

Olga FERNÁNDEZ – VELILLA LAPUERTA

¿ES LA PRESENCIA DE UNA PSICOPATOLOGÍA
UNA CONTRAINDICACIÓN TOTAL O PARCIAL PARA
LA CIRUGÍA BARIÁTRICA?

Trabajo Fin de Grado
dirigido por
José Enrique ARMENGOU ORUS
Joan SEGUÍ MONTESINOS

Universitat Abat Oliba CEU
Facultad de Ciencias Sociales
Grado en Psicología

2016

Come poco y cena más poco, que la salud de todo el cuerpo se fragua en la oficina del estómago.

MIGUEL DE CERVANTES

Resumen

La obesidad mórbida representa una patología relevante, tanto por el riesgo cardiovascular como por su asociación a diversas patologías. Entre las enfermedades asociadas a la obesidad se encuentran psicopatologías como los trastornos de la conducta alimentaria, la depresión o la ansiedad. La Cirugía Bariátrica (CB) es considerada actualmente el tratamiento más eficaz en la obesidad mórbida.

Se ha realizado una revisión bibliográfica con la finalidad de definir, concretar y aclarar la epidemiología, las causas y el tratamiento de la obesidad, centrándonos en la CB. El objetivo de este trabajo es, por tanto, en el marco de los criterios de inclusión y exclusión de la CB, abordar si la presencia de patologías psiquiátricas es una contraindicación total o parcial para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Para ello se han observado seis casos clínicos de pacientes con presencia de enfermedad mental y candidatos a CB. Se ha realizado una breve discusión de cada uno de ellos en el ámbito de las indicaciones y contraindicaciones para la intervención.

Resum

L'obesitat mòrbida representa una patologia rellevant, tant pel risc cardiovascular com per la seva associació a diverses patologies. Entre les malalties associades a l'obesitat es troben psicopatologies com els trastorns de la conducta alimentària, la depressió o l'ansietat. La Cirurgia Bariàtrica (CB) és considerada actualment el tractament més eficaç en l'obesitat mòrbida.

S'ha realitzat una revisió bibliogràfica per a definir, concretar i aclarir l'epidemiologia, les causes i el tractament de l'obesitat, centrant-nos en la CB. L'objectiu d'aquest treball és, per tant, en el marc dels criteris d'inclusió i exclusió de la CB, abordar si la presència de patologies psiquiàtriques és una contraindicació total o parcial per al tractament quirúrgic de l'obesitat mòrbida. Per a això s'han observat sis casos clínic de pacients amb presència de una malaltia mental i candidats a CB. S'ha realitzat una breu discussió de cada un d'ells en l'àmbit de les indicacions i contraindicacions per a la intervenció.

Abstract

Morbid obesity is a relevant pathology, related to cardiovascular risk as well as to other pathologies. Among the comorbidities associated with obesity are found psychopathologies like eating disorders, depression or anxiety. Bariatric Surgery is currently considered the most effective treatment for morbid obesity.

A literature review has been done in order to define, specify and clarify the epidemiology, causes and treatment of obesity, focusing on the bariatric surgery. The aim of this essay is therefore under the criteria for inclusion and exclusion of the bariatric surgery, address whether the presence of psychiatric disorder is a total or partial contraindication for the surgical treatment of morbid obesity. For this purpose six cases of patients with the presence of a mental illness and candidates for bariatric surgery have been observed. It has been done a brief discussion of each of them within the scope of inclusion and exclusion criteria.

Palabras claves / Keywords

Obesidad – Cirugía bariátrica– Criterios inclusión y exclusión – Psicopatología – Pacientes
--

Sumario

Introducción.....	9
1. Bases neurobiológicas de la conducta alimentaria.....	10
1.1. Digestión y metabolismo energético.....	10
1.2. Teorías sobre el hambre y la ingesta	11
2. ¿Qué es la obesidad?.....	13
2.1. Definición.....	13
2.2. Etiología de la obesidad	13
2.3. Escalas de medida en obesidad.....	14
2.4. La obesidad a lo largo de la historia.....	15
2.5. Epidemiología de la obesidad.....	17
2.5.1. Diferencias intersexuales.....	18
3. Tratamientos para la obesidad.....	18
3.1. Plan de alimentación.....	19
3.2. Plan de actividad física.....	20
3.3. Cambios en el estilo de vida y tratamiento psicológico o psiquiátrico.....	20
3.4. Tratamiento farmacológico.....	21
3.5. Tratamiento quirúrgico	22
4. Cirugía bariátrica.....	22
4.1. Tipos.....	23
4.1.1. Técnicas restrictivas.....	23
4.1.2. Técnicas mixtas.....	23
4.1.3. Técnicas malabsortivas.....	24
4.2. Indicaciones y contraindicaciones.....	24
5. Psicopatología y obesidad.....	25
5.1. Depresión.....	29
5.2. Trastornos de ansiedad.....	31
5.3. Trastorno por atracón.....	32
5.3. Bulimia nerviosa.....	33
5.5. Trastorno bipolar.....	34
5.6. Esquizofrenia.....	35
6. Evaluación mental prequirúrgica.....	36
7. Casos clínicos.....	37
7.1. Caso 1.....	37
7.1.1. Discusión caso 1	38
7.2. Caso 2.....	38
7.2.1. Discusión caso 2.....	39

7.3. Caso 3.....	39
7.3.1. Discusión caso 3.....	40
7.4. Caso 4.....	40
7.4.1. Discusión caso 4.....	41
7.5. Caso 5.....	41
7.5.1. Discusión caso 5.....	42
7.6. Caso 6.....	43
7.6.1. Discusión caso 6.....	43
7.7. Tabla resumen.....	44
Conclusiones.....	45
Bibliografía.....	49
Anexo I.....	53
Anexo II.....	54

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad se define por una acumulación de grasa anormal o excesiva que puede ser perjudicial para la salud del individuo (OMS, 2015). Actualmente la obesidad está considerada una pandemia global, es la segunda causa de muerte evitable tras el tabaco y provoca numerosas muertes prematuras en la mayoría de países desarrollados (Arriaga, 2015).

El presente escrito tiene como uno de sus objetivos principales definir, concretar y aclarar a través de una amplia revisión bibliográfica, la epidemiología, las causas y el tratamiento de la obesidad. Uno de los tratamientos más empleados y considerado más eficiente en la actualidad para tratar esta enfermedad y en torno al cual se centrará este proyecto, es la cirugía bariátrica (CB). También hay un apartado donde se expone la relación entre psicopatología y obesidad. Ahí se define cada enfermedad mental y se explican las comorbilidades entre ambas patologías.

En la Sanidad Pública para poder acceder a este tipo de cirugía hay que realizar un protocolo evaluativo que tiene como objetivo averiguar si el paciente es apto o no para llevar a cabo dicha operación. Uno de los pasos a seguir que el protocolo exige es la evaluación psiquiátrica o psicológica del candidato ya que, dependiendo del resultado, podría haber una serie de contraindicaciones que aconsejaran no practicar la intervención porque se podría poner en riesgo la salud del paciente.

Consecuentemente, el presente trabajo, tal y como su título indica, gira y se desarrolla entorno a la pregunta, “¿Es la presencia de alguna psicopatología una contraindicación total o parcial para la cirugía bariátrica?”. La presencia de un trastorno psicopatológico no desaconseja, *per se*, la cirugía debido a que puede resultar beneficiosa para el mismo. Por otra parte, en caso de existir trastorno psicopatológico, sí que se requiere que el paciente se encuentre estable de dicha patología desde al menos cinco años previos a la cirugía (Rubio y cols, 2007). Por lo tanto, a la hora de autorizar dicha cirugía se deben tener muy claros cuáles son los criterios de inclusión y exclusión, que posteriormente se explicarán y justificarán mediante la revisión bibliográfica y los casos clínicos observados.

En este trabajo se exponen seis casos clínicos de pacientes del Hospital Sagrat Cor candidatos a CB, que padecen un trastorno mental. Cada uno de ellos ha sido expuesto y discutido en el marco de los criterios de inclusión y exclusión.

1. Bases neurobiológicas de la conducta alimentaria

La alimentación está y ha estado a lo largo de la historia muy ligada al desarrollo y evolución de las civilizaciones. El ser humano obtiene a través de la alimentación, que es un proceso de selección voluntaria, los nutrientes necesarios para que el organismo continúe con su desarrollo. Por otra parte, el término nutrición se define como un proceso involuntario mediante el cual nuestro organismo se dota de la energía suficiente para regular nuestro metabolismo (Turón, 1997).

La conducta alimentaria es placentera e imprescindible para la supervivencia de los organismos. Hoy en día los hábitos alimentarios inadecuados y las dietas incorrectas y desequilibradas provocan numerosas enfermedades.

El control de la ingesta está relacionado con estímulos, tanto externos, como los horarios o la disponibilidad de alimento, como internos. Toda conducta alimentaria es regulada por el Sistema Nervioso Central (SNC) mediante unos mecanismos automáticos (Turón, 1997). Concretamente el centro de apetito, que desencadena el proceso de alimentación, y el de saciedad se encuentran en el hipotálamo. El hipotálamo actúa como portador de estímulos sensoriales y metabólicos y coordina la respuesta a la conducta alimentaria. A pesar de ser controlados por el hipotálamo ventral, saciedad y apetito tienen distintos centros. El centro de la saciedad se sitúa en el hipotálamo ventral medial (HVM) y el del apetito en el hipotálamo lateral (HL), aunque no son verdaderos centros si no vías de paso (Salgado, 1997). Cuando se daña el área ventromedial aparece hiperfagia y obesidad, cuando se daña el HL se ocasiona anorexia y pérdida de peso (González, Ambrosio y Sánchez, 2006). En la regulación de la conducta alimentaria también se ven envueltos varios neurotransmisores como la noradrenalina, serotonina y dopamina.

1.1. Digestión y metabolismo energético

El propósito principal de comer es suministrar al organismo la energía suficiente para sobrevivir y funcionar, esto lo adquiere mediante la digestión que es un proceso gastrointestinal de descomposición de la comida y de absorción de sus constituyentes por el organismo.

La energía se suministra al organismo bajo tres formas: lípidos, aminoácidos y glucosa, y dicha energía se almacena también bajo tres formas: grasas, proteínas y

glucógeno. Se trata de cambios químicos por los cuales la energía queda disponible para su utilización por parte del organismo.

Hay tres fases en el metabolismo energético: (i) la cefálica o preparatoria que empieza cuando vemos, olemos o pensamos en comida y finaliza cuando los nutrientes empiezan a ser absorbidos por el torrente sanguíneo; (ii) la fase de absorción cuando la energía que proviene de los alimentos suple las necesidades inmediatas del organismo (en estas primeras dos fases hay niveles altos de insulina y bajos de glucagón); (iii) la tercera y última fase, es la de ayuno, periodo en el que la energía de comidas anteriores ya ha sido utilizada y el organismo saca energía de las reservas con el fin de cubrir las necesidades inmediatas (González y cols., 2006).

Las necesidades calóricas del hombre se ven determinadas por tres factores: el gasto energético basal, el efecto térmico de los alimentos y la actividad física. El gasto energético basal es el consumo de energía que se deriva del mantenimiento de las funciones vitales y representa como mínimo 2/3 del consumo energético global (esto varía según edad, tamaño y composición corporal). El efecto térmico de los alimentos es un gasto energético secundario a la digestión, la absorción y la utilización de los nutrientes. Y por último, la actividad física que es el segundo mayor componente del gasto energético.

El balance energético es la relación existente entre nuestro gasto energético y el consumo, de este modo mantenemos el peso por periodos prolongados (González y cols., 2006). Cuando se rompe este balance y el consumo es mayor al gasto energético o a la inversa, aparecen patologías. Para prevenir la obesidad es muy importante conservar este equilibrio y a dicho equilibrio contribuyen factores genéticos y medioambientales (dieta, ejercicio físico, nivel de estrés, sueño, etc.)

1.2. Teorías sobre el hambre y la ingesta

Existen diversas teorías a la hora de analizar la interrelación entre los conceptos de hambre e ingesta.

La teoría glucostática de Mayer expone que la ingesta está regulada por un sistema diseñado para mantener un punto de ajuste en el nivel de glucosa en sangre. Si el nivel de glucosa desciende aparece la sensación de hambre y si los niveles de glucosa vuelven al punto de ajuste aparece la sensación de saciedad (Mayer, 1955; citado en González y cols., 2006).

En la teoría lipostática, Kennedy proponía que cada individuo tiene un punto de ajuste para la grasa corporal. Las desviaciones de este punto provocan ajustes compensatorios en los niveles de ingesta (Kennedy, 1953; citado en González y cols., 2006).

La teoría del incentivo positivo explica que el hecho que nos mueve a comer es el placer anticipado de la comida, es decir, el valor del incentivo positivo. A este le influirán factores como sabor, efectos del alimento, tiempo pasado, cantidad de comida que contiene el estómago, etc (Rogers y Brunstrom, 2016).

