

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESINA DE LICENCIATURA

“Protocolo de Evaluación psicológica a pacientes que serán sometidos a una cirugía bariátrica”

**“Condiciones óptimas de salud mental, para
evitar futuro fracaso de la cirugía”**

Alumna: Aznar María José.

Directora: Venturini Daniel.

Mendoza, 2015

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Mgter Venturini Daniel.

Nota:

Agradecimientos:

A mis padres, por confiar siempre en mí, por su ayuda y guía durante la carrera y por acompañarme a lo largo de mi vida, apoyarme en todos mis sueños y proyectos.

A mis hermanos por ser mi sostén y mi guía a lo largo del camino, cuñados y sobrinos por su apoyo siempre incondicional y desinteresado.

A Ines, ejemplo de constancia y perseverancia, por iluminarme el camino.

A Emilia, por su compañía, comprensión y apoyo, por hacer de las mañanas tardes y largas noches de estudio momentos más divertidos y llevaderos. Por ser mi compañera de camino mi hermana de la vida.

A mis amigas de toda la vida que son la familia que elegí y que me apoyan en todo incondicionalmente por estar siempre presentes y acompañarme en los momentos más importantes de mi vida.

A mis compañeras de facultad, una de las cosas más importantes que me dejo el paso por esta Carrera que se convirtieron en grandes amigas y gran ejemplo a seguir.

A los que hoy no están presentes pero que desde algún otro lugar cuidan mis pasos y me guían desde donde estén.

A Daniel Venturini, mi director de tesina, por su colaboración y tiempo dedicado.

A todos los Profesionales que me brindaron su ayuda para poder llevar a cabo esta investigación

A todos aquellos que de alguna manera fueron parte de esto, ya fuera brindando ayuda profesional o contención emocional.

HAY MOMENTOS EN LA VIDA QUE SON ESPECIALES POR SI SOLOS, COMPARTIRLOS CON LAS PERSONAS QUE QUIERES LOS CONVIERTE EN MAGICOS E INOLVIDABLES...

GRACIAS...

Resumen

Los objetivos de este estudio se centran en saber cuáles son las características psicológicas que debería poseer un paciente para poder acceder a una cirugía bariátrica, cuales son los puntos claves a tener en cuenta y de esa manera confeccionar un protocolo que permita una efectiva evaluación de la persona candidato a la cirugía que nos determine si esta es apta o no.

Es un estudio cualitativo con una muestra de 13 profesionales que intervienen en el área de Salud del Gran Mendoza que se dedican o en algún momento han estado en contacto con la temática. Para la recolección de datos se administró una entrevista estructurada para la obtener opiniones y experiencia de los profesionales que nos permitieran corroborar lo propuesto.

Los resultados indicarían que los profesionales concuerdan en la importancia de que el paciente se someta a un tratamiento integral donde todos los aspectos de la enfermedad se vean cubiertos, entre ellos y el que reviste mayor importancia para nosotros como profesionales de la salud mental es el área psicológica en donde una correcta evaluación de la misma determinaría si esta persona es apta o no para someterse a la cirugía con esto podríamos prevenir futuros fracasos de la misma.

También se pudo observar la importancia de abordar esta problemática con un equipo multidisciplinario ya que por naturaleza es compleja y multicausal, se considera que si se la aborda desde todos sus puntos se obtienen mayores beneficios.

Palabras claves: Obesidad y sobre peso, Obesidad mórbida, Cirugía bariátrica, Evaluación psicológica.

Abstract

The main objective of this research was to define the psychological characteristics a patient should present before undergoing a Bariatric Surgery. Taking into account certain key factors, a protocol was designed to delimit an effective evaluation of the patient in order to conclude the correctness or not of the mentioned surgery.

This is qualitative study presented a sample of 13 (thirteen) professionals of Health Care in Gran Mendoza who are dedicated to or have dealt with the subject matter. Data gathering was achieved through structured interviews recording opinions and experience of each professional in order to substantiate the purpose of this study.

The results indicated the professionals' confirmation of submitting patients to this effective and holistic treatment in which all aspects of illnesses are covered. Among all, the most relevant one to us as mental health professionals is the psychological aspect, due to the fact that a correct evaluation will assent or not a Bariatric surgery. What is more, this procedure will prevent future failures.

Finally, we highlight the importance of approaching the subject by means of a multidisciplinary team since it deals with a complex and multi-causal nature. Thus, we consider that the patient will benefit in all aspects of his/her illness.

Keywords: obesity and overweight, severe obesity, bariatric surgery, psychological evaluation.

Índice

Hoja de Evaluación	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
Abstract	6
Índice	7
Introducción	9
<u>Primera parte: marco teórico</u>	12
CAPÍTULO I: Obesidad- Obesidad Morbida.	13
1. Introducción.	14
2. ¿Qué es la obesidad?	15
3. Clasificación de la obesidad.	17
4. Causas de la Obesidad.	20
5. Factores psicológicos de la obesidad.	25
6. Tipos de Tratamientos.	29
7. Datos Epidemiológicos.	37
CAPITULO II: CIRUGIA BARIÁTRICA	44
1. Introducción.	45
2. ¿Qué es la cirugía Bariátrica?	46
3. Criterios de Inclusión y exclusión para cirugía bariátrica.	49
4. Tipos de Cirugías.	51
5. La elección de una técnica.	57
6. Cirugía Bariátrica en Argentina.	61
7. Factores Psicológicos de la Cirugía Bariátrica.	65
8. Rol del Psicólogo en la cirugía Bariátrica.	68
46	
CAPÍTULO III: Evaluación Psicológica	72
1. Introducción.	73
2. Origen y Desarrollo Histórico	75
3. Delimitación Terminológica y Conceptual.	80
4. Modelos de Intervención Psicológica.	84
5. Evaluación Psicológica desde la Psicología Cognitiva.	94
6. Instrumentos de Evaluación Psicológica	98
7. Importancia de la Evaluación Psicológica en la Cirugía Bariátrica.	101

<u>Segunda parte: marco metodológico</u>	105
1. Objetivos del trabajo	105
2. Método	107
3. Procedimiento	112
4. Discusión y Resultados	113
5. Conclusiones	130
6. Aportes.	133
7. Bibliografía.	140
8. Anexo.	144

INTRODUCCION:

La obesidad es una enfermedad de naturaleza compleja, por lo que resulta difícil poder elegir una única definición que abarque todos sus aspectos, es por eso que su análisis conceptual puede ser tan diverso dependiendo del enfoque con que se aborde.

La salud de la población está condicionada por numerosos factores sociales y económicos. En ese contexto, la obesidad es un factor que afecta significativamente la salud de las personas.

Diversos autores coinciden en que su patogenia es de carácter multifactorial ya que en ella participan factores biológicos, de comportamiento, culturales, sociales, medioambientales y económicos que establecen una red de interacción múltiple y compleja.

La Organización Mundial de la Salud afirma que la obesidad supone un problema de salud mundial creciente, la califica como “La epidemia del siglo XXI” definiéndola como la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal, lo que significa un riesgo para la salud.

En el plano mundial, el mayor número de fallecimientos está más relacionado con el sobrepeso y la obesidad que con la desnutrición; por ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la desnutrición.

Las estadísticas sanitarias mundiales 2012 de la OMS prevén que, para el año 2015, aproximadamente 2.300 millones de adultos presentarán sobrepeso y 700 millones serán obesos. Dicha enfermedad provoca al menos 2,8 millones de fallecimientos anuales en todo el mundo y afecta más a mujeres que a hombres. En la Argentina más de la mitad de la población, exactamente el 53,4% tiene exceso de peso (sobrepeso y obesidad). El porcentaje promedio de obesidad en el país trepó del 14,6% en 2005 al 18% en 2009.

En la actualidad a nivel mundial se dan en paralelo dos situaciones que generan el aumento de problemas y desbalances en tal sentido: el aumento de la ingesta de

alimentos hipocalóricos, ricos en grasa, sal y azúcares y un descenso en la actividad física.

El tratamiento de la obesidad reside en tres pilares: dieta, actividad física y modificación de conductas (especialmente motivación y hábitos). Pero plantea un alto nivel de exigencia, no se trata solo de perder kilos, sino de hacerlo de manera equilibrada y al tiempo que el paciente asimile una nueva educación alimentaria y nutricional que asegure el éxito del tratamiento dietético.

El apoyo psicológico constituye una estrategia esencial en el proceso terapéutico y educativo, para lo cual es imprescindible un trabajo interdisciplinario.

La obesidad mórbida eleva de manera significativa el riesgo de una o más condiciones de salud o enfermedades graves relacionadas con la obesidad que causan una discapacidad física significativa, o incluso la muerte, disminuye la calidad y expectativa de vida de las personas, no solo afecta el organismo sino que también se ve afectada el área social, psicológica y funcional.

Es muy difícil que en estos casos los tratamientos convencionales dietéticos y farmacológicos sean exitosos por lo que la cirugía bariátrica es una herramienta que se utiliza como tratamiento para la obesidad severa o mórbida, son procedimientos quirúrgicos, que sirven para manejar los desórdenes de alimentación excesiva.

El fin de esta cirugía es perder peso para evitar las complicaciones de la obesidad. 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.

Es aquí donde surgen los interrogantes que llevan a plantearnos la idea de realizar esta investigación. ¿Todas las personas que sufren de obesidad están capacitadas psicológicamente para poder acceder a una cirugía y que esta después de

un tiempo no fracase? ¿Cuáles son las características que tiene que tener este sujeto para propiciar un tratamiento más efectivo y con menos consecuencias post quirúrgicas? Debido a esto y teniendo en cuenta que es un problema que cobra gran importancia y gravedad en nuestra sociedad es que decidimos comenzar a investigar cuales son estos factores que los profesionales a cargo de este tratamiento consideran que son necesarios que la persona reúna y cuales los dejaría por completo fuera de esta, para poder diseñar así una evaluación psicológica que nos permita evaluar de forma rápida y sencilla y de esta manera elegir candidatos aptos y así aumenten la posibilidades de éxitos en dicho tratamiento.

PRIMER PARTE: MARCO TEORICO

CAPITULO I:

OBESIDAD: “OBESIDAD MORBIDA”

INTRODUCCION:

Cuando alguna enfermedad es producida por diversos factores, surgen diferentes definiciones y explicaciones etiológicas. Tal es el caso de la obesidad, cuyo análisis conceptual puede ser tan diverso dependiendo del enfoque con que se aborde,

Además, el problema se complica aún más cuando se involucran diferentes factores de una población como son la etnia, los hábitos dietéticos, etc.

A continuación se definirá a la obesidad y su posible origen, causas y consecuencias, datos que resultaron de gran importancia y fueron eje central para llevar a cabo esta investigación:

¿QUE ES LA OBESIDAD?

Según el conceso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) la obesidad se define como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un aumento de grasa, que a su vez se traduce en un incremento de peso. No solo es importante el peso corporal total a la hora de definir la obesidad, el porcentaje de grasa corporal y su distribución en determinados lugares anatómicos del organismo están relacionados con la morbilidad e incluso la mortalidad a largo plazo y se considera un factor de riesgo importante para presentar determinadas enfermedades físicas crónicas y por las repercusiones emocionales y psicopatológicas que representa. (Fernández Canet, R. 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) afirma que la obesidad supone un problema de salud mundial creciente, la califica como “La epidemia del siglo XXI” definiéndola como la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal, lo que significa un riesgo para la salud. La misma se presenta cuando el índice de masa corporal del adulto supera los 30 kg/m², puede afectar tanto a hombres como a mujeres de cualquier raza, nacionalidades o estrato social. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

La OMS establece una definición comúnmente en uso con los siguientes valores, acordados en 1997, publicados en 2000 y ajustados en el 2010:

- IMC menos de 18,5 es por debajo del peso normal.
- IMC de 18,5-24,9 es peso normal
- IMC de 25,0-29,9 es sobrepeso.
- IMC de 30,0-34,9 es obesidad clase I.
- IMC de 35,0-39,9 es obesidad clase II.
- IMC de 40,0 o mayor es obesidad clase III, grave (o mórbida).
- IMC de 35,0 o mayor en la presencia de al menos una u otra morbilidad significativa es también clasificada por algunas personas como obesidad mórbida.

El peso y la distribución de la obesidad en el cuerpo son regulados por una serie de mecanismos neurológicos, metabólicos y hormonales que mantienen un equilibrio entre la ingesta (alimentos y bebidas ingeridos) y el gasto energético. Cuando hay un exceso de ingesta en relación al gasto energético, ocurre un almacenamiento de energía en forma de obesidad, manifestándose con aumento del peso corporal (Bresh, S. 2006).

También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal aumentado en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm.

Según datos arrojados por la OMS el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de muerte en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. Aunque la obesidad es una condición clínica individual se ha convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento, ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. Anteriormente se consideraba un problema confinado a los países de altos ingresos, en la actualidad también es relevante en los países de ingresos bajos y medianos. En el plano mundial, el mayor número de fallecimientos está más relacionado con el sobrepeso y la obesidad que con la desnutrición; por ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la desnutrición (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos) (Organización Mundial de la Salud 2012, Mayo).

CLASIFICACION DE LA OBESIDAD:

A) En función de la distribución de la grasa corporal o morfológica (SEEDO 2007)

Los parámetros que nos proporcionan la información sobre la distribución de la grasa son el perímetro de la cintura o circunferencia abdominal (CA), o el índice cintura-cadera (ICC). Algunos autores consideran que la grasa perivisceral, tiene una buena correlación con el perímetro de la circunferencia abdominal y, actualmente, se tiende a utilizar la circunferencia de la cintura y el IMC como indicadores de riesgo asociado a desarrollar comorbilidad.

- a.1) Obesidad abdominal, central o superior (androide). Este tipo de obesidad suele aparecer en el varón y debido a la forma que adopta el cuerpo, también se conoce como “tipo manzana”. La masa grasa se acumula en la región cervical, tronco y abdomen superior. Esta obesidad se encuentra asociada a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.
- a.2) Obesidad glúteo-femoral o periférica (ginoide). Este tipo de obesidad es más frecuente en las mujeres y debido a la forma que adopta el cuerpo, también es conocida como “tipo pera”. La masa grasa se produce y acumula en las caderas, la región glútea y los muslos. Esta obesidad se asocia a trastornos venosos periféricos (varices).
- a.3) Obesidad de distribución homogénea. No existe un predominio de grasa en ninguna zona del cuerpo, sino que ésta aparece de forma generalizada en el organismo.

B) En función del índice de masa corporal (Organización Mundial de la Salud OMS)

A pesar de que existen distintos métodos para evaluar la grasa corporal en nuestro organismo, en la práctica clínica y la investigación epidemiológica la antropometría es el método más utilizado. A la hora de efectuar un diagnóstico y una clasificación de la obesidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la International Obesity Taskforce (IOTF) y las sociedades científicas, aconsejan el empleo

de datos antropométricos como peso, talla y circunferencia corporal. Dentro de las mediciones antropométricas, el indicador más utilizado en la mayoría de la población para la valoración de adiposidad es la relación entre el peso en kilogramos y la talla en metros al cuadrado, conocido como Índice de Masa Corporal (IMC)

Este indicador es recomendado por diversas sociedades científicas y organizaciones internacionales relacionadas con la salud para su utilización en población general adulta.

