

El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica

The role of the psychologist in bariatric surgery

Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez, Psic. Miriam Sánchez Rentería, Psic. Miriam Guerrero Hernández, Psic. Diana Pérez Carbajal, Psic. Sofía Gutiérrez Pérez, Psic. Marisa Rico Rodríguez, Psic. Ma. del Pilar Balsa Fadanelli, Psic. Jessica Villalpando Uribe, Psic. Claudia de la Cerda, Psic. Susana Silva Soltero, Psic. Beatriz Aquino Tapia, Psic. Viridiana Romero Manzo, Psic. Lilia Jiménez Padilla, Psic. Lucia Terán Villalpando, Psic. Eliana Villalobos Grijalva

Resumen

Objetivo: Conocer los aspectos psicológicos y psico-terapéuticos relacionados con el manejo multidisciplinario de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y lograr una mejor aceptación, evolución y adaptación en su proceso quirúrgico.

Sede: Congreso Nacional de Cirugía de Obesidad y Enfermedades Metabólicas del Colegio Mexicano de Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (CMCOyEM).

Diseño: Trabajo de revisión, Consenso de Psicología bariátrica.

Material y métodos: De acuerdo a su experiencia y la revisión de artículos de vanguardia se compartieron los conocimientos para lograr una homogeneización del manejo psicológico del paciente obeso. Por los escasos estudios de psicología bariátrica se decidió realizar lineamientos preliminares de atención al paciente bariátrico, los cuales se han desarrollado desde el XIII Congreso IFSO Mundial, 2008; en el III Congreso IFSO Latinoamericano 2009 y, finalmente, en el XIV Congreso IFSO Mundial en París, Francia, 2009.

Resultados: La revisión de la información escrita previamente y la experiencia de los participantes definen que son de suma importancia los aspectos psicológicos del paciente obeso, tanto en el momento prequirúrgico como en el postquirúrgico, así como los instrumentos de evaluación en relación a los padecimientos más comunes. El seguimiento y los

Abstract

Objective: To know the psychological and psycho-therapeutic aspects related with the multidisciplinary management of obese patients subjected to bariatric surgery to achieve in them a better acceptance, evolution, and adaptation of the surgical process.

Setting: National Congress of Obesity and Metabolic Diseases Surgery of the Mexican College of Obesity and Metabolic Diseases Surgery (CMCOyEM, for its initials in Spanish)

Design: Review. Bariatric Psychology Consensus.

Material and methods: According to their experience and based on the vanguard published articles knowledge was shared to homogenize the psychological management of the obese patient. Because of the scarce availability of Bariatric Psychology studies, it was decided to elaborate preliminary guidelines for the care of the obese patient, which have been developed since the XIII World IFSO Congress (2008), the III Latin American IFSO Congress (2009), and, finally the XIV IFSO World Congress held in Paris, France, 2009.

Results: The review of the previously written information and the experience of the participants define as utterly important the psychological aspects of the obese patient, both during the pre-surgical and postsurgical periods, as well as the evaluation instruments related with the most common alterations. Follow up and support group for the patient in his/her surroundings must be permanent. The obese patient

Consenso de Psicología Bariátrica del Núcleo de Psicólogas de Cirugía de Obesidad (NPCO-México) y Comité de Psicología del CMCOyEM.

Recibido para publicación: 3 marzo 2010

Aceptado para publicación: 24 marzo 2010

Correspondencia: Blanca Patricia Ríos Martínez

Instituto de Obesidad y Síndrome Metabólico del Hospital Ángeles del Pedregal.

Camino a Sta. Teresa Núm. 1055-cons. 306 Col. Héroes de Padierna. 10700. México, D.F. Tel. 56524500. Fax. 56525985.
blanca_rios@hotmail.com clínica.obesidad.pedregal@saludangeles.com

Este trabajo fue elaborado en el XI Congreso Nacional de Cirugía de Obesidad y Enfermedades Metabólicas del Colegio Mexicano de Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (CMCOyEM) del 2 al 4 de Julio 2009, en Cancún, Quintana Roo, durante el Consenso de Psicología Bariátrica del Núcleo de Psicólogas de Cirugía de Obesidad (NPCO-México) y Comité de Psicología del CMCOyEM.

