

## EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

La **cirugía bariátrica** es una intervención quirúrgica que pretende que los pacientes obesos a ella sometidos pierdan peso y no vuelvan a recuperarlo. Las técnicas quirúrgicas combinan técnicas restrictivas y técnicas malabsortivas, para ello se realizan cortocircuitos gastrointestinales a fin de que los alimentos no recorran todo el intestino, o no se mezclen con los jugos digestivos, en especial en aquellas zonas donde las grasas son absorbidas. Estas técnicas son muy eficaces para perder peso puesto que consiguen por un lado que los pacientes obesos no tomen tanta cantidad de alimentos y por otro que los alimentos ingeridos no sean bien aprovechados por el organismo.

El proceso de preparación, valoración, intervención y seguimiento requiere el trabajo en equipo de diferentes profesionales: endocrinólogos, cirujanos, anestesiólogos, psiquiatras, psicólogos y los demás médicos especialistas que realizan las diversas valoraciones protocolarias.

En general las técnicas quirúrgicas están indicadas para pacientes con obesidad mórbida o supermórbida que no hayan conseguido bajar peso con los procedimientos tradicionales de seguimiento de dieta más ejercicio.

Estas técnicas quirúrgicas de cirugía mayor, además de contar con todos los riesgos de la anestesia y la propia intervención quirúrgica, pueden producir a largo plazo problemas nutricionales por la no absorción de determinados minerales. Además si los candidatos no son bien seleccionados, puede que no se produzca la pérdida de peso esperada a largo plazo. También pueden acentuarse problemas psiquiátricos previos a la cirugía. Por todo ello es necesario realizar una adecuada valoración, preparación, selección y seguimiento de los pacientes sometidos a estas

### EVALUACIÓN Y PREPARACIÓN PSICOLÓGICA

¿Qué se pretende medir? En las evaluaciones psicológicas realizadas a los candidatos a cirugía de la obesidad es necesario valorar los siguientes aspectos fundamentales:

- los hábitos alimenticios y la posible existencia de trastornos de la conducta alimentaria
- la capacidad del enfermo para entender en qué consiste la cirugía, los riesgos de ésta y los cuidados que de por vida requerirá
- los posibles trastornos mentales y rasgos patológicos de personalidad de los pacientes.

### **¿Qué instrumentos se utilizan?**

Para valorar los hábitos de alimentación de los pacientes se realiza una entrevista y se piden registros de alimentación para obtener información precisa y concreta de sus conductas alimenticias: qué desayuna, qué come y qué cena el paciente; a qué hora y con quien; si se salta las comidas, si come entre horas o está continuamente picando; si se sienta para comer, si bebe mucha agua, si repiten plato, etc. Es importante conocer como mastica y el tiempo que tarda en comer y si come de forma ansiosa o compulsiva.

Se pregunta también sobre intentos previos para perder el peso y sobre el resultado de éstos y se realiza una historia clínica de su obesidad. También es muy importante valorar si presentan atracones o vómitos, con qué frecuencia suceden, en qué momentos del día y si existen desencadenantes. Resulta muy útil realizar un análisis funcional de estas conductas para modificarlas en caso de ser necesario.

Se pregunta también por el consumo de laxantes o diuréticos sin indicación médica. Se realiza una entrevista clínica para valorar la posible existencia de bulimia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria no especificados o trastornos por atracón. La información aportada por el paciente obeso ha de ser contrastada con la que ofrecen los familiares que con él conviven.

La evaluación de los hábitos de alimentación es muy importante debido a que en función de éstos la técnica quirúrgica puede variar. Así es importante determinar si el paciente pica frecuentemente, o si más bien toma grandes cantidades a las horas de las comidas, o tal vez ingiere demasiados dulces.