La hipótesis sobre los péptidos del hambre y la saciedad, desarrollada en 1973 por Gibbs, Young y Smith, proponía que los péptidos estomacales circulantes proporcionan una información al cerebro acerca de la cantidad y la naturaleza del alimento que hay en el aparato gastrointestinal. Esta información ejerce un papel en la saciedad. Diversos péptidos estomacales han mostrado capacidad para unirse a receptores cerebrales y se ha demostrado que una docena de ellos reduce la ingesta de alimento (Gibbs, Young y Smith, 1973; citado en González y cols., 2006).

Rogers y Brunstrom en 2016, propusieron un símil para explicar el balance energético y el apetito, en el cual, el contenido energético corporal se ve representado por el agua en una bañera y el agua en una sartén sería la comida que se encuentra en el estómago. La bañera se llena mediante la sartén y se tardan horas en transportar la energía (macronutrientes) de la sartén a la bañera, ambas resisten llenarse y eso representa una retroalimentación negativa en el deseo de comer.

Su hipótesis, es que la ingesta no está relacionada con el agotamiento de la energía a corto plazo. En su modelo el hambre se ve motivada por tener el estómago vacío o medio vacío, la accesibilidad a comida y el placer anticipado de consumirla. También observaron que los alimentos altos en calorías son menos saciantes y promueven el consumo de más energía. Por ello concluyen que es más común padecer obesidad en ambientes donde se consumen alimentos de bajo coste con una alta densidad energética (Rogers y Brunstrom, 2016).

2. ¿Qué es la obesidad?

El adjetivo obeso proviene del latín *obesus*, el cual se compone de *ob-* (que significa delante de o contra) y *-esus* participio de *edere* (comer). De este mismo término nace la palabra obesidad.

2.1. Definición

La obesidad se caracteriza por un exceso de grasa en el organismo que es perjudicial para el individuo (OMS, 2015). Es una enfermedad multifactorial en la que influyen factores genéticos, metabólicos, psicológicos y socioambientales (Arriaga, 2015). Afecta a un porcentaje elevado de la población mundial, sin distinción de sexo, edad o condición social. Las personas que la padecen tienen peor pronóstico y mayor riesgo de contraer enfermedades como diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, hipercolesterol, asma, apneas del sueño y algunos tipos de cáncer (Müller, Mitchell, Sondag y de Zwaan, 2013).

Dicha enfermedad genera un importante impacto en la sociedad a varios niveles, tanto social y sanitario, como económico. También a nivel personal disminuyendo la calidad de vida de quien la padece y provocando rechazo social.

2.2. Etiología de la obesidad

En adultos, el peso corporal suele mantenerse constante por largos periodos. A ese mantenimiento favorecen tres factores: la utilización metabólica de los nutrientes, los hábitos dietéticos y la actividad física. Se ha observado que los genes pueden tener influencia en el gasto energético, es decir, cierta predisposición genética aumenta el riesgo de padecer obesidad ya que provoca que la oxidación de macronutrientes sea más lenta. Para que aparezca la obesidad hay una interacción entre genotipo y ambiente, si bien es cierto que puede haber una susceptibilidad genética, también afectan factores como los modelos dietéticos y la actividad física (Martínez, Moreno, Marques-Lopes y Martí, 2002).

La causa fundamental de la obesidad es el desequilibrio entre las calorías consumidas y las empleadas. Pero tal y como hemos comentado antes la obesidad no es una enfermedad que tenga una causa clara, sino que es una enfermedad multifactorial, siendo numerosos los factores que influyen en que una persona la padezca. Sin embargo se han realizado clasificaciones según el origen de la causa principal:

- **Obesidad causada por factores genéticos:** es aquella en la que el paciente ha recibido una herencia genética o predisposición a padecer obesidad, que tienen que ver, tanto con la ingesta como con el gasto. Síndromes asociados son Down, PraderWilli, Laurence-Moon- Bieldt o el síndrome de Alstrom que suelen venir acompañados por retraso mental y numerosas alteraciones somáticas (Rubio et al., 2007). Los pacientes afectados por alguno de estos síndromes suponen una parte muy pequeña del total, ya que la mayoría de pacientes presenta simplemente una predisposición heredada a padecer obesidad (Arriaga, 2015).
- **Obesidad causada por factores socio y medioambientales:** se produce como consecuencia de mantener un estilo de vida sedentario, acompañado por unos malos hábitos de alimentación, es decir, una ingesta poco equilibrada, superior a lo necesario y con un alto valor calórico (Arriaga, 2015).
- **Obesidad causada por factores metabólicos:** aparece debido a un fallo, a un desajuste en los procesos neurobiológicos relacionados con el balance de la energía y los procesos de hambre y saciedad, que podrían estar relacionados con los aspectos psiquiátricos de la obesidad (Arriaga, 2015). Algunas alteraciones hormonales que pueden causar obesidad son el hipotiroidismo, síndrome de Cushing o el síndrome de ovarios poliquísticos (Rubio et al., 2007).
- **Obesidad causada por fármacos:** está considerado que algunos fármacos pueden causar un leve aumento de peso, aunque en ocasiones pueden provocar importantes acumulaciones de grasa que acostumbran a desaparecer con la interrupción del tratamiento. Esto ocurre con algunos tipos de antidepresivos, corticoides, insulina o anticonceptivos entre otros (Rubio et al., 2007).
- **Obesidad por abandono tabáquico:** es una causa secundaria de la obesidad, pero se ha visto que el abandono del hábito tabáquico puede ocasionar un aumento de entre 2 a 10 kg de peso (Rubio et al., 2007).

2.3. Escalas de medida en obesidad

Existen varios indicadores para determinar el grado de obesidad, como son, la circunferencia de la cintura, la grasa corporal o el Índice de Masa Corporal (IMC). La

principal y más recomendada, debido a que es la más precisa, escala de medida y diagnóstico para la obesidad es el IMC o índice de Quetelec (Rubio et al., 2007). La fórmula utilizada para calcular el IMC es el peso del individuo expresado en quilogramos dividido entre su altura, expresada en metros, al cuadrado ($IMC = kg/m^2$). Según los criterios de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) los grados según el IMC son los siguientes (Rubio et al., 2007):

Tabla 1. Criterios SEEDO para determinar el grado de obesidad (Rubio y cols., 2007)

Categoría	Valor IMC
Peso insuficiente	< 18,5 kg/m ²
Normopeso	18,5 – 24,9 kg/m ²
Sobrepeso grado I	25,0 - 26,9 kg/m ²
Sobrepeso grado II o preobesidad	27,0 - 29,9 kg/m ²
Obesidad tipo I	30,0 - 34,9 kg/m ²
Obesidad tipo II	35,0 - 39,9 kg/m ²
Obesidad tipo III o obesidad mórbida	40-49,9 kg/m ²
Obesidad tipo IV o obesidad extrema	≥ 50 kg/m ²

Por otra parte, la circunferencia de la cintura se mide empleando una cinta métrica flexible rodeando la cintura. Para ser considerada cintura de riesgo la medida en el hombre debe ser ≥ 102 cm y ≥ 88 cm en mujeres. En ocasiones es una medida difícil de determinar debido a que puede resultar complicado determinar la referencia anatómica en pacientes obesos. Este indicador resulta más efectivo para indicar la grasa visceral y la pérdida de peso (Rubio et al., 2007).

2.4. La obesidad a lo largo de la historia

Tal y como afirman González-González, Sanz-Álvarez y García, hay constancia de que la obesidad existe desde la Edad de Piedra, aunque probablemente no fuese tan frecuente. En la prehistoria debido a la escasez de alimento y a los largos periodos de hambruna, sobrevivían los individuos cuyos organismos eran más “ahorradores de energía”. La sugerencia de obesidad en esa época nos la brindan pequeñas estatuas como la Venus de Willendorf, símbolo de salud, fecundidad y maternidad (Foz, 2004);(González-González y cols., 2008).

Maestros de la medicina como Hipócrates o Galeno dejaban constancia de la existencia de obesidad en sus escritos en la Edad Antigua. Ya conocían su tratamiento y sus consecuencias (Foz, 2004). Hipócrates propuso una teoría que sugería que el cuerpo se compone de cuatro humores (bilis amarilla, bilis negra, flema y sangre), la salud es el equilibrio entre ellos y la enfermedad el desequilibrio. Galeno, basándose en la teoría hipocrática, define la obesidad como un “exceso de malos humores”, en concreto, de sangre (Papavramidou, Papavramidis, Christopoulou-Aletra, 2004; citado en González-González y cols., 2008).

En la Edad Media, la medicina árabe y el imperio bizantino también hicieron una gran contribución al estudio de la obesidad. Avicenna redactó una enciclopedia médica llamada *Canon* donde se especificaban prescripciones muy acertadas para los pacientes obesos, como por ejemplo, hacer ejercicio intenso. En el Imperio Bizantino, el médico Aetius achacaba el motivo de la obesidad a la falta de ejercicio físico, a una dieta abundante y a la *crasis* o «temperamento» del cuerpo, basándose en la teoría galénica de los humores (Foz, 2004).

San Agustín junto con Gregorio I, fueron los responsables de la estigmatización de la gula y de la obesidad en la cultura cristiana a lo largo de la Edad Moderna. Consiguieron que la gula fuese incorporada a los pecados capitales. Esta estigmatización se ve claramente reflejada en el cuadro “La Mesa de los Siete Pecados Capitales”, de Hieronymus Bosch, obra datada en 1485 (Foz, 2004).

En el siglo XVII, conforme avanzaba el estudio de la medicina, aumentaban las publicaciones, crecía el interés acerca de la obesidad y se escribieron las primeras monografías sobre el tema. Por otra parte en esta época, se le restó culpabilidad al obeso. El arte tanto pictórico como escrito, fue un claro ejemplo de que el sobrepeso y la obesidad se veían como un símbolo de riqueza, salud y fecundidad (Foz, 2014).

La obesidad en el s. XVIII, se denominaba con el término «corpulencia», era de nuevo estigmatizada por Short quien la relacionaba de manera directa con la pereza y la glotonería (Bray, 1990; citado en Foz, 2014). Tanto Flemmyng, perteneciente a la escuela de Edimburgo, como Short, consideraban la obesidad como una enfermedad y como tal proponían diferentes tratamientos.

A lo largo de los s. XVIII y XIX, las escuelas de principal relevancia en medicina fueron variando de Leiden a Edimburgo, luego fueron París, Alemania y finalmente

Inglaterra. Numerosos autores contribuyeron al estudio de la obesidad y se daban consejos terapéuticos (algunos siguen en vigor a día de hoy). No obstante, en el s. XIX, el ideal de belleza continuaba vinculado a las formas redondeadas (Foz, 2014).

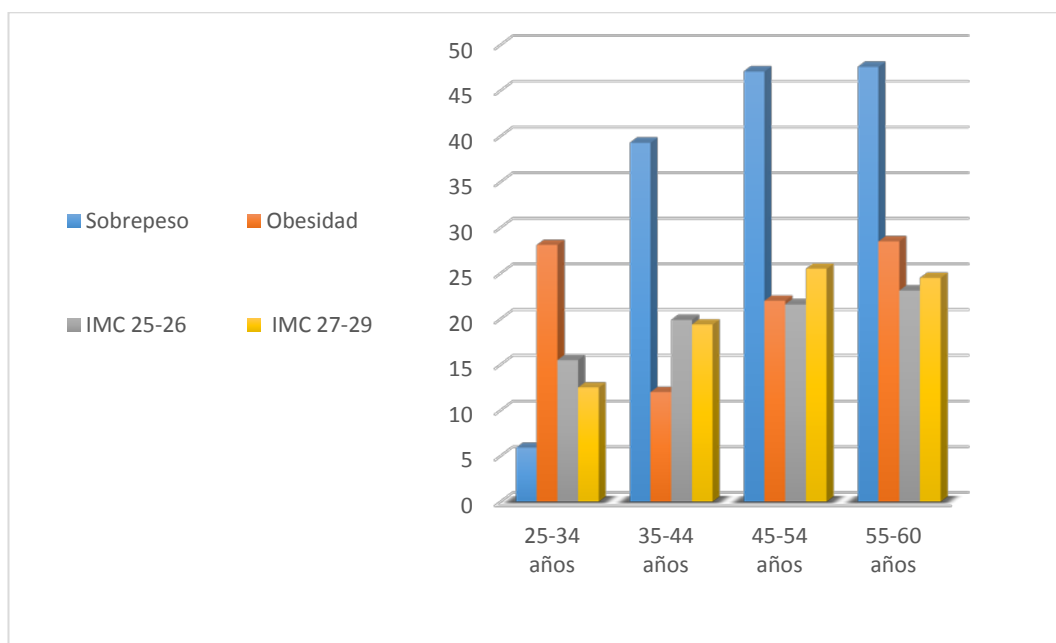
Tras la I Guerra Mundial el principal lugar de estudio de la medicina se traslada de Europa a Estados Unidos. Es ahí donde el ideal de belleza empieza a cambiar. Nace la preferencia por figuras sin formas y de una delgadez extrema. Este ideal de belleza persiste hasta nuestros días, a pesar de que en 1930 hubo un breve receso y vuelta a la preferencia por las curvas. La “moda de la delgadez” ha provocado un aumento en la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (Foz, 2014).