No existen criterios uniformes para marcar los límites de los intervalos de normopeso y sobrepeso según el valor del IMC. Para definir la obesidad, se tiende a aceptar como punto de corte, valores de IMC superiores 30 kg/m^2 , aunque también se han definido valores superiores al percentil 85 de la distribución de referencia por edad. Utilizando este índice corporal como criterio, la OMS ha propuesto una clasificación del grado de obesidad

CRITERIOS PARA DEFINIR Y CLASIFICAR LA OBESIDAD SEGÚN EL IMC (OMS)	
VALORES LÍMITES DEL IMC (KG/M ²)	
Normopeso	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad grado I	30,0 – 34,9
Obesidad grado II	35,0 – 39,9
Obesidad grado III	> 40

IMC: índice de masa corporal

La Sociedad Española del Estudio de la Obesidad (SEEDO 2000-2007) propuso en los años 2000 y 2007 un límite inferior de peso normal correspondiente a un IMC igual a $18,5 \text{ kg/m}^2$, en consonancia con las recomendaciones internacionales recientes. El sobrepeso, en el que está incluida una gran parte de la población adulta, contempla valores de IMC en el rango $25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$. Por otro lado, se ha introducido un nuevo grado de obesidad (grado IV, u obesidad extrema) para aquellos pacientes con un IMC mayor de 50 kg/m^2 .

CRITERIOS DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD SEGÚN EL IMC (SEEDO 2000, 2007)

VALORES LÍMITES DEL IMC (KG/M²)

Peso insuficiente	<18,5
Normopeso	18,5 – 24,9
Sobrepeso grado I	25,0 – 26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,0 – 29,9
Obesidad de tipo I	30,0 – 34,9
Obesidad de tipo II	35,0 – 39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40,0 – 49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	> 50

CAUSAS DE LA OBESIDAD:

La salud de la población está condicionada por numerosos factores sociales y económicos. En ese contexto, la obesidad es un factor que afecta significativamente la salud de las personas.

Diversos autores coinciden en que su patogenia es de carácter multifactorial, ya que en ella participan factores biológicos, de comportamiento, culturales, sociales, medioambientales y económicos que establecen una red de interacción múltiple y compleja. No resulta claro, sin embargo, el peso relativo de cada uno de ellos y la posible variación de su interacción en función de diferentes asociaciones. (Elgart, J. Pfirter, G. Gonzalez, L 2012).

La obesidad tiene muchas causas. La sobrealimentación y la baja actividad física producen acumulación de un exceso de grasa corporal. Existen diferencias individuales en el procesamiento energético y en la tendencia hacia el almacenamiento de calorías, así como diferencias poblacionales (etnia, hábitos dietéticos, aumento de esperanza de vida).

La genética parece establecer el escenario de la obesidad, sin embargo, la dieta, el ejercicio y el estilo de vida son los que determinan la magnitud del problema. Es conveniente analizar la fisiopatología de la obesidad desde un enfoque holístico: factores sociales, genéticos y psicológicos. (Elgart, J. Pfirter, G. Gonzalez, L 2012).

1- Determinantes Genéticos de la Obesidad

En la actualidad se considera que la obesidad depende de varios factores, entre los que se encuentran la influencia del medio ambiente y determinados genes que presentan una variante (polimorfismo) determinada en personas obesas. Se han descrito diversos genes involucrados en la génesis de la obesidad, aunque se ha evidenciado que sólo un número muy reducido de ellos tiene una relación directa en el desarrollo de esta patología. Las mutaciones genéticas representan menos del 1% de los casos de obesidad y las personas que presentan estos polimorfismos tienen mayor predisposición a padecer obesidad, aunque no significa que estas personas estén predestinadas a ser obesas, ya que también es necesario que el estilo de vida

favorezca la aparición de la misma. Los genes relacionados con la obesidad están implicados en:

- El control de la síntesis y actividad de ciertos péptidos implicados en la regulación del apetito.
- La respuesta del metabolismo basal, el efecto térmico de los alimentos o la actividad física espontánea.
- La eficiencia de la utilización metabólica de los nutrientes energéticos para cubrir las demandas del organismo.
- La regulación de la adipogénesis.

(Alfredo Martínez J. 2006)

Observaciones iniciales basadas en la comparación de gemelos idénticos expuestos a diferentes condiciones ambientales (Bouchard, Després, Mauriege, 1993) establecieron que el impacto de la genética como factor causal de la obesidad era de aproximadamente 30-40%, mientras que al ambiente se le atribuía 60-70%. En algunas otras investigaciones (Groop, Melander, 2001) la influencia genética de la obesidad ha variado de 20% a 80%, dependiendo de algunas características particulares de la obesidad. (Hernández Jiménez, S. 2004).

En el estudio del genoma de la obesidad en humanos, se ha determinado que existen por los menos 15 genes que se asocian de manera significativa con la grasa corporal o el porcentaje de grasa corporal y 5 genes relacionados con la cantidad de grasa visceral abdominal. Pero en grandes estudios de encuesta, se han identificado más de 250 genes, marcadores y regiones cromosómicas relacionadas con la obesidad. Por lo tanto, en humanos, las potenciales interacciones entre múltiples genes y la interacción de éstos genes con el ambiente conducen a la expresión fenotípica de la obesidad. Una de las causas genéticas de esta predisposición suele ser la alteración de determinados genes que controlan el apetito. Esos genes son los responsables de generar leptina, una sustancia que llega a través de la sangre al hipotálamo, que es el centro de control de la saciedad. La leptina provoca la pérdida de apetito y estimula al organismo a desarrollar actividades y quemar energía. Las personas que tienen estos genes alterados suelen tener mucho más apetito y quemar aproximadamente un 30% menos de energía. (Hernández Jiménez, S. 2004).

2- Causas metabólicas y endócrinas

El metabolismo se refiere al conjunto de reacciones químicas (transformaciones) que ocurren en el ser vivo, en el cual las sustancias que ingresan a los seres vivos son modificadas en ellos, transformándose en moléculas estructurales o fragmentándose para producir energía, es decir, las sustancias se modifican, se transforman, se metabolizan dentro de los seres vivos. El uso energético de las calorías varía considerablemente entre una persona y otra.

Una desregulación en el sistema metabólico puede generar un cambio radical en el peso de la persona.

En cuanto a lo endocrino relacionado con la obesidad, implica hablar de disfunciones en casi todos los órganos endocrinos y en el sistema nervioso central, fundamentalmente en la actividad hipotalámica. Estas alteraciones afectan principalmente a los ejes neuroendocrinos hipotálamo-hipofiso-adrenal, adipo-insular y al control hipotalámico, tanto de la ingesta de alimento como del almacenamiento y gasto energético. La obesidad se caracteriza por una desregulación de ciertos ejes neuroendocrinos, del control del apetito y del gasto energético. (Perello, M. Spinedi, E. 2004).

3- Factores ambientales y socio culturales que influyen en la prevalencia de la obesidad

El aumento exagerado en la prevalencia de la obesidad en los últimos 20 años se ha propiciado también por cambios en el ambiente que condicionan el aumento del aporte energético y la disminución de la actividad física, inclusive en sujetos sin predisposición genética.

Debemos concienciarnos de que los factores ambientales y el estilos de vida desempeñan un papel muy importante en el desarrollo de la obesidad, aunque todavía no se conocen bien todos los factores que influyen en su prevalencia. De esta forma, la mayoría de los casos de obesidad debidos a una alteración del balance energético, pueden ser determinados por factores obesogenos.

Los principales factores ambientales que pueden influir son:

- **Estilo de vida y Sedentarismo:** El estilo de vida sedentario, cada vez más frecuente, es un importante factor condicionante de obesidad. Además, está comprobado que la actividad física es uno de los mayores determinantes del uso de la energía del cuerpo.

El hecho de incrementar la actividad física hace que el cuerpo tenga que utilizar más calorías y logra que el balance calórico del cuerpo sea más favorable para no presentar obesidad.

- **Dieta:** el consumo excesivo de calorías provoca desbalance calórico y, así, por cada 7 500 calorías que nuestro cuerpo acumule se aumenta 1 kg. de peso, y esto conduce a un cuadro de obesidad.

- **Tabaco:** El aumento de peso es muy común en personas que han dejado de fumar. Esto se ha atribuido a la suspensión de la exposición a nicotina. La ganancia promedio es de 4 a 5 kg. en 4 a 6 meses. Se ha estimado que la suspensión del tabaquismo incrementa a 2.4 veces el riesgo de obesidad en comparación con los no fumadores.

- **Fármacos:** Los antidepresivos de origen tricíclico han demostrado un aumento de grasa y una ganancia de peso importante, presentando cuadro de obesidad. Los tratamientos largos a base de corticoides han demostrado un aumento de grasa y de peso, también presentando obesidad.

- **Distribución geográfica.**

- **Cultura, etnia.**

- **Etc**

(Alfredo Martínez J. 2006.)

4- Contexto sociocultural

En la actualidad y a lo largo de la historia se puede ver como las reuniones sociales o encuentros de trabajo giran alrededor de la comida y la bebida, lo que genera que el contexto sociocultural se convierta en uno más de los factores que influye en el desarrollo de la obesidad. Otros determinantes sociales que han contribuido al aumento de la prevalencia de obesidad son los fenómenos migratorios, la transculturización, el aumento de las porciones de alimentos, las condiciones de urbanización no aptas para caminar, la falta de la cultura nutrimental, las ofertas sin fin de soluciones fantásticas para la obesidad y las condiciones económicas que favorecen todo lo anterior. Estas circunstancias hacen de la obesidad una consecuencia inevitable (Hernández Jiménez, S. 2004).

5- Causas psicológicas

La discusión sobre la relación entre las variables psicológicas y la obesidad es de larga data, no siendo posible aún establecer una clara relación causa-efecto en ninguno de los dos sentidos. Sin embargo, se ha visto que pacientes con obesidad mórbida, tienen mayor riesgo de desarrollar sintomatología psicológica en el futuro, dado el impacto en el desarrollo del carácter y la notable estigmatización social sufrida. A continuación de detallara este apartado. (Silvestri, E. Staville, A. E., Hirschmann, J. J. 2005).

FACTORES PSICOLÓGICOS:

¿CAUSA O CONSECUENCIA DE OBESIDAD?

En relación a los aspectos psicológicos de la obesidad, existen un sinnúmero de teorías que mencionan factores etiopatogénicos, aunque experimentalmente las investigaciones no arrojan resultados claros y concluyentes que las comprueben.

Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos eran personas que tenían problemas de personalidad que aliviaban mediante la conducta de comer. Kaplan y Kaplan proponían que la sobre-ingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. Todavía no es clara la relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias. Sin embargo, hay evidencia de alteración en la percepción y en la conducta de los sujetos obesos, por lo que se deben redefinir los problemas a los que se enfrenta un sujeto con exceso de peso importante. (Silvestri, E. Staville, A. E., Hirschmann, J. J.2005).

Hilde Bruch señala que el hambre es un fenómeno constitucionalmente “impreso” en el ser humano, quien aprende a diferenciarla de otras necesidades y tensiones. También carga ella el acento en la importancia que tiene el hecho de que la madre responda adecuadamente, es decir, con la suficiente capacidad empática a los indicadores con los que el bebé demuestra esa necesidad o tensión específica que clama por una adecuada descarga o satisfacción (la cual depende casi exclusivamente de esa respuesta materna). Tanto Bruch como todos los autores contemporáneos señalan la trascendencia que tiene la respuesta materna adecuada ante la demanda del niño durante las primeras etapas del desarrollo, en las cuales la madre debe ser capaz de decodificar el lenguaje sin palabras del bebé. Si esta respuesta no es adecuada, se pueden generar trastornos –potencialmente patógenos- en el desarrollo armónico de la personalidad, los que se mostrarán en la adolescencia cuando aparezca una marcada dificultad en la identificación de las propias sensaciones y la persona busque calmar cualquier reclamo interior con una ingesta. Esta búsqueda –vana por cierto- lleva al aumento de peso, el que no será revertido en la medida en que el

comer sea utilizado para regular los sentimientos y tensiones que no hallan una mejor expresión (Silvestri, E. Staville, A. E., Hirschmann, J. J. 2005).

En general, no existe claridad con respecto a la etiología de este síndrome, por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la mantención de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etcétera). Esto debiera traducirse en un abordaje idiosincrático y específico a cada paciente, surgiendo, por lo tanto, la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema. (Dr. Daniel Seijas 1997)

Si hablamos de consecuencia tenemos que tener en cuenta que en la sociedad actual, los valores estéticos tienden cada día más a potenciar el modelo de la delgadez como uno de los signos externos de mayor aceptación; la inteligencia, destreza, éxito, tanto a nivel escolar o de interacción social, son cualidades atribuidas más a las personas delgadas o de peso normal que a las personas obesas. La obesidad expone a las consecuencias de la desaprobación y se afecta la educación, el empleo y la atención a la salud. Es decir la obesidad se transforma en un daño psíquico y moral que no hemos cuantificado y que se traduce en un serio deterioro de la calidad de vida además de múltiples problemas emocionales.

Los individuos obesos en los países occidentales sufren del prejuicio y la discriminación. Los medios de comunicación (televisión, revistas) recuerdan constantemente que para estar a la moda hay que estar delgado y las personas con sobrepeso son blanco de bromas. En los últimos 25 años se han estudiado numerosos grupos de niños y adultos para determinar su percepción del obeso. El prejuicio se ha observado aun en niños de 6 años de edad, quienes describieron a un niño con sobrepeso como *“perezoso, sucio, estúpido, feo, tramposo y mentiroso”*.

Es posible que prejuicio y discriminación exacerbén los conflictos ya existentes de la persona obesa y compliquen aun más el tratamiento de la obesidad. Sin embargo, hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca

alteraciones específicas en la personalidad o son éstas las que desencadenan la obesidad. (Silvestri, E. Staville, A. E., Hirschmann, J. J. 2005).

No existe una causa psicológica primaria en la génesis de la obesidad sino la combinación de ciertas características psicológicas que interactúan con otros factores ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, etc). Sin embargo, hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son éstas las que desencadenan la obesidad. Por lo tanto se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la mantención de la obesidad, variables cognitivas, variables afectivas y variables ambientales.

Esto debiera traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico a cada paciente, surgiendo, por lo tanto la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.

CONCLUSION:

El estilo de vida sedentario, la ingesta excesiva de nutrientes con elevada concentración energética (comida rápida, bebidas azucaradas, etc.), contribuyen al incremento de la obesidad.

A pesar de que la génesis de la obesidad está condicionada por unos hábitos alimentarios y estilos de vida inadecuados, también puede deberse a alteraciones metabólicas y trastornos neuroendocrinos, factores sociológicos, componentes genéticos hereditarios e incluso a la interacción entre estos factores. Por ello, el ejercicio físico regular, la promoción de hábitos saludables y dieta equilibrada son algunas de las medidas más eficaces para la prevención del sobrepeso y obesidad.

TIPOS DE TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD:

El tratamiento de la obesidad debe ser multidisciplinario, involucrando a médicos, nutricionistas, kinesiólogos o fisiatras, profesores de educación física, trabajadores sociales, psicólogos y cirujanos, contemplando los siguientes aspectos principales:

1- Dieto-terapia

El tratamiento dietético no debe basarse solamente en la restricción calórica, sino que debe realizarse a través de una dieta "saludable" que prevenga los trastornos metabólicos y optimice el balance energético.

Los alimentos y preparaciones con alto índice glicémico (IG) favorecen el hiperinsulinismo y la formación de tejido adiposo especialmente si se asocian a grasas. Las harinas blancas, las masas en general y muchos productos elaborados de *snack* con gran contenido de grasas saturadas tienen altos IG.

Las preparaciones que combinan grasas y azúcares producen un mayor acumulo de peso corporal, pues la jerarquización oxidativa favorece la oxidación del azúcar y *un* mayor depósito de grasa. Por otro lado, el gasto calórico se favorece cuando la ingesta calórica se realiza en momentos del día donde habrá eventualmente actividad física que facilite la oxidación, por lo que lo recomendable es que las comidas más calóricas sean las que preceden a las horas de mayor actividad. Una dieta saludable debe considerar estos aspectos, ya que la combinación, frecuencia y horarios en que deben ser ingeridos los alimentos determinan diferencias en el balance energético y en el manejo metabólico de los nutrientes. (Raquel Burrows A. 2000).

