

CONTROL DE LA OBESIDAD: VIDA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Sonia Jiménez Suárez, M. Ed
Psicóloga

EDITORIAL

La obesidad se ha convertido en una epidemia de proporciones enormes y continúa creciendo en todo el mundo. La obesidad aumenta el riesgo de enfermar y morir prematuramente, debido a enfermedades cardiovasculares, diabetes e inclusive algunos tipos de cáncer como el de colon y útero. Esto sin contar con los inconvenientes para desplazarse, vestirse, asearse, conseguir ropa de su talla y relacionarse con su entorno sin ser objeto de discriminación y burla, para quien la padece.

Un tratamiento adecuado para la obesidad mórbida debe cumplir tres objetivos esenciales: 1) permitir al paciente una pérdida de peso significativa, 2) que la pérdida de peso sea permanente, y 3) lograr los objetivos anteriores permitiendo al paciente tener buena calidad de vida. Hoy en día, el mejor tratamiento disponible para cumplir estos objetivos es, sin duda, la cirugía bariátrica. Para lograr éxito completo, es fundamental el apoyo psicológico que brindemos a nuestros pacientes, pues se enfrentan a una gran transformación que aunque es generalmente muy positiva, a veces ocasiona molestias y dificultades en casos específicos. El servicio de psicología y el grupo de apoyo de pacientes operados representan un soporte de suma importancia para hacer que la transición hacia una vida normal sin obesidad mórbida, se haga de manera gradual y sea mejor tolerada. Este es el importante papel que desempeña nuestro grupo de apoyo y de psicología en la Clínica de la Obesidad de la Fundación Valle del Lili.

José Pablo Vélez L, MD
Clínica de la Obesidad
Cirugía Laparoscópica Avanzada - Cirugía Bariátrica.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica, con sus diversas formas posibles (las más comunes son la banda gástrica, bypass gástrico y la

derivación biliopancreática), es la opción más efectiva para controlar la obesidad, en casos en los que otros tratamientos con dietas, medicamentos y ejercicio han fracasado. Opera mediante la restricción de la capacidad gástrica con o sin producción adicional de mal absorción de nutrientes, llevando a una pérdida de peso considerable y en forma más acelerada que con otros métodos.

Cuadro 1.

La ecuación matemática que permite obtener el IMC es la siguiente:

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO ACTUAL EN KG}}{(\text{ALTURA EN METROS})^2}$$

El valor de efectuar esta operación, se debe comparar con la siguiente tabla:

Valor en kg/m ²	Definición
18.5 - 24.9	Normal
25 - 29.9	Sobrepeso
30 - 34.9	Obesidad I - Moderada
35 - 39.9	Obesidad II - Severa
40 - 49.9	Obesidad III - Mórbida
>50	Superobesidad

La cirugía se prescribe en casos de **obesidad mórbida** (Índice de Masa Corporal --IMC-- mayor o igual a 40 kg/m²) o casos de **obesidad severa** (IMC entre 35 y 39.9 kg/m²), en los que además cursan otras comorbilidades asociadas a la condición de obesidad o que son complicadas por la misma (p.e. hipertensión arterial, apnea del sueño, diabetes, entre otras) (Cuadro 1.). Como resultados y criterios de éxito se cuentan: una pérdida mayor o igual al 50-70% del exceso de peso inicial, mejoría o cura de las comorbilidades, reducción de problemas psicosociales y mejora sustancial en la calidad de vida del paciente.

La cirugía por sí sola no significa tratamiento o cura inmediatos. Los resultados esperados y la recuperación

definitiva, se activan progresiva y gradualmente, para consolidarse luego de varios meses (aproximadamente un año después de la operación). La recuperación se logra mediante la colaboración activa del paciente y su adherencia a un programa estricto de control y seguimiento, a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud. Por esto se dice que el éxito definitivo depende en un 40% de la cirugía y en un 60% del paciente, aspecto al que se atribuye el que, al comparar múltiples pacientes en quienes se ha realizado un mismo procedimiento (p.e. bypass gástrico), los resultados no son siempre los mismos.