Este artículo también puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medicographic.com/cirujanogeneral>

grupos de apoyo que tiene el paciente a su alrededor (social, familiar, laboral) deben ser un soporte permanente. El paciente obeso se enfrenta a una serie de eventos significativos que es importante abordar psicológica y psicoterapéuticamente.

Conclusión: La psicología bariátrica es una parte del manejo integral del paciente que se somete a cirugía bariátrica coadyuvando a un mejor apego del paciente a las indicaciones médicas y a su nuevo estilo de vida.

Palabras clave: Psicología bariátrica, obesidad, cirugía bariátrica, psicoterapia.

Cir Gen 2010;32:114-120

Introducción

La obesidad es un problema de salud pública mundial que se ha ido incrementando al pasar de los años por el impacto que ha tenido en la esperanza y calidad de vida.¹ Las investigaciones demuestran la relación que tiene la obesidad con complicaciones médicas (diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, problemas óseos, entre otros); sin embargo, poco se sabe sobre la relación que se tiene entre esta enfermedad y problemas psicológicos (sea depresión, ansiedad, autoconcepto, personalidad, psicopatologías, etc.).^{2,3}

Se han realizado varios estudios sobre obesidad y depresión en hombres, mujeres y adolescentes, algunos resultados detectaron que las mujeres que tienen un aumento en su índice de masa corporal (IMC) presentan mayor número de síntomas depresivos que los hombres,^{3,4} y se ha concluido que el tener depresión en la adolescencia se asocia con un aumento de riesgo para el surgimiento de obesidad en la adultez joven.⁵

De igual forma, se ha visto que la familia juega un rol importante en el desarrollo de la obesidad; una investigación⁶ hace referencia a supuestos factores que correlacionan con la depresión^{7,8} siendo éstos: raza, edad, estado civil, logros educativos, problemas físicos crónicos e historia familiar; en donde la historia familiar depresiva es un factor de riesgo para depresión en pacientes obesos y la más significativa. Lo anterior es compartido por otras investigaciones que refieren que la genética materna contribuye en un 50% y en un 38% la paterna en el desarrollo de la obesidad; así como otros factores como la existencia de valores, el ambiente en el que se desarrollan y el apoyo familiar.⁹

Existen algunos instrumentos de evaluación que han sido usados en los pacientes obesos; en éstos se han medido diferentes variables, siendo las más destacadas el apoyo social, actividad física, ajuste psicológico, habilidades sociales, calidad de vida, hábitos alimenticios, entre otros. Con respecto a esto, se ha encontrado que las personas con obesidad tienen una mayor dificultad para participar en eventos sociales y deportivos,^{9,10} también se presenta dificultad en sus relaciones interpersonales, logros, heridas emocionales, agresión, apetito sexual.¹¹ Cabe resaltar que la poca sensación de influir sobre

faces a series of significant events that have to be approached psychologically and psychotherapeutically. **Conclusion:** Bariatric psychology is part of the integral management of the patient subjected to bariatric surgery, helping the patient to adhere better to the medical indications and to his/her new lifestyle.

Key words: Bariatric psychology, obesity, bariatric surgery, psychotherapy.

Cir Gen 2010;32:114-120

la imagen es una de las fuentes principales de estrés, frustración, compulsión de comer y el aumento de peso en estos pacientes.¹ Ahora bien, al estudiar aspectos psicológicos como la autoestima y la personalidad del paciente que padece obesidad no se han encontrado resultados significativos que pudieran asegurar la existencia de trastornos psicológicos en comparación con gente de peso promedio¹² o que pudiera existir algún perfil de personalidad específico del paciente obeso.¹³

Por lo anterior, la psicología bariátrica es una especialidad muy útil y necesaria en el manejo del paciente obeso dentro de un grupo multidisciplinario.

