

## I consenso Latino Americano sobre el manejo psicológico en cirugía bariátrica

Blanca Ríos MD (Mexico); Sylvia Gimeno Psych (Argentina); Marisa Stroppa Zancaner Psych (Brazil); Cecilia Barros Psych (Chile); Marcia Silva Marques Psych (Brazil); Mariemma Antor MD (Venezuela); Pedro Vázquez Psych (Dominican Republic); Paulina Bucheli Psych (Ecuador); Sandra Beltran Psych (Colombia); Patricia Hernández Psych (Colombia); Soledad Aldana Psych (Mexico); Baez Psych (Ecuador); Pilar Balsa MD (Mexico); Miriam Sánchez Psych (Mexico); Sharp, D (Venezuela); Paula Díaz Psych (Chile); O Fernández Psych (Colombia); Alejandra Fueyo MD (Mexico); M Granados Psych (Colombia); Hernández Psych, (Venezuela); G Makluff Psych (Argentina); V. Molina Psych (Colombia); P Montana Psych (Colombia); L. Moreno Psych (Colombia); V Peretti Psych (Argentina); Victoria Pérez, MD (Colombia); Restrero Psych (Colombia); Adriana Vera MD (Uruguay); Umerez Psych (Venezuela).

Este documento fué elaborado en el IV Congreso Latinoamericano IFSO de Cirugía Bariátrica y Enfermedades Metabólicas en Cartágena de la Indias, Colombia, en 2011.

Correspondencia a: Blanca Ríos MD. Camino a Santa Teresa 1055- 251. Col. Héroes de Padierna. C.P.10700. México D.F. [blanca\\_rios@hotmail.com](mailto:blanca_rios@hotmail.com)

Título corto: Psychology in Bariatric Surgery

**Resumen:** *Objetivo:* Crear guías de trabajo que orienten las actividades profesionales del psicólogo bariatra en el manejo del paciente obeso en Programa de Cirugía Bariátrica para lograr una labor homogénea y estructurada. *Método:* Se presentaron una serie de puntos sobre los que los participantes debían responder en función de su experiencia. A posteriori los coordinadores en reunión plenaria discutieron esos resultados contrastándolos con los Consensos de Argentina (GPCO 2009), Brasil (2009 COESAS), Chile ( NPCO 2008 - 2009) y México (NPCO 2009) así como con la revisión de la literatura especializada y el consenso de la SEEDO. Resultados: Se definieron varios puntos a trabajar en el manejo psicológico del paciente obeso, que sirven como guía para los psicólogos en el manejo pre y post quirúrgico. *Conclusiones:* Se crearon lineamientos para trabajar con el paciente obeso, con la intención de continuar trabajando sobre el mismo para lograr una estructura homogénea en el manejo psicológico bariátrico, y así contar con estrategias y guías para el tratamiento del paciente obeso.

**Key words:** Psicología bariátrica, obesidad, cirugía bariátrica, BMI

### Introducción:

Entendemos a la obesidad como una “Enfermedad epidémica, metabólica, crónica, heterogénea y estigmatizada, caracterizada por el exceso de grasa corporal cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. Se asocia con diferentes comorbilidades, y está determinada por la interacción de factores genéticos y culturales”(1) Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2005 se reportaron 1600 millones de adultos con sobrepeso y 400 millones de adultos obesos; la proyección de ese organismo es que en el 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.(2)

Este incremento hizo evolucionar la ciencia médica en la búsqueda de tratamientos para la obesidad, habiéndose desarrollado en los últimos 60 años la Cirugía Bariátrica como la disciplina más eficaz para tratar obesos con IMC superior a 35 con comorbilidades o superior a 40. Pero reconociendo la multifactorialidad de dicha enfermedad, se ha establecido claramente la necesidad de que los pacientes que se someten a cirugía bariátrica sean evaluados y preparados por todo el grupo multidisciplinario, entre ellos el psicólogo especializado.