La dieta es el componente esencial de las intervenciones para reducir de peso, incluso cuando se opta por el uso de fármacos o cirugía. Para la elaboración de la prescripción dietética, es fundamental determinar la ingesta nutricional, los requerimientos calóricos y las comorbilidades. Lo más recomendado es aportar diariamente 500 calorías menos que el gasto calórico total estimado para mantener el peso actual. De esta manera se puede inducir una reducción de peso de aproximadamente 0,5 a 1,0 kg por semana.

Las recomendaciones actuales sugieren una distribución de 20-25% de las calorías como grasa, 55-65% como carbohidratos, 15-20% como proteínas y un aporte de fibra de 20 a 40 g al día. Se deben, además, considerar las modificaciones necesarias para el manejo dietario de comorbilidades específicas.

Una vez alcanzada la meta de reducción del peso, se debe iniciar un programa de mantención. Se define mantención cuando el peso no varía más allá de aproximadamente 2,5 kg. Es importante realizar un ajuste de los aportes calóricos y enfatizar la mantención de la actividad física (Ada Cuevas , María Soledad Reyes 2005).

2- Actividad física

La actividad física y el ejercicio son componentes en el manejo de la pérdida de peso, inexcusablemente junto a un plan de alimentación estructurado, ya que la práctica de ejercicio físico como forma aislada de tratamiento en la obesidad no parece tener un papel destacado en la pérdida de peso, aunque resulten incuestionables sus efectos beneficiosos sobre el riesgo cardiovascular y la salud en general. Por ello, diferentes sociedades científicas recomiendan que cada adulto debería realizar 30 o más minutos diarios de una actividad física de intensidad moderada, preferentemente todos los días de la semana con la finalidad de mejorar la salud y prevenir las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, estas recomendaciones no se ajustan a las necesidades de un paciente obeso que quiera perder peso y mantenerlo a largo plazo. En este contexto, la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad (IASO) realiza dos recomendaciones separadas. La primera hace referencia a la necesidad de realizar entre 45-60 minutos de actividad física diaria (315-420 min/sem) como una acción preventiva para evitar que los sujetos con sobrepeso puedan evolucionar hacia la obesidad. La segunda recomendación va dirigida a las etapas de mantenimiento del peso perdido, donde se sugiere invertir de 60-90 min diarios (420-630 minutos/semana) de actividad física de intensidad moderada, para evitar la recuperación del peso perdido. Estas recomendaciones han quedado refrendadas por otras entidades sanitarias y sociedades científicas. Muchas de las personas con obesidad que tienen una vida sedentaria manifiestan escaso interés o habilidad para iniciarse en una actividad física. Por esta razón se debe plantear comenzar con un régimen de actividad física lento, pero progresivo, durante

varias semanas, hasta alcanzar los objetivos planteados. Como primera medida, conviene reducir el sedentarismo, fomentando el incremento de las actividades cotidianas que generen un gasto calórico (no utilizar transporte público, subir tramos de escaleras, caminatas...). A medida que el sujeto va perdiendo peso y aumentando su capacidad funcional, se puede incrementar tanto la intensidad como el tiempo de dedicación a estas actividades, hasta alcanzar un mínimo de 45-60 minutos diarios. Pero, para que la actividad física sea eficaz para perder peso y/o mantener la pérdida ponderal a largo plazo, necesita que se realice con una determinada intensidad o esfuerzo.

La actividad física se deberá adaptar a las diferentes etapas de la vida de la persona; normalmente será más intensa en el caso de los niños y adolescentes, mientras que en la edad adulta se buscan actividades encaminadas a mejorar el rendimiento cardiovascular, la fuerza muscular, evitando las lesiones osteomusculares. (Consenso SEEDO 2007).

Varios estudios han evidenciado una relación inversa entre peso corporal y actividad física. El ejercicio es un potente activador de la lipólisis, lo cual libera ácidos grasos desde los triglicéridos almacenados como grasa para ser utilizados como fuente energética. A pesar de que el ejercicio sólo induce una reducción de 2% a 3% del IMC, éste es más efectivo cuando se asocia a tratamiento dietario. Por otra parte, realizar actividad física regular, pareciera ser el componente del tratamiento que más promueve la mantención a largo plazo del peso reducido. Se recomienda iniciar un programa de ejercicio de 30-45 min diarios, al menos 3 veces por semana. Esto generará un gasto de aproximadamente 150 calorías al día (500 a 1.000 calorías semanales). Los ejercicios más indicados para un programa de reducción de peso son aquellos que incrementan la frecuencia cardíaca y el gasto energético (aeróbicos) (Ada Cuevas, María Soledad Reyes 2005)

3- Modificación conductual-cognitiva

Las terapias de cambios de conducta son estrategias para modificar los hábitos de alimentación y de actividad física de los pacientes obesos. Las técnicas de conducta más utilizadas incluyen: automonitoreo de la ingesta y actividad física, manejo del estrés o condiciones psicológicas que gatillan la ingesta, resolución de problemas

relacionados con el peso e implementación de alternativas más saludables. En el aspecto cognitivo es importante la enseñanza de metas realistas en cuanto a la reducción de peso, manejo de la autoestima y prevención de recaídas. La terapia de modificaciones de conducta puede ser realizada en forma individual o grupal. Esta última tiene la ventaja de ser menos costosa. Al finalizar la terapia conductual, los pacientes pueden recuperar un tercio del peso perdido durante el primer año. Por esto, se recomienda un control regular con el profesional que la realiza para facilitar la mantención del peso corporal (Ada Cuevas, María Soledad Reyes 2005).

4- Cambios en el estilo de vida y tratamiento psicológico y/o psiquiátrico

Consiste en establecer una serie de técnicas o habilidades para modificar los patrones alimentarios, los niveles de actividad física, las falsas creencias que contribuyen al exceso de peso y, en definitiva, convencer al enfermo de los beneficios de adoptar un estilo de vida saludable. El programa de pérdida de peso debe incluir los registros alimentarios (y las situaciones en las que se producen) y de actividad física como herramientas principales de la terapia conductual. En estos planteamientos es conveniente contar con la colaboración de profesionales de la nutrición, psicólogos o preparadores físicos que contribuyan a implementar los programas de pérdida de peso trabajando en un entorno tanto individual como grupal. El tratamiento conductual intensivo de cambios en el estilo de vida, especialmente en un contexto grupal, ha demostrado claramente su superioridad a los programas de tratamiento convencionales con dieta, fármacos y visitas programadas de manera rutinaria en la práctica clínica. La atención psicológica y/o psiquiátrica es uno de los puntos básicos que más hay que desarrollar en los programas educativos destinados a la pérdida de peso. Aunque la pérdida de peso ayude a mejorar ciertos aspectos psicológicos (imagen corporal, autoestima y relación con los demás), con frecuencia la realización de una dieta puede ser fuente de irritabilidad, ansiedad, depresión leve y bajo estado de ánimo cuando no se consigue cumplirla; por ello, estas situaciones deben ser reconocidas antes de iniciar un programa de pérdida de peso y trabajar para encauzarlas. El paciente con obesidad es más proclive a presentar síntomas depresivos y alteraciones del comportamiento alimentario. Hasta un 30% de los pacientes que consultan por exceso de peso presenta “trastorno por atracón” y su correcta

identificación conlleva necesariamente un tratamiento psicológico y psiquiátrico antes de comenzar un programa de pérdida de peso. Las técnicas cognitivo-conductuales están orientadas a desarrollar nuevas pautas de alimentación (masticar despacio, raciones más pequeñas, no comer mientras se ve televisión...), corregir creencias erróneas que distorsionan el comportamiento, establecer contratos de contingencias (pactos o contratos terapéuticos con el paciente, incluyendo recompensas), control de estímulos ante diferentes situaciones, aprendizaje de técnicas de relajación para reducir la ansiedad y el estrés, así como corregir estados emocionales inadecuados con la finalidad de controlar la sobreingesta y mejorar la percepción del autocontrol en obesos, en especial en el entrenamiento para la prevención de recaídas. La atención a todos estos aspectos psicosociales cobra aún mayor relevancia en las fases de mantenimiento del peso perdido, donde el aprendizaje en las técnicas de autocontrol de la alimentación y de la instauración cotidiana de una actividad física regular, junto a las habilidades para hacer frente a las posibles recaídas, sin duda serán los elementos clave para evitar o retrasar la recuperación del peso perdido (Consenso SEEDO 2007).

5- Farmacoterapia:

La farmacoterapia es considerada en pacientes con IMC ≥ 30 o con IMC ≥ 27 asociada a otras patologías relacionadas a la obesidad. El uso de fármacos debe ser coadyuvante al tratamiento y deben ser indicados cuando no se obtiene una respuesta adecuada a las modificaciones del estilo de vida. Los fármacos disponibles para el tratamiento de la obesidad se clasifican en tres grupos: a) Fármacos que reducen la ingesta alimentaria: Actúan principalmente a nivel central aumentando la liberación de norepinefrina (NE) o bloqueando su receptación a nivel neuronal. La mayor disponibilidad de NE estimula receptores β adrenérgicos en el hipotálamo y de esta forma reducen el apetito. Fentermina: ha sido aprobada por la FDA para uso a corto plazo (hasta 12 semanas) en el manejo de la obesidad. En general es bien tolerada, aunque puede producir agitación y aumentar la presión arterial y frecuencia cardíaca. Sibutramina: inhibidor selectivo a nivel central de la recaptación de NE y serotonina. Ha sido aprobada por la FDA para la inducción y mantención de la reducción de peso. Promueve una reducción de peso dosis-dependiente por disminución del apetito e

inducción de saciedad precoz. Se asocia a mejoría de parámetros metabólicos tales como los lípidos sanguíneos, presión arterial y glicemia. Sus efectos colaterales más frecuentes incluyen constipación, insomnio y sequedad bucal. También puede ocasionar alzas de la presión arterial y frecuencia cardíaca. La eficacia de la sibutramina en la mantención del peso corporal, fue evaluada en el estudio STORM (Sibutramin Trial of Obesity Reduction and Maintenance), donde pacientes que perdieron más de 5% de su peso corporal en una intervención por 6 meses con dieta y sibutramina fueron luego asignados a sibutramina o placebo durante 18 meses adicionales: el grupo tratado con sibutramina tuvo significativamente más pacientes que mantuvieron el 80% de la reducción del peso, en comparación con el grupo placebo.

Bupropión: antidepresivo que aumenta la actividad de NE y bloquea en forma leve la recaptación de dopamina. Está aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión y como coadyuvante de la terapia para dejar de fumar. En estudios clínicos, indujo una reducción de peso en pacientes obesos tratados por depresión y evitó el incremento de peso tras el abandono del tabaquismo. No está aprobado para el manejo de la obesidad.

Topiramato: es un agente anticonvulsivante que en estudios clínicos para tratamiento de la epilepsia inducía reducción del peso. El mecanismo de acción no ha sido completamente establecido. En modelos animales se ha encontrado que reduce el apetito e incrementa el gasto energético. En pacientes obesos tratados con topiramato se ha observado una reducción modesta pero significativa del peso corporal, asociado a mejoría en la presión arterial, glicemia e insulinemia. Sin embargo, su uso no ha sido aprobado para el tratamiento de la obesidad.

Antagonista del receptor de cannabinoides subtipo 1. La administración de cannabinoides estimula la ingesta alimentaria en modelos animales. Asimismo, el efecto orexígeno de la marihuana ha sido evidenciado en humanos. En estudios recientes se ha establecido un rol para el receptor endocanabinoide subtipo 1 (CB1-R) en la regulación de la ingesta alimentaria y del peso corporal. Se ha evidenciado una elevación de los niveles de endocannabinoides en el hipotálamo de modelos animales de obesidad y el bloqueo farmacológico del receptor CB1 reduce la ingesta alimentaria e induce pérdida de peso.

Rimonabant es el primer bloqueador selectivo del receptor canabinoide subtipo 1, desarrollado para el tratamiento de la obesidad y la suspensión del hábito tabáquico. Un estudio reciente, con 1.036 pacientes obesos que recibieron rimonabant

o placebo durante un año, evidenció que el rimonabant indujo una reducción de peso y del perímetro abdominal, significativamente mayor al placebo. La prevalencia de síndrome metabólico en el grupo de pacientes tratado con rimonabant se redujo de 53% a 26%. b) Medicamentos que reducen la absorción de nutrientes. Orlistat: este medicamento bloquea la lipasa gástrica y pancreática, reduciendo la absorción de grasa dietaria. En un estudio de pacientes obesos tratados por un año con orlistat o placebo se obtuvo una reducción del peso corporal de 8,5% versus 5,4% respectivamente. El efecto del orlistat en la mantención de peso también ha sido evaluado en estudios clínicos. En un estudio de intervención de 729 pacientes obesos que perdieron al menos 8% de su peso corporal con una dieta baja en calorías, fueron asignados a tratamiento con placebo u orlistat 30, 60 ó 120 mg tres veces al día, en combinación con una dieta de mantención. Después de un año de tratamiento el grupo tratado con orlistat en dosis altas, recuperó significativamente menos peso en comparación a aquellos tratados con placebo o con dosis bajas del medicamento. Los efectos adversos más frecuentes asociados al orlistat son de origen gastrointestinal, destacando la esteatorrea especialmente cuando la dieta aporta más de 30% de calorías grasas. c) Medicamentos que aumentan el gasto energético. Efedrina: es un fármaco que estimula la termogénesis y puede inducir pérdida de peso. Sin embargo, tiene efectos simpaticomiméticos y puede ocasionar efectos adversos, principalmente hemodinámicos y metabólicos. También se ha utilizado la asociación efedrina-cafeína, dado que la cafeína retarda la degradación de norepinefrina actuando sinérgicamente con la efedrina, sin embargo puede potenciar sus efectos adversos e incluso ocasionar arritmias, infarto al miocardio y hemorragia cerebral. Estas drogas no están aprobadas por la FDA y no se recomienda su uso. Suplementos dietarios y productos herbales: existen una serie de suplementos y preparados de hierbas, a los cuales se les atribuye la capacidad de reducir el peso corporal (chitosan, picolinato de cromo, ácido linoleico conjugado, efedra, garcinia gambogia, entre otros). A pesar de que estos productos presentan algún mecanismo que favorece la reducción de peso de productos herbales y suplementos dietarios promocionados para el tratamiento de la obesidad, los autores concluyeron que éstos no cuentan con datos seguros ni suficientes que avalen su uso en la práctica clínica. Medicamentos en desarrollo: existen una serie de fármacos en investigación para el tratamiento de la obesidad, que incluyen

antagonistas de receptores dopaminérgicos (ekopipam), formas modificadas de leptina, factor neurotrófico ciliar recombinante (axokina) y agonistas β -adrenérgicos, entre otros.