En el XI Congreso Nacional tuvimos la oportunidad de reunirnos varias psicólogas bariátricas de diversos estados del país, con la finalidad de trabajar temas relacionados con el manejo psicológico del paciente obeso y pudimos intercambiar nuestras experiencias y tener puntos para trabajar a futuro con la intención de homogeneizar nuestro trabajo a nivel latinoamericano y mundial, como se ha venido haciendo, y se ha empezado a divulgar en países como Chile, Argentina y Portugal en el III Congreso Latinoamericano IFSO en Viña del Mar, Chile, 2009, y recientemente con países europeos, en el XIV Congreso Mundial de la IFSO que se realizó en París, Francia, 2009, con el objetivo de tener lineamientos y herramientas psicológicas para un mejor y adecuado manejo de los pacientes obesos. Por lo anterior agradecemos todo el apoyo y la confianza brindada por parte del CMCOyEM para la realización de esta investigación.

Material y métodos

Se llevaron a cabo cinco mesas de trabajo con las participantes de psicología, todas actualmente trabajando en clínicas, hospitales o instituciones bariátricas y se discutieron los temas de acuerdo a las experiencias y conocimientos de cada una de ellas, así como con los artículos revisados individual y previamente a la presentación de las mesas. Se discutieron las mesas con un total de 8 horas, repartidas en tres días durante el Congreso. Al finalizar las mesas de trabajo se dieron conclusiones, llegando a importantes acuerdos con respecto al manejo psicológico del paciente obeso entre las participantes.

Resultados

Presentamos los resultados preliminares de esta primera reunión durante el Congreso, y en próximos eventos académicos iremos mejorando y actualizando esta tarea conjunta de las psicólogas que trabajamos con pacientes bariátricos.

A continuación se dan las conclusiones de cada mesa de trabajo, en el orden en que fueron presentadas.

I. Entrevista psicológica prequirúrgica

Uno de los puntos principales que se concluyó durante este Consenso fue acerca de la importancia de mantener y establecer un buen *rapport* (empatía) tanto con el paciente como con su familia, ya que es fundamental para lograr el éxito en esta primera parte de la entrevista, y así poder recabar, obtener información y tener una adecuada adherencia al tratamiento y al equipo multidisciplinario.

Es importante que el paciente narre la historia de su peso, ya que es un punto clave debido a que esto le puede ayudar a hacer conciencia de su propia evolución, logrando de esta manera una mayor conciencia de su enfermedad.

Por otro lado, la motivación es otro de los aspectos fundamentales a valorar en la entrevista, ya que la mayoría de los pacientes ven a la cirugía bariátrica como una solución mágica a su obesidad y, por lo tanto, sus expectativas hacia la cirugía son muy irreales y su compromiso hacia el cambio es nulo. Por lo cual, nuestro papel en este punto es aclarar las expectativas, metas y objetivos que tiene el paciente acerca de la cirugía, así como proporcionarle información clara y concisa sobre el tipo de cirugía al que desea someterse.

Se considera muy útil saber quién lleva o acompaña al paciente a su cita, esto con la finalidad de saber de quién es el interés por el tratamiento y las ganancias que hay detrás de esto.

El género del paciente ha sido un aspecto sobresaliente, porque, aunque no se puede generalizar, se ha encontrado que los hombres y las mujeres suelen tener objetivos o expectativas distintas de la cirugía.

Así mismo, se debe considerar que la mayoría de estos pacientes no logra identificar y percibir la cantidad de lo que come, por lo cual es necesario conocer las conductas y sintomatología de los distintos trastornos de la conducta alimentaria para descartarlos o identificarlos y ayudar al paciente a ser más consciente de los mismos.¹⁴

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad son claros, por lo cual la psicóloga debe explorar desde su desarrollo psicoemocional, su entorno social y familiar, así como también la representación psíquica consciente e inconsciente que tiene de su propio cuerpo, de su autoestima y su autoimagen. También resulta de importancia evaluar las posibles complicaciones psicosociales en su baja de peso.¹⁵⁻¹⁷

Por ello es necesario evaluar qué tipo y de qué manera su obesidad ha repercutido física, emocional, sexual y socialmente, ya que al tener dificultades en cualquiera de estos aspectos en ocasiones los lleva a buscar la cirugía, como una forma de solucionar sus problemas.