UN NUEVO ESTÓMAGO

Luego de la cirugía, el estómago no será el mismo, así como tampoco su funcionamiento y actividad metabólica. A diferencia del pasado, el "nuevo" estómago permitirá una mayor sintonía con signos fisiológicos --no externos ni tan condicionados ambientalmente como en el pasado-- de hambre y saciedad, con lo cual se convertirá en una especie de "conciencia gástrica" para aquel paciente que busque mejorar el control de su ingesta y comer responsablemente. Al principio le ayudará a perder peso en forma rápida y evidente, con una dieta líquida inicial y luego una drástica disminución de las porciones, suficiente para producir una clara y rápida sensación de llenura. Además será el "sensor" del paciente para sensibilizarlo frente a la cantidad, la calidad de las comidas y las diferentes texturas y sabores, dependiendo de las consecuencias e impacto que éstas tengan cuando se ingieran.

El comer se convertirá en un acto no sólo regulado por la restricción de las porciones y la saciedad temprana, sino por una adherencia a un esquema de comidas, cuya frecuencia y horario deberán ser programados. Además, la mecánica del comer cambiará, al disminuir el tamaño de los bocados, bajar el ritmo y velocidad de la masticación y parar de comer tan pronto se alcance una sensación de saciedad.

RECUPERACIÓN TEMPRANA

Durante los primeros días, mientras el paciente se repone físicamente de la cirugía, pueden o no presentarse algunas molestias. Entre ellas están: debilidad, mareos e irritabilidad, al igual que síntomas normales de dolor abdominal, inapetencia o repulsión por la comida, sensación de náuseas o vómito. Puede haber incomodidad general o específica, esta última relacionada con la presencia del dren que se deja durante los 8-10 días iniciales y que implica molestia para los movimientos, los cambios posturales e incomodidad para dormir.

El efecto psicológico principal puede ser susceptibilidad o indisposición, debido a la sensación de "estar enfermo", que no se tenía --al menos de esa manera--, antes de entrar al quirófano. Esto a su vez puede precipitar aprensión, ansiedad, temor o arrepentimiento en el paciente, sentimientos normales que cederán poco a poco con el paso de los días y en forma más clara, en el momento en que se le retire el drenaje que ha causado limitación al principio.

Muchos pacientes experimentan euforia y gran esperanza ante la perspectiva de cambio que se les ofrece. Independientemente de la pérdida de peso inicial, la promesa de recuperación, una vez superados los riesgos iniciales de

la cirugía, se ofrece como un regalo de la vida y una "segunda oportunidad".

Una pequeña proporción de pacientes puede sufrir complicaciones médicas postoperatorias las cuales, aunque postergan la recuperación normal, una vez resueltas, dan paso al curso de mejoría esperado. En estos pacientes, el acompañamiento del grupo interdisciplinario es particularmente importante para salir adelante y retomar la recuperación normal.

RECUPERACIÓN MEDIA

Comprende el período entre el primer mes y los 6 meses posteriores a la cirugía. El paciente se enfrenta al principal desafío: el reencuentro con la comida y la nueva relación que se establece con la misma. Para facilitar esto, el programa de alimentación que se prescribe consta de fases graduales, que permiten una tolerancia progresiva y no traumática de los diferentes alimentos. En este punto, puede que la sensación normal de hambre se haya preservado, o lo que es más frecuente, que apenas se esté recobrando tras un período inicial **normal** de poco apetito, disgusto ante algunos olores, náuseas, fastidio frente a la comida o temor a comer/engordar. El impacto principal se da por la drástica disminución de porciones, las cuales nada tienen que ver con las que ingería el paciente antes de la cirugía. Esto en general es algo esperado y por lo tanto bien recibido por el paciente, pues se acompaña de una sensación de llenura temprana. Para la gran mayoría constituye una especie de "luna de miel" por el hecho de no sentir hambre, llenarse con pequeñas cantidades y ver cómo se concreta una pérdida de peso en forma rápida y evidente. Sin embargo, para algunas personas acostumbradas a derivar placer adicional de la cantidad de comida más que del alimento en sí, esto puede significar un período de adaptación un poco más largo, mientras hacen "el duelo" por no poder comer como antes.