Estudios sugieren que entre el 20 y 60 % de pacientes en programas de cirugía bariátrica padecen trastornos psiquiátricos (3) y si bien no existen elementos que permitan predecir con certeza qué pacientes tendrán una mejor adaptación post operatoria, se considera que su condición psicológica previa podía favorecer su adaptación a la condición post operatoria (4) y la mejora en su calidad de vida.

Por eso consideramos que el apoyo psicológico tanto pre, trans y post operatorio es de suma importancia para la adaptación del paciente bariátrico, sin embargo existe poca literatura específica sobre el rol del psicólogo en el proceso de preparación previa a la cirugía y al seguimiento del paciente operado; así en el IV Congreso IFSO Latinoamericano en Cartagena de las Indias, Colombia, 2011, los representantes de países con organizaciones de psicólogos bariátricos, nos dimos a la tarea de establecer “guías consensuadas de psicología bariátrica” que sirvan como apoyo para muchos de nuestros colegas que se desempeñan en este campo disciplinar.

### Material y método:

Se llevó a cabo una reunión plenaria de profesionales de la salud mental (psiquiatras y psicólogos) presentes

en el evento científico y que se desempeñaban en el campo bariátrico; los mismos fueron convocados a responder una serie de datos de acuerdo a su experiencia; asistentes al congreso no pertenecientes a equipos bariátricos no participaron de la compulsa. Se requirió una experiencia mínima de dos años en equipos interdisciplinarios en cirugía de la obesidad. Profesionales participantes del evento que no contaran con estos requisitos, fueron oyentes de la actividad no teniendo voz en la compulsa.

En cuanto a los datos generales que se solicitaron a los participantes fueron: apellido, nombre, ciudad, país, e-mail, cirujano (s) con quien(es) laboran, institución donde laboran y tiempo en que se desempeña en el área de la Psicología Bariátrica.

Y los siguientes puntos a trabajar fueron:

1. Objetivos del psicólogo en cuanto al paciente
2. Objetivos del psicólogo en cuanto al equipo interdisciplinario
3. Número de sesiones necesarias en el pre operatorio
4. Áreas que deben considerarse en la evaluación psicológica preoperatoria
5. Estrategias de abordajes sugeridas
6. Características del informe psicológico
7. Contraindicaciones psicológicas
8. Objetivos del psicólogo necesarios en el post operatorio

Todos los participantes respondieron los ítems por escrito.

A posteriori de ello se llevó a cabo una reunión exclusivamente de representantes de Psicólogos Bariátricos de los países con organizaciones ya establecidas (México, Argentina, Chile y Brasil ) y representantes de países presentes en el evento que por su experiencia e idoneidad fueron reconocidos por el grupo para integrarse al consenso (Venezuela, República Dominicana, Colombia, Ecuador); los representantes de cada país revisaron grupalmente los aportes del plenario.

En la misma se llevó a cabo una revisión de cada una de las respuestas, y se integraron las respuestas según la frecuencia de aparición (F estadística). A posteriori y en plenario de coordinadores y representantes confrontaron los resultados así hallados con los aportados por los Consensos ya desarrollados de Psicología Bariátrica de Argentina, Brasil, Chile y México; a su vez se cotejaron los mismos con las publicaciones de Consenso de la SEEDO a la vez que con la literatura especializada; procediéndose a consensuar punto por punto.

Resultados:

Partiendo de la premisa que la obesidad es una enfermedad crónica, su manejo debe ser siempre

interdisciplinario; considerando que el rol del psicólogo tiene un valor muy significativo en el pronóstico y tratamiento tanto pre y post quirúrgico de esta enfermedad, el conjunto de psicólogos bariátricos representantes de diferentes países con mandato delegado por sus pares y a título personal quienes participaron sin mandato pero por su reconocimiento científico avalado por los presentes, dictan las siguientes pautas de trabajo consensuadas para el cuidado de la labor profesional del psicólogo bariátrico y la preservación de la salud integral del paciente, las mismas tienen carácter de recomendación y deberán ser ajustadas a las necesidades y realidades tanto de la región como del paciente.