Los hábitos alimenticios son otro aspecto necesario y se debe identificar bajo qué circunstancias y con qué frecuencia el paciente come, su grado de impulsividad y su tolerancia a la frustración, así como los hábitos alimenticios familiares y la red de apoyo con la que cuenta para hacer cambios en la conducta alimentaria.^{18,19}

Es muy común encontrar en estos pacientes un trastorno por atracón significativo aunado a ser comedores nocturnos, por lo cual explorar este punto es fundamental, también porque ven sus porciones de comida más pequeñas de lo que realmente son y la frecuencia con la que comen.^{14,19}

Así mismo, es básico tener conocimientos acerca de la psicopatología para poder identificar y lograr un diagnóstico acertado. Se debe evaluar si el paciente o su familia han tenido antecedentes psiquiátricos y han estado en un tratamiento psicológico o psiquiátrico, así como hospitalizaciones previas en cuanto a su salud mental.¹⁹⁻²¹

Uno de los trastornos mentales más frecuentes que se presentan como comorbilidad a la obesidad son los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad, por lo que el uso de escalas nos ayudarán a identificar la posible existencia de dichos trastornos y qué tan significativa es su psicopatología.^{21,22}

La psicóloga debe informarle al paciente sobre el proceso de la cirugía y la importancia del acompañamiento psicológico y del resto del equipo multidisciplinario, así como informar al paciente de los objetivos del acompañamiento o de la psicoterapia, para que entienda la importancia del seguimiento. Se ha demostrado que un proceso terapéutico previo a la cirugía da un mejor pronóstico a corto, mediano y largo plazo.

En resumen los puntos que se consideraron necesarios a indagar son:

1. Ficha de identificación (nombre, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, etcétera)
2. Historia de inicio y evolución de su obesidad, así como la variación de peso en las distintas etapas de su vida
3. Motivo de consulta
4. Expectativas, metas y objetivos
5. Entorno familiar (de origen y nuclear)
6. Estilo de vida
7. Disposición al cambio
8. Redes de apoyo (sociales, laborales, familiares, etcétera)
9. Autoconcepto
10. Sexualidad (género, rol y genitalidad)
11. Historia de hábitos alimenticios (trastornos de alimentación, trastornos por atracón, ...)
12. Identificar qué tipo de alimentos prefiere el paciente.

II. Contraindicaciones absolutas y relativas para la cirugía bariátrica

Generalmente al hablar de contraindicaciones relativas y absolutas existe una fuerte polémica al respecto, sin embargo hemos tratado de identificar algunas de éstas

con la finalidad de dar un mejor manejo al paciente. Y, en caso de ser necesario, posponer la cirugía, ya que si no se consideran estas contraindicaciones, el paciente y su familia pudieran tener un riesgo psicológico mayor. Por lo tanto, las contraindicaciones deberán tomarse con reserva y se recomienda también comentarlas con el grupo multidisciplinario.^{18,23}

a) Contraindicaciones absolutas

- Paciente en situación de crisis emocional actual (rompimiento emocional, duelo(s) reciente(s), etcétera).
- Trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, manía, trastorno bipolar, depresión severa, intento de suicidio reciente, etcétera).
- Situaciones de riesgo: consumo de alcohol y/o drogas, trastornos de la alimentación, trastornos por atracón, retraso mental profundo, que la decisión de la cirugía no sea por propia voluntad del paciente.
- Poco apoyo de parte de su entorno social y familiar, o ellos son los que quieren que el paciente se opere.^{24,25}

b) Contraindicaciones relativas

- Entorno familiar desfavorable (disfuncional).
- Duelos pasados no elaborados, divorcio, intentos de suicidio previos.
- Historia previa de bulimia (por lo menos 1 año de remisión).
- Historia previa de uso o abuso de alcohol y/o drogas (a valorar).
- Identificar las ganancias secundarias alrededor de la obesidad.
- Que el paciente considere la cirugía como la "vara mágica" y la solución a todos sus problemas relacionados con su entorno en general.^{24,25}

Ante alguna de estas contraindicaciones, la cirugía no procede hasta que el paciente sea sometido a un tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.^{20,26}

III. Instrumentos de evaluación prequirúrgicos

Es importante apoyarnos en los cuestionarios o instrumentos psicométricos, debido a que hay que descartar o identificar cualquier trastorno que pueda contraindicar la cirugía a corto, mediano, largo plazo o de forma definitiva, por lo que se mencionarán algunos de los instrumentos más utilizados y más eficientes para identificar los problemas relacionados con la obesidad.