6- Tratamiento quirúrgico de la obesidad:

Pacientes con un IMC ≥ 40 kg/m² o con IMC > 35 kg/m² asociado a comorbilidades relacionadas a la obesidad y con una respuesta inadecuada al tratamiento médico, pueden ser candidatos para tratamiento quirúrgico. Este último ha demostrado ser efectivo en la reducción del peso y en la mejoría de las comorbilidades asociadas. Un meta-análisis reciente que incluyó 136 estudios (22.094 pacientes), evaluó el impacto de diferentes procedimientos de cirugía bariátrica, sobre la reducción del peso corporal, los cambios en parámetros metabólicos y las complicaciones asociadas a esta cirugía y evidenció una reducción del exceso de peso de 61,2%. La diabetes mellitus fue resuelta en 76,8%, la hiperlipidemia mejoró en 70% y la hipertensión arterial en 61,7%. La apnea obstructiva del sueño se resolvió en 85,7% de los pacientes. La mortalidad operatoria fue de 0,1% en técnicas restrictivas (gastroplastia y banda gástrica), 0,5% para bypass gástrico y 1,1% en la derivación biliopancreática o cruce duodenal. La cirugía bariátrica es probablemente el tratamiento de elección en pacientes obesos mórbidos u obesos severos con comorbilidades asociadas. No obstante, su indicación y seguimiento a largo plazo de los pacientes, deben ser realizados por un equipo médico altamente calificado y multidisciplinario de modo de disminuir el riesgo asociado a esta cirugía, así como también obtener el mayor éxito en la reducción permanente del peso y en la mejoría de las patologías asociadas (Cuevas M, Ada y Reyes S, María Soledad. 2005).

DATOS EPIDEMIOLOGICOS:

OBESIDAD Y SOBREPESO: ALGUNOS DATOS Y CIFRAS

A nivel mundial:

El sobrepeso y la obesidad son el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen alrededor 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

A continuación se presentan algunas estimaciones mundiales de la OMS correspondientes a 2008:

- 1400 millones de adultos de 20 y más años tenían sobrepeso.
- De esta cifra, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.
- En general, más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial eran obesas.

En 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial en países de ingresos bajos y medianos) el incremento porcentual del sobrepeso y la obesidad en los niños ha sido un 30% superior al de los países desarrollados.

En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal. Por ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos).

- Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo.
- En 2008, 1400 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso.

Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.

- En 2008, el 35% de las personas adultas de 20 o más años tenían sobrepeso, y el 11% eran obesas.

- El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.

- En 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.

- La obesidad puede prevenirse.

Como cada año, con el motivo del Día Mundial de la Obesidad que se celebra el 12 de noviembre, el Instituto Médico Europeo de la Obesidad (IMEO) hace un repaso y resumen de las estadísticas más relevantes de obesidad difundidas en el transcurso del año pasado por los organismos más reconocidos a nivel mundial en términos de salud: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la Asociación Internacional de Estudio de la Obesidad (IASO), el Centro Nacional para Estadísticas de Salud de EEUU (NCHS), la Asociación de Estudio de la Obesidad de Inglaterra (ASO) y el Instituto Nacional de Estadísticas de España (INE), recogiendo también algunos datos estadísticos que han sido titulares.

- Más de una tercera parte de las personas mayores de 65 años en EEUU eran obesos en 2007-2010. Se estima que en 2050 el número de estadounidenses mayores de 65 años sería más del doble, aumentando de 40,2 millones a 88,5 millones (*Encuesta NHANES*). Una persona obesa incurre un 25% más en el gasto de salud que una persona normal. La obesidad es responsable del 5-10% del gasto sanitario total en EEUU. (*Obesity: update 2012 de la OCDE*).

- Una de cada dos personas tiene sobrepeso u obesidad en más de la mitad de los países de la OCDE. Se prevé que esta tendencia siga en aumento y en algunos países dos de cada tres personas tendrían obesidad dentro de diez años. El ranking es

encabezado por Grecia, Estados Unidos, Italia, México, Nueva Zelanda y Chile.

(*“Obesity: update 2012” de la OCDE*).

- Cada año mueren en el mundo 2,8 millones de personas debido al sobrepeso o la obesidad, según el estudio *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009. La prevalencia mundial de la obesidad casi se duplicó entre 1980 y 2008, año en el que el 10% de los hombres y el 14% de las mujeres del mundo eran obesos, frente al 5% de los hombres y el 8% de las mujeres en 1980. Se calcula que en 2008 la obesidad afectaba a quinientos millones de hombres y mujeres mayores de 20 años, y en todas las regiones de la OMS era más frecuente en las mujeres que en los hombres. Las mayores cifras de prevalencia del sobrepeso y la obesidad se registraron en la Región de las Américas (sobrepeso: 62% en ambos sexos; obesidad: 26%) y las más bajas, en la Región de Asia Sudoriental (sobrepeso: 14% en ambos sexos; obesidad: 3%).

- En la Región de Europa, la del Mediterráneo Oriental y la de las Américas, más del 50% de las mujeres tenían sobrepeso. Y en las tres regiones, aproximadamente la mitad de estas mujeres eran obesas (un 23%, un 24% y un 29%, respectivamente).

- En España, la obesidad como factor de riesgo que se asocia a un aumento de la mortalidad y la morbilidad alcanzaba en el 2008 en adultos mayores de 20 años, según estimaciones de la OMS, el 24,9% en hombres y el 23% en mujeres. Ambas cifras siguen siendo muy altas, comparadas con los índices en países como Alemania (23,1% hombres y 19,2 %mujeres), Francia (16,8 hombres y 14,6 mujeres), Grecia (18,8 hombres y 16,1 mujeres) o Japón (5,5 hombres y 3,5 mujeres) y están superadas sólo de países como EEUU (30,2% hombres y 33,2% mujeres) o Arabia Saudita (29,5% hombres y 43,5% mujeres).

ESTADÍSTICAS DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL MUNDO:

Obesity: update 2012 es el título del reporte dado a conocer por la OCDE el 21 de febrero de 2012. Contempla datos relevantes de sobrepeso y obesidad recogidos por la *International Association for Study of Obesity* (IASO) y otros informes elaborados por la Organización el 2010 y 2011.

- Al menos una de cada dos personas tiene sobrepeso u obesidad en más de la mitad de los países de la OCDE. El promedio de obesidad de las naciones OCDE se ubica en un 22%, mientras que la prevalencia de sobrepeso varía casi diez veces entre los países estudiados (Japón y Corea con un 4%, y Estados Unidos y México con un 36%). Se prevé que esta tendencia siga en aumento y en algunos países dos de cada tres personas tendrían obesidad dentro de diez años.

- El ranking es encabezado por Grecia, Estados Unidos, Italia, México, Nueva Zelanda y Chile.

- Los últimos datos muestran una desaceleración de la epidemia en varios países, con las prácticamente estable tasas de Corea, Suiza, Hungría e Inglaterra en los últimos diez años, y un leve incremento en Francia y España. Sin embargo, los mayores incrementos se registraron en Irlanda, Canadá y los Estados Unidos.

- Una persona obesa incurre en un 25% más los gastos de salud que una persona de peso normal en un año determinado. La obesidad es responsable de 1-3% del gasto sanitario total en la mayor parte de países de la OCDE países (5-10% en los Estados Unidos).

- Según el estudio de la OCDE, las personas obesas ganan hasta un 18% menos en comparación con las personas que no tiene problemas de sobrepeso.

- Mujeres sin formación académica son dos a tres veces más propensas a tener sobrepeso que las que tienen estudios superiores, mientras estas diferencias no se observan entre los hombres (Instituto Medico Europeo de Obesidad 2012).

OBESIDAD EN LATINOAMERICA:

Casi la cuarta parte de latinoamericanos -unos 130 millones de personas- son obesos y algunas de las mayores economías regionales como México, Chile y Argentina muestran los porcentajes más altos de adultos con sobrepeso.

La proliferación de dietas poco saludables y con exceso de calorías, el escaso ejercicio y los estilos de vida sedentarios, han provocado que Latinoamérica sea cada vez más obesa, un aumento que amenaza los cimientos de sus sistemas de salud.

Uno de los países latinoamericanos más afectados es México. De acuerdo a un informe de la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) 32,8% de la población mexicana es considerada obesa, una cifra que catapultó al país al primer puesto del mundo, relegando a Estados Unidos al segundo lugar. Otros países de la región que afrontan problemas de similar magnitud son Chile y Argentina con 29.1% y 29.4 % de población obesa respectivamente.

OBESIDAD EN ARGENTINA:

Argentina no se encuentra al margen de esta problemática. Los resultados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) evidencian una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad con una tendencia creciente entre 2005 y 2009 (Cuadro 1).

Cuadro 1

Exceso de peso, sobrepeso y obesidad en Argentina

	2005	2009
Sobrepeso	34,5 %	35,4 %
Obesidad	14,6 %	18,0 %
Exceso de peso	49,1 %	53,4 %

Fuente: Temporelli-Viego, 2011 en base a los resultados de la Primera y Segunda ENFR.

Profundizando en el análisis de los resultados, observamos que el exceso de peso es mayor en la población masculina si bien, en cuanto a la obesidad, no hay diferencias entre hombres y mujeres. También se evidencia una relación positiva entre edad y obesidad.

Existen diferencias geográficas significativas en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, siendo Santa Cruz la de mayor prevalencia (58,6 % y 21,8 %) y Capital Federal la de menor prevalencia (44,2 % y 11,5 %).

La obesidad se relaciona también con las condiciones socioeconómicas. La ENFR muestra que a medida que aumenta el ingreso disminuye la obesidad, y que el nivel educativo se relaciona inversamente con la prevalencia de exceso de peso, evidenciando una vez más la necesidad de mejorar los programas que promueven la alimentación saludable en todos los niveles educativos.

En cuanto a los hábitos alimentarios, observamos que a nivel nacional cerca de la mitad de la población agrega sal a las comidas luego de su cocción, situación que ha generado iniciativas en diferentes jurisdicciones para regular el uso de sal en las comidas de restaurantes e incluso prohibir la presencia de saleros en sus mesas. El consumo de frutas y verduras es habitual en el 64 % de la población, sector que declaró consumir este tipo de alimentos al menos 5 veces a la semana. Esta tendencia mantiene una relación positiva con la edad, el ingreso y el nivel educativo en la mayor parte de las provincias.

La mitad de la población declara haber realizado escasa actividad física, siendo las mujeres las más inactivas. Esta situación, conjuntamente con la realización de actividades laborales, hogareñas y de ocio más sedentarias agrava la problemática. Los niños y adolescentes no escapan a esta tendencia. Según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, realizada en 2005, el 10,4 % de los niños de 6 a 60 meses son obesos (con uso de tablas OMS) y la prevalencia de sobrepeso es del 31,5 % a nivel nacional aunque estos datos varían según regiones y nivel socioeconómico.

El sobrepeso y la obesidad en la infancia tienen un impacto significativo tanto en la salud física como psicosocial: el estrés psicológico como la estigmatización social son tan graves como la morbilidad clínica.

El resultado más preocupante es que más de la mitad de la población argentina - exactamente el 53,4%- tiene exceso de peso (sobrepeso y obesidad). El porcentaje

promedio de obesidad en el país trepó del 14,6% en 2005 al 18% en 2009. "En Tucumán la obesidad sigue firme por arriba de la media nacional: en 2005 fue del 17% y en 2009 alcanzó un poco más que el 21%, al igual que Santiago del Estero. Le siguen La Rioja y Mendoza con el 22%", detalló para LA GACETA la licenciada en nutrición, Ommi Acosta Seró, quien disertó recientemente en Tucumán durante unas jornadas de actualización en la especialidad. Acosta Seró es docente de la UBA y del posgrado de Obesidad y Síndrome Metabólico. Integra el equipo de cirugía bariátrica y es coordinadora de la residencia de Nutrición en el hospital Cosme Argerich de Buenos Aires.

"Las provincias que tienen los porcentajes más altos de sobrepeso y de obesidad en el país -remarcó Acosta Seró- son Santa Cruz y Tierra del Fuego, con casi el 24%. En Río Gallegos, existe desde 2008 una ordenanza para la creación de quioscos saludables que propone que la escuela sea el ámbito desde donde se trabaje la alimentación junto con el ejercicio físico para prevenir la obesidad". Sin embargo, no se conoce la incidencia de esta medida. En Santa Cruz, según la encuesta, hay una prevalencia de exceso de peso del 58,6% en su población, y el 21,2% padece obesidad.

Santa Fe es una provincia que preocupa. Lejos de estar aislada de la epidemia, empieza a ser un territorio crítico: el 32 % de la franja que va de 5 a los 19 años presenta sobrepeso, mientras que entre los menores de 5 años un 24 % está en riesgo de obesidad, el 8 % tiene sobrepeso y el 3 % es obeso, de acuerdo a lo difundido recientemente por el diario El Litoral.

Otro dato importante de la encuesta nacional es que en el mismo período creció la inactividad física en el país: subió del 46,2% al 54,9%, mientras que descendió la ingesta diaria de frutas y verduras cayó entre uno y tres puntos porcentuales en un lustro), según lo consigna la última nota conjunta de la Red de Diarios en Periodismo Social.

A pesar de las estadísticas, e incluso de la sanción de una ley nacional de vanguardia al respecto (Tucumán tiene su norma provincial) los expertos en el tema sostienen que se está aún muy lejos de implementar políticas y acciones que ayuden a mitigar la enfermedad. En el país, la obesidad prevalece en mujeres adultas de mediana edad, entre los 50 y 64 años (27,3 %), y se reparte con altibajos en el resto de franjas etarias y entre los varones.

CAPITULO II.

“CIRUGIA BARIATRICA”

CIRUGIA BARIATRICA

INTRODUCCION:

La cirugía bariátrica es un término genérico empleado para describir algunos procedimientos quirúrgicos utilizados en el tratamiento de la obesidad, que busca mediante la reducción del tamaño del estómago y la modificación del tracto gastrointestinal, controlar la absorción de grasas, carbohidratos y azúcares en el organismo.

Estos procedimientos implican el uso de un laparoscopio y generalmente son considerados de mínima invasión, ya que no requieren grandes incisiones en el cuerpo del paciente como ocurre con los métodos quirúrgicos convencionales. Por lo tanto, dentro de la categoría de cirugía Bariátrica no están incluidos aquellos procedimientos que requieren la extracción quirúrgica de grasa corporal, como la liposucción.

Todas aquellas personas que no han tenido éxito en su lucha contra la obesidad mediante dietas y programas de ejercicios, pueden obtener a través de los diferentes procedimientos de cirugía Bariátrica, una opción óptima para lograr su meta de pérdida de peso.

¿QUE ES LA CIRUGIA BARIATRICA?

El impacto de la cirugía bariátrica en las alteraciones metabólicas de los pacientes obesos ha sido descrito ya hace algunas décadas, sin embargo en los últimos años ha tomado un nuevo impulso (Dr. Juan Pablo Pantoja Millán, Dr. Juan Francisco Arellano Mendoza 2010).

La obesidad es una enfermedad que afecta a un gran porcentaje de la población de países desarrollados como el nuestro, abarcando todas las edades, sexos y condiciones sociales. La prevalencia de la obesidad ha aumentado y continúa incrementándose de forma alarmante en nuestra sociedad (Dr Enrique Valens 2013).

Este incremento ha hecho 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 un grupo multidisciplinario, entre ellos el psicólogo especializado (Rubio, M. Martínez, C. Vidal, O. Larrad, A. Salas, J. Pujol, J. 2004).

Los pacientes con obesidad mórbida presentan también un aumento de la mortalidad total y sufren una gran estigmatización social y discriminación, ya que esta condición mórbida muchas veces no es considerada como una verdadera enfermedad.

La obesidad mórbida es una enfermedad grave, causada por diversos factores genéticos y ambientales, asociada a múltiples factores de comorbilidad que repercuten de forma muy importante en la cantidad y calidad de vida.

El tratamiento dietético junto a modificaciones del estilo de vida, ejercicio y terapia conductual, así como el tratamiento con fármacos, consiguen pérdidas de peso a medio plazo, que sin duda contribuyen a mejorar algunas de las comorbilidades asociadas a la misma. Sin embargo, a largo plazo estos tratamientos pueden tener resultados desalentadores, pues la totalidad de los que han intentado perder peso vuelve a recuperarlo en un plazo inferior a 5 años.