Hay que resaltar que, aunque al inicio la dieta implica restricción frente a alimentos sólidos, muy condimentados, grasosos, dulces o con texturas duras, fibrosas y difíciles de digerir, es algo transitorio mientras se facilita el paso hacia nuevos alimentos, preparaciones y texturas. Se trata de un proceso de aprendizaje que se concreta mejor mediante el apoyo de los profesionales tratantes, al igual que de otros pacientes operados, con quienes se intercambia información a través del grupo de apoyo.

Otro efecto esperado, producto de la pérdida de peso acelerada, es la caída del pelo en aproximadamente el 40% de los pacientes. Aunque es un problema que se resuelve alrededor del primer año (recuperándose el volumen y consistencia normales), la situación puede generar ansiedad y preocupación en quienes lo viven, pues los confronta con un cambio físico adicional. Esto es algo que se supera y que puede disminuirse en impacto mediante el refuerzo en el suministro de algunos suplementos.

ATRAGANTAMIENTO Y VÓMITO

Se trata de dos reacciones que pueden presentarse durante los primeros meses del postoperatorio. Se presentan como consecuencia de errores del paciente al comer, mientras aprende a reconocer las intolerancias alimenticias y hasta que completa su entrenamiento en la nueva mecánica alimenticia de comer despacio, masticar adecuadamente e ingerir porciones

más pequeñas. Por esto, son síntomas que se consideran "normales" durante el inicio de la recuperación, pero que no deben perpetuarse indefinidamente ya que afectan la calidad de vida del paciente. En caso de que el paciente no pueda corregirlos con su comportamiento, es preciso descartar complicaciones mediante endoscopia o exámenes médicos adicionales.

RECUPERACIÓN TARDÍA

Hacia el sexto mes, el estómago ya bien recuperado, permite alojar cantidades de comida ligeramente mayores. El hambre se restablece y para ese momento, el paciente bien "entrenado", regula sus horarios, número de comidas, las cantidades ingeridas y normaliza su dieta, tras resolver las intolerancias transitorias que haya tenido frente a ciertos alimentos. Idealmente el éxito apunta a poder comer cualquier alimento, dentro de un esquema bien balanceado y en cantidades moderadas.

Esto hace que el estilo de vida resultante incorpore una nueva relación con la comida: una actitud responsable y disciplinada a la hora de comer, una disposición cuidadosa y atenta ante lo que se come, con modificación de gustos, preferencias y mayor inclinación hacia alimentos saludables. Adicionalmente, requiere compromiso para tomar de manera permanente, suplementos de minerales y vitaminas necesarios para prevenir deficiencias de los mismos o malnutrición futura. El ejercicio físico debe constituir un elemento indispensable del proceso, que se recomienda sea incorporado como rutina permanente. Practicado en forma regular, permitirá disminuir en parte el impacto de efectos secundarios tales como flacidez y pliegues en piel; además ayudará a que el paciente molde mejor la nueva figura e introyecte en forma gradual y no traumática, una nueva apreciación de su cuerpo. El ritmo de la pérdida de peso es variable: algunos pacientes pierden el mayor porcentaje en los primeros 6 meses y solamente un excedente menor, en el lapso siguiente; mientras que otros lo pierden en forma más lenta pero constante, distribuida en los 12 o más meses posteriores a la cirugía. Es un proceso muy individual que depende de características personales según el grado de obesidad previa, edad, sexo, metabolismo y grado de adherencia al plan de tratamiento post-quirúrgico.

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

En virtud de la pérdida de peso, los pacientes reportan cambios indudablemente deseables tales como incremento en sus actividades y habilidades, mejoría del dolor en articulaciones (rodillas, caderas, espalda) y de otras condiciones médicas; capacidad de proyectarse en el futuro, mejores relaciones familiares/sociales y mayor disposición ocupacional y laboral. Aunque en general los cambios esperados son positivos, no son inmediatos, y por ello es muy importante tener paciencia y asumir todo como un proceso paulatino.