Existen muchas escalas e instrumentos de evaluación, sin embargo nos enfrentamos con el problema de no estar algunas de ellas validadas en la población mexicana y con obesidad, lo cual indica que hay una ardua tarea aún por realizar, por lo que se consideraron las más apegadas a nuestra población o las pocas usadas en nuestra población.

Áreas a evaluar e instrumentos a utilizar:

En adultos:

- Personalidad por medio de la entrevista
- Depresión y ansiedad con la escala de ansiedad y depresión en hospital (HAD).²⁷⁻²⁹
- La calidad de vida con la escala de calidad de vida (SF-36).²⁹⁻³²
- Imagen corporal con el cuestionario de imagen corporal (BSQ).³³
- Conducta alimentaria con el cuestionario de sobreingesta alimentaria (OQ).³⁴
- Problemas maritales con la escala de insatisfacción marital.³⁵

En adolescentes:

- Todas las anteriores excepto la escala de insatisfacción marital
- Y se añade para valorar la dinámica familiar, el dibujo kinético de la familia.³⁶

Es importante tener una información cuantitativa que apoye los datos clínicos, algunos también evaluados en la entrevista. Sin embargo, también es útil y necesario obtener datos cuantitativos para corroborarlos y para el uso de proyectos de investigación.

IV. La evaluación psicológica postquirúrgica y seguimiento del paciente

La evolución del paciente que se somete a cirugía bariátrica presenta las siguientes etapas, que no necesariamente se restringen a un tiempo determinado; sin embargo se describen con un tiempo promedio para poder marcar un parámetro de referencia.

1) Vinculación con el paciente y su proceso.

Postoperatorio inmediato (hospitalización)

El vínculo comienza a establecerse en las entrevistas de valoración prequirúrgicas, sin embargo, se consideró que un momento clave es la visita hospitalaria durante la estancia postquirúrgica. Posteriormente, se sugirió definir un promedio de 12 sesiones de seguimiento que cada psicóloga distribuirá conforme a las necesidades de cada paciente, dejando abierto que el paciente que requiera psicoterapia entre a dicho tratamiento con sesiones semanales.^{20,21,37}

2) Etapa emocional inmediata postquirúrgica. (15 días a 1 mes, el tiempo es variable de acuerdo a cada paciente)

Se deben evitar el síndrome hospitalario, la sensación de enfermedad, la ansiedad que presentan generalmente los pacientes con comorbilidades, por lo que se vuelve un buen momento importante para vincular al paciente al apoyo psicológico.^{20,37}

3) Cambio de hábitos relacionados con los alimentos. (1 a 3 meses)

El comer era antes un placer o un consuelo y ahora se vuelve molesto por la restricción en cuanto a calidad, cantidad y horarios de los alimentos.

El síndrome de dumping se presenta en algunos pacientes y esto ocasiona frustración y miedo en el paciente.^{37,38}

4) Etapa de cambio de imagen corporal

Fase de “luna de miel” que generalmente experimenta el paciente *dentro de los primeros 6 meses*.

En esta etapa es necesario reforzar la conducta del acondicionamiento físico, como una nueva conducta adquirida, lo cual le ayudará a fortalecer su tono muscular, ya que por la pérdida significativa del peso aparece la flacidez. Así también, el paciente se siente desilusionado al ver que aunque está delgado y afilado, su imagen real es diferente a la que tenía idealizada.³⁸

5) Manejo de sus relaciones de pareja, familia, trabajo y contexto social

El paciente deberá desarrollar habilidades sociales, ya que al adquirir una nueva imagen, su auto-concepto se modifica, pues entre otros cambios que experimentan están la disminución de sus limitaciones anteriores, también comienzan a sentirse atractivos, incluso algunos manifiestan conductas rebeldes frente a personas que percibían rechazantes por su obesidad.^{21,37}

6) Tiempo adecuado para realizar el seguimiento del paciente

Se consensó que un año es tiempo adecuado para acompañar al paciente, favoreciendo un nuevo manejo de conductas y emociones, independiente a los casos que requieran una psicoterapia más prolongada para superar conflictos y dinámicas específicas.²⁰

