente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. matiasrios@gmail.com

Psic. Valeria Francesetti Millar (Chile)

Psicóloga de la Universidad de Chile y Magíster en Psicología Clínica de la P. Universidad Católica de Chile. Actualmente se desempeña como psicóloga en distintos Centros Médicos de la Red de Salud UC- Christus y en el Hospital Dr. Sótero del Río. franchimillar@gmail.com

Psic. Viviana Assadi Altamirano (Chile)

Psicóloga clínica. Miembro del equipo multidisciplinario de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomada en manejo de trastorno alimentarios y obesidad Universidad Católica. Autora del libro Sin Rollos, Lo que la mente le hace al cuerpo y viceversa. Ediciones B, Chile, 2008. Directora Núcleo de Psicólogos en Cirugía de la Obesidad, NPCO Chile. vassadi@gmail.com

Capítulo 6

Psic. Pamela Dongo Valdés (Perú)

Egresada de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Diplomado en Psicología Bariátrica. Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud - Hospital Ángeles de Pedregal – México. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Psicología Bariátrica. Pasantía Hospital Español La Plata, certificado por el Comité de Docencia e Investigación. La Plata – Argentina. Psicóloga del Equipo Multidisciplinario de la Clínica de Día Avendaño. Lima, Perú. pameladongo@gmail.com

Capítulo 7

Maestra en Psic. Blanca P. Ríos M. (México)

Licenciatura en Psicología, Especialidad en Psicoterapia Focal en pacientes con Trastornos de Personalidad Limítrofe, Especialidad en Terapia Breve y Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia en la Universidad Anáhuac, México Norte. Especialidad en Psicología Clínica Institucional en el depto. de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Docente en el Diplomado de Obesidad. Creadora y coordinadora de los diplomados en bariátrica en Psicología, Nutrición, Acondicionamiento físico y Enfermería on line desde 2010, www.obesity.academy
Autora de los e-book's: Manejo multidisciplinario de la Cirugía bariátrica y metabólica, Integrated Health in Bariatric Surgery y Psicología Bariátrica. Autora de diversos artículos científicos sobre Psicología y obesidad. Coordinadora de equipos multidisciplinarios de la International Federation for surgery of Obesity de Latinoamérica (IFSO-LAC) del 2010-2012. Chairwomen of Integrated Health of IFSO de 2012- 2016. www.blancarios.com/blanca_rios@hotmail.com

Capítulo 8

Psic. Silvia M. Ghione (Argentina)

Psicóloga (U.N.R.). Profesora de Psicología (U.N.R.). Psicodramatista. Jefe de Trabajos Prácticos Concursada en la Cátedra de Psicología Clínica IIB, Fac. de Psicología (U.N.R.), Docente del Centro de Psicodrama Grupal Rosario. Ha trabajado en el Servicio de Psicoprofilaxis Quirúrgica del Hospital Provincial del Centenario de la Ciudad de Rosario y en forma particular en diversos Sanatorios y Clínicas. Es miembro adherente de la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria y del Grupo de Psicólogos en Cirugía de Obesidad. Posee diferentes publicaciones vinculadas a la problemática de la obesidad. Integró las reuniones de Consenso en Cirugía Bariátrica de la Asociación Argentina de Cirugía. Actualmente conforma el Equipo Integral de Obesidad y de Cirugía Bariátrica y Metabólica del Hospital Español de la Ciudad de Rosario, Argentina. Posee diferentes publicaciones vinculadas a la problemática de la obesidad. Integró la primera reunión de Consenso en Cirugía Bariátrica de la Asociación Argentina de Cirugía. silviaghione@hotmail.com

Psic. Germán Debeljuh (Argentina)

Licenciado en Psicología, Universidad Católica Argentina. Orientador Familiar, Universidad Austral. Diplomado en Psicología Bariátrica, U. Anahuac México. Coordinador del Centro de Cirugía Bariátrica Pergamino. Profesor del Instituto San José de Pergamino. Participación en diferentes congresos relacionados con la cirugía bariátrica. Ha sido colaborador académico del Instituto de Ciencias para la Familia y la UCA. Participa en medios de comunicación radiales y televisivos. Ha publicado los libros: "Sexualidad: ¡Hablemos!" (Ediciones Logos. 2011) Manual para los que están en camino. (GRAM 2013). Actualmente es Vice-presidente de la Asociación Argentina de Orientadores Familiares. gdebeljuh@hotmail.com