La obesidad, que en otras épocas se ha considerado una muestra de salud, riqueza y belleza, actualmente el nuevo ideal de belleza la ha convertido en una enfermedad que, además, conlleva cierto estigma a nivel social y cultural para los que la padecen.

2.5. Epidemiología de la obesidad

Basados en los datos recogidos por la OMS (OMS, 2015) el 39% de la población mundial adulta padecían sobrepeso y otro 13% obesidad. A nivel estatal la prevalencia española en los adultos de edades comprendidas entre los 25 y los 60 era de un 15,5% (Aranceta-Bartrina, Serra-Majem, Foz-Sala y Moreno-Esteban, 2005).

Gráfico 1. Prevalencia obesidad y sobrepeso en España (Aranceta-Bartrina y cols., 2005)



2.5.1. Diferencias intersexuales

El estudio realizado por Aranceta-Bartrina y colaboradores en 2005, demuestra que la prevalencia general de obesidad es de un 15,5%, siendo más prevalente en mujeres. Se demostró que los porcentajes de obesidad en mujeres eran 17,5% y en hombres 13,2%. También se observaron diferencias intersexuales según el grado de obesidad: (Aranceta-Bartrina y cols., 2005)

- En la obesidad leve o de tipo I, apenas existen diferencias entre sexos: 13,6% en mujeres y 12,2% en varones.
- En la obesidad moderada o de tipo II, la prevalencia es cuatro veces superior en mujeres (3,1%) que en hombres (0,8%).
- En la obesidad mórbida o de tipo III, la prevalencia es tres veces mayor en mujeres con un 0,9% y un 0,3% en hombres.

Sin embargo, un estudio realizado en 2012, mostró, a diferencia de lo anterior, que la prevalencia de obesidad en España es de un 18,5% y la de sobrepeso un 39%. El mismo estudio demostró que tanto la obesidad como el sobrepeso son más prevalentes en hombres (19,3%) que en mujeres (17,8%). El grupo de mayor riesgo son los varones, casados, con trabajos semi o no cualificados, que habitan en zonas rurales y de edades comprendidas entre los 65 y los 74 años (Marqueta de Salas, Martín-Ramiro y Juárez, 2016).

3. Tratamientos para la obesidad

Existen varios tratamientos para la obesidad.

El tratamiento de la obesidad debe ser manejado desde un enfoque multidisciplinar.

Para combatir esta enfermedad contamos con cambios en el estilo de vida, a nivel nutricional, actividad física, modificación conductual y con tratamientos de tipo farmacológico. En casos de una gravedad mayor y que no responden con los tratamientos anteriormente mencionados, también contamos con la cirugía de la obesidad, tema que se abordará más adelante (Rubio y cols., 2007).

Los objetivos en el tratamiento están dirigidos a mejorar o eliminar las comorbilidades que la obesidad conlleva. Según Wirth, Wabitchs y Hauner (2014), hay una serie de objetivos que se deben cumplir para un exitoso tratamiento de la obesidad: (Wirth, Wabitchs y Hauner, 2014)

- Lo fundamental es conseguir una reducción de peso a largo plazo. Se aconseja una pérdida de peso del 5% respecto del peso inicial en pacientes con un IMC de 25 a 35 y si el IMC es mayor 35 la pérdida aconsejable es del 10% con respecto al peso inicial.
- Mejorar factores de riesgo y reducir las enfermedades de riesgo relacionados con la obesidad
- Disminuir el riesgo de muerte prematura
- Prevención de la incapacidad para trabajar y la jubilación anticipada
- Reducción de los trastornos psicosociales
- Mejora de la calidad de vida

3.1. Plan de alimentación:

Tanto la alimentación como la actividad física son fundamentales para el tratamiento de la obesidad. Dicho plan de alimentación se basa en la restricción de contenido calórico diario. Este tratamiento dietético se deberá mantener de por vida debido a que lo que se busca es una pérdida de peso ponderal a largo plazo (Rubio y cols., 2007).

Hay que corregir hábitos alimentarios dañinos a nivel de calidad, cantidad y ritmo. Conseguir una buena adherencia del paciente al tratamiento es fundamental para asegurarnos un buen cumplimiento de las indicaciones y para ello hay que adaptar los objetivos de manera razonable a cada paciente (Rubio y cols., 2007).

Existen discusiones sobre qué tipo de dieta es más eficaz para la pérdida de peso a largo plazo, sobretodo en relación al porcentaje de macronutrientes que se deben proporcionar. Por una parte están los planteamientos clásicos que proponen una

dieta baja en energía logrando un equilibrio entre hidratos de carbono, proteínas y grasas, que consiguen a corto plazo una pérdida de peso significativa, pero no evitan recuperación del peso a largo plazo (Finer, 2001; citado en Rubio y cols., 2007).

Por otra parte están las dietas bajas en carbohidratos y altas en grasas con las que se consigue una gran pérdida de peso rápida, pero a largo plazo resultan tener efectos similares a las dietas bajas en grasas (Nordman y cols, 2006; citado en Rubio y cols., 2007).

Hay estudios que demuestran que la adherencia de los pacientes a estas dietas “extremas” es escasa (Dasinger, Gleason, Griffith, Selker y Schaefer, 2005; citado en Rubio y cols., 2007). Por eso la planificación alimentaria pretende la adherencia del paciente a este tratamiento el mayor tiempo posible, ofreciendo una educación alimentaria, con una variedad de alimentos y que suponga al paciente un esfuerzo mínimo. Para lograr una buena adherencia al tratamiento hay que ajustar cada plan de alimentación de manera individualizada para, así, poder conseguir una reducción calórica. Por lo tanto la dieta dependerá de la edad, el sexo, patologías comórbidas, estilo de vida, horarios, gustos, etc. (Rubio y cols, 2007).

3.2. Plan de actividad física:

Para obtener una pérdida de peso significativa, el ejercicio físico se debe realizar conjuntamente con una dieta estructurada. Muchas personas que sufren obesidad tienen un estilo de vida sedentario, por ello el plan de actividad física se debe introducir de forma gradual. Poco a poco se aumenta tanto la intensidad como el tiempo invertido (Rubio y cols, 2007).

Los beneficios del ejercicio físico son numerosos, favorece al mantenimiento del peso obtenido, favorece la pérdida de peso conjunto con una dieta adecuada, ayuda a mejorar enfermedades comórbidas a la obesidad, tiene un efecto psicológico positivo, aumenta la capacidad respiratoria, entre otros de los numerosos beneficios (Rubio y cols., 2007).

3.3. Cambios en el estilo de vida y tratamiento psicológico o psiquiátrico:

Este apartado engloba en cierto modo los dos anteriores, plan de alimentación y plan de actividad física, ya que se basa fundamentalmente en modificar ciertos hábitos del paciente y convencerle de que debe adoptar un estilo de vida más

saludable, (Rubio y cols., 2007). Para ello se necesitan diferentes profesionales: un nutricionista, un psicólogo y un preparador físico.

En este programa de pérdida de peso, que se realiza normalmente tanto a nivel individual como grupal, hay que incluir registros tanto alimentarios como de la actividad física; también se incluyen herramientas de la terapia conductual. Si bien es cierto que con la pérdida de peso mejoran aspectos tales como la autoestima y la autoimagen, en ocasiones las dietas provocan altos niveles de irritabilidad, ansiedad y bajo estado anímico. Por ello el papel del psicólogo o psiquiatra es esencial en este tratamiento educativo de enfoque cognitivo-conductual, ya que se debe identificar y ayudar a reconducir esos sentimientos antes de comenzar el programa de pérdida de peso (Rubio y cols., 2007).

Las técnicas cognitivo-conductuales se centran en crear nuevos hábitos o pautas de alimentación, romper con falsas creencias, corregir estados emocionales inadecuados para prevenir recaídas, crear “pactos” con el paciente con los que puedan obtener una recompensa, enseñarles a emplear técnicas de control de estímulos y de relajación para el manejo del estrés y la ansiedad. A pesar de que esta técnica de modificación del estilo de vida se considera más efectiva, que las técnicas aisladas, la eficacia a largo plazo es limitada (Rubio y cols., 2007).

3.4. Tratamiento farmacológico

El empleo del tratamiento farmacológico debe estar regido por una serie de condiciones: (Rubio y cols., 2007)

- No debe ser utilizado como tratamiento único, si no como complemento a los tratamientos anteriores.
- Se emplea únicamente en pacientes con un IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$ o con un IMC $> 27 \text{ kg/m}^2$ si hay enfermedades comórbidas mayores y no se han alcanzado los objetivos de pérdida de peso con los tratamientos expuestos anteriormente.

En el año 2007 el consenso SEEDO afirmó que existían dos tipos de fármacos para tratar la obesidad, el orlistat y la sibutramina, aunque estaba en estudio un tercer fármaco, el rimonabant que es un antagonista de los receptores cannabinoides.

El orlistat es un fármaco especialmente indicado para el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso. Es un inhibidor de las grasas lipasas, es decir, evita que estas grasas sean absorbidas por el intestino y, por tanto, conseguir un balance calórico negativo (Guerciolini, 1997; citado en Rubio y cols., 2007). Se ha asociado este fármaco a una disminución de factores cardiovasculares.

La sibutramina es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina, que en 1997 se empezó a utilizar como tratamiento de la obesidad. Este fármaco produce una pérdida de peso significativa, ya que aumenta la sensación de saciedad y provoca pérdida de apetito. Existen dudas sobre su influencia en accidentes cardiovasculares, a pesar de que no se ha demostrado que tenga un efecto negativo (Rubio y cols, 2007).

Rimonabant, tal y como hemos comentado antes, es un antagonista de los receptores cannabinoideos. Esto provoca una pérdida de apetito, por lo que favorece la pérdida de peso. Se ha comprobado también que actúa sobre los factores de riesgo cardiometabólicos (Rubio y cols, 2007).

3.5. Tratamientos quirúrgicos

La cirugía de la obesidad o cirugía bariátrica, que explicaremos de manera más detallada en el siguiente apartado, es un tratamiento que se ha demostrado altamente eficaz a largo plazo. Se emplea en casos más extremos que no han respondido a los tratamientos alternativos.

4. Cirugía bariátrica

El término bariátrico, nacido en el s. XX, está formado por el prefijo griego *baro* que significa peso y el sufijo *iatros* que significa los que practican medicina. Por lo tanto cirugía bariátrica hace referencia a la cirugía de la obesidad (González- González, 2008).

La CB tiene como objetivo prevenir y mejorar los síntomas, disminuyendo los riesgos a través de una pérdida de peso significativa y mantenida en el tiempo, con un mínimo de complicaciones, aun cuando no se consiga el peso ideal. Hoy en día está considerado el tratamiento más efectivo a largo plazo (Bužga y cols., 2014).

Este tipo de cirugía se recomienda a pacientes con un IMC igual o superior a 40 kg/m². También se aconseja operar a pacientes con un IMC superior a 35 kg/m²

pero que presentan patologías mayores asociadas que pueden mejorar con la pérdida de peso (Rubio y cols., 2007).

4.1 Tipos

Los tratamientos quirúrgicos para la obesidad, se dividen en tres grupos según la técnica empleada: las técnicas restrictivas, técnicas mixtas y técnicas malabsortivas. También existen otras opciones como el balón intragástrico y el marcapaso gástrico, que no entran dentro de la clasificación anterior (Rubio y cols., 2007).

4.1.1 Técnicas restrictivas

Las técnicas restrictivas se conforman por tres tipos de cirugía: la gastroplastia vertical anillada (GVA), la banda gástrica ajustable y la gastrectomía tubular (*sleevegastrectomy*) o comúnmente conocida como *sleeve*. Esta técnica se emplea en pacientes con un IMC de entre 35 y 40 kg/m² y que hayan comprendido muy bien las exigencias que dicha cirugía implica (Rubio y cols., 2007).

- La GVA debido a una mala calidad de vida de los pacientes operados y a una pérdida de peso poco notable a largo plazo, es una técnica que a día de hoy no se emplea (Rubio y cols., 2007).
- La banda gástrica ajustable, que se realiza vía laparoscópica, tiene menos complicaciones a pesar de que la pérdida de peso a largo plazo es similar al de la GVA (Rubio y cols., 2007).
- La gastrectomía tubular es la técnica restrictiva más empleada actualmente. Consiste en extraer una porción significativa del estómago mediante una gastrectomía longitudinal paralela a la curvatura menor. Esto forma un tubo gástrico estrecho que no permite ingerir grandes cantidades de alimento. (Iannelli, Dainese, Piche, Facchiano, y Gugenheim, 2008). Se puede realizar por laparoscopia y se puede aplicar en casos de obesidad extrema, por ejemplo, en sujetos con un IMC de 60 kg/m² (Rubio y cols., 2007). Los resultados, si se realiza el seguimiento nutricional postquirúrgico, son una reducción de peso significativa al cabo de un año (Bužga y cols., 2014).

