

O papel do psicólogo na Cirurgia Metabólica

Ríos Martínez BP

Hospital Ángeles del Pedregal Hospital, México
www.blancarios.com psicblancarios@gmail.com

A obesidade tem sido considerada. La nos últimos anos como uma pandemia real. O impacto da cirurgia bariátrica sobre as anormalidades metabólicas de pacientes obesos tem sido descrito como há algumas décadas, mas nos últimos anos assumiu uma nova dinâmica, tendo em conta que a maioria dos pacientes obesos com diabetes mellitus tipo II deixar de necessitar de medicação para esta doença, após ter sido feito um procedimento bariátrica. Ele abriu um novo campo de pesquisa de eventos fisiopatológicos da doença e como eles são alterados por diferentes procedimentos cirúrgicos para controlar peso 1.

En el paciente obeso se ha demostrado alta prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (**DMT2**), hipertensión arterial y dislipidemia [1,2]. Estas patologías comparten la característica de la insulinoresistencia y forman parte del síndrome metabólico, actualmente reconocido como predictor de enfermedad cardiovascular precoz². También se ha demostrado que la disminución del peso corporal puede mejorar o disminuir la severidad de aquellas patologías, que cuando se encuentran en un paciente obeso se las reconoce como comorbilidades metabólicas de la obesidad. En los obesos de alto grado (III), la cirugía bariátrica es el único método que permite una importante reducción del exceso de peso en corto tiempo [3].

Papapietro [4] informa que después de la cirugía bariátrica con derivación gástrica, las comorbilidades metabólicas de la obesidad, precozmente, experimentan mejoría o resolución. En esta serie, el porcentaje de resolución fue de 97% en DMT2, 88% en dislipidemia y 52,6% en HTA. La significativa reducción del exceso de peso y de la resistencia insulínica son importantes factores que participan en los cambios observados. Además del beneficio observado en las comorbilidades.

Por otro lado, dentro del manejo de la cirugía metabólica es importante considerar el manejo multidisciplinario en el tratamiento de la diabetes mellitus y enfermedades metabólicas, que causan y afectan emocionalmente la vida emocional, familiar,

laboral, social y económica del paciente con o sin obesidad.

Por lo que es importante evaluar psicológicamente a los pacientes tanto en la fase prequirúrgica como postquirúrgica, por lo que se han postulados algunos aspectos que son relevantes para la valoración[5].

I. Entrevista psicológica prequirúrgica

Se sugiere tener de 2 a 3 entrevistas previas a la cirugía de 45 a 60 min.

Uno de los puntos importantes 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 enfermedad (obesidad, diabetes u otra), 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 [5].

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 enfermedad 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 someterse⁵.

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 [5,6].

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad 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 [7-9].

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 [10,11].

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 [11-13].

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 [5].

Se han establecido algunas contraindicaciones psicológicas a evaluar en el paciente antes de la Cirugía Metabólica, con la intención de que el candidato vaya lo mejor preparado emocionalmente a la intervención y sino llevar a cabo una preparación previa.

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 [10-15].

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 [5,16,17].

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 enfermedad⁵.
- Que el paciente considere la cirugía como la “varita mágica” y la solución a todos sus problemas relacionados con su entorno en general [16-18]. Ante alguna de estas contraindicaciones, la cirugía no procede hasta que el paciente sea sometido a un tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico breve [12,18,19].

III. Evaluación postquirúrgica.

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) Fase postoperatoria inmediata (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 [4,12,13,20].

- 2) Fase postquirúrgica intermedia. (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 5, 12,20].

- 3) Fase postquirúrgica tarde:

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

El comer, ahora se vuelve molesto por la restricción en cuanto a calidad, cantidad y horarios de los alimentos.

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

El paciente deberá desarrollar habilidades para autocuidarse y alejar a toda aquella persona que quiere sabotearlo y aprender a establecer límites en su alimentación y cuidado, permitiéndole hacerse responsable del cuidado de su enfermedad y cirugía.

- c) 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^{5,12}.

Conclusiones

Consideramos que al existir diversos factores psicológicos involucrados, tanto en el periodo prequirúrgico como la evolución postquirúrgica, por lo que 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 auto-agresivas y dañinas que le afectaban su salud y calidad de vida en general. También es importante cambiar hábitos alimenticios y conocer más sobre su alimentación, por lo que es muy recomendable que en el rol del psicólogo exista la psico-educación para su cuidado general.

Bibliografía

1. Pantoja JP, Arellano F. Impacto de la Cirugía Bariátrica en las alteraciones metabólicas. *Cirujano General* 2010; 32 :2
2. Residori L, García-Lorda P, Flancbaum L, Pi-Sunyer F, Laferrere B. Prevalence of co-morbidities in obese patients before bariatric surgery: effect of surgery. *Obesity Surgery* 2003; 13: 333-40.
3. Zavaroni I, Bonini L, Gasparini P, Barilli AL, Zuccarelli A, Dall'Aglio E et al. Hyperinsulinemia in a normal population as a predictor of noninsulin-dependent diabetes mellitus, hypertension and coronary heart disease: the Barilla factory revisited. *Metabolism* 1999; 48: 989-94.
4. Papapietro K, Díaz E, Csendes A, Díaz JC., Braghetto I, Burdiles P, Maluenda F, Rojas J, Evolución de comorbilidades metabólicas asociadas a obesidad después de cirugía bariátrica. *Revista Médica de Chile* 2005; 133: 511-516
5. Ríos Martínez BP, Sánchez M, Guerrero M, Pérez D, Gutiérrez S, Rico M, et al. El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica: *Revista de Cirugía General*. 2010;32 (2)
6. Alastrué A, García-Luna PP, Formiguera X, Moreno P, Martínez B, Brogg MA. Priorización de pacientes en cirugía bariátrica: índice de riesgo. *Cirugía Española* 2004; 75: 225-31.
7. DiGregorio JM, Moorehead MK. The psychology of bariatric surgery. *Obesity Surgery* 1994; 4: 361-369.
8. Van Hout GC, Van Oudheusden I, Van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obesity Surgery* 2004; 14: 579-588
9. Alvarado SAM, Guzmán BE, González RMT. Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2005; 10: 417-428
10. Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasnicki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obesity Surgery* 2006; 16: 567-573.
11. 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/PsychPreSurgicalAssesment.pdf>
12. Bustamante F, Williams C, Vega E, Prieto B.: Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía* 2006;58: 481-485.
13. 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>)
14. Montaña IL. Obesidad mórbida, psicopatología y cirugía bariátrica: Un reto de nuestros días. *Revista Psicología.com. Interpsiquis, Colombia*, 2008: 1-3.
15. Guisado JA, Vaz FJ. Características clínicas de los pacientes con obesidad mórbida. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina de Barona* 2002; 29: 85-94.
16. Standards for preoperative bariatric surgery psychological evaluation. Bariatric surgery work group-2007 (internet)
www.move.va.gov/download/resources/bariatricsurgery/standradpreoperativepsychologicalevaluation
17. NAASO, North American Association for the Study of Obesity, in Obesity Society (internet) www.naaso.org
18. 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.
19. Montt D, Koppmann A, Rodríguez M. Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso

mórbido. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile 2005; 16: 282-288.

20. Vázquez VV, López AJC. Psicología y la obesidad. Revista de Endocrinología y Nutrición 2001; 9: 91-96.

21. 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.