Asimismo se sugiere la necesidad de acuñar la denominación Psicología Bariátrica para definir a la especialización de los profesionales que se desempeñen en este campo, integrados a un Equipo Multidisciplinario desarrollando las tareas que a continuación se detallan, en todo o partes, y que teniendo la singularidad de emplear aportes de la psicología clínica, psicodiagnóstico, psicología grupal, psicología de familias y /o parejas (campo vincular), psicoprofilaxis quirúrgica, psicología de la salud y preventiva, conforman una entidad particular que amerita el uso de la denominación pre aludida.

De acuerdo a la integración de los resultados se obtuvo lo siguiente para cada punto trabajado.

1. Objetivos del psicólogo en cuanto al paciente
  - a) Acompañar al paciente en el pre, peri y post operatorio
  - b) Aplicar en caso de ser necesario instrumentos de evaluación o pruebas psicológicas
  - c) Apoyar a la familia
  - d) Acompañar al cambio de estilo de vida, imagen corporal, cambio de hábitos, etc...
  - e) Evaluar y prevenir
  - f) Psico-educar, preparar y orientar
  - g) Dirigir y coordinar grupos de apoyo
  - h) Evaluar conocimientos respecto al tratamiento
2. Objetivos del psicólogo en cuanto al equipo interdisciplinario
  - a) Interactuar con el grupo multidisciplinario garantizando un abordaje integral aportando la mirada psicológica
  - b) Prestar apoyo y refuerzo
  - c) Favorecer la comunicación
  - d) Preservar la información por medio de documentos escritos

- e) Facilitar la comprensión de los factores psicológicos intrínsecos por parte del resto de los miembros del equipo
- f) Favorecer el enlace entre el equipo y el paciente
- g) Mediar, facilitar, consensuar, coordinar al interior del equipo
- h) Promover la investigación

**3.** Número de sesiones necesarias en el pre operatorio

- a) Mínimo 4 sesiones iniciales

**4.** Áreas que deben considerarse en la evaluación psicológica preoperatoria

- a) Familia/ apoyo al entorno
- b) Área social/laboral
- c) Antecedentes médicos
- d) Historia de obesidad
- e) Historia de antecedentes psiquiátricos (Antecedentes de intento de suicidio o ideación, adicciones o trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, que no estén tratados, etc)
- f) Motivación y expectativas
- g) Hábitos de vida
- h) Problemática actual y proyectos a futuro
- i) Estado emocional actual

**5.** Estrategias de abordajes sugeridas

- a) Entrevistas individuales
- b) Grupos de apoyo
- c) Abordaje familiar
- d) Psicodiagnóstico
- e) Entrevistas interdisciplinarias
- f) Diversas estrategias de abordaje terapéutico, según la problemática a tratar siempre que se vean aprobadas por la comunidad científica internacional y validados regionalmente

**6.** Características del informe psicológico

El informe debe contener la información necesaria y suficiente para facilitar la decisión del equipo o cirujano en obra social o seguridad social, respetando el secreto profesional y la confidencialidad. Este debe incluir recomendaciones y valoración de la posibilidad de inclusión a la cirugía.

**7.** Contraindicaciones Psicológicas:

Todos aquellos trastornos psiquiátricos graves, recidivantes e inestables, de evolución tórpida sin tratamiento, tales como:

- a) Depresión mayor
- b) Adicciones activas
- c) Bulimia, BED (binge eating disorder), NED (night eating disorder) y otros TCA no especificados
- d) Intentos de suicidio
- e) Trastornos psiquiátricos mayores/espectro bipolar
- f) Ausencia de recursos cognitivos, intelectuales y/o emocionales para tener una adecuada inserción en la realidad compartida (criterio de realidad) y anticipar las consecuencias de sus actos y decisiones. Exceptuando aquellos casos que tengan un tutor legal que se haga responsable de su cuidado
- g) Y todo trastorno valorado por el psicólogo, requieren una cuidadosa evaluación a la luz de la gravedad clínica del paciente y podrían realizarse luego de un adecuado tratamiento psicológico/psiquiátrico.