Hasta ahora, la cirugía bariátrica es el único tratamiento que puede mejorar estas expectativas a largo plazo (5 años). Debido a esto es el único recomendable para la obesidad mórbida, esta conclusión fue establecida en 1991 por la *Consensus Conference on the Surgery of Obesity*, de los *National Institutes of Health* (NIH), en la que se declaró que los métodos no quirúrgicos tradicionales no eran efectivos en esos individuos, y que los pacientes con IMC de 40 o más alto, o IMC de 35 o superior junto con patologías coexistentes, eran candidatos a la cirugía bariátrica.

La cirugía bariátrica empezó a desarrollarse como técnica para perder peso en 1954. Este tipo de intervenciones tiene unas especiales características anestésicas y operatorias revisadas extensamente. Además es preciso mobiliario e instrumental adecuado para su peso que no está disponible de forma habitual en todos los hospitales (Maria Fernandez, 2010).

El objetivo de la cirugía bariátrica es la pérdida y el mantenimiento de al menos el 50% del exceso de peso. Más importante que el número absoluto de kilogramos perdidos, es la mejoría de las comorbilidades asociadas al sobrepeso el consenso del NIH comunicó que las pérdidas de peso se estabilizan, en general, a los 18-24 meses de la cirugía. Es frecuente la recuperación de algo de peso a los 2-5 años. Un meta-análisis sobre la pérdida de peso tras cirugía bariátrica demostró una reducción en el índice de masa corporal a los 12 meses de 16,4 kg/m² frente a un descenso de 13,3 kg/m² a largo plazo.

El porcentaje de éxitos depende en gran medida del buen seguimiento del enfermo de unos hábitos de alimentación adecuados (Rendon, S. E. Pories, W. J. 2005).

Dicha técnica quirúrgica se caracteriza por: (Rubio, M. Martínez, C. Vidal, O. Larrad, A. Salas, J. Pujol, J. 2004).

- Es segura, con una morbilidad menor del 10% y mortalidad inferior a 1%.
- Útil para al menos el 75% de los pacientes, que deben cumplir los denominados criterios de éxito, a saber: mantener una pérdida del sobrepeso (o del exceso de masa corporal) superior al 50% y alcanzar un IMC inferior a 35 kg/m².
- Duradera, es decir, que el beneficio obtenido persiste, al menos, 5 años o durante un periodo de seguimiento ilimitado.

- Reproducible por la mayoría de los cirujanos y preferentemente, con fácil curva de aprendizaje.
- Con escasas consecuencias que limiten la calidad de vida, en particular intolerancias alimenticias, vómitos o diarreas.
- Con pocos efectos secundarios, tales como deficiencias nutricionales de proteínas, vitaminas y/o minerales.
- Con escasas complicaciones a largo plazo, de tal modo que el índice de re-intervenciones al año no supere el 2%.

La cirugía bariátrica trae consigo múltiples beneficios físicos y psicológicos.

Son diversas las anomalías físicas, asociadas al excedente adiposo, que mejoran tras las pérdidas de peso.

A pesar de dichos beneficios, la cirugía conlleva efectos negativos en un alto porcentaje e individuos (Kral, 1992 citado en Ruiz Moreno, 2002), toda cirugía de la obesidad está considerada como cirugía mayor, con lo que no queda exenta de las potenciales complicaciones asociadas a esta última.

CRITERIOS DE INCLUSION/EXCLUSION PARA CIRUGIA BARIATRICA:

Los criterios iniciales para establecer una indicación quirúrgica del tratamiento de la obesidad fueron tradicionalmente establecidos cuando el peso excedía 45 kg o el 100% del peso ideal. A partir de 1991, un comité de expertos del Instituto Nacional de Salud (NIH) americano considero que un paciente con obesidad debería ser candidato a cirugía bariátrica cuando el IMC fuese $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ o $\geq 35 \text{ kg/m}^2$, que coexistieran con problemas médicos serios (Rubio, M. A. Martínez, C. Vidal, O. Larrad, A. Salas-Salvadó, J. Pujol, J. 2004).

El paciente candidato a este tipo de cirugía debe cumplir los siguientes requisitos:

- Edad superior a 18 años.
- IMC: $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ o $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ con comorbilidades mayores asociadas, susceptibles de mejorar tras la pérdida ponderal.
- Que la obesidad mórbida esté establecida, al menos, 5 años.
- Fracasos continuados a tratamientos conservadores debidamente supervisados.
- Ausencia de trastornos endocrinos que sean causa de la obesidad mórbida.
- Estabilidad psicológica: Ausencia de abuso de alcohol o drogas. Ausencia de alteraciones psiquiátricas mayores (esquizofrenia, psicosis), retraso mental, trastornos del comportamiento alimentario (bulimia nerviosa).
- Capacidad para comprender los mecanismos por los que se pierde peso con la cirugía y entender que no siempre se alcanzan buenos resultados.
- Comprender que el objetivo de la cirugía no es alcanzar el peso ideal.
- Compromiso de adhesión a las normas de seguimiento tras la cirugía
- Consentimiento informado después de haber recibido toda la información necesaria (oral y escrita).
- Las mujeres en edad fértil deberían evitar la gestación al menos durante el primer año pos-cirugía.

Existen no obstante, situaciones que en razón de su beneficio-riesgo se deben plantear individualmente en el contexto del equipo multidisciplinario a cargo.

Existen Contraindicaciones absolutas y relativas para dicha cirugía.

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.

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 enfermedad.
- Que el paciente considere la cirugía como la “varita mágica” y la solución a todos sus problemas relacionados con su entorno en general.

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

TIPOS DE CIRUGIA BARIATRICA

CLASIFICACION.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS USADAS EN LA ACTUALIDAD

Se comenzó con la idea del tratamiento quirúrgico desde la década del '50 para el control de esta enfermedad. Los primeros procedimientos en los '60, "Bypass" Yeyunoileal, fueron abandonados progresivamente por sus complicaciones tempranas y tardías.

Gracias a la pérdida de peso observada en pacientes sometidos a Gastrectomías subtotales, se diseñó en 1967 un procedimiento similar con el 90% del estómago excluido, "in situ", denominado Bypass Gástrico. Con las suturas mecánicas (grapas metálicas) en la década del '70 se evolucionó progresivamente hacia técnicas más seguras, garantizando mejores resultados a largo plazo. En la década de los '80, se popularizaron técnicas gástricas solamente restrictivas (Gastroplastías y BandasGástricas).

La técnica originalmente descrita por Mason para el "by-pass" proponía una partición gástrica horizontal, proximal, construyendo un reservorio pequeño de fundus gástrico drenado a través de una gastroyeyunostomía en asa. Posteriormente, por los problemas derivados del reflujo biliar, se adoptó como modo de reconstrucción la anastomosis gastroyeyunal en forma de "Y" de Roux.

Los seguimientos a largo plazo demostraron gran dis-sensibilidad del fundus gástrico y de la gastroyeyunostomía con incremento en las capacidades de ingestión de alimentos, recuperando los pacientes parte del peso perdido.

Este hecho dio paso a la construcción de reservorios seccionando el estómago, y a pesar de ello, el establecimiento de fístulas gastrogástricas entre el reservorio y el estómago distal excluido persistió en seguimientos a largo plazo, entre el 7 y 10%.

La comunicación entre el estómago proximal (reservorio) y distal, ya sea por disrupción de una línea de grapas o por el establecimiento de una fístula gastrogástrica, produce severas úlceras marginales en la gastroyeyunostomía por reflujo de jugo gástrico, con epigastralgia y acidez, resistente muchas veces al

tratamiento médico antiácido, con el riesgo de hemorragias severas y hasta de perforaciones hacia la cavidad peritoneal.

A pesar de los avances y las modificaciones que ha ido sufriendo esta técnica, todavía no se ha encontrado el procedimiento perfecto o ideal. De todas las técnicas disponibles, la banda gástrica ajustable (BGAL), el “by-pass” gástrico (BPG) y la diversión biliopancreática (DBP) son las más usadas en la actualidad.

Por otra parte el abordaje laparoscópico se puede emplear en las 3 técnicas, son procedimientos laparoscópicos de avanzada, siendo el BPG el que presenta mayor grado de dificultades técnicas especialmente en los superobesos.

Existen en general 3 tipos de cirugías de la Obesidad: (Moreno, E. Zugasti, M. 2004)

- 1- Restrictivas: Sólo limita a nivel del estómago la comida que se ingiere.
- 2- Malabsortivas: Disminuye la absorción de la comida a nivel del intestino.
- 3- Mixtas: Combinan procedimientos de restricción y de malaabsorción.

PROCEDIMIENTOS RESTRICTIVOS: (Miguel A. 2004)

En éstos, se crea un pequeño reservorio en la parte alta del estómago a través de diversas técnicas. Es una “cirugía mecánica”. El propósito de estos procedimientos es reducir la capacidad del individuo de ingerir alimentos. Dentro de esta clasificación de cirugía bariátrica se encuentran las siguientes técnicas.

1. Banda o Manga Gástrica:

Actúa como un cinturón alrededor del estómago, reduciendo la capacidad del mismo al crear un pequeño nuevo estómago superior, generalmente de 30 cc, con una salida al resto del estómago de aproximadamente 1 cm de diámetro. Esto hace que se llene con menos comida y rápidamente (siente saciedad o “lleno”) y que se vacíe lentamente, con disminución del apetito.

La pérdida de peso es por reducción en la cantidad de alimento ingerido cambiando las costumbres alimentarias. El cuerpo toma parte de la energía que necesita de sus reservas grasas.

2. BG fija (Desde 1980) o Balón intragástrico:

Es un procedimiento no quirúrgico que consiste en la instalación de una bolsa de silicona en el estómago vía endoscópica a través del esófago. Es una solución menos efectiva para lograr los resultados de pérdida de peso deseados a largo plazo, debido a que el balón sólo puede permanecer en el organismo por seis meses, tiempo en el cual es retirado.

3. Banda Gástrica Ajustable Laparoscópica (BGAL):

Actúa como un cinturón alrededor del estómago, formando una pequeña bolsa que ayuda a reducir la cantidad de alimentos ingeridos. La banda puede ser ajustada a lo largo del tiempo. Es un balón inflable en la cara interna de la banda y en contacto con el estómago se une a través de un delgado tubo a una válvula ubicada debajo de la piel sobre los músculos del abdomen esta forma en el postoperatorio, con un simple método percutáneo ambulatorio con control radiológico, se puede ajustar la banda con una aguja muy delgada a través de esa válvula, inflando el balón y reduciendo así la salida al resto del estómago. No es necesaria una operación para el ajuste.

La colocación de la banda gástrica ajustable es un procedimiento permanente que se realiza por laparoscopia, siendo de invasión mínima, es sencillo, simple, no corta el estómago, no coloca “staplers” (suturas metálicas), no realiza anastomosis ni excluye al estómago. Es segura, con mínimas complicaciones y efectiva, con una pérdida de peso comparable con otras técnicas más complejas e invasivas. Los ajustes de la banda se realizan de acuerdo a las necesidades individuales de los pacientes en el postoperatorio, regulando en forma correcta el descenso de peso y logrando una mejor calidad de vida. Es la gran ventaja respecto a otros procedimientos restrictivos gástricos.

La cirugía de la BGAL se realiza con anestesia general, usualmente por vía laparoscópica, y dura aproximadamente 1 a 2 hs. El alta normalmente se obtiene a las 24 hs. o menos de la internación. Los riesgos y complicaciones de la BGAL son mínimos y menores en número y severidad que con otras técnicas quirúrgicas.

PROCEDIMIENTOS MALABSORTIVOS: (Miguel A. Rubio 2004)

En estas técnicas, el descenso de peso se debe a la disminución en la absorción de nutrientes, y no en la restricción de la comida a ingerir.

Es una “cirugía metabólica” y su objetivo principal es minimizar la capacidad del individuo de consumir alimentos y alterar el tracto intestinal de manera que se disminuya la absorción de grasas y azúcares en el organismo.

1- By-pass yeyuno ileal o by-pass en el tubo digestivo:

Ésta, ya en desuso, fue una de las 1ras. cirugías bariátricas, pero con muchas complicaciones importantes en el postoperatorio, que hicieron que sea prácticamente prohibitiva (diarrea, irritación anal, trastornos electrolíticos, hepáticos, artralgias migratorias, enteritis del intestino “bypasado”, cálculos renales, desmineralización ósea, trastornos subobstructivos, etc).

Actualmente este tipo de técnicas se han eliminado de todos los protocolos de cirugía bariátrica debido a sus graves efectos secundarios asociados.

PROCEDIMIENTOS MIXTOS: (Miguel A. Rubio 2004)

Este tipo de cirugías combinan restricción con mala absorción, encontrándose entre ellas:

1- “Bypass gástrico”:

Se crea un pequeño reservorio gástrico superior que lo une al intestino delgado, excluyendo el resto del estómago.

Mediante esta técnica, el estómago se divide en dos partes. La sección superior se encarga de recibir los alimentos, mientras que la sección inferior permanece intacta y continúa recibiendo el flujo de sangre normal. Dado lo anterior, la pérdida de peso se realiza por dos vías, la restricción en la ingesta de alimentos y la mala absorción de las grasas y azúcares, lo cual posiciona el Bypass gástrico como el procedimiento quirúrgico de pérdida de peso más recomendado.

2- Desviación Biliopancreática:

Se reduce la capacidad del estómago para que se ingiera menos comida y se realiza una separación del intestino delgado en 2 partes, una se une al estómago para transportar los alimentos (“asa digestiva”) y otra transporta sólo los jugos biliopancreáticos e intestinal proximal (“asa biliopancreática”). Ambos se unen en la parte terminal del intestino delgado (aproximadamente a 50-100 cm de la válvula ileocecal), juntándose los alimentos con los jugos digestivos (“asa común”). De esta forma se reduce la absorción de grasas.

3- Switch duodenal:

Es un procedimiento altamente efectivo en el cual aproximadamente el 80% del estómago es removido del organismo. Con este método se conserva el píloro (válvula que regula el vaciado gástrico), permitiendo el paso natural de los alimentos del estómago al intestino delgado.

Resumiendo, hay operaciones:

- Simples: sólo son restrictivas sin derivación al tracto digestivo superior. La BG es la más usada en la actualidad, entre todas las gastroplastias.
- Complejas: en las que se corta el estómago, se divide y anastomosa con el intestino. Pueden tener bastante restricción y poca malaabsorción (BPG) o poca restricción y mucha malaabsorción (DBP).

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA: (Ackermann, M. Cappelletti, A. 2011).

La vía laparoscópica consiste en entrar al abdomen a través de unos tubos llamados trócares, utilizándose generalmente 5 de 10mm y 5mm de diámetro. Uno de ellos se utiliza para colocar una óptica con la cual se puede observar el interior del abdomen en un monitor y así guiar la operación. Los otros trócares se utilizan para colocar pinzas, separadores e instrumentos especiales para realizar la operación.

Para poder visualizar el área a operar es necesario crear dentro del abdomen una cámara aérea para desplazar temporariamente el resto de las vísceras, que se consigue introduciendo un gas, el CO₂ (anhídrido carbónico).

Las primeras operaciones por vía laparoscópica fueron para extraer la vesícula biliar. Se comenzó en 1987 y se desarrolló rápidamente en la década del 90.

La Cirugía Bariátrica por vía laparoscópica comienza a utilizarse en el mundo en 1993/94. Al igual que en Argentina.

Las ventajas de esta vía mini-invasiva son:

- No es necesario abrir el abdomen.
- Menor posibilidad de complicaciones de estas mini-heridas, como infección o hernias a través de las mismas.
- Menor alteración de la función pulmonar, y de atelectasias.
- Menor dolor postoperatorio.
- Pueden deambular, el mismo día de la operación.
- La recuperación es mucho más rápida.
- El inicio de sus actividades diarias así como en programas de actividades físicas es mucho más rápido.