V. Patrones psicológicos en la sintomatología de la obesidad y su proceso psicoterapéutico

La obesidad es considerada como una enfermedad multifactorial, en donde en ocasiones se presentan factores psicológicos y no como la sintomatología de un padecimiento psicológico. Existen obesos con y sin psicopatología, pero no hay un trastorno psicológico propio del obeso.³⁹

Generalmente, las personas con obesidad son impulsivas, dependientes, sedentarias, ansiosas, depresivas, con un vínculo de dependencia con la comida y con fuertes sentimientos de culpa.^{40,41}

El objetivo terapéutico del psicólogo será que el paciente aprenda a manejar sus emociones, cambio de hábitos alimenticios y adaptación al cambio después de la cirugía bariátrica.

a) Pareja

El perder peso significa un cambio importante para el paciente y su entorno. Este cambio no siempre es asimilado adecuadamente y a veces se vive como una situación muy traumatizante para la pareja, especialmente para los varones, quienes llegan a oponerse tenazmente a que esto ocurra, como una forma de evitar que el compañero(a) no sea atractivo o llegue a serle infiel, así como la aparición de los celos.

Por otro lado, aparece la envidia del otro, cuando obtiene éxito en su baja de peso.

b) Familia

Una fuente importante de aprendizaje es la familia, que son personas que tienen influencia sobre el paciente. Los hábitos y costumbres alimenticias de este entorno

son aprendidos en la infancia, la niñez, la adolescencia, y hasta en la edad adulta, en donde ejercen una fuerte influencia en las preferencias alimentarias de los sujetos obesos.

El trabajo psicoterapéutico en la dinámica familiar es una gran tarea para el mejoramiento del paciente.⁴²

c) Contexto social

El ambiente social también es una fuente de aprendizaje, el cual puede considerarse como un estímulo condicionado asociado al hecho de comer. La comida, además de ser un medio de adquisición de energía y nutrientes esenciales, es un hecho social, un medio de relación e interacción para las personas. Éstas participan en actividades culturales donde la comida desempeña un papel importante, asociamos la comida con algo agradable, que contribuye a crear un ambiente distendido y de buena relación, cuando nos reunimos con nuestros amigos y/o familiares.⁴²⁻⁴⁴

d) Cultura

Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al individuo obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteraciones en sus relaciones interpersonales, disminuye las posibilidades de acceso a los mejores puestos de trabajo y/o a tener una o una mejor pareja.⁴⁴

e) Sexualidad

El miedo al entrar en una relación afectivo-sexual puede provocar que a nivel inconsciente algunas personas se permitan engordar o no sean eficaces en sus intentos por adelgazar, para, de esta manera, ser menos atractivas y dificultar la relación sexual que tanto temen, incluso aunque la deseen.

Discusión

Con esta investigación se intenta reflejar los problemas psicológicos que presentan los pacientes obesos, por lo que es importante tener un abordaje adecuado para una mejor evolución de éstos.

En la entrevista clínica se percibe que los rasgos depresivos tienden a ser de moderados a severos, lo cual implica que pueden llegar en una actitud defensiva y negadora ante la exposición a su problema de obesidad. Coinciendo con varios estudios^{3,4} se encontró que existen altos niveles de depresión en mujeres con sobrepeso u obesidad más que en hombres. En contraste con Mindermann y cols.,¹¹ quienes refieren que existen niveles de ansiedad en el paciente obeso, teniendo las mujeres mayor grado de ansiedad en comparación con los hombres. Estos resultados también apoyan lo que Wardle⁸ y Ardel y cols.¹² expresan respecto a la relación existente entre insatisfacción y estigmas sociales que reciben las personas obesas.

Por otro lado, Ríos y cols.²⁹ también revelan un interesante dato al mostrar que a pesar de que los pacientes quirúrgicos tienen un mayor IMC no existen diferencias con los no quirúrgicos en relación a niveles de depresión, ansiedad y algunos aspectos de calidad de vida, medido

por medio de instrumentos de evaluación que fueron útiles para poder obtener datos cuantitativos. Mohammad y Lindström¹⁰ demostraron la relación que existe entre depresión, bienestar físico y satisfacción con la imagen corporal; esto es, a mayor depresión menor bienestar físico (mayores molestias y dolores) y poca satisfacción con la imagen corporal en los pacientes obesos.