Así mismo estas contraindicaciones serán valoradas por el equipo multidisciplinario en su conjunto a la luz de la gravedad clínica del presente y los beneficios médicos esperables tras la cirugía.

**8.** Objetivos del psicólogo necesarios en el post operatorio

- a) Brindar apoyo en proceso de cambio de hábitos e imagen corporal
- b) Facilitar la adaptación a su nueva condición
- c) Fortalecer la motivación
- d) Evaluar la evolución de los cambios y prevenir recaídas, implementando los tratamientos y/o derivaciones que puedan ser necesarias
- e) Acompañar a la familia

**Conclusiones:**

En la revisión sistemática de la literatura hemos hallado escasos aportes que resulten concluyentes para orientar la práctica del psicólogo bariátrico. Por otra parte, las publicaciones existentes provienen de realidades muchas veces ajenas a las condiciones socioculturales de América Latina. En virtud de todo ello es que consideramos a las presentes guías un aporte necesario para orientar la labor de los colegas bariátricos. Creemos además que los aportes obtenidos por medio de éste consenso serán de gran ayuda para

poder tener un panorama general de la participación del psicólogo en la cirugía bariátrica; asimismo permitirá seguir investigando, trabajando y desarrollando nuevas intervenciones psicológicas y puntos a evaluar en la práctica cotidiana del psicólogo bariátrica; asimismo funda las bases para nuevos descubrimientos y aportes que podrán surgir de la experiencia cotidiana como de nuevas investigaciones específicas y nuevas reuniones de consenso. Todo ello tendrá como resultado una tarea más estructurada y uniforme con los pacientes que permita comparar resultados, unificar criterios y establecer variables regionales que pudieran incidir en los resultados. La singularidad de la labor descrita amerita el uso de la denominación Psicología Bariátrica para su definición.

Creemos que es de suma importancia seguir trabajando, promoviendo la labor científica y la investigación sistemática, y aportando nuevos descubrimientos del paciente para darle un ayuda más eficaz en el proceso de baja de peso y recuperación de su salud, y que logre a largo plazo una mejor calidad de vida, conservándola a largo plazo tal y como está establecido como criterio de éxito en la cirugía bariátrica por la comunidad científica internacional.

## Referencias:

- Bauza & Cols, "Obesidad, Causas, Consecuencias y Tratamiento"; El Emporio Ediciones, 2005
- <http://www.who.int>
- Satwer, Waden, Fabricatore A. Psychosocial and behavioral aspects of bariatrics surgery . Obesity Research 2005; 13:639-48
- Denise Montt, Alejandro Koppman y Mariela Rodríguez. Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso morbindo. Revista Hospital Clínico. Universidad de Chile, vol 16 no. 4 año 2005
- Rios Martínez BP, Sánchez M, Guerrero M, Pérez D, et al. El rol del psicólogo en cirugía bariátrica. Revista de Cirugía General Vol. 32 Num. 2. 2010
- Sogg S, Mori D. The Boston interview for gastric bypass: Determining the psychological suitability of surgical candidates. Obesity surgery. Vol 14 Num 3. 2004
- Sogg S, Mori D. Psychological evaluation for bariatric surgery: The Boston interview and opportunities for intervention. Obesity surgery. Vol 19 Num 3. 2009
- Wadden T, Stunkard A and Berkowitz R. Obesidad: Guías para los profesionales de la salud mental. Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica. Vol 28 Num 1. 2005
- García E, Kaufer-Horwitz M, Pardío J and Arroyo P. La Obesidad Perspectivas para su comprensión y tratamiento. Editorial Médica Panamericana. 2010.
- SAOTA. Revista de Obesidad, Síndrome Metabólico y Trastornos alimentarios. Consenso Argentino de Psicología Bariátrica. Vol. 22 Num. 3. Septiembre 2011.
- SEEDO. Revista española de Obesidad. Vol. 10 suplemento 1, Octubre ,2011. [www.seedo.es](http://www.seedo.es)
- Chiprut R, Castellanos-Urdabay 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? Am J Epidemiol 2000; 152: 163-170.
- 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.
- 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.
- Ali SM, Linstrom 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.
- Mindermann M, Mussgay L, Rüdell H. General and psychological aspects of obesity: Psychological state and physical complaints across the weight spectrum. Int J Obes 2001; 25: S115-S116.
- Ardelt-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.
- 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.