La internación se acorta siendo menor a 24 hs., para la técnica más sencilla (Banda Gástrica). Lo único que se cambia con la vía laparoscópica, es cómo se aborda el abdomen, pues lo que se hace dentro debe ser lo mismo que con la cirugía por vía abierta (laparotómica). A veces, dificultades técnicas hacen que sea necesario convertirla a la vía abierta. A medida que aumenta la experiencia se van realizando todas las cirugías de la obesidad por vía laparoscópica.

Es muy importante que el cirujano sea experto en 2 áreas:

Cirugía de la Obesidad (cirujano bariátrico) y en el método Laparoscópico. El abordaje laparoscópico es de avanzada, o sea, es necesario que el cirujano tenga un gran entrenamiento en la técnica laparoscópica. Sin embargo, este abordaje puede producir fallas en la técnica o descrédito en el procedimiento, si no es realizado por un “cirujano bariátrico”, es decir especializado en técnicas quirúrgicas de la obesidad.

LA ELECCIÓN DE UNA TÉCNICA

El aumento de la demanda por la cirugía bariátrica está muchas veces influenciada por la información que ofrecen los medios de comunicación. Muchos pacientes cuando deciden visitar al cirujano, se acercan con un vasto conocimiento acerca de la cirugía bariátrica, sin embargo, otros van sin la debida reflexión y con información poco acertada acerca del asunto.

Por lo que la selección, educación y seguimiento de los pacientes requiere un enfoque multidisciplinario, a fin de disminuir el riesgo pre-operatorio, las complicaciones metabólicas y nutricionales, mejorar la tolerancia a los cambios en la conducta alimentaria impuesta por la cirugía y reducir el riesgo del desequilibrio psicológico.

Todas las intervenciones para adelgazar tienen riesgo, pero el de la Banda Gástrica (BG) es mínimo, pueden existir complicaciones no graves, y prácticamente no hay mortalidad.

De todas formas, es importante que el paciente conozca todas las ventajas y desventajas de cada técnica, y que el equipo multidisciplinario aconseje para cada paciente en forma individual, cuál es la mejor operación tomando también en cuenta las necesidades y deseos de cada paciente.

La operación apropiada para un determinado paciente depende de diversos factores:

a) *del paciente*: edad, sexo, comorbilidades, hábitos y desordenes alimentarios, lugar de residencia, colaboración y cooperación en el seguimiento y control a largo plazo,

b) del *tipo de operación*: mortalidad operatoria, índice y severidad de las complicaciones, y efectos colaterales.

Por último, y no menos importante, es la necesidad y expectativa del paciente y de la experiencia del cirujano.

El paciente debería acordar el tipo de técnica con el equipo de profesionales, luego de lo recomendado en la evaluación multidisciplinaria y de la explicación exhaustiva de los “pro y contra” de los distintos procedimientos quirúrgicos.

El paciente debe: estar bien informado, estar motivado, haber sido evaluado satisfactoriamente por el equipo multidisciplinario, aceptar el soporte psicológico y educacional en el pre y post-operatorio, cooperar y aceptar el seguimiento a intervalos cortos en el largo plazo, tener un cambio de hábito y conducta alimentaria, tener armonía psicosocial, a fin de afrontar el cambio de actitud y de estilo de vida, e ingresar en un programa continuo adicional de actividades físicas.

Una cirugía exitosa no implica un paciente exitoso, siendo importante recordar que en el manejo del peso a largo plazo, el cambio en la conducta de los pacientes es prioritario. Es por esto que, una vez más hacemos hincapié en la importancia de una buena evaluación integral, poniendo énfasis, en nuestro caso, a los aspectos psicológicos que permitan saber si el paciente cumple con todos los factores antes mencionados, de modo que el tratamiento sea llevado a cabo con éxito (Miguel A. Rubio 2004).

¿Cómo saber si una técnica fue elegida correctamente, y ésta ha sido llevada a cabo con éxito?

Seguimiento post-quirúrgico:

El seguimiento tras la cirugía es necesario para reforzar las pautas de alimentación, controlar las comorbilidades, detectar y tratar las complicaciones metabólicas secundarias a la cirugía (principalmente deficiencia de vitaminas y minerales), así como de las incidencias quirúrgicas que puedan detectarse.

No debemos olvidar la importancia que tiene la educación nutricional y las modificaciones en el estilo de vida, así como la necesidad de un apoyo constante en el

ámbito psicológico o psiquiátrico en el manejo de trastornos afectivos, alteraciones del comportamiento alimentario, entre otros, que continúan latentes después de la cirugía. Por dicho motivo, el seguimiento post-operatorio, al igual que sucede con el estudio pre-operatorio.

La programación de visitas tras la cirugía dependerá del acuerdo que se establezca entre los diferentes equipos multidisciplinares y en función de la sintomatología o patología previa que presente el paciente. Orientativamente, el calendario de seguimiento sería realizar visitas en los meses: 1, 3, 6, 12, 18, 24. A partir del segundo año, y salvo excepciones, se realizarán revisiones anuales. En esas visitas el paciente deberá ser atendido en las consultas de Nutrición, Endocrinología, Cirugía y Psicología. En función de la patología asociada, puede necesitar la consulta en otros departamentos (Digestivo, Neumología, Cirugía Plástica y Reparadora, Arterial, etc.) (Miguel. A Rubio 2004).

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Cuando se evalúan los resultados, se debe tener en cuenta el descenso de peso respecto al tiempo, considerándose una operación exitosa si se logra disminuir 50% o más del exceso de peso. Este último se determina con el peso ideal, de acuerdo a peso, altura y estructura corporal. Este peso, como la palabra lo dice, es “ideal” aunque muchas veces no es real, por lo que sería preferible hablar de peso “deseable”.

Gran importancia tienen dos factores que son necesarios agregar al descenso de peso para evaluar una operación (Miguel. A Rubio 2004):

- Mejoramiento de las enfermedades asociadas a la obesidad: Evaluación de comorbilidades: intenta evaluar cómo han evolucionado las comorbilidades mayores (diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión, dislipemia, SAOS u artropatía), de tal manera que se pueda tipificar como “actualmente presente”, “mejoría” de la comorbilidad, pero que aun necesita tratamiento; y comorbilidad “resuelta”, en la que el paciente ha normalizado o remitido completamente su patología asociada.

- Cambio en la calidad de vida y satisfacción de los enfermos, referentes a la autoestima, las actividades físicas, profesionales, sociales, laborales y sexuales.

-Evolución del peso y del IMC, hoy en día se considera la evolución del peso y, en especial, del IMC como el referente más importante para conocer el grado de éxito de una determinada técnica quirúrgica.

-Evaluación de complicaciones post-quirúrgicas: de alguna manera conviene reflejar tanto en la historia del paciente todas las complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se presentan tras la cirugía, sean estas precoces o tardías. La importancia de cada una de ellas dependerá de la gravedad o limitación que suponga para la vida del paciente, ya que es difícil establecer *a priori* una clasificación selectiva.

-Hábitos alimentarios: debido a las frecuentes modificaciones y/o restricciones alimentarias, que se producen en los pacientes como consecuencia del tipo de cirugía realizada, éstas pueden influir decisivamente tanto, en la percepción de calidad de vida por parte del paciente, como ser responsables directas de las alteraciones nutricionales que puedan aparecer tras la cirugía.

Documento de consenso sobre cirugía bariátrica 245 *Rev Esp Obes* 2004; 4: 223-249

CIRUGIA BARIATRICA EN ARGENTINA:

El porcentaje de obesidad en Argentina pasó del 14,6% en 2005 al 18% en 2009, conforme a los datos relevados por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada por el Ministerio de Salud en sendos años. Asimismo, el último sondeo arrojó que la mitad de la población mayor de 18 años tiene, al menos, algún grado de sobrepeso. Argentina es el séptimo país con mayor índice de obesidad en el globo, y sólo es superado en América Latina por Venezuela y México. El sobrepeso explica el 58% de la ocurrencia de diabetes, el 21% de los problemas coronarios y entre 8% a 42% de diversos cánceres, según la OMS.

“Ministerio de Salud

SALUD PÚBLICA

Resolución 742/2009

Apruébanse e incorporan al Programa Médico Obligatorio prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes.

Bs. As., 21/5/2009

VISTO el Expediente 2002-3583/09-2 del Registro del MINISTERIO DE SALUD, las Leyes Nros. 26.396, 24.754, 23.660 y

23.661, y la Resolución del ex MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE N° 1991 del 28 de diciembre de 2005, y

CONSIDERANDO:

Que por la Ley N° 26.396 se declara de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación.

Que se entiende por trastornos alimentarios, entre otros, a la obesidad.

Que, por otra parte, se establece que quedarán incorporadas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO, la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios según las especificaciones que a tal efecto dicte la autoridad de aplicación.

Que, asimismo, se determina que la cobertura que deberán brindar todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley Nº 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley Nº 23.661, las demás obras sociales y organismos que hagan sus veces creadas o regidas por leyes nacionales, y las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en la Ley Nº 24.754, incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades”

A partir de la resolución 742/2009 del ministerio de Salud, publicada el 1 de junio de 2009 en el Boletín Oficial, se incorporan al Programa Médico Obligatorio (PMO) las prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad. La resolución reglamenta de este modo los términos de la ley 26.396, de trastornos alimentarios, entre los cuales se incluye la obesidad, sancionada en agosto de 2008 y detalla los diversos aspectos y alcances de la cobertura. Así, tendrán derecho a recibir dicha prestación las personas con un índice de masa corporal (IMC) de 30 ó más, que tengan por lo menos una enfermedad asociada: diabetes, hipertensión, dislipemia, insuficiencia respiratoria o cáncer de mama post-menopáusica. Aquellas personas con IMC igual o mayor a 40, podrán acceder a la cobertura de los procedimientos quirúrgicos denominados Banda Gástrica Ajustable y Bypass Gástrico.

No obstante, la falta de reglamentación permite una zona gris que dificulta el acceso a la cirugía bariátrica.

Si bien, en los últimos años Argentina también ha sido un país preocupado por la problemática, queda mucho por investigar y llevar a cabo, lo que motiva el trabajo en la temática, siendo esta de rápido crecimiento y de negativas consecuencias a nivel personal y social.

CONCLUSIONES

Actualmente la cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para la obesidad mórbida y sus comorbilidades. La pérdida importante de peso es posible con las distintas técnicas que hoy se realizan, y los mejores resultados dependen de que el paciente esté bien informado de la técnica y de los riesgos que implica y que el seguimiento, de por vida, se lleve a cabo por un equipo especializado que integre todas las áreas involucradas.

El tratamiento quirúrgico brinda la respuesta más efectiva a largo plazo en la mayoría de los pacientes con obesidad extrema, tanto para la disminución de peso y sus problemas asociados, como para mejorar la movilidad, apariencia y autoestima, entre otros aspectos.

Pese a esto, la cirugía de la obesidad no puede considerarse la solución definitiva de la obesidad mórbida. No cabe duda de que, en los últimos años, se ha avanzado notablemente en mejorar las técnicas bariátricas, con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta cirugía mayor. Pero también, debemos ser conscientes de que sigue siendo imprescindible advertir a los pacientes acerca de la necesidad de mantener una conducta alimentaria y unos hábitos de vida saludables, para garantizar el éxito a largo plazo.

FACTORES PSICOLOGICOS DE LA CIRUGIA BARIATRICA.

La obesidad. Aspectos psicológicos y conductuales.

Algunos estudios han examinado la relación entre factores psicológicos y la cirugía bariátrica. Esta cirugía, por lo general, mejora o no afecta el estado psicológico de los pacientes, y rara vez lo agrava.

Un estudio mostró que los mejores resultados con el tratamiento, los tuvieron los pacientes más jóvenes y los que presentaban mayor malestar emocional relacionado con la obesidad. Por su parte, los peores resultados fueron de pacientes con antecedentes de hospitalización psiquiátrica, no así los que tenían antecedentes de tratamiento psiquiátrico, lo que sugiere que es la severidad de la enfermedad mental lo que puede afectar el resultado.

La recurrencia del trastorno por atracones también puede afectar negativamente el resultado.

Un estudio de cohorte retrospectivo de 16.155 pacientes de cirugía bariátrica, nos alerta sobre el riesgo de mortalidad en el primer año post-operatorio: no es tan bajo como se creía. El riesgo de muerte fue de 2,0%, 2,8% y 4,6% a los 30 días, 90 días y al año, respectivamente, y fue mucho mayor entre los mayores de 65 años.

Los factores asociados con mortalidad fueron la edad del paciente (mayor), sexo masculino y la menor experiencia del cirujano. (*Revista Colombiana de Psiquiatría*)

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad son claros, por lo cual la psicología 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. 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 mágica 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.

Así mismo, es importante 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.

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.

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.

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, ya que estas enfermedades generalmente se encuentran asociadas a la obesidad.

Es imprescindible evaluar psicológicamente a los pacientes tanto, en la fase pre-quirúrgica, que es en la que hace hincapié esta investigación y considera de suma importancia, ya que se puede determinar si la persona se encuentra apta o no, como post-quirúrgica, que funciona como sostén de la persona intervenida y su grupo familiar, garantizando una buena respuesta del paciente a corto y largo plazo.

Esta enfermedad y, por consiguiente su tratamiento, es compleja y como tal puede tener sus efectos y consecuencias a nivel psicológico y social, tal como depresión, baja autoestima, prejuicios y alteraciones del funcionamiento social del paciente. En general, los estudios muestran que la cirugía bariátrica mejora la calidad

de vida relacionada con la salud y el funcionamiento psicosocial de los pacientes sometidos a este procedimiento.

Sin embargo, cabe resaltar que, debido a la gran expectativa de los pacientes con respecto a los resultados del procedimiento, puede haber respuestas psicológicas poco favorables a la hora de enfrentarse con los efectos secundarios de éste, pues implican cambios de vida y hábitos que el paciente, poco asesorado, desconoce.

La preocupación por el aspecto físico es una de las motivaciones más frecuentes para la realización de la cirugía bariátrica, por lo que secuelas como la piel sobrante, vómito y cambios físicos debidos a la deficiencia nutricional (caída de pelo y cambios cutáneos), pueden tener un impacto desfavorable en la salud mental de los pacientes.

ROL DEL PSICÓLOGO EN UNA CIRUGÍA BARIÁTRICA:

El rol del psicólogo en este ámbito, consiste en valorar los aspectos psicológicos del postulante a cirugía, de acuerdo a los criterios de selección pautados por guías y/o protocolos que establezca (clínica, médico, etc) si es apto o no para llevar a cabo el tratamiento. También debe informar y educar al paciente, concientizándolo de los pro y contra de la cirugía, enriqueciendo la valoración interdisciplinaria y realizar el seguimiento del paciente post-quirúrgico.

Al existir diversos factores psicológicos involucrados, tanto en el periodo pre-quirúrgico como la evolución post-quirúrgica, es importante resolver estos aspectos para una mejor adaptación del paciente a su entorno familiar, social, laboral y sexual y que, así, pueda aprender a vivir en un coherente estilo de vida cambiando conductas auto-agresivas y dañinas que le afectaban su salud y calidad de vida en general.

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad son claros, por lo cual el psicólogo explora desde su desarrollo psicoemocional, su entorno social y familiar, hasta la representación psíquica que tiene de su propio cuerpo, de su autoestima y su autoimagen.

Así mismo, se debe tener conocimientos acerca de la psicopatología para poder identificar y lograr un diagnóstico acertado. Se evalúa 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. El psicólogo le informa al paciente sobre el proceso de la cirugía y la importancia del acompañamiento psicológico y del resto del equipo multidisciplinario, e informa 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.