1. Imagen Corporal.

En lo que a imagen corporal se refiere, y especialmente pocos meses después de la cirugía, la pérdida de peso produce mejor autoimagen, apariencia más atractiva, sensación de ligereza

y satisfacción ante reducción de medidas y talla, lo que redundará en mayor facilidad para encontrar ropa de su gusto. Con el tiempo, sin embargo, algunos reportan no haber bajado tanto como esperaban o gran inconformismo con las secuelas de la piel.

Dependiendo del grado de obesidad previo, edad y calidad de piel, son esperables secuelas como aparición de arrugas, pliegues en abdomen, flacidez en brazos y muslos y, en las mujeres, nalgas y senos disminuidos o descolgados. Efectos indeseables que en algunos casos son puramente estéticos, pero que en otros pueden tener implicaciones mayores para la calidad de vida o vida de relación del paciente. Progresivamente la persona debe asimilar y aceptar --no siempre sin tropiezos-- su nueva apariencia: una figura sí más delgada y con rasgos más afinados, pero que no necesariamente coincide con la imagen fantaseada. Es posible recurrir a medidas correctivas en el largo plazo como ejercicio y nuevas cirugías, pero se requiere paciencia y un compromiso claro y mantenido, durante el tiempo en que tales medidas tardan en hacerse efectivas.

Debido a esto, pueden verse consecuencias psicológicas en algunos pacientes como depresión, baja autoestima, sensación de complejo y dificultad para aceptar la nueva imagen, las cuales deberán atenderse con apoyo social e incluso terapéutico, en casos de mayor severidad. Asimismo, debe atenderse el impacto que se extiende hacia parejas o familiares de los operados, para quienes a veces no es fácil ajustarse a la nueva apariencia y comportamiento del operado.



2. Comportamiento Alimenticio.

Los cambios en la alimentación no son completamente facilitados o forzados por el nuevo estómago, de manera que los pacientes tienen que poner de su parte para cambiar los hábitos. De hecho, la cirugía no es una alternativa para no hacer dieta, sino una medida para facilitársela al paciente. En general, los pacientes reportan mejor control sobre su alimentación, con menor impulsividad y disminución del comer emocional. En algunos casos, la cirugía funciona como intervención terapéutica para erradicar síntomas de comer compulsivo. Sin embargo, no siempre hay adherencia a las recomendaciones alimenticias postoperatorias. Algunos pacientes reinciden en comer disfuncional, si no por ingerir porciones grandes, sí por picar pequeñas cantidades de alimento entre las comidas o por consumir grandes cantidades de líquidos altos en calorías (gaseosas, alcohol, malteadas, helados). De esta forma, disminuyen el éxito potencial de la cirugía, al estancar la pérdida de peso o incluso, al producir ganancia del mismo.

Otro problema, que puede ser fuente de molestias importantes, es el vómito. Cualquiera que sea su razón, si éste no se corrige, generará mala calidad de vida y reacciones emocionales diversas como aversión a la comida, miedo a comer, vergüenza y limitación social.

Finalmente, el denominado "síndrome de dumping" se presenta

en quienes insisten en comer alimentos ricos en azúcar, generando malestar marcado, pero con distintos síntomas posibles: náuseas, vómito, mareos, desmayos, diarrea o estreñimiento. Puede resolverse espontáneamente hacia el año de la cirugía o persistir y generar aversión permanente por los dulces.

3. Personalidad.

Dentro de los cambios emocionales y de personalidad tras la pérdida de peso y mejoría de la salud, se cuentan: incremento de autoestima, autoafirmación y asertividad en las relaciones con otros, mayor autonomía, reducción de limitaciones físicas y mejoría en la disposición para relacionarse con los demás. Algunas evidencias muestran que los pacientes se vuelven menos neuróticos y más disciplinados, son menos defensivos y adoptan nuevas definiciones de su identidad.

4. Psicopatología.

Como tendencia general, muchos estudios muestran disminución de estados psicológicos negativos (especialmente depresión y ansiedad), asociados en el pasado con la obesidad. En parte debido a la pérdida de peso como tal, pero también, como resultado de una nueva actitud de cambio, esperanza, optimismo y sobre todo, compromiso con la propia recuperación y la oportunidad de vivir mejor. Estos cambios, en algunos pacientes son permanentes, pero en otros no, volviendo a darse los estados descritos.