4.1.2 Técnicas mixtas

Las técnicas mixtas son aquellas que tienen componente restrictivo y malabsortivo. La principal es el by-pass gástrico que, permite que el paciente tenga una buena

calidad de vida, con una pérdida de peso importante que se mantiene en el tiempo y da escasas complicaciones (Rubio y cols., 2007).

4.1.3 Técnicas malabsortivas

Las técnicas malabsortivas están destinadas a obesos con un IMC > 45 kg/m². Del mismo modo que las técnicas mixtas, permiten una buena calidad de vida y una pérdida de peso significativa y mantenida a largo plazo. Por otra parte proporcionan un desgaste metabólico importante que hay que mantener bajo control médico (Rubio y cols., 2007).

4.2 Indicaciones y contraindicaciones

Los criterios de inclusión y exclusión para la realización de CB empleados en el Hospital Universitario Sagrat Cor están basados en los criterios establecidos por la SEEDO en 2007 y son los que se exponen a continuación.

- Pacientes con un IMC \geq a 40 kg/m²
- Pacientes con IMC \geq a 35 kg/m² con comorbilidades mayores como pueden ser las alteraciones cardio-respiratorias o diabetes mellitus. Otras indicaciones en este grupo incluyen a los pacientes con problemas físicos que interfieren con su calidad de vida.
- Pacientes de edades comprendidas entre los 16 y los 65 años.
- Evolución de la obesidad mórbida de por lo menos cinco años de duración.
- Fracaso repetido de programas conservadores de pérdida de peso.
- Estabilidad psicológica: ausencia de abuso de alcohol o drogas, ausencia de alteraciones psiquiátricas mayores como son la esquizofrenia, la psicosis o el trastorno bipolar, ausencia de retraso mental y ausencia de trastornos del comportamiento alimentario.

Los pacientes con enfermedades psiquiátricas graves que estén estables por un periodo mínimo de cinco años, cuyo peso haya aumentado de forma significativa y eso conlleve un peligro para su salud, podrán ser operados de manera excepcional. Por otra parte, para poder llevar a cabo la cirugía se

requerirá de forma imprescindible la autorización de su psiquiatra y un informe médico en el que conste con claridad la estabilidad de la enfermedad durante el tiempo indicado anteriormente.

- Será un requisito imprescindible la veracidad de la información aportada por el paciente. Quedarán excluidos de forma inmediata los candidatos que engañen de forma deliberada u oculten información que podría contraindicar la cirugía a los médicos o personal sanitario que realicen la evaluación del paciente en el periodo previo a la cirugía.
- Consentimiento informado y asunción del riesgo quirúrgico.
- Capacidad de compromiso para asistir a las visitas de control postquirúrgico y capacidad para seguir estrictamente las pautas nutricionales que se prescriban.
- Ausencia de enfermedades endocrinas responsables de la obesidad.
- Las mujeres en edad fértil deberían evitar la gestación al menos durante el primer año tras la cirugía.

5. Psicopatología y obesidad

Psicopatología, etimológicamente significa el estudio de los trastornos del alma. Es la ciencia que toma su objeto de trabajo de la psiquiatría, en la cual el objeto de trabajo son las mismas enfermedades mentales y sus principios se fundamentan en la psicología. La función de la psicopatología es elaborar la observación psiquiátrica de los síntomas y convertir eso en una teoría del conocimiento. El centro de interés es el hecho psiquiátrico, no solo un síntoma, sino que tiene la función de integrar los conocimientos que se dan en el ambiente y en el mismo sujeto, su personalidad, su conducta psicopatológica, el núcleo social y la familia. Es decir, tiene en cuenta todo del individuo, tanto lo orgánico como lo psicológico y lo social. Si no se tuviera en cuenta todo esto se caería en un reduccionismo, por ejemplo: solo tener en cuenta lo orgánico, o en el caso de los psicólogos, sólo tener en cuenta los procesos psíquicos (Vallejo, 2011).

Actualmente, la obesidad no está considerada una patología psiquiátrica y, por lo tanto, no está incluida en el DSM-5 (Manual de Diagnóstico y estadístico de los

trastornos mentales realizado por la *American Psychiatric Association* (APA)) (APA, 2013). Sin embargo, por otra parte se ha visto que entre las enfermedades comórbidas a la obesidad están enfermedades psiquiátricas como la depresión, los trastornos de ansiedad, el trastorno bipolar y los trastornos de la conducta alimentaria (Duarte-Guerra, Coêlho, Santo y Wang, 2014; Malik, Mitchell, Engel, Crosby y Wonderlich, 2014; Müller et al., 2013; Yen, Huang y Thai, 2014).

Existe un creciente interés por averiguar si el paciente obeso tiene un perfil de personalidad determinado. Según Gerlach, Herpertz y Loeber en un estudio de 2015 el temperamento y algunos rasgos de personalidad pueden ser considerados factores de riesgo para desarrollar obesidad mórbida. De estos rasgos, el más estudiado es la impulsividad debido a que se considera que tendrán mayores dificultades para seguir las dietas y las pautas postquirúrgicas (Sutin, Ferrucci, Zonderma y Terracciano, 2011).

Baile y González en 2011, afirmaron que no está clara la relación entre obesidad y psicopatología, ni dichas patologías son causa o consecuencia de la obesidad. No obstante, llegaron a la conclusión de que hay alteraciones psicológicas que son más comunes en obesos, como son la depresión, la ansiedad o el abuso de determinadas sustancias tóxicas (Baile y González, 2011). Otros estudios afirman que las patologías mentales más comunes en pacientes que buscan CB son la depresión y el trastorno por atracón (Dawes y cols., 2016).

Hay estudios tanto a favor como en contra de la relación entre psicopatología y obesidad. Baile y González en 2011, tras un exhaustivo estudio de la literatura científica sobre el tema, concluyeron que sí hay cierta comorbilidad psicopatológica en pacientes que padecen sobrepeso u obesidad. Otra de sus conclusiones fue que las enfermedades mentales más frecuentes en este tipo de población son los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad, el consumo de tóxicos y los trastornos de la conducta alimentaria. En el estudio se observa que la presencia de psicopatología en pacientes operados de CB es un factor de riesgo (Botella, 2010; citado en Baile y González, 2011) y por ello los autores proponen que se realice un seguimiento psiquiátrico y/o psicológico previo y permanente. Recomiendan, por tanto, una evaluación mental y que los profesionales de la salud mental adquieran una formación específica en relación a la obesidad (Baile y González, 2011).

Duarte-Guerra, Coêlho, Santo y Wang en 2014 realizaron un estudio con 393 pacientes candidatos a CB. De esa muestra un 57,8% presentaban algún tipo de patología psiquiátrica actual, la más común los trastornos de ansiedad con un 46,3%. A lo largo de la vida, un 80,9% de los pacientes afirmaban haber padecido alguna enfermedad mental, siendo las más comunes los trastornos del humor (35,6% trastorno bipolar y 29,3% depresión). Clasificación de la psicopatología actual: (Duarte-Guerra y cols., 2014)

- Trastornos de ansiedad un 46,3 %, de estos un 23,9% presentaban trastorno generalizado de la ansiedad y el siguiente más común fueron las fobias.
- Trastornos afectivos un 21,6%: trastorno bipolar tipo II es el más frecuente con un 7.4 % y el segundo el trastorno depresivo mayor con un 6.9%.
- Trastornos de la conducta alimentaria 20.1%: trastorno por atracón 16.5%.

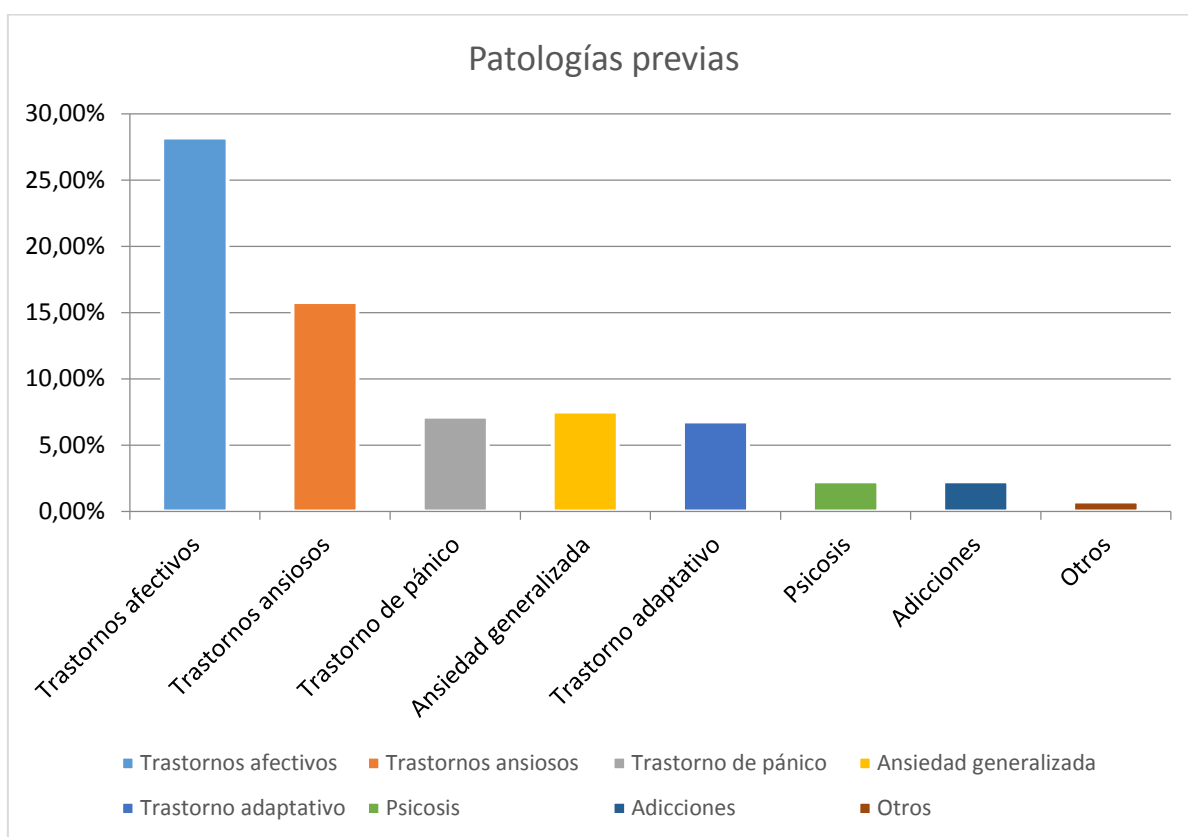
Este estudio también concluye la existencia de una relación entre psicopatología y obesidad, ya que casi dos tercios de su muestra presentaban alguna enfermedad mental (Duarte y cols., 2014).

En un estudio realizado por Wimmelmann, Dela y Mortensen en 2013, una parte sustancial de los candidatos a CB presentaron trastorno por atracón o episodios de sobreingesta acompañados de pérdida subjetiva del control y malestar psicológico. Los pacientes que realizan atracones acostumbran a tener mayores problemas psicosociales y comorbilidad psiquiátrica significativa (Wimmelmann y cols., 2013).

Durante los años 2015 y 2016, en el servicio de psiquiatría del Hospital Sagrat Cor, se recogieron los datos de pacientes candidatos a CB mediante un protocolo aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC). El nombrado protocolo pretende averiguar correlaciones entre psicopatología y obesidad. Se obtuvo una muestra de 266 pacientes formada por 60 hombres y 206 mujeres. Se trata de un análisis estadístico descriptivo realizado mediante el programa G-Stat 2.01.

Los resultados de este estudio fueron que un 51,14% de la muestra no presentaba ningún trastorno previo y un 42,86% sí que habían padecido con anterioridad alguna enfermedad mental. En el siguiente gráfico (Gráfico 2.) se observan los porcentajes de psicopatologías previas y su clasificación. Los más prevalentes son los trastornos afectivos (28,2%) y los trastornos ansiosos (15,79%). Dentro de ese 28,2% de los trastornos afectivos aparecen la depresión mayor 25,94%, el trastorno distímico 1,5% y el trastorno bipolar 0,75%.