25. 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.
26. DiGregorio JM, Moorehead MK. The psychology of bariatric surgery. *Obes Surg* 1994; 4: 361-369.
27. Van Hout GC, Van Oudheusden I, Van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg* 2004; 14: 579-588.
28. Alvarado SAM, Guzmán BE, González RMT. Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2005; 10: 417-428.
29. 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.
30. 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.asmb.org/PsychPreSurgicalAssessment.pdf>
31. Bustamante F, Williams C, Vega E, Prieto B. Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Rev Chil Cir* 2006; 58: 481-485.
32. 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>).
33. Montaña IL. Obesidad mórbida, psicopatología y cirugía bariátrica: Un reto de nuestros días. *Revista Psicología.com*. Interpsiquis, Colombia, 2008: 1-3.
34. Guisado JA, Vaz FJ. Características clínicas de los pacientes con obesidad mórbida. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina de Barna* 2002; 29: 85-94.
35. Standards for preoperative bariatrics surgery psychological evaluation. Bariatric surgery work group-2007 (internet) [www.move.va.gov/download/resources/bariatricurgery/standradpreoperativepsichologicalevaluation](http://www.move.va.gov/download/resources/bariatricurgery/standradpreoperativepsichologicalevaluation)
36. NAASO, North American Association for the Study of Obesity, in Obesity Society (internet) [www.naaso.org](http://www.naaso.org)
37. Montt D, Koppmann A, Rodríguez M. Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2005; 16: 282-288.
38. 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.
39. Vázquez VV, López AJC. Psicología y la obesidad. *Rev Endocrinol y Nutr* 2001; 9: 91-96.
40. 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.
41. 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.
42. Álvarez-Cordero R, García-Corona A. Obesity surgery polyparametric patient auto-evaluation. *Obes Surg* 1991; 1: 445-447.
43. 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.
44. Rosen JC, Jones A, Ramírez E, Waxman S. Body shape questionnaire: studies of validity and reliability. *Int J Eat Disord* 1996; 20: 315-319.
45. O'Donnell WE, Warren WL. Cuestionario de sobreingesta alimentaria. México, D.F. Editorial: Manual Moderno. 2007
46. Herman SM. A psychometric evaluation of the marital satisfaction questionnaire: a demonstration of reliability and validity. *Psychother Priv Pract* 1991; 9: 85-94.
47. Camacho REJ, Escoto PLMC, Mancilla DJM. Neuropsychological evaluation in patients with eating disorder. *Revista Salud Mental* 2008; 31: 441-446.
48. 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.
49. Tébar Massó FJ. El problema es la obesidad, no el obeso. *Rev Esp Obes* 2004; 2: 43-48.
50. 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.
51. Cordella MP. ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM IV)? *Rev Chil Nutr* 2008; 35(3): 181-187.
52. Busto 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.
53. Bauzá C. Escollos para el tratamiento de la obesidad: el síndrome del varón abandonado. *Rev Esp Obes* 2004; 2: 305-307.
54. López TCM, Bellido GD. El acoso social del obeso. *Rev Esp Obes* 2008; 6: 235-236.