Con la depresión, lo mismo que con la ansiedad, puede pasar que disminuyan tras la cirugía, pero que se reactiven durante la recuperación misma, como reacción de adaptación a la nueva condición y exigencias de un estilo de vida muy diferente al acostumbrado. Los pacientes pueden tener dificultades para adaptarse psicológicamente tanto a las limitaciones como a las nuevas posibilidades de la cirugía, debido a:

- El efecto de cambios demasiado drásticos o rápidos en su físico,
- Una pérdida de peso insuficiente o diferente a la planeada,
- Un efecto inicialmente positivo de los comentarios agradables y atención social recibida, el cual decae cuando la vida se va normalizando.
- Encontrar que la vida no mejora 'automáticamente' por el solo hecho de perder peso; se hacen evidentes otros problemas emocionales o interpersonales nuevos o preexistentes, no necesariamente relacionados con el exceso de peso. Es decir, es el efecto de encontrarse enfrentados con muchos problemas existenciales como el resto de las personas, sin la posibilidad de achacarlos más a la obesidad.

5. Comportamiento social.

De acuerdo con varios autores, luego de la cirugía los pacientes muestran mejor funcionamiento social gracias a la salud, ya que se vuelven más activos, conforman mejor su red de apoyo social (incluyendo el matrimonio), tienen mejor vida sexual y experimentan menor discriminación o estigmatización. Reciben mayor oportunidad laboral, los días de incapacidad disminuyen y pueden renovar compromiso con su profesión o su estudio.

También puede haber resultados negativos. Algunos estudios reportan pacientes con problemas sexuales, disfunción marital y divorcio, cambio en las amistades y en las actividades sociales acostumbradas, por ser incompatibles con su nuevo estilo de vida y las nuevas características de la alimentación. Muchos eventos que involucraban comida y alcohol, deben ser replanteados. Las reacciones de terceros a la nueva apariencia y delgadez, en ocasiones son positivas y de refuerzo, pero en otras pueden contener críticas, o esconder envidia y resentimiento en familiares y amigos.

CONSIDERACIONES FINALES

1. La cirugía bariátrica, si bien es el mejor método de control para la obesidad severa, no constituye panacea para los problemas psicosociales asociados o derivados de la misma. Estos deben ser tenidos en cuenta y tratados como aspecto innegable de la enfermedad y de su tratamiento.
2. Para maximizar los resultados y el éxito de la intervención, es fundamental el seguimiento estrecho durante mínimo un año después, por parte de un equipo interdisciplinario (cirujano, endocrinólogo, nutricionista, psicólogo/psiquiatra, entre otros), con la participación y colaboración activa del paciente y su familia.
3. Es bien reconocida la utilidad que los grupos de apoyo para pacientes ofrecen en términos de: información, psicoeducación, retroalimentación interpersonal, ayuda para la solución de dificultades y superación de obstáculos propios del proceso, generación de una actitud activa y mejor compromiso con la propia recuperación y la de otros.
4. Si usted cree que puede beneficiarse de este tipo de intervención, debe procurar recibirla por parte de una institución que ofrezca un programa integral, con asistencia psicológica en forma de información, evaluación, preparación para la cirugía y apoyo postoperatorio individual y grupal.

Comité Editorial:

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| • Dr. Martín Wartenberg | • Dr. Paulo José Llinás | • Dra. Marisol Badiel | • Dra. Sonia Jiménez |
| • Dra. Yuri Takeuchi | • Dr. Jaime Orrego | • Dr. Carlos Alberto Cañas | • Dra. Karen Feriz |
| • Dra. Diana Prieto | • Dr. Alfredo Sánchez | • Dr. Carlos Serrano | • Enfermera Ma. Elena Mosquera |

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Valle del Lili - Cr. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Fax: 331 7499 - Santiago de Cali
e-mail: cartadelasalud@telesat.com.co

Esta publicación de 30.000 ejemplares, es cortesía de



EL PAIS
El Diario de nuestra gente