Ball y Crawford⁹ expresan que la obesidad se relaciona con el apoyo familiar que se le dé al paciente, siendo un factor importante en el desarrollo de la obesidad, así como en el proceso de baja de peso en el paciente con cirugía bariátrica.

Conclusiones

Consideramos que al existir diversos factores psicológicos involucrados, tanto en el desarrollo como en la evolución postquirúrgica, es importante resolver estos aspectos para una mejor adaptación del paciente a su entorno familiar, social, laboral y sexual y así poder aprender a vivir con un mejor estilo de vida y cambiar conductas autoagresivas y dañinas que lo condujeron a la obesidad. También es importante el aprender a mejorar su autoestima, cambiar hábitos alimenticios y conocer más sobre su alimentación y el manejo de las emociones.

Dentro de la psicología bariátrica, hay un campo amplio a trabajar de manera multidisciplinaria, por ello creemos que es importante la elaboración de guías de trabajo como se han venido haciendo para el mejor manejo del paciente obeso. Así como se han venido planteando algunos lineamientos e instrumentos de medición con la intención de mejorar el manejo de los pacientes y poder continuar con futuras investigaciones a nivel nacional e internacional, y trabajar de una manera ética para una mejora de los pacientes obesos.

Referencias

1. Chiprut R, Castellanos-Urdaibay A, Sánchez-Hernández C, Martínez-García D, Cortés ME, Chiprut R, et al. La obesidad en el siglo XXI: Avances en la etiopatogenia y tratamiento. *Gac Med Mex* 2001; 137: 323-334.
2. Papakostas GI, Petersen T, Iosifescu DV, Burns AM, Nierenberg AA, Alpert JE, Rosenbaum JF, et al. Obesity among outpatients with major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005; 8: 59-63.
3. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90: 251-257.
4. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2003; 158: 1139-1147.
5. Herva A, Laitinen J, Miettunen J, Veijola J, Karvonen JT, Läksy K, Joukamaa M. Obesity and depression: results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30: 520-527.
6. Dong C, Sanchez LE, Price RA. Relationship of obesity to depression: a family-based study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28: 790-795.
7. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol* 2000; 152: 163-170.
8. Wardle J, Williamson S, Johnson F, Edwards C. Depression in adolescent obesity: cultural moderators of the association between obesity and depressive symptoms. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30: 634-643.
9. Ball K, Crawford D. An investigation of psychological, social and environmental correlates of obesity and weight gain in young women. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30: 1240-1249.
10. Ali SM, Linström M. Socioeconomic, psychosocial, behavioral, and psychological determinants of BMI among young women: differing patterns for underweight and overweight/obesity. *Eur J Public Health* 2005; 16: 325-331.
11. Mindermann M, Mussgay L, Rüddel H. General and psychological aspects of obesity: Psychological state and physical complaints across the weight spectrum. *Int J Obes* 2001; 25: S115-S116.
12. Ardel-Gattinger E, Gattinger E, Weger P. General and psychological aspects of obesity: Psychological aspects of obesity – to ease the Burden of weight. *Int J Obes* 2001; 25: S115-S116.
13. Rydén A, Sullivan M, Torgerson JS, Karlsson J, Lindroos AK, Taft C. Severe obesity and personality: a comparative controlled study of personality traits. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 1534-1540.
14. Alastrué A, García-Luna PP, Formiguera X, Moreno P, Martínez B, Brogg MA. Priorización de pacientes en cirugía bariátrica: índice de riesgo. *Cir Esp* 2004; 75: 225-31.
15. DiGregorio JM, Moorehead MK. The psychology of bariatric surgery. *Obes Surg* 1994; 4: 361-369.
16. van Hout GC, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg* 2004; 14: 579-588.
17. Alvarado SAM, Guzmán BE, González RMT. Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2005; 10: 417-428.
18. Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg* 2006; 16: 567-573.
19. Lemont D, Moorehead MK, Parish MS, Reto CS, Ritz SJ. Suggestions for the pre-surgical psychological assessment of bariatric surgery candidates. Gainesville, FL: American Society for Metabolic and Bariatric Surgery; 2004. <http://www.asbs.org/html/pdf/PsychPreSurgicalAssessment.pdf>
20. Bustamante F, Williams C, Vega E, Prieto B. Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Rev Chil Cir* 2006; 58: 481-485.
21. Pérez HJ, Gastañaduy TMJ. Valoración Psicológica y Psiquiátrica de los Candidatos a Cirugía Bariátrica. *Revista Papeles del Psicólogo* 2005; 26: 10-14 (<http://www.papelesdelpsicologo.es/imprimir.asp?id=1187>).
22. Montaño IL. Obesidad mórbida, psicopatología y cirugía bariátrica: Un reto de nuestros días. *Revista Psicología.com*. Interpsiquis, Colombia, 2008: 1-3.
23. Guisado JA, Vaz FJ. Características clínicas de los pacientes con obesidad mórbida. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina de Barna* 2002; 29: 85-94.
24. Standards for preoperative bariatrics surgery psychological evaluation. Bariatric surgery work group-2007 (internet) www.move.va.gov/download/resources/bariatricsurgery/standardspreoperativepsychologicalevaluation
25. NAASO, North American Association for the Study of Obesity, in Obesity Society (internet) www.naaso.org
26. Montt D, Koppmann A, Rodríguez M. Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2005; 16: 282-288.
27. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997; 42: 17-41.
28. Vázquez VV, López AJC. Psicología y la obesidad. *Rev Endocrinol y Nutr* 2001; 9: 91-96.