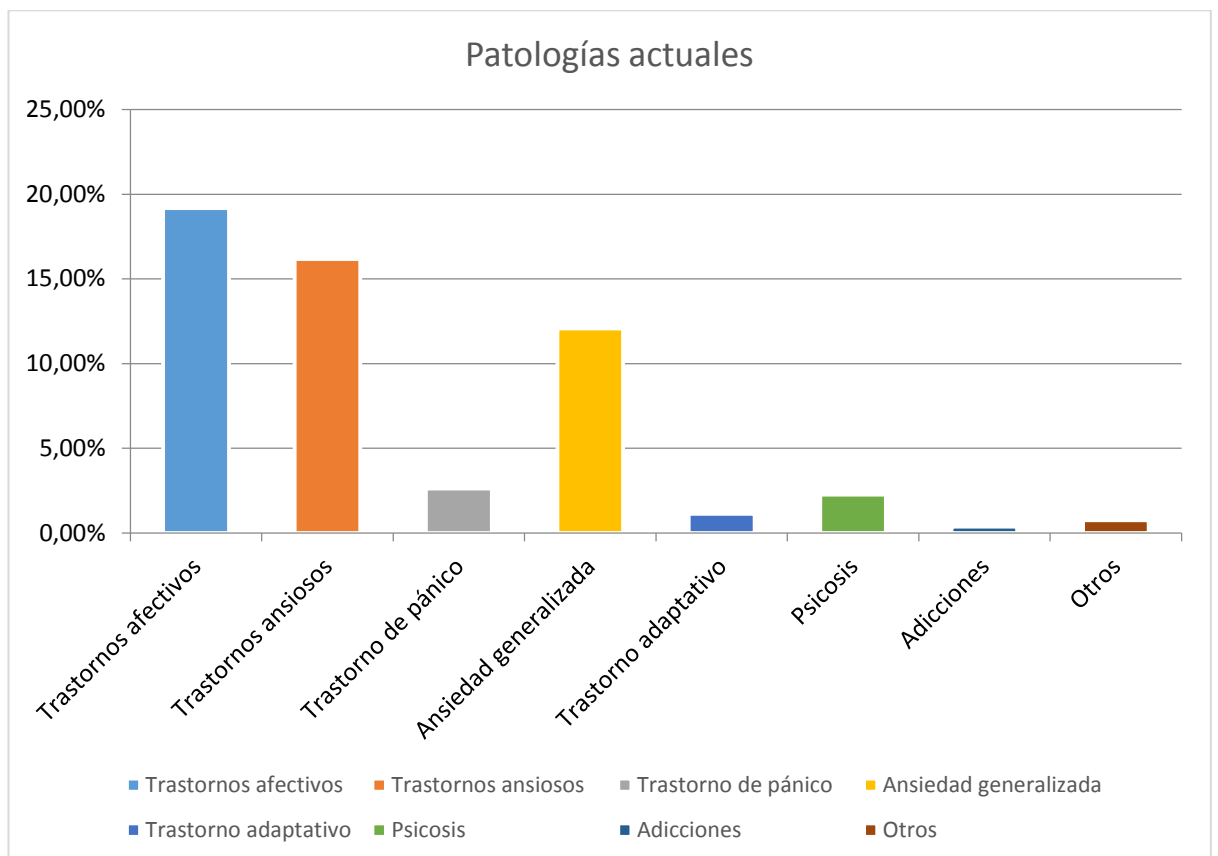
Gráfico 2. Psicopatologías previas en pacientes candidatos CB del estudio del Hospital Sagrat Cor



En relación a las patologías actuales se observó que la prevalencia era menor. Un 65,79% no presentaban ningún trastorno mental y un 34,21% sí que lo padecían. De nuevo los más frecuentes fueron los trastornos afectivos con un 19,17% (dentro de estos un 10,53% son depresiones mayores, un 7,89% son trastornos distímicos y un 0,75% trastornos bipolares) seguidos por los trastornos ansiosos con un 16,17%, como se observa en el siguiente gráfico (Gráfico 3.). El porcentaje de trastornos

afectivos disminuye de manera significativa con respecto a las patologías previas. Sin embargo el porcentaje de trastornos ansiosos aumenta levemente.

Gráfico 3. Psicopatologías actuales en pacientes candidatos CB del estudio del Hospital Sagrat Cor



5.1. Depresión

La depresión es un trastorno de la afectividad caracterizado por una disminución global del estado de ánimo y que se presenta en diferentes planos, tanto psíquicos como somáticos. Se manifiesta a través de un conjunto de síntomas que identifican un estado de humor dominante de tonalidad triste, pesimista, anhedonia, pérdida de peso, trastorno del sueño, enlentecimiento psicomotor o agitación.

A continuación se exponen los criterios según el DSM-5 (APA, 2013) para el episodio depresivo mayor. Para considerar que una persona padece este trastorno

los síntomas deben haber estado presentes durante dos semanas como mínimo, deben suponer un cambio en el correcto funcionamiento de la persona y se deben cumplir cinco o más de los siguientes criterios, siendo necesario, no obstante y en todo caso, que se cumplan al menos uno de los dos primeros.

1. Debe referir estado de ánimo deprimido durante gran parte del día, casi todos los días.
2. Sentir apatía, pérdida de interés y/o anhedonia, pérdida del placer durante gran parte del día y casi todos los días.
3. Presentar una pérdida o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito.
4. Padecer insomnio o hipersomnia prácticamente a diario.
5. Tener sensación de inquietud o enlentecimiento psicomotor.
6. Sentirse sin energía o fatigabilidad.
7. Experimentar sentimientos de culpabilidad o inutilidad inadecuados.
8. Aquejar dificultades de concentración, para focalizar la atención y para la toma de decisiones.
9. Presentar ideas de muerte que pueden ir acompañadas de ideación suicida más o menos elaborada.

Otro requisito es que la presencia de los síntomas aparezca casi todos los días. Los síntomas deben provocar un malestar significativo, que repercuta negativamente en el ámbito social, laboral o personal del paciente. Hay que descartar que el estado del paciente no esté provocado por sustancias, por otra causa médica, por otro trastorno psiquiátrico o por una causa personal, véase un duelo (APA, 2013).

Existen otros tipos de depresiones como la distimia o la depresión atípica. La distimia es una depresión crónica pero con un nivel de funcionamiento mayor que en el trastorno depresivo mayor. La depresión atípica, se caracteriza fundamentalmente por hipersomnia e hiperfagia. También hay que tener en cuenta que la depresión muchas veces cursa con síntomas ansiosos.

5.2. Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad están caracterizados fundamentalmente por miedo y ansiedad y las alteraciones conductuales que eso conlleva: (APA, 2013)

“El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.”

El miedo o ansiedad no patológica se diferencian en el exceso y la duración (6 meses o más). Este miedo o ansiedad típicos de tales trastornos provocan en ocasiones conductas evitativas, conductas de vigilancia, molestias somáticas, rumiaciones y pueden llegar a generar ataques de pánico (aunque estos no se presentan solo en trastornos de ansiedad, si no que se han observado en otras patologías). Hay diferentes tipos de trastornos de ansiedad, estos se clasifican según el objeto, las conductas y cogniciones asociada: (APA, 2013)

- Agorafobia: miedo o ansiedad en situaciones donde es difícil escapar, ya que temen síntomas similares a los de los ataques de pánico ya experimentados, debido a eso realizan conductas evitativas.
- Trastorno de ansiedad generalizada: ansiedad elevada y persistente sobre los aspectos de la vida que son percibidos como difíciles de controlar.
- Trastorno de pánico: intranquilidad y preocupación continua, recurrentes e inesperadas crisis de pánico. Las crisis de pánico según el DSM (APA, 2013):

“Las crisis de pánico se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos. Las crisis de pánico pueden ser esperadas, en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas, o inesperadas, ocurriendo la crisis sin razón aparente.”

- Fobias específicas: miedo hacia situaciones u objetos concretos, eso conlleva que se realicen conductas evitativas. Son muy típicas las fobias a determinados animales, o a las inyecciones o a la sangre.

Los trastornos de ansiedad tal y como ha sido explicado con anterioridad y como demuestran varios estudios (Baile y González, 2011) (Duarte-Guerra, 2014) son algunos de los más frecuentes en pacientes obesos.

Cabe destacar que los síntomas de ansiedad pueden provocar la ingestión inadecuada de comida tendencia a la hiperfagia y con el consecuente incremento de peso (Suárez, 2015), lo que se podría correlacionar con los trastornos de la conducta alimentaria, como bulimia o trastorno por atracón.

5.3. Trastorno por atracón

Según el DSM-5 (APA, 2013) el trastorno por atracón se caracteriza por dos de los siguientes hechos fundamentalmente: (i) ingestión de una cantidad de alimentos elevada en un periodo de tiempo breve y (ii) sensación de pérdida de control, durante ese periodo, sobre la cantidad y lo que se consume. También se deben cumplir tres o más de los siguientes criterios diagnósticos:

1. Ingesta más rápida de lo habitual.
2. Sentirse desagradablemente lleno.
3. A pesar de no sentirse físicamente hambriento, comer gran cantidad de alimento.
4. Sentirse avergonzado debido a la gran cantidad ingerida y por ello, comer a solas.
5. Tras la ingesta realizar una valoración negativa de uno mismo (vergüenza, culpa, depresión).

Los atracones deben suponer un gran malestar psicológico y su frecuencia tiene que darse al menos una vez a la semana durante tres meses. La ingesta no va acompañada de conductas compensatorias y no se trata de un episodio en el contexto de otros trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Hay diferentes grados dentro del trastorno por atracón: (i) leve si aparecen entre 1 y 3 atracones por semana; (ii) moderado si son de 4 a 7; (iii) grave entre 8 y 13 y; (iiii) extremo si se realizan más de 14 atracones por semana. Asimismo, también hay que aclarar si el trastorno está en remisión o no. El trastorno por atracón, puede estar en remisión parcial, si se produce menos de un episodio semanal durante un período continuado, o en remisión total si no se han cumplido los criterios durante un largo periodo de tiempo (APA, 2013).

5.4. Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa para ser diagnosticada debe cumplir con los criterios que se expondrán a continuación basados en los criterios expuestos en el DSM-5: (APA, 2013)

- Debe haber presencia de atracones recurrentes. Estos atracones se caracterizan por dos factores: (i) por una ingestión superior a lo que se considera normal en un período de tiempo determinado; y (ii) por una sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere.
- Conductas compensatorias inadecuadas y recurrentes (vómitos, uso de laxantes, diuréticos y otros) para prevenir el aumento de peso.
- Tanto los atracones como las conductas compensatorias deben aparecer como mínimo una vez por semana durante un período de tres meses.
- El peso corporal y la constitución influyen de manera indebida a la autoevaluación.
- La alteración no solo se observa a lo largo de los períodos de anorexia nerviosa.

Tras el correcto diagnóstico debe evaluarse si el trastorno se encuentra o no en remisión total o parcial. La remisión parcial se produce cuando algunos de los criterios expuestos previamente se han dejado de cumplir durante un período continuado. Se habla de remisión total cuando durante un período de tiempo continuado no se han cumplido ninguno de los criterios (APA, 2013).

También se debe especificar la gravedad de la bulimia nerviosa que se clasifica en: (APA, 2013)

- Leve: cuando aparecen entre uno y tres episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.
- Moderada: cuando se dan entre cuatro y siete episodios de conductas compensatorias inapropiadas a la semana.
- Grave: cuando aparecen entre ocho y trece episodios de conductas compensatorias inapropiadas a la semana.
- Extrema: cuando se dan más de catorce episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

5.5. Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios maniacos y episodios depresivos. Hay varios tipos de trastorno bipolar. A continuación se abordarán el trastorno bipolar tipo I y el trastorno bipolar tipo II.

Para el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I se deben cumplir los criterios de episodio maniaco que se expondrán a continuación basados en los del DSM-5: (APA, 2013)

- Un periodo de una duración mínima de una semana donde predomine un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, con una mayor energía durante casi todo el día y la mayor parte de días.
- Durante este periodo deben aparecer 3 o más de los siguiente síntomas:
 1. Sentimiento de grandeza o elevada autoestima.
 2. La necesidad de dormir se ve disminuida.
 3. Más ganas de hablar de lo habitual.
 4. Sentir que el pensamiento se acelera o fuga de ideas.
 5. Distraerse fácilmente.
 6. Agitación psicomotora.
 7. Exponerse a actividades donde hay un riesgo de salir dañado.
- El estado de ánimo alterado es lo suficientemente grave como para ser la causa de un deterioro importante en el funcionamiento, para necesitar una hospitalización para prevenir daños a uno mismo o a los demás, o porque puede haber rasgos/síntomas psicóticos. Se debe descartar que el estado de ánimo no esté inducido por sustancias o por otra causa médica. Para el

diagnóstico de trastorno bipolar tipo I, es necesario que el paciente haya padecido al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida (APA, 2013).

En el trastorno bipolar tipo I aparecen otros episodios como el hipomaníaco y el depresivo mayor: (APA, 2013)

- El episodio hipomaníaco tiene unos criterios muy similares a los del episodio maniaco. La duración es diferente, tiene que prolongarse durante cuatro días consecutivos. El funcionamiento no se ve tan gravemente afectado, a pesar de que los cambios en el comportamiento son notables.
- El episodio depresivo mayor tiene los mismos síntomas que los expuestos con anterioridad en el trastorno depresivo mayor.