Existen múltiples factores psicológicos relacionados con la aparición de la obesidad, sus consecuencias y el mantenimiento de esta enfermedad a lo largo del tiempo. Desde el primer momento, se debe identificar conductas y cuadros psicopatológicos que impidan la cirugía y, preparar al paciente en el periodo previo a la cirugía, de modo que modifique las conductas de riesgo, cambie sus hábitos alimentarios, maneje sus emociones y enfrente la intervención quirúrgica. El éxito de

los procedimientos de reducción gástrica dependen tanto, de factores motivacionales y comportamentales, como técnicos.

Los pacientes que no consienten a un seguimiento psicológico en cirugía bariátrica, responden más pobremente a largo plazo que los que sí lo hacen. Luego de la cirugía, el psicólogo debe acompañar al paciente a transitar los cambios a nivel familiar, social, laboral y personales que vayan apareciendo, logrando la mejor evolución posible.

La mayoría de los pacientes ven a la cirugía bariátrica como una solución mágica a su obesidad y, por lo tanto, sus expectativas son irreales, a riesgo de que su compromiso hacia el cambio, sea insuficiente.

El papel del psicólogo en este caso, es aclarar la necesidad del acompañamiento psicológico y del resto del equipo multidisciplinario, así como informar al paciente de los objetivos del acompañamiento y de la psicoterapia, para que entienda la importancia del trabajo terapéutico previo y posterior a la cirugía, así como proporcionarle información clara y concisa sobre el tipo de cirugía al que desea someterse.

Concluimos en que los objetivos que el psicólogo podría plantear en un tratamiento de esta índole, son:

OPERATORIO

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, contener e informar 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.

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.

Áreas que deben considerarse en la evaluación psicológica pre-operatoria:

- a) Familia/apoyo al entorno.
- b) Área social/laboral.
- c) Antecedentes médicos.
- d) Historia de obesidad.
- e) Historia de antecedentes (antecedentes de intento de suicidio o ideación, adicciones o trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de personalidad o 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

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

(En consenso Latino Americano sobre el manejo psicológico en cirugía bariátrica)

CAPITULO III:

“EVALUACION PSICOLÓGICA”

EVALUACION PSICOLÓGICA

INTRODUCCIÓN

La Psicología delimita su objeto de estudio y, con ello, determina el tipo de evaluación posible de realizar a nivel de los contenidos y modos de llevarla a cabo. También, influye la concepción teórica de la psicología en sus determinaciones evaluativas en la medida en que la aceptación de unos supuestos teóricos determina el modo de interpretar los resultados de las evaluaciones psicológicas. Si bien es cierto que en el origen de algunas alternativas teóricas se planteó un específico modo de evaluación, no es menos cierto que con el desarrollo de cada teoría, al ampliar el foco de aplicación, se ha ampliado la manera de evaluar y psico-diagnosticar.

La evaluación psicológica es una disciplina de la psicología que se ocupa de la medida de algunos aspectos del comportamiento humano. Esta medición se realiza por medio de metodologías básicas, entre las que se encuentran las técnicas psicométricas y las proyectivas, y otros métodos como la observación, la entrevista, los autoinformes, etc. Todos estos instrumentos requieren rigurosos procesos para su selección y metódicos pasos en su aplicación y calificación.

El objetivo de la evaluación psicológica puede ser: describir, clasificar, predecir, controlar, etc. Estos objetivos son utilizados en la práctica del psicólogo. Para ello debe poseer un amplio conocimiento teórico, empírico y social del comportamiento, que son fundamentales en la práctica de la psicología.

Los instrumentos de evaluación psicológica son las técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas. Son muchos los instrumentos que sirven para este fin y variadas son, también, las formas que adquieren los test.

Es tan amplia la cantidad de instrumentos que existen, que se encuentran clasificados en diversas categorías y todos ellos constituyen el arsenal tecnológico y metodológico con que cuenta la ciencia para realizar sus mediciones.

Estos instrumentos constituyen la base sobre la cual descansan los fundamentos de la exploración y el análisis del comportamiento del hombre, concebidos de tal forma desde que surge la necesidad de evaluar las diferencias humanas.

Los instrumentos psicológicos son contruidos en base a teorías psicológicas que intentan explicar el comportamiento humano. Los resultados de los mismos se integran al proceso evolutivo y a la toma de decisiones en relación a la persona de estudio.

ORIGEN Y DESARROLLO HISTÓRICO DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Fernández Ballesteros (1993), al hablar de la historia del Psicodiagnóstico, diferencia las fuentes del mismo de su constitución como disciplina científica. Distingue la prehistoria de la historia. En la primera sobresalen los grandes paradigmas del conocimiento humano (mítico, racional- especulativo y científico) en la segunda los grandes modelos psicológicos (experimental, correlacioa y aplicado)

El primer período conceptualizado como "mítico" resume el interés del hombre de todos los tiempos por comprender, describir, categorizar, predecir y explicar a las personas. Es la astrología y el horóscopo la forma evaluativa más antigua y permanente de todos los tiempos ya que tal como lo señala Fernández Ballesteros(1980), en todas las prácticas astrológicas hay un sujeto a evaluar y un evaluador que predice el futuro según determinadas categorías, de una taxonomía previa. El sujeto escucha lo que le sucederá y ajusta su conducta consecuentemente, podemos observar que esto acontece aún en nuestros días con amplia repercusión.

En un segundo momento "racional-especulativo", encontramos las raíces de la evaluación psicológica en disciplinas tales como la filosofía y la medicina. Es la filosofía de Aristóteles en su doctrina hilemórfica (Physiognomica) la que posibilita un primera aproximación al diagnóstico psicológico a través de la interpretación del carácter y hábitos psicológicos a partir de las características corporales.

Otras elaboraciones diagnósticas se enraizaron en **corrientes filosóficas** como el racionalismo cartesiano o el empirismo. Desde la primera concepción, la cartesiana, la dualidad en la composición humana permite el surgimiento de una psicología cuyo objeto es el estudio de la conciencia a través de la intuición, lo cual dificulta los procedimientos de evaluación provocando escasos desarrollos en esta disciplina.

Luego de los aportes filosóficos son los biológicos los que más contribuyeron a la psicología y al diagnóstico. Desde que Hipócrates esbozara la teoría de los "cuatro temperamentos", múltiples "tipologías psicológicas" se desarrollaron con Galeno (S I y II d. C.), Juan Huarte de San Juan (S XVII) . En el S. XVIII J. Barthes establece dos métodos, directo e indirecto, para el conocimiento del temperamento individual o

particular de cada hombre, fue uno de los que más se preocupó por encontrar procedimientos de evaluación y diagnóstico.

Durante los S. XVIII y XIX los avances de la medicina y la influencia de corrientes filosóficas como el empirismo y el positivismo ayudan a la constitución de la Psicología como disciplina científica y a la evaluación. Los logros, científicos, producidos en la tercer etapa de esta historia de la evaluación psicológica se encuentran en el S XIX con los hallazgos de Weber luego continuados por Fechner creando una nueva disciplina la psicofísica que permite por primera vez medir un aspecto de lo subjetivo, la sensación, a través del autoinforme.

Otros aportes fundamentales fueron las elaboraciones matemáticas producidas durante el S XVIII y XIX por Laplace y Quetelet , fundamentalmente éste último que demostró la aplicabilidad de métodos estadísticos al estudio del comportamiento humano.

También durante el SXIX se producen hallazgos dentro de la Medicina y una escisión en la psiquiatría en dos corrientes opuestas en la atribución de la etiología de los trastornos mentales: la organicista y la psicologista.

Así se convierten en dos objetivos básicos del S XIX. Personalidades como Pinel, Esquirol, Guislan, Von Grashley y Rieger son algunos de los precursores de éste área que culmina con el trabajo de Kraepelin creando entidades nosológicas aún hoy utilizadas en la evaluación psicológica.

No podemos olvidar los antecedentes proporcionados por la Educación que a partir de la escolarización obligatoria en algunos países europeos de la segunda mitad del S XIX, brinda un campo de aplicación fructífero a los principios psicológicos y es motivo de abundantes investigaciones psicosociológicas.

Así, la Evaluación Psicológica surgirá entroncada con la Psicología Diferencial, dada la necesidad de evaluar las características individuales diferenciales presentes en los seres humanos.

Al hablar de la constitución de la evaluación psicológica como disciplina científica hemos de citar a Francis Galton, McKeen Cattel y Alfred Binet.

Con los aportes que realizan estos investigadores parecen quedar establecidas las bases conceptuales etiológicas y tecnológicas del psicodiagnóstico.

Los comienzos de la evaluación científica de las diferencias humanas se deben en parte a los esfuerzos de **Galton (1822-1911)** quien funda en Londres, en 1884 un laboratorio antropométrico, donde realiza mediciones a las personas sobre su estatura, peso, capacidad auditiva, agudeza visual, capacidad sensorial y otra serie de evaluaciones sensoriales, perceptivas y motoras, su mayor aporte es la sistematización de la recogida de datos y su tratamiento estadístico. De esta forma introduce las bases de la evaluación cuantitativa de las diferencias humanas y da inicio al estudio psicológico de las diferencias individuales frente a la psicología experimental de finales de siglo XIX.

M Cattell, psicólogo estadounidense (1861-1934) es otro de los grandes de la evaluación psicológica, introduce el concepto de test mental en 1890, rechaza la introspección como método de estudio y se inclina por la necesidad de que las medidas obtenidas en los test sean objetivas, con ese fin se plantea el uso de baterías de pruebas para la evaluación psicológica, en el año 1896, introduciendo de este modo el concepto de batería de pruebas.

Los principales aportes de este autor son: concepto de test mental como instrumento de medida de determinadas características psicológicas, la creación de técnicas de evaluación de funciones sensoriales perceptivas y motoras su interés en las diferencias individuales se dirige a la evaluación de las funciones psíquicas superiores. Para lograr este objetivo propone el método de los test mentales y plantea que dichas pruebas deben ser sencillas, de rápida aplicación e independientes al examinador y que los resultados obtenidos puedan ser contrastados por otros observadores.

El trabajo de **Alfred Binet (1857-1911)** en Francia, marca un avance cualitativo importante en el estudio de las diferencias individuales, este autor propone un nuevo enfoque en la evaluación psicológica,

Es Binet quien introduce de esta manera el primer concepto claro de diagnóstico psicológico, introduce el concepto de edad mental en su trabajo con niños. Binet y su escala han sido determinantes para el psicodiagnóstico, marcando el paso definitivo de la evaluación psicológica como disciplina científica.

Estos tres autores son los pioneros de la construcción de la disciplina junto con otros científicos como por ejemplo los primeros psicólogos matemáticos Pearson y Spearman que en la última década del siglo XIX dan lugar a importantes técnicas estadísticas que son la base matemática necesaria para los estudios.

Otra figura importante es Lightner Witmer (1867-1956) es el iniciador de la aplicación clínica de la evaluación psicológica, él crea la primera clínica psicológica dirigida al diagnóstico y tratamiento de problemas académicos de conducta de los niños, su trabajo no se limitaba al uso de los tests, utilizaba otras técnicas entre ellas la observación.

La constitución de la evaluación psicológica como disciplina abarca un periodo aproximado de 1890 a 1910 periodo en el cual se perfila el concepto de evaluación psicológica como una disciplina de la psicología científica dedicada a la exploración y al análisis de la individualidad a través de la medición de aptitudes y características de la personalidad para lo cual utiliza instrumentos de medida que adoptan el nombre de tests mentales.

Posterior a Binet en la primera mitad del siglo XX, hubo un gran desarrollo en la creación de instrumentos de evaluación psicológica.

La 1ª guerra mundial (1914-1918) favorece al auge de la creación de los instrumentos de evaluación psicológica. Se solicita a los psicólogos la necesidad de clasificar a los soldados en cuanto a capacidad intelectual y en cuanto a la posibilidad de sufrir crisis nerviosas.

La segunda guerra mundial (1939-1945) encomienda a los psicólogos la misma tarea, lo cual posibilita la aparición de nuevos instrumentos.

Los instrumentos psicométricos no son los únicos que surgen en la primera mitad del siglo XX. Desde una perspectiva diferente a partir de la obra de Freud la

interpretación de los sueños publicada en 1990 aparecen algunas técnicas para el estudio de la personalidad que se les denomina técnicas proyectivas.

A partir de la primera década del S. XX, se produce un incremento significativo de los instrumentos de medición tanto en EEUU como en Europa y Rusia, surgen nombres como Bell, Burt, Claparede, Stern, Baranov, Solovieff, etc. Gesell, tratando de establecer las diferencias individuales en cuanto al desarrollo y maduración de los procesos mentales depura una escala de desarrollo de las primeras edades. Piaget y su escuela tienen planteos que abarcan el diagnóstico del pensamiento con escalas estandarizadas para medir la inteligencia sensomotriz y el pensamiento lógico con las que se brinda alternativa a la medida de la inteligencia con instrumentos clásicos y se facilita la exploración cognitiva de sujetos seriamente perturbados.

En grandes rasgos se puede decir que en esta primera mitad de siglo se originan y consolidan los modelos psicométricos y proyectivos en su concepción teórica y tiene lugar un aumento considerable de la producción de instrumentos y técnicas de evaluación psicológica.

DELIMITACIÓN TERMINOLÓGICA Y CONCEPTUAL:

La evaluación psicológica ha tenido distintos enfoques, técnicas, objetivos, aplicaciones e interpretaciones y, por supuesto, denominaciones.

La evaluación psicológica es, pues, una disciplina dinámica que ha evolucionado y avanzado desde el “psicodiagnóstico” hasta la actual “evaluación psicológica”.

PSICODIAGNOSTICO:

Psicodiagnóstico etimológicamente está compuesto por tres vocablos psykhe (posibilitante de la vida), día (a través de) y gignosko (conocimiento) que conjuntamente significarían distinción o conocimiento diferenciado de la psique. La mayoría de los autores coincide en situar el nacimiento de este término en la publicación en 1921 del libro de Rorschach Psychodianostik. A partir de aquí el término se asoció a las técnicas proyectivas y al modelo médico de evaluación psicológica y colabora en el surgimiento de una nueva orientación de carácter más psicométrico bajo el nombre de psychological testing

El término “Psicodiagnóstico” se aplica cuando el objetivo de evaluación es el del diagnóstico psicopatológico; es decir, el de establecer la clasificación del sujeto en estudio con fines clínicos (Fernández-Ballesteros, 2004).

Este concepto estudiado por Blanco y León (1983) en un laborioso estudio que incluyó los programas de psicodiagnóstico y materias afines a nivel internacional, ha mostrado encontrarse en una etapa de transición ya que muchos países han considerado que no tenía sentido seguir utilizando el vocablo psicodiagnóstico para referirse a una disciplina cuyos contenidos se correspondían exactamente con lo que en el resto de los países se denominaba evaluación psicológica.

A. Blanco sostiene que el psicodiagnóstico (1986 p.25)...” es la asignatura que capacita para el conocimiento, comprensión y aplicación de la conducta de un sujeto y que permite la orientación y predicción, orientación y/o tratamiento del sujeto individual

con datos procedentes de la confluencia de fuentes múltiples y con dependencia de la intervención psicológica que se realice en ella” ...

Valoración según el diccionario de la Real Academia Española es la acción de reconocer, estimar o apreciar el valor o mérito de una persona o cosa; lo cual añade un matiz positivo al concepto de evaluación.