Además de los registros y de la entrevista sobre los hábitos de alimentación y sobre los posibles trastornos de la conducta alimentaria, existen instrumentos que nos ayudan a valorar la intensidad y la cualidad de los problemas con la alimentación. Instrumentos como el BITE (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh) que nos proporcionará información sobre síntomas relacionados con la bulimia nerviosa y sobre la gravedad de estos síntomas. Otros test frecuentemente utilizados con sujetos candidatos a cirugía bariátrica son el Cuestionario de Trastornos de la Alimentación (EDI) y el BSQ que valora la satisfacción con la propia imagen corporal.

Para valorar la capacidad del paciente para entender en que consiste la cirugía, se les explica de forma sencilla en qué consiste la operación y cómo tendrá que comer tras ésta. En entrevistas posteriores se le preguntará sobre la información que se le aportó y se valora el grado de comprensión que el paciente adquirió. También tratamos de valorar la capacidad intelectual del paciente, para ello nos servimos de la entrevista (riqueza de vocabulario, pensamiento concreto o abstracto, etc), realizamos una entrevista biográfica (estudios, adaptación a los cambios, trabajos realizados, responsabilidad en el trabajo, necesidad de supervisión en su vida cotidiana, etc.) y se le administra algún test de inteligencia. Otro instrumento frecuentemente utilizado ha sido el Test de Matrices Progresivas de Raven que valora inteligencia general. Dentro de este apartado, debemos valorar también la capacidad del sujeto para

comprender la información escrita que el consentimiento informado que debe de firmar contiene.

Por último, para valorar existencia de trastornos mentales que pudieran contraindicar la cirugía, tanto el psicólogo clínico como el psiquiatra realizarán entrevistas clínicas, a la valoración psiquiátrica nos referiremos más adelante. Señalar en este apartado que conviene aplicar algún cuestionario que valore rasgos psicopatológicos como el MMPI-II, ayudará a elaborar un posible diagnóstico. Siempre se pide que al menos en una entrevista el paciente venga acompañado por un familiar.

Otros aspectos que no deben faltar en la valoración psicológica son las expectativas que el paciente tiene acerca de los resultados de la cirugía y en qué medida éstas son realistas, así como las motivaciones que han llevado al paciente a la intervención quirúrgica.

### CRITERIOS PSICOLÓGICOS DE EXCLUSIÓN

Respecto a los hábitos de alimentación la presencia de un cuadro activo de Bulimia Nerviosa, con vómitos o atracones frecuentes, son contraindicaciones absolutas para la cirugía bariátrica hasta que estas conductas no cambien. Las personas con este tipo de comportamientos, suelen obtener puntuaciones superiores a 20 puntos en la Escala de Síntomas y de 5 puntos en la Escala de Severidad del BITE. En el caso de Bulimia Nerviosa, pedimos un año de remisión para que puedan ser incluidos en la lista de espera para la cirugía. La terapia cognitivo conductual se ha mostrado como la más eficaz para el tratamiento de estos trastornos y conductas (APA, 2000; Mitchell y Raymond, 1992) motivo por el cual los pacientes que acuden con Bulimia Nerviosa o con Trastorno por Atracón son tratados con terapias cognitivas y conductuales. Sólo si se consigue la abstinencia de síntomas se considerarán buenos candidatos para la CB.

Otro problema más frecuente relacionado con la alimentación es el hábito de picar continuamente. Tras la cirugía los pacientes pueden ingerir continuamente bebidas calóricas, helados, alimentos hipercalóricos líquidos, etc. Esta conducta ha de ser extinguida ya que, de lo contrario, la eficacia de la cirugía para perder peso podría quedar comprometida. Para eliminar esta conducta se insiste en la necesidad de no saltarse las comidas, de no comer en ningún otro lugar ni a ninguna otra hora que no corresponda a la de las comidas habituales. Es muy útil para conseguir este objetivo realizar programas de actividades en los que el paciente se mantenga ocupado durante prácticamente todo el día y reducir el tiempo que el obeso permanece en su casa. También es necesario para regular los hábitos de alimentación, establecer unos hábitos de sueño, en ocasiones muy inadecuados en los candidatos a cirugía bariátrica.