El trastorno bipolar tipo II está formado por episodios de hipomanía y por episodios de depresión mayor, nunca episodios maníacos. Para realizar el diagnóstico se deben haber cumplido los criterios para por lo menos un episodio de hipomanía y para uno de depresión mayor.

5.6. Esquizofrenia

El DSM-5 (APA, 2013) establece una serie de criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia que se explican a continuación. Tal y como el DSM especifica, para el criterio A es necesario que aparezcan durante un mes, dos o más de los síntomas siguientes (que son los síntomas de fase activa):

1. Presentar delirios.
2. Presencia de alucinaciones.
3. Desorganización del discurso.
(Para el diagnóstico debe estar presente, al menos, uno de los tres anteriores.)
4. Un comportamiento catatónico o desorganizado.
5. Presencia de sintomatología negativa.

Otras áreas que se deben ver afectadas negativamente son los niveles de funcionamiento a nivel laboral, personal y social. Los síntomas del trastorno deben persistir un mínimo de seis meses. De ese período al menos un mes (a no ser que el trastorno hubiese sido correctamente tratado) han de aparecer síntomas de fase activa. También pueden aparecer síntomas residuales sintomatología negativa o por

dos o más síntomas del criterio A. Debe haber sido descartado que el trastorno se pueda justificar por la presencia de alguna sustancia o por otras psicopatologías (APA, 2013).

6. Evaluación mental prequirúrgica

La entrevista clínica es una relación interpersonal entre un paciente y un profesional de carácter cordial/profesional cuya finalidad es orientar, diagnosticar y tratar. Con esta herramienta, que consiste en una evaluación mental, podemos determinar si un paciente puede ser autorizado o no para la CB.

La evaluación psiquiátrica se realiza mediante una entrevista semi-estructurada siguiendo un modelo de entrevista proporcionado por el hospital Sagrat Cor, que es un modelo de entrevista médico atóxico. La entrevista es igual a la de una primera visita, se realiza con el fin de aunar toda la información necesaria para tener la historia clínica del paciente. Se recogen datos generales del paciente como: datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, ocupación, etc.), la historia personal, se pregunta por el motivo de consulta, relaciones familiares, adaptación social, hábitos tóxicos, antecedentes orgánicos (operaciones, alergias y enfermedades) y si precisa de alguna medicación a diario. Es muy importante averiguar si existen antecedentes psiquiátricos, tanto personales como familiares y si los hay tratamientos anteriores o presentes, preguntar acerca de la personalidad premórbida y hacer una exploración psicopatológica completa y detallada para poder tener un diagnóstico claro.

Además de la evaluación psiquiátrica, que se realiza a todos los pacientes en la primera visita, a los pacientes candidatos a CB se les pasa un protocolo evaluativo detallado para poder determinar la presencia de una patología psiquiátrica actual o pasada. En dicho protocolo se indaga acerca de las posibles causas de obesidad, los tratamientos previos enfocados a la pérdida de peso, antecedentes familiares de obesidad, antecedentes personales o familiares de TCA y se pregunta sobre la presencia de atracones, sobreingesta y/o picoteo.

Cabe destacar la importancia de la evaluación mental prequirúrgica. Tal y como se ha observado la presencia de un trastorno psiquiátrico no es una contraindicación total para la CB. No obstante, para evitar futuras complicaciones es imprescindible una evaluación mental previa a la cirugía (Yen y cols., 2014). Del mismo modo que también se recomienda, si existe presencia de una enfermedad mental, un control

psiquiátrico y/o psicológico para asegurarse de que el paciente sigue las pautas adecuadas y no tiene recaídas (Sánchez-Román y cols., 2003).

Uno de los motivos por los que no se considera la presencia de una psicopatología una contraindicación total para la CB es porque estudios han demostrado la mejoría de dichas patologías, como por ejemplo mejoría de los síntomas depresivos, gracias a la intervención (de Zwaan y cols., 2011).

7. Casos clínicos

La muestra que expondremos a continuación no tiene un valor significativo, los pacientes han sido seleccionados de manera arbitraria dentro del grupo pacientes con presencia de psicopatología y candidatos a CB del Hospital Sagrat Cor de Barcelona. La elección ha sido realizada por conveniencia, con el objetivo de poder tener una visión general sobre el tipo de paciente que se ve en el nombrado hospital dentro del departamento de psiquiatría.

Tras la presentación de cada caso, a continuación se realizará una discusión de los casos clínicos presentados con anterioridad en base a los criterios de inclusión y exclusión empleados en el Hospital Universitario Sagrat Cor en base a las indicaciones y contraindicaciones para la autorización para CB establecidas por la SEEDO.

7.1. Caso 1

Se trata de una mujer de 48 años de edad, casada, con dos hijos y de profesión abogada. En la actualidad no desarrolla actividad laboral por tener una incapacidad absoluta por presentar trastorno bipolar. Tiene antecedentes psiquiátricos familiares de esquizofrenia (tío) y trastorno depresivo (tía). Antecedentes familiares de obesidad por parte de su padre y abuela. No refiere hábitos tóxicos.

Presenta un trastorno bipolar tipo II con fases depresivas marcadas. Tuvo su primer episodio cuando tenía 27 años y desde entonces es tratada con litio de forma regular. En la exploración psicopatológica actual no se observan síntomas ansiosos, ni depresivos, hay un buen ritmo de sueño y se aprecia hipotimia y astenia. No se aprecian hábitos alimenticios inadecuados, no hace atracones, no picotea y no realiza conductas compensatorias. Ha ganado 30 kg en dos años.

El tratamiento farmacológico actual que toma desde hace un año aproximadamente es:

- Lamotrigina 25mgrs 0-0-1
- Dumirox 100mgrs 0-0-1
- Plenur 400mgrs 1-1-2

La paciente mide 1,74 cm, previamente a la cirugía su peso era de 114 kg, por lo tanto su IMC era de 38. Su peso actual es de 94,5 kg, por lo tanto su IMC es de 31,21. Ha perdido 19,5 kg, es decir, un 40% de peso gracias a la CB.

7.1.1 Discusión caso 1

Por una parte la paciente cumple los criterios de IMC, con un índice de 38 pero con la presencia de problemas físicos que interfieren en su calidad de vida. También está dentro del rango de edad establecido en los criterios para CB.

No refiere haber tratado de perder peso ni con dietas ni con ningún otro tratamiento. En la exploración psicopatológica de la paciente se determinó que podía ser operada a pesar de padecer un trastorno bipolar. No cumplía los criterios de autorización para la CB ya que no llevaba estable de su enfermedad mental cinco años, llevaba estable algo más de un año.

A pesar de todo lo anterior, se le concedió la autorización a CB debido a su estabilidad psicológica, buena adherencia al tratamiento, buenos hábitos alimenticios y por el compromiso para asistir a las visitas de control postquirúrgico. Tenía una plena comprensión y asunción del riesgo que la intervención suponía.

Tras la CB realizada hace un año ha perdido 19,5 kg, es decir, un 40% de peso. Sigue los controles, el tratamiento y va perdiendo peso de forma adecuada.

7.2. Caso 2

Se trata de una paciente de 56 años de edad, soltera, vive sola. En 2007 le concedieron la incapacidad laboral. Tiene antecedentes psiquiátricos familiares de trastorno bipolar. Debido a la patología psiquiátrica, trastorno bipolar y trastorno por atracón, presenta una adaptación social deficiente por lo que ha restringido sus relaciones sociales. No refiere hábitos tóxicos, dejó de fumar hace seis meses.

Presenta un trastorno bipolar, tuvo su primera fase de depresión en 2001, desde entonces requiere de control por el CAP determinado por zona. Ha probado diversos tratamientos: litio, gabapentina, ácido valproico, olanzapina, topiramato, etc. Tiene

una respuesta “inestable” al tratamiento por ciclación rápida. Tuvo una fase de depresión en primavera (abril/mayo). Le afectan mucho los cambios estacionales. Refiere síndrome de atracón de predominio nocturno a diario. Tiene sensación de hambre continuada.

El tratamiento farmacológico actual es:

- Abilify 5 mgrs 1-0-0
- Fluoxetina 20 mgrs 1-0-0
- Lamortigina 100 mgrs 1-1/2-1
- Quetiapina 200 mgrs 1-0-1.

La paciente mide 1,60 cm y pesa 100 kg, su IMC es de 39,06. Por ahora no se le autorizada la intervención de cirugía bariátrica por no estar estable afectivamente.

7.2.1 Discusión caso 2

El segundo caso presenta una mujer que cumple los criterios de edad e IMC. Padece trastorno bipolar y trastorno por atracón. No fue autorizada a CB debido a su inestabilidad psicológica, ya que no responde de manera correcta al tratamiento y refiere atracones de predominio nocturno.

En este caso el riesgo es mayor que el posible beneficio y por ello se le denegó la autorización. La autorización para la CB podría haber supuesto un riesgo para su salud ya que no hubiese tenido una buena adherencia al tratamiento postquirúrgico.

7.3. Caso 3

Se trata de un paciente varón de 61 edad, casado y con tres hijos. En la actualidad no desarrolla actividad laboral. Presenta antecedentes psiquiátricos familiares, madre y dos hermanos con trastorno depresivo. Adaptación social muy deficiente debido a la patología física y afectiva que padece ya que ha restringido de forma importante los contactos sociales. No refiere hábitos tóxicos.

Tratado en el Servicio de Psiquiatría desde mayo del 2000 por presentar un trastorno depresivo mayor de evolución crónica y con crisis de angustia asociadas en relación a motivos laborales. Fue tratado con paroxetina y presentó intolerancia, después le recetaron citalopram y reboxetina y tuvo una buena respuesta clínica. El paciente tuvo una recaída en octubre del 2010 por presentar un trastorno depresivo mayor relacionado con problemas laborales por lo que se le volvió a prescribir citalopram y reboxetina con escasa respuesta. Debido a eso se le modificó el

tratamiento a venlafaxina. Asimismo se le ha prescrito topiramato debido a que presenta atracones. A posteriori su estado afectivo ha empeorado por las limitaciones físicas de las patologías traumatológicas antes referidas.

Tratamiento actual:

- Venlafaxinaretard 150 mgrs 2-0-0
- Loracepam 5 mgrs 0-0-1 ½.
- Topamax 100 mgrs 0-0-3.

El paciente mide 1,78 cm, previamente a la cirugía su peso era de 125 kg, por lo tanto su IMC era de 39,45. Su peso actual es de 105 kg, por lo tanto en la actualidad presenta un IMC de 33,14. Ha tenido una escasa pérdida de peso desde la intervención realizada hace un año.

7.3.1 Discusión caso 3

Paciente de 61 años con un IMC de 39,45. Refiere obesidad desde la infancia y ha probado numerosas dietas sin éxito.

Se observa un paciente que presenta trastorno depresivo mayor, fue autorizado y operado. En el periodo previo a la operación presentaba sintomatología depresiva y algún atracón de comida. Tiene una buena adherencia al tratamiento psicofarmacológico y acude a las visitas. A pesar de no cumplir los criterios se le autorizó considerando que la sintomatología mejoraría con la CB y su consecuente pérdida de peso.

No ha conseguido la pérdida de peso óptima. Consiguió perder peso pero con los meses ha ido recuperándolo, en la actualidad le preocupa el no haber perdido el peso deseado.

7.4. Caso 4

Paciente mujer de 33 años, adoptada, soltera y con una hija de 12 años. Posibles antecedentes familiares de obesidad por parte de su madre biológica. Tiene una discapacidad laboral del 66% por esquizofrenia, realiza un curso de salud mental, para poder empezar a trabajar. Buena relación familiar y adaptación social. Como antecedentes orgánicos presenta diabetes.

Refiere que con 17 años su peso era de 58 kg, realizaba alguna conducta compensatoria. Con el embarazo a los 20 años ganó 40 kg, llegó a pesar 130 kg. Se hizo una liposucción y volvió a engordar, repitió ese mismo tratamiento y de nuevo

volvió a engordar, también ha probado varias dietas sin éxito. Como hábitos tóxicos, tuvo con anterioridad problemas con la bebida, hace 10 años que no bebe, a pesar de que tuvo una pequeña recaída hace 5 años.

Presenta esquizofrenia y trastorno por atracón. En la actualidad está estable, control en el CAP de salud mental. A día de hoy no refiere dietas, ni diuréticos, laxantes, asegura no realizar conductas compensatorias, ni vómitos, aunque realiza picoteo entre horas. No refiere ansiedad, ni síntomas depresivos. Dice estar alegre, activa y no tiene síntomas psicóticos. Parece estar estable y por ello se le autoriza para la cirugía.