29. Ríos MB, Rangel RG, Álvarez-Cordero R, Castillo GA, Ramírez WG, Pantoja Millán JP, et al. Ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes obesos. *Revista Acta Médica Grupo Ángeles* 2008; 6: 147-153.
30. Kolotkin RL, Crosby RD. Psychometric evaluation of the impact of weight on quality of life-lite questionnaire (IWQOL-Lite) in a community sample. *Qual Life Res* 2002; 11: 157-171.
31. Álvarez-Cordero R, García-Corona A. Obesity surgery poly-parametric patient auto-evaluation. *Obes Surg* 1991; 1: 445-447.
32. Zuñiga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del Estado de Salud con la Encuesta SF 36: Resultados Preliminares en México. *Salud Pública Mex* 1999; 41: 110-118.
33. Rosen JC, Jones A, Ramírez E, Waxman S. Body shape questionnaire: studies of validity and reliability. *Int J Eat Disord* 1996; 20: 315-319.
34. O'Donnell WE, Warren WL. *Cuestionario de sobreingesta alimentaria*. México, D.F. Editorial: Manual Moderno. 2007
35. Herman SM. A psychometric evaluation of the marital satisfaction questionnaire: a demonstration of reliability and validity. *Psychother Priv Pract* 1991; 9: 85-94.
36. Burns C, Kaufman S. *Los dibujos kinéticos de la familia como técnica psicodiagnóstica*. Buenos Aires. Editorial Paidós. 1978.
37. Camacho REJ, Escoto PLMC, Mancilla DJM. Neuropsychological evaluation in patients with eating disorder. *Revista Salud Mental* 2008; 31: 441-446.
38. Vargas A, Rojas RM, Sánchez RS, Salin-Pascual R. Development of Bulimia nervosa after bariatric surgery in morbid obesity patients. *Revista Salud Mental* 2003; 26: 28-32.
39. Tébar Massó FJ. El problema es la obesidad, no el obeso. *Rev Esp Obes* 2004; 2: 43-48.
40. Garaulet AM. La terapia de comportamiento en el tratamiento dietético de la obesidad y su aplicación en la práctica clínica. *Rev Esp Obes* 2006; 4: 205-220.
41. Cordella MP. ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM IV)? *Rev Chil Nutr* 2008; 35(3): 181-187.
42. Bustos ZR, Amigo VI, Herrero DJ, Fernández RC. Estudio de la relación entre el estilo de vida y el sobrepeso infantil a través del análisis de ecuaciones estructurales. *Rev Esp Obes* 2008; 6: 38-42.
43. Bauzá C. Escollos para el tratamiento de la obesidad: el síndrome del varón abandonado. *Rev Esp Obes* 2004; 2: 305-307.
44. López TCM, Bellido GD. El acoso social del obeso. *Rev Esp Obes* 2008; 6: 235-236.