Casi siempre es necesario reeducar la forma de comer de los pacientes obesos que habitualmente lo hacen de forma muy rápida, de una manera apresurada, con ansiedad y sin apenas masticar. Es importante que tras la cirugía los alimentos sean ingeridos una vez que han sido masticados adecuadamente. Por este motivo se les entrena desde el inicio de la valoración psicológica a masticar mucho la comida (si es necesario contar hasta 20 veces antes de ingerirla), a

soltar los cubiertos encima de la mesa cuando están masticando, a descansar a mitad del plato y entre un plato y otro, a conversar en la mesa, sin prisas, saboreando los alimentos, etc. Hasta que no han cambiado la forma de comer, no se termina el proceso de preparación ni se le incluye al paciente en la lista de espera de la cirugía.

Respecto a las puntuaciones en el BITE, lo más frecuente en candidatos a cirugía es que obtengan puntuaciones en la Escala de Síntomas entre 10 y 19 puntos que se correspondería con patrones alimentarios poco frecuentes en la población general, pero habituales en comedores compulsivos y en personas obesas. Respecto a la Escala de Severidad lo más frecuente es que no lleguen al alcanzar puntuaciones que superen los cinco puntos lo cual significaría que los síntomas (atracones, vómitos, consumo de laxantes) tendrían una importancia clínica significativa. Lo más habitual respecto a la puntuación total de las dos escalas es que no lleguen a los 25 puntos, puntuación que indicaría ya, un probable diagnóstico de bulimia nerviosa.

En cuanto a las contraindicaciones referidas a la capacidad para entender en qué consiste y los cuidados que la cirugía requerirá, consideramos como contraindicación absoluta un retraso mental profundo o grave. En el caso de retraso mental moderado y leve, será necesario valorar el soporte familiar y apoyo de cuidadores que puedan responder a las exigencias del tratamiento postquirúrgico. En ocasiones para valorar la situación social y familiar de estos pacientes es necesaria la intervención del trabajador social. En todo caso, la decisión no se tomará exclusivamente por la puntuación del sujeto en un test de inteligencia, como pueda ser el WAIS, sino también a través de una entrevista clínica, informes sociales, conocimiento de su desempeño en la vida cotidiana, como ya indicamos antes.

### **EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA. CRITERIOS PSIQUIÁTRICOS DE EXCLUSIÓN**

La exploración psiquiátrica en pacientes candidatos a cirugía bariátrica tiene como objetivo primordial evaluar la capacidad del paciente para dar el consentimiento informado y hacerse cargo del tratamiento a largo plazo.

Se evalúan, pues, las capacidades para entender la información, asumir la responsabilidad de la decisión de operarse, hacerse cargo de la situación a largo plazo y realizar del tratamiento médico (incluyendo el cumplimiento del régimen alimentario anterior y posterior a la cirugía). La evaluación psiquiátrica se inicia con la realización de la historia psiquiátrica personal y familiar, incluyendo historia de la obesidad y hábitos alimentarios. Se realiza la exploración del estado mental actual, que se completará con una entrevista familiar y la evaluación psicodiagnóstica.

Tras haber concluido dichas exploraciones, y en base al diagnóstico psiquiátrico (si procede) se consideran contraindicados a cirugía bariátrica los pacientes con Retraso Mental, Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Trastornos de personalidad graves ó inestables, Abuso/dependencia de alcohol u otras sustancias y Trastorno Depresivo Mayor con clínica activa. En cuanto a los Trastornos de

## TRASTORNOS ALIMENTACIÓN

Conducta Alimentaria, se considera contraindicaciones para la cirugía la Bulimia Nerviosa, así como el Trastorno por Atracón con sintomatología activa.

Extracto del artículo de Jesús Pérez Hornero y María José Gastañaduy Tilve publicado en <http://www.papelesdelpsicologo.es/vnumero.asp?id=1187>