El tratamiento actual es:

- Leponex 150 mgrs 1-0-0
- Topiramato 100 mgrs 1-0-1
- Lyrica

La paciente mide 1,57 cm, previamente a la cirugía su peso era de 125 kg, por lo tanto su IMC era de 50,71. Su peso actual es de 82 kg, por lo tanto su IMC es de 33. Ha perdido 30 kg, es decir, un 54% de peso gracias a la CB.

7.4.1. Discusión caso 4

La paciente presenta un IMC de 50,71 y padece diabetes. Tiene una evolución de la obesidad de 13 años y ha probado diferentes tratamientos sin éxito.

Padece una enfermedad psiquiátrica grave: esquizofrenia. Tiene antecedentes personales de bulimia, remitida en la actualidad. Lleva mucho tiempo estable de su trastorno mental, buena adherencia al tratamiento farmacológico y realiza un seguimiento psiquiátrico. Presentó plena comprensión de la cirugía, asunción de los riesgos y motivación para la misma.

Ha seguido el tratamiento postquirúrgico indicado y ha acudido a las visitas de control. Tras la intervención ha perdido 30 kg, es decir, un 54% de peso.

7.5. Caso 5

Paciente mujer de 52 años, es soltera y sin hijos, vive sola. De profesión es administrativa pero desde hace un año tiene una incapacidad laboral absoluta. Tiene antecedentes psiquiátricos familiares de depresión por parte de su abuela y una tía. También afirma tener antecedentes de obesidad, asegura que la familia materna a partir de cierta edad experimentan un aumento de peso significativo. Refiere buena

relación familiar pero escasa adaptación social. Como antecedentes orgánicos ha padecido miomas uterinos, hernias y derrame pleural y tiene colesterol, apneas del sueño y artrosis.

No refiere obesidad en la infancia. Hace 2 años realizó una dieta con pérdida de 30 kg, posteriormente junto con el empeoramiento de la depresión y recuperó 50 kg.

La paciente presenta distimia. Se define como una persona preocupadiza y ansiosa, le dan miedo las aglomeraciones o sitios cerrados. Hace 15 años tuvo una depresión fue entonces cuando inicio un tratamiento psiquiátrico y psicológico. Desde hace 4 años refiere empeoramiento de la depresión con insomnio de primera fase e hipersomnias diurnas, clinofilia y estado de ánimo deprimido. En la exploración psicopatológica refiere estado de ánimo deprimido, anhedonia, clinofilia, irritabilidad, llanto frecuente, fatigabilidad, pérdida de apetito, desesperanza, pesimismo y sentimientos de inutilidad y culpabilidad. Tiende a aislarse y a abandonar actividades sociales. Presenta ansiedad, tensión interna, inquietud psicomotora, alteraciones gastrointestinales tras las comidas y preocupación excesiva por sus problemas físicos y afectivos. Come rápido, no refiere picoteo, pero sí atracones aunque no recuerda la frecuencia.

El tratamiento actual es:

- Fluoxetina 20 mgrs 2-1-0
- Elontril 150 mgrs 1-0-0

La paciente mide 1,60 cm y pesa 115 kg, su IMC es de 44,92. Se pospone la autorización de la intervención porque la paciente se encuentra depresiva y no tiene suficiente conciencia ni motivación para la cirugía.

7.5.1. Discusión caso 5

La paciente no fue autorizada a CB, tiene 54 años y un IMC de 44,92. Por una parte esta paciente cumple los criterios por tener un IMC superior a 40 y está dentro del rango de edad. También presenta múltiples patologías orgánicas asociadas a la obesidad y ha probado diversos métodos para la pérdida de peso sin éxito.

Por otra parte, presenta sintomatología activa de su trastorno mental, trastorno distímico. Otro de los motivos para no permitir la intervención fue la falta de comprensión y motivación que la paciente presentó. Debido a todo lo mencionado con

anterioridad, se le denegó la autorización para la intervención puesto que no parecía una paciente capacitada para seguir el tratamiento postquirúrgico.

7.6. Caso 6

Paciente mujer de 17 años, vive con sus padres, tiene 2 hermanos. No tiene pareja. Tiene un grupo de relaciones sociales, se mantiene activa y es estudiante. Tiene antecedentes psiquiátricos familiares por parte del padre que padece depresión y agorafobia y antecedentes de obesidad por parte de la madre y las abuelas.

Antecedentes personales de trastorno de la conducta alimentaria, concretamente bulimia nerviosa. Ha tenido tres ingresos y estuvo un año en la unidad de hospital de día del Clínico. La paciente aporta un informe del psiquiatra del Hospital Clínic en que autoriza la práctica de Cirugía Bariátrica por estar estable, TCA en remisión. Han desaparecido el picoteo, la sobreingesta, los atracones y los vómitos.

Se describe como una persona extrovertida, impulsiva y miedosa, pero no refiere fobias. En la exploración psicopatológica se aprecia un estado de ánimo eutímico y algo de irritabilidad. Mantiene sus actividades sociales, laborales y de ocio. Refiere ansiedad moderada con sintomatología somática (cefaleas) e inquietud psicomotora.

El tratamiento actual es:

- Venlafaxina retard 150 mg 1-0-0
- Topiramato 2000 mg 0-0-1

La paciente mide 1,67 cm y pesa 135 kg, su IMC es de 48,41. Se le autoriza y programa a futuro la CB.

7.6.1. Discusión caso 6

Paciente de 17 años que presenta obesidad mórbida desde los 5 años de edad, tiene un IMC de 48,41. Por lo tanto, cumple los criterios de IMC, edad y evolución de la obesidad.

Presenta un trastorno de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa. Se le concede la autorización a CB, se operará en un futuro próximo. En la actualidad presenta estabilidad psicológica, buena adherencia al tratamiento, sigue los controles psiquiátricos y la bulimia nerviosa está en fase de remisión. Comprende

perfectamente los riesgos de la intervención y los asume. Por todo ello se consideró que era una buena candidata para la cirugía.

7.7. Tabla resumen

	Sexo	Edad	Patología psiquiátrica	Estado solicitud CB	Peso previo	Peso actual
Caso 1	Mujer	48	Trastorno Bipolar	Autorizada y operada	IMC 38 Peso 114 Talla 174	94,5 kg IMC 31.21
Caso 2	Mujer	56	Trastorno Bipolar y Trastorno por atracón	No autorizada	IMC 39,06 Peso 100 Talla 1,60	No operada
Caso 3	Hombre	61	Trastorno Depresivo Mayor	Autorizado y operado	IMC 39,45 Peso 125 Talla 178	105 kg IMC 33,14
Caso 4	Mujer	33	Esquizofrenia	Autorizada y operada	IMC 50,71 Peso 125 Talla 1,57	82 kg IMC 33
Caso 5	Mujer	52	T. distímico	No autorizada	IMC 44,92 Peso 115 Talla 1,60	No operada
Caso 6	Mujer	17	Bulimia	Autorizada Programada CB	IMC 48,41 Peso 167 Talla 1,67	A la espera de CB

Conclusiones

La obesidad es una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial. Debido a las importantes implicaciones físicas y emocionales que provoca en quienes la sufren, el interés, tanto en la búsqueda de un tratamiento eficaz como en la búsqueda de un perfil psicopatológico del obeso, ha ido en aumento en los últimos años. Existen diversos tratamientos para abordar la obesidad. Ha sido demostrado que una de las técnicas más efectivas, si hablamos de obesidad mórbida, es la CB.

En el presente trabajo la hipótesis planteada fue si la presencia de una enfermedad mental es una contraindicación total o parcial para la CB. En primer lugar, para dar respuesta a la pregunta se consideró fundamental realizar una revisión bibliográfica extensa y detallada con el fin de exponer un marco teórico sobre la prevalencia, las causas y el tratamiento de la obesidad.

En segundo lugar, se realizó una revisión de la literatura actual acerca de la relación entre psicopatología y obesidad. Podemos concluir que no se observa que exista un perfil psicológico específico del paciente obeso. No obstante los pacientes obesos presentan tasas más altas de trastornos afectivos.

Por último, la tercera parte de este escrito consiste en la observación y discusión de seis casos clínicos. Los seis pacientes presentan alguna psicopatología y son candidatos a CB. De esos seis casos, tres de ellos fueron autorizados y operados, dos peticiones fueron denegadas y una fue autorizada a pesar de que aún no se ha realizado la cirugía. La discusión con respecto a los casos planteados se realizó en el marco de los criterios de inclusión y exclusión empleados en el Hospital Sagrat Cor.

En la discusión de los casos los criterios de inclusión y exclusión en la práctica se emplean como algo orientativo, son flexibles. Si el profesional considera que el beneficio tras la cirugía es mayor que el riesgo que esta conlleva, el paciente será autorizado a pesar de que no cumpla de forma estricta las indicaciones y contraindicaciones para la CB.

En relación con la estabilidad psicológica el criterio determinante considera que son necesarios cinco años de estabilidad mental para obtener la autorización a CB. No obstante, se ha comprobado que pacientes que han sido operados, con un buen

pronóstico, obtuvieran buenos resultados y una óptima pérdida de peso, a pesar de que su periodo de estabilidad psicológica era inferior a cinco años. Si el paciente refiere haber estado estable durante un periodo de tiempo razonable, es autorizado, puesto que estudios han demostrado que se da una mejoría en los síntomas de estos trastornos gracias a la intervención quirúrgica.

La herramienta empleada para evaluar psicológicamente al paciente es la entrevista prequirúrgica que acontece en el departamento de psiquiatría. Es fundamental realizar una correcta y completa evaluación psiquiátrica previa del perfil del paciente candidato a CB. De este modo se valora si en el caso de la presencia de un trastorno mental pesan más los riesgos o los beneficios de dicha cirugía.

Si existe la presencia de una patología psiquiátrica y se autoriza al paciente para la CB, es fundamental realizar posteriormente seguimiento psiquiátrico y/o psicológico para tener un control sobre el seguimiento de la pautas, asegurar su estabilidad psicológica y prevenir posibles recaídas. Este exhaustivo seguimiento postquirúrgico queda justificado por la gran cantidad de cambios que se producen en la vida del paciente intervenido, no sólo a nivel físico sino a nivel emocional e interpersonal.

Tras la elaboración de este trabajo podemos concluir que la presencia de psicopatología no es una contraindicación total. Como hemos comprobado, muchos pacientes con comorbilidades psiquiátricas han sido operados y gozan de un buen pronóstico. Diversos factores deben ser tenidos en cuenta a la hora de autorizar o no a un paciente con presencia de trastorno mental. Normalmente si el paciente tiene conciencia de enfermedad, acude a los controles necesarios y está estable desde un período de tiempo razonable (no es necesario llegar a los cinco años de estabilidad psicológica como se expone en los criterios de inclusión y exclusión) es autorizado para la CB. Por otro lado, se ha observado que en ocasiones pacientes que parecen tener los síntomas psicológicos en remisión son operados pero no obtienen la pérdida de peso óptima y son pacientes de mal pronóstico.

Todo lo anterior determina la existencia de tendencias que, si bien no resultan definitivamente concluyentes (como, por otra parte, ocurre en todas las ramas de la ciencia), permiten considerar la importancia de los estudios psicopatológicos de los

pacientes candidatos a CB y aconsejan, indubitablemente, al contraste de todas las experiencias previas lo cual permitirá, sin duda, mejores y más ajustados criterios.

El interés por esta interrelación entre psicopatología y obesidad, permitirá, sin duda, provocar la realización de nuevos estudios en este campo que, probablemente, modifiquen los criterios vigentes en la actualidad.

Por ahora, solo se puede afirmar que en ocasiones se ha comprobado la mejoría de los síntomas psicológicos gracias a la intervención de CB. Estos criterios en relación a la estabilidad psicológica de los pacientes son, como se ha dicho, algo complejo de definir y futuros estudios prospectivos deberían profundizar, investigar y observar la evolución de estos pacientes, para, de este modo, poder alcanzar nuevos criterios que delimiten mejor y permitan una mejor clasificación de los pacientes obesos con comorbilidades psiquiátricas.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Aranceta-Bartrina, J., Serra-Majem, L., Foz-Sala, M., y Moreno-Esteban, B. (2005). Prevalencia de obesidad en España. *Medicina Clínica*, 125(12), 460–466. doi:10.1157/1307961
- Arriaga, M.I. (2015). *Evaluación psicopatológica en obesidad y post cirugía bariátrica*. Tesis Doctoral para optar al título de Doctora en Psiquiatría y Psicología Clínica, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Baile, J. I. (2011). Obesity: Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 34, (2), 253-261.
- Bray, G. A. (1990). Obesity: Historical development of scientific and cultural ideas. *International journal of obesity*, 14(11), 909-926.
- Bužga, M., Zavadilová, V., Holéczy, P., Švagera, Z., Švorc, P., Foltys, A., y Zonča, P. (2014). Dietary intake and ghrelin and leptin changes after sleeve gastrectomy. *Videosurgery and Other Minimally Invasive Techniques*, 9(4), 554–561. doi:10.5114/witm.2014.45437
- Dansinger, M. L., Gleason, J. A., Griffith, J. L., Selker, H. P., y Schaefer, E. J. (2005). Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *JAMA*, 293(1), 43-53.
- Dawes, A., Maggard-Gibbons, M., Maher, A., Booth, M., Miake-Lye, I., Beroes, J. y Shekelle, P. (2016). Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery. *JAMA*, 315(2), p.150.
- De Zwaan, M., Enderle, J., Wagner, S., Mühlhans, B., Ditzen, B., Gefeller, O., ... Müller, A. (2011). Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 61–68. doi:10.1016/j.jad.2011.03.025
- Delgado, C., Morales, M. J., Maruri, I., Rodríguez, C., Benavente, J. L., y Núñez, S. (2002). Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(6), 376–381.
- Duarte-Guerra, L. S., Coêlho, B. M., Santo, M. A., & Wang, Y.-P. (2014). Psychiatric Disorders Among Obese Patients Seeking Bariatric Surgery: Results of Structured Clinical Interviews. *Obesity Surgery*. doi:10.1007/s11695-014-1464-y

- Finer, N. (2001). Low-Calorie Diets and Sustained Weight Loss. *Obesity Research*, 9(S11), 290S-294S.
- Foz, M. (2004). La historia de la obesidad. (Manuscrito no publicado). Barcelona, España.
- Gerlach, G., Herpertz, S., y Loeber, S. (2015). Personality traits and obesity; A systematic review. *Obesity Reviews*. 16, 32-63.
- Gibbs, J., Young, R. C., y Smith, G. P. (1973). Cholecystokinin decreases food intake in rats. *Journal of comparative and physiological psychology*, 84(3), 488.
- González, M. E., Ambrosio, K. G. y Sánchez, S. (2006). Regulación neuroendocrina del hambre, la saciedad y mantenimiento del balance energético. *Medigraphic vol. VIII, número 3. Diciembre*.
- González-González, J. J., Sanz-Álvarez, L., y García, C. (2008). La obesidad en la historia de la cirugía. *Cirugía Española*, 84(4), 188-195.
- Iannelli, A., Dainese, R., Piche, T., Facchiano, E., y Gugenheim, J. (2008). Laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity. *World Journal of Gastroenterology*, 14(6), 821–827.
- Kennedy, G. C. (1953). The role of depot fat in the hypothalamic control of food intake in the rat. *Proceedings of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 140(901), 578-592.
- Malik, S., Mitchell, J. E., Engel, S., Crosby, R., y Wonderlich, S. (2014). Psychopathology in bariatric surgery candidates: a review of studies using structured diagnostic interviews. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 248–259. doi:10.1016/j.comppsy.2013.08.021
- Marqueta de Salas, M. M., Martín-Ramiro, J. J., y Juárez, J. J. (2016). Características sociodemográficas como factores de riesgo para la obesidad y el sobrepeso en la población adulta española. *Medicina Clínica*, 146(11), 471-477.
- Martinez, J. A., Moreno, M. J., Marques-Lopes, I., y Marti, A. (2002). Causas de obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(1):17-27
- Mayer, J., (1995). Regulation of energy intake and the body weight: glucostatic and lipostatic hypothesis. *Annals of the New York Academy of sciences*, 63(1), 15-43.
- Müller, A., Mitchell, J. E., Sondag, C., y de Zwaan, M. (2013). Psychiatric aspects of bariatric surgery. *Current Psychiatry Reports*, 15(10), 397. doi:10.1007/s11920-013-0397-9
- Nordmann, A. J., Nordmann, A., Briel, M., Keller, U., Nancy, W. S., Brehm, B. J., y cols. Effects of low-carbohydrate vs low-fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Internal Medicine*, 166: 285-93.

- OMS. (2015). Organización Mundial de la Salud (OMS). *Obesidad Y Sobrepeso*. Recuperado el 21 de marzo del 2016 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Papavramidou, N. S., Papavramidis, S. T., y Christopoulou-Aletra, H. (2004). Galen on obesity: etiology, effects, and treatment. *World journal of surgery*, 28(6), 631-635.
- Rogers, P. J., & Brunstrom, J. M. (2016). Appetite and energy balancing. *Physiology & behavior*.
- Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., ... & Vidal, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española Obesidad*, 5(3), 135-175.
- Salgado, P. (1997). Bases neurobiológicas del comportamiento alimentario. En V. J. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad* (pp. 3-15). Barcelona: Masson
- Sánchez-Román, S., López-Alvarenga, J. C., Vargas-Martínez, A., Téllez-Zenteno, J. F., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., ... Salín-Pascual, R. J. (2003). Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes con obesidad extrema candidatos a cirugía bariátrica. *Revista de Investigación Clínica; Órgano Del Hospital de Enfermedades de La Nutrición*, 55(4), 400–406.
- Sutin, A., Ferrucci, L., Zonderman, A. y Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), pp.579-592.
- Turón, V. J. (1997). Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación. En V. J. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad* (pp. 3-15). Barcelona: Masson
- Vallejo, J. (2011). Introducción (I). Psicopatología, psiquiatría y enfermedad mental. Tendencias en la psiquiatría actual. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría (7ª. Edición)* (pp. 1-18). Barcelona: Masson
- Wilmelmann, C. L., Dela, F. y Mortensen, E. L. (2013): Clinical practice guideline: Psychological predictors of weight loss after bariatric surgery: A review of the recent research. *Obesity research & clinical practice*, 8, 299-313.
- Wirth, A., Wabitsch, M. y Hauner, H. (2014): Clinical practice guideline: The prevention and treatment of obesity. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111:705–13. doi: 10.3238/arztebl.2014.0705
- Yen, Y-C., Huang, C-K., & Tai, C-M. (2014). Psychiatric aspects of bariatric surgery. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 374–9. doi:10.1097/YCO.0000000000000085

Anexo I

Modelo de primera visita médica atórica

- Motivo de consulta:
- Antecedentes psiquiátricos familiares:
- Historia personal: edad/estado civil/ vive con.../hijos?/ Profesión...
- Relación familiares:
- Adaptación social:
- Hábitos tóxicos: Tabaco/Alcohol/Cafeína/Otros tóxicos
- Antecedentes orgánicos: Alergias/Enfermedades/Operaciones
- Medicación:
- Personalidad premórbida:
- Antecedentes psiquiátricos personales:
- Enfermedad psiquiátrica actual:
- Exploración psicopatológica:

Modelo orientativo para la exploración psicopatológica:

En la exploración psicopatológica se aprecia una paciente vigil, consciente y orientado auto y alopsíquicamente. Contacto sintónico. Colaboradora y abordable. Estado de ánimo deprimido, anhedonia, clinofilia, irritabilidad, labilidad afectiva. Fatigabilidad, pérdida de apetito, sentimientos de inutilidad y de culpabilidad. Tendencia al aislamiento y abandono de actividades sociales, laborales y de ocio.

Ansiedad elevada, tensión interna, inquietud psicomotora, alteraciones gastrointestinales, preocupación excesiva por sus problemas físicos y afectivos, dolores musculares, cefaleas. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar pueda resultar difícil.

Dificultades de concentración y atención con y pérdida de memoria de fijación y retención.

Insomnio de primera, segunda y/o tercera fase.

Apetito conservado.

No alteraciones sensoperceptivas, ni ideas delirantes. Juicio de realidad conservado, conciencia de enfermedad.

Anexo II

Protocolo pacientes obesidad candidatos a Cirugía Bariátrica:

Antecedentes Psiquiátricos Familiares

Totales

Depresión

Alcohol

Ansiedad

Otros

Datos Sociodemográficos

Sexo

1. Mujer 2. Hombre

Edad

Estado civil

1. Soltero 2. Casado 3. Pareja

4. Divorciado 5. viudo

Situación laboral

1. Activo 2. Paro 3. Estudiante

4. Invalidez 5. Jubilado 6. Ama de casa 7. Baja

Estudios

1. Universitario 2. Secundarios.

3. Primarios 4. Sin estudios

Años de escolarización

Habitos tóxicos

Alcohol

Gramos OH/día

Tabaco

Número cigarrillos/día

Cocaína

Gramos/día

Cannabis

Número de porros/día

Café

Número de cafés/día

Otros

Enfermedades Medicas

Alergias

Diabetes mellitus

Problemas tiroideos

Hipercolesterinemia

Problemas respiratorios

Apneas de sueño

Aparato locomotor

Fibromialgia

Fatiga crónica

Hernia hiatus

Enfermedades Ginecológicas

Neoplasias

Otros

Hipertensión arterial

Antecedentes familiares (trastornos de la conducta alimentaria)

Obesidad

Bulimia

Anorexia

Otros trastornos de la conducta alimentaria (atracones etc.)

Edad Inicio Obesidad

Evolucion Obesidad

IMC

Obesidad en infancia

Posibles Causas Obesidad

1. Genética y factores nutricionales
2. Embarazo y lactancia.
3. Tratamientos farmacológicos
4. Deshabitación tabáquica
5. Factores psicológicos
6. Problemas/aspectos hormonales
7. Otros
8. Abandono de la actividad física

Antecedentes personales de trastorno de la conducta alimentaria

Bulimia nerviosa

Trastorno por atracón

Picoteo

Sobreingesta

Anorexia nerviosa

Tratamientos previos para la obesidad

Dietas

Fármacos

Balón

Otros

Tipo de Cirugía

1. Restrictiva
2. Restrictiva y malabsortiva

Cumplidor de tratamiento valorado en una escala del 0 al 10

0 muy malo 10 excelente

Atracones criterios DSM-5

A. Episodios recurrentes atracones

B. 3 síntomas

Comer más rápido normal

comer sentirse desagradablemente lleno

Comer grandes cantidades sin apetito

Comer solo, vergüenza cantidad ingerida.

Sentirse disgustado después atracón.

C. Malestar intenso respecto atracones

D. Frecuencia de atracones: veces/semana.

E. Conductas compensatorias

Laxantes

Diuréticos

Deporte

Vómitos

Número de horas de actividad física

Algún diagnostico eje I (PREVIO)

0. No

1. Si

Trastornos afectivos

1. Depresión Mayor 2. Distimia

3. Trastorno bipolar 4. diagnostico no claro 5. otros

Edad de inicio

Evolución

Trastornos ansiosos

Trastorno de pánico

Trastorno de ansiedad generalizada

Edad de inicio

Edad de evolución

Otros

Edad de inicio

Relación obesidad

T. adaptativo

1.e.a.depresivo 2. e.a.ansioso

3.e.a.mixto

Edad de inicio

Evolución

Relación obesidad

Psicosis

1. Esquizofrenia 2. Trastorno esquizoafectivo

Edad de inicio

Evolución

Adicciones

OH

Cannabis

Tabaco

Cocaína

Otros

Edad de inicio

Evolución

Otros trastornos del eje I

Edad de inicio

Evolución

Algún diagnostico eje I ACTUAL

0. No 1. Si

Trastornos afectivos

1. Depresión Mayor 2. Distimia

3. Trastorno bipolar

Edad de inicio

Trastornos ansiosos

Trastorno por ataques de pánico

Ansiedad generalizada

Edad de inicio

Otros

Edad de inicio

Relación obesidad

T. adaptativo

1.e.a.depresivo 2e.a.ansioso

3.e.a.mixto

Edad de inicio

Relación obesidad

Psicosis

1. Esquizofrenia 2. Trastorno esquizoafectivo

Adicciones

OH

Cannabis

Tabaco

Cocaína

Otros

Otros trastornos del eje I

Hamilton de Ansiedad

Hamiton de Depresión

CGI

1. normal 2. dudosamente
3. leve 4. moderado
5. grave 6. extremadamente enfermo

GAF

- 100 normal 80 síntomas transitorios 90 síntomas ausentes
70 síntomas leves 50 graves 60 moderados
40 alteraciones de la realidad 20 peligro para sí mismo
30 sintomatología delirante

Estrés Psicosocial

1. ausente 2. leve 3. moderado
4. importante 5. extremo 6. catastrófico

Relación familiar

- 0 muy mala 10 muy buena

Who-DAS

Holmes y Rahe Actual o passat

- 100 muerte cónyuge
70 separación
65 muerte otros familiares
55 enfermedad o accidente
50 contraer matrimonio
47 paro
45 retiro labora
42 rotura noviazgo
40 embarazo

35 muerte amigo

30 pérdida de empleo

Antidepresivos previos

ISRS

Duales

Antidepresivos tricíclicos

Otros

BZD previas

ISRS por obesidad

Neurolépticos

Topiramato

Otros

Psicoterapias

Antidepresivos actuales

ISRS

Duales

Antidepresivos tricíclicos

Otros

BZD previas

ISRS por obesidad

Neurolépticos

Topiramato

Otros

Psicoterapias

Antidepresivos totales

ISRS

Duales

Antidepresivos tricíclicos

Otros

BZD previas

ISRS por obesidad

Neurolépticos

Topiramato

Otros

Picoterapias