EVALUACION PSICOLOGICA:

Evaluación Psicológica es la traducción del término anglosajón psychological assessment, el cual aparece por primera vez en la literatura psicológica en el año 1948 con la publicación del libro Assessment for men, donde se describen los procedimientos estadounidenses para selección de sujetos especialmente calificados para misiones militares especiales. En este libro se defiende el uso del término “evaluación” argumentando que se priorizan los aspectos positivos de la conducta humana mientras que con el término anglosajón “psicodiagnóstico” se detectan patologías.

Goldstein y Hersen(1990) en su Handbook of Psychological Assessment afirman que assessment implica que hay muchos caminos para evaluar las diferencias individuales, uno de ellos serían los tests, pero también podría utilizarse la entrevista, la observación de la conducta en los ambientes naturales y el registro de variables psicofisiológicas. Esta diversidad que caracteriza a la evaluación psicológica también está presente en sus objetivos; así entre estos se señalan la identificación de conductas problemáticas y sus relaciones causales, el diagnóstico, la evaluación de los resultados del tratamiento, los peritajes jurídicos y la predicción de riesgos de futuras conductas problemáticas. (R. Fernández Ballesteros define la evaluación psicológica 1992)

...”es aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y el análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportunos) de un sujeto humano o grupo especificado de sujetos con distintos objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección, predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que implica la aplicación de una serie de dispositivos, tests y técnicas de medida y/o evaluación...”

El objeto de la evaluación es el análisis de la persona, de sus conflictos o problemas, pero la evaluación psicológica no se limita únicamente a este aspecto evaluativo. Las acciones humanas llevadas a cabo con el objeto de hacer cambiar la conducta personal o social pueden ser también objeto de evaluación. Así, la evaluación de tratamientos o la evaluación de programas forman parte de la acción evaluadora (Forns, Abad, Amador, Kirchner y Roig, 2002).

Según estos autores, los objetivos de la tarea de evaluación de personas son:

- Identificar la conducta problema.
- Relacionar dicha conducta con variables que la desencadenan, mantienen o modulan, y expresar la relación por medio del diseño de un modelo hipotético de funcionamiento.
- Diseñar un proceso de análisis psicológico con el fin de validar la consistencia del modelo supuesto.
- Seleccionar las técnicas de medida adecuadas al objeto de análisis y aplicarlas.
- Establecer el diagnóstico o toma de decisión diagnóstica.
- Determinar el pronóstico.
- Prevenir, predecir, orientar y aconsejar, ayudar a la formación e indicar el tratamiento.
- Analizar la eficacia de las acciones de consejo, prevención, formación y/o tratamiento emprendidas.
- Comunicar la información diagnóstica obtenida y la derivada del tratamiento al paciente, persona o institución que ha solicitado la consulta psicológica.

En síntesis, los modelos a lo largo de la historia de la evaluación psicológica han oscilado cual péndulo de la perspectiva clínica a la estadística, de la conductual a la no conductual y hacia los años setenta cuando se superan las polaridades comienzan a surgir como relevantes el psicodiagnóstico, la psicometría y el análisis conductual.

Hacia los años ochenta, Fernández Ballesteros (1992) propone centrarnos en los modelos médico, dinámico, conductual y cognitivo, que a continuación se van a nombrar y explicar brevemente.

MODELOS DE EVALUACION PSICOLOGICA:

A pesar de las diversas confrontaciones que se han sucedido a lo largo de la historia de la Psicología, podría ser un motivo de acuerdo el afirmar que el objetivo de la Evaluación Psicológica es el análisis del comportamiento humano que se produce en un contexto determinado, sin embargo, el peso otorgado por cada enfoque a lo que prioritariamente determina esa conducta nos lleva a posiciones diferentes.

Por lo que una alternativa sería sintetizar los principales paradigmas evaluativos ya que la dificultad por encontrar una definición única de Evaluación proviene del énfasis que puede darse a aspectos diversos, en función de los objetivos de medida y de las opciones teóricas asumidas. Al referirnos a "modelo" queremos significar un constructo epistemológico en el que se encuentran implicados tanto los datos empíricos, como los postulados teóricos que posibilitan su adecuada contextualización, Torres (1988).

Evaluación Psicológica Centrada en la Persona:

Siguiendo a Fornes (1991) encontramos el énfasis evaluativo en esta categoría en lo que el sujeto "es", interpretando la personalidad como la resultante de variables intraorganísmicas, relativamente estables, subyacentes al comportamiento observable y si bien existirán diferencias entre biologicistas, psicodinámicos, teóricos del rasgo y humanistas; todos ellos interpretan la conducta como signo de variables subyacentes (Goldfried y Kent, 1972) que no pueden aprehenderse directamente pero que determinan el comportamiento de la persona.

A pesar de estos factores comunes, dentro de la rama personologicista existen varios modelos, diferenciables por el valor que le otorgan a la variable organismo: **modelo médico psiquiátrico**, Es también llamado Modelo de Enfermedad pues parte del supuesto de que la conducta puede explicarse en función de variables endógenas o internas.

Su extensión a la psiquiatría llevó a considerar que quien manifiesta alteraciones del comportamiento está enfermo o sea padece una enfermedad mental que se manifiesta por signos y síntomas. El objeto de estudio del modelo de enfermedad es el síntoma. El objetivo fundamental es el diagnóstico del sujeto por medio de la descripción de síntomas y la clasificación que facilitará el pronóstico y el tratamiento. El ámbito de este modelo se ha centrado totalmente en el contexto clínico.

Modelo el de atributos, Tiene su origen en los trabajos de F. Galton, J. McKeen Cattell y A. Binet; ya desarrollados en el apartado dedicado a los antecedentes históricos. Desde los comienzos hasta los años sesenta fue el modelo predominante de evaluación psicológica y cuenta con obras relevantes como las de Cattell (1965, 1980), H. Eysenck (1967) y J. Guilford (1967). En la actualidad autores como J. Exner (1978), Ch. Spielberger (1978).

Este modelo considera que la conducta está determinada por atributos intrapsíquicos o variables orgánicas (habilidades, intereses o rasgos) que diferencian a unos sujetos de otros. La conducta está en función del organismo que es entendido como el conjunto de rasgos o atributos diferenciales del sujeto. La metodología empleada preferentemente es la correlacional focalizando en determinar las diferencias individuales y ubicar al sujeto en relación al grupo normativo respecto a un rasgo o dimensión cuantificable.

Las variables objeto de estudio del Modelo Psicométrico son variables intrapsíquicas evaluadas mediante tests estandarizados construidos según estrategias teóricas racionales, empíricas y factoriales, apoyándose en el supuesto de estabilidad de la conducta. Entre los objetivos de evaluación se encuentran:

- a) describir que es explicitar las características más sobresalientes del comportamiento de un sujeto a partir de los datos obtenidos a través de las diferentes técnicas de análisis;
- b) clasificar que implica la organización de la información en función de criterios previamente fijados; y

c) predecir que es establecer una previsión probabilística de una conducta futura a partir de una conducta actual.

El modelo psicodinámico: En los primeros trabajos de S. Freud hay referencias a la evaluación a través de la evocación y evaluación de contenidos inconscientes pero es a partir de Ana Freud y Hartmann que se constituye un diagnóstico psicoanalítico centrado en la evaluación de los estados del yo y los mecanismos de defensa y adaptación y así las técnicas proyectivas son utilizadas por los psicoanalistas para facilitar el diagnóstico.

El modelo psicodinámico considera que los factores intrapsíquicos constituyen la causa de la conducta manifiesta y se producen bajo la forma de impulsos, motivos, deseos y conflictos.

Las variables objeto de estudio según Avila (1992) son: los procesos y contenidos inconscientes con el fin de conocer su dinámica, la estructura psíquica del yo y de los recursos adaptativos a su servicio; y la accesibilidad del sujeto al tratamiento psicoanalítico. El objetivo básico de este modelo de evaluación es ayudar al cambio terapéutico, restando importancia a la clasificación nosológica o a la comparación interindividual.

Este el método empleado según R. Fernández Ballesteros (1983) es inductivo, o sea, a partir de observaciones clínicas, se infieren los elementos dinámicos y estructurales que dan cuerpo a la conducta y que permiten su comprensión.

El problema más serio de este modelo radica en su metodología de trabajo, la acientificidad del paradigma por ser sus presupuestos difíciles de contrastar empíricamente, base necesaria en toda disciplina científica.

Lo cierto es que el impacto revolucionario de la teoría psicoanalítica tanto en la Psicología en general como en la Evaluación Psicológica, en particular, es innegable y actualmente numerosos investigadores provenientes de la Psicología Cognitiva Moderna encuentran soporte científico para las inferencias freudianas.

En los últimos años serios esfuerzos por mejorar la confiabilidad de algunos instrumentos de evaluación han conseguido resultados positivos en la adopción de

enfoques experimentales en la investigación por ejemplo del Test de Rorschach, considerando las respuestas al test más como una muestra representativa de la conducta del sujeto ante una tarea, que como expresión simbólica de sus conflictos internos como en los trabajos de Exner (1993).

Modelo Humanista: Este modelo proviene de un movimiento que tiene por objetivo el estudio de la experiencia subjetiva del individuo y del significado que éste atribuye a los eventos de la realidad, manteniendo una concepción holística del hombre y con el interés centrado en la comprensión de las personas más que en la predicción o control de sus conductas. La investigación psicológica que se realiza da prioridad al objeto por encima del método, fundamentalmente los individuos sanos, en cuanto a su necesidad intrínseca de desarrollar su potencial. Avila (1992) señala como pilares de este modelo la psicología individual de Adler, las formulaciones guesálticas que postulan una concepción totalista de la conducta, los constructos personales de Kelly, y las obras de Rogers y Maslow centradas en la autorrealización y crecimiento personal.

El modelo rogeriano asienta el comportamiento humano en las experiencias subjetivas del individuo, de allí que se lo conozca con el nombre de enfoque centrado en la persona

(Person-Centered Approach) y demuestra que la teoría trasciende la simple relación de ayuda para abarcar ámbitos más amplios de aplicación. Son destacables los conceptos de autorrealización, autoconservación y automejoramiento. La primera entendida como tendencia innata que impulsa la conducta hacia el crecimiento (self-actualization) y al desarrollo del máximo potencial. La autoconservación como fuerza que mantiene al organismo abierto a nuevas experiencias y el automejoramiento como la aspiración del individuo a perfeccionarse.

Desde esta perspectiva, interesa evaluar no lo que la persona es, sino qué potencial tiene para llegar a ser. La evaluación psicológica incluirá qué piensa el sujeto de su entorno, su grado de adaptación entre el yo real y el ideal y el grado de congruencia

entre las sus experiencias organísmicas y su autoconcepto; así como las condiciones de valor o estimación positiva e incondicional recibida de los otros.

En cuanto a los objetivos de la evaluación: descripción, clasificación, predicción y explicación y/o modificación de la conducta. Podemos observar la descripción implícita en todo acto de análisis pero ninguno de los otros tres son objetivos alcanzables desde este enfoque por cuanto no es posible entrar en el mundo actual del sujeto y por tanto sólo es posible, cierta predicción de la conducta del sujeto dentro del marco de la psicoterapia.

En cambio, el objetivo focalizado por este modelo centrado en la persona será el modificador: lograr un mejor ajuste personal y social de los individuos. El método inferencial utilizado por Rogers, permite a partir de las verbalizaciones de los sujetos la comprensión empática y la aceptación incondicional que permite alcanzar cierta visión de la conducta y sus móviles.

Evaluación psicológica centrada en variables de situación.

La Evaluación Conductual es una alternativa a la evaluación psicológica tradicional que nace con el análisis experimental de la conducta tratando de aplicar dichos avances en la búsqueda de un nuevo proceso de análisis del comportamiento. Al considerar la teoría conductista, debemos tener en cuenta los diversos cambios conceptuales sufridos a fin de comprender los diferentes modelos evaluativos derivados de ella. El pionero del conductismo fue J.B. Watson quien postula a la Psicología como ciencia objetiva y experimental, a través de la explicación de la conducta por principios objetivos vinculados al aprendizaje y a la formación de hábitos.

Es la etapa del Conductismo Radical o de primera generación al que sigue el de segunda generación o Neoconductismo que se diferencia del anterior en la inclusión de variables intervinientes con sus más importantes exponentes en Tolman , Guthrie, Hull y Skinner.

El elemento unificador en estos distintos representantes será el uso exclusivo del método experimental para el análisis de la conducta y la dispersión se produce en los términos explicativos de la misma.

Los puntos centrales de este modelo, que se verán reflejados en la Evaluación Psicológica son: insistir en el uso de técnicas objetivas que capten fielmente los datos empíricos y su incompatibilidad con métodos introspeccionistas o subjetivistas; defender las variables estímulo-respuesta como las únicas posibles de expresar los resultados de la investigación psicológica; la aceptación de los principios del condicionamiento como base de las leyes del aprendizaje; el énfasis en los determinantes periféricos o externos y su adscripción al situacionismo (Day, 1980).

Modelo Conductual – Radical Los orígenes de la Evaluación Psicológica desde este enfoque se ven alcanzados por el propósito de lograr que la Psicología logre un estatus de Ciencia de la naturaleza. Al mencionar el análisis de la conducta, la evaluación conductual, el análisis funcional o la modificación de la conducta, etc.; solamente se mencionan algunas de las aplicaciones del conductismo en la evaluación. Evaluación que significa establecer relaciones funcionales en términos de leyes de aprendizaje, de modo de poder determinar en qué medida los cambios en la variable situación provoca cambios en la conducta del sujeto, dado que se parte de que la conducta está en función de la situación.

Modelos Mediacionales: En la perspectiva mediacional o de impacto mediatizado, las variables ambientales siguen teniendo importancia en la determinación de la conducta pero están mediatizada por factores intermedios que deben ser analizados y estudiados para explicarla. Los precursores de este modelo son Hull, Tolman y Guthrie quienes se interesan por los procesos mediacionales (preceptos, ideas, etc.) regidos por las mismas leyes que los estímulos y respuestas periféricos (Kendler y Spence, 1971). Los procesos centrales, que pueden describirse como estímulos o respuestas encubiertas (Mahoney, 1974), le dan a la conducta la complejidad que soslayaba el conductismo radical y que permite explicar aprendizajes más elaborados. Nombres de gran lustre en el campo de la Evaluación Psicológica se citan en este modelo: Wolpe,

Eysenck, Bandura y Rotter por ejemplo provienen de campos teóricoprácticos diferentes pero comparten el objetivo común de explicar la conducta en base a variables intermediarias que pueden ser sometidas a modificaciones mediante las técnicas adecuadas .

El Aprendizaje Social es otro aporte valioso al modelo mediacional cuyos principales exponentes son Bandura y Rotter. Bandura propone el aprendizaje por observación de modelos, o modelado, priorizando el refuerzo vicario o indirecto

Evaluación psicológica centrada en la persona y la situación: el enfoque interaccional

Hacia los años setenta surge el modelo interactivo que postula que "la conducta es función de un proceso continuo y dinámico de interacción multidireccional o feed-back entre el individuo, la situación y sus encuentros" (Magnusson y Endler, 1977, pp. 4). Desde este enfoque, el sujeto y la situación se determinan mutuamente, formando una unidad indivisible. El sujeto interactúa con el contexto, dándole significado en función de su propia historia y características; y el contexto influye en la conducta del sujeto

Este planteo se traduce en dos formulaciones distintas, la propuesta por Magnusson y Endler (1977) que es lineal: conducta es función de la interacción entre las variables de la persona y las variables de la situación; y, la postulada por Bandura (1981) que es denominada determinismo recíproco porque la conducta entra en la transaccionalidad que se establece en forma recíproca y mutua entre la conducta, la persona y la situación o entorno. Esta concepción de la conducta tiene raíces históricas en las teorías de Kantor (1924) y K. Lewin (1935), respecto de la organización de fuerzas en un campo de interacción social y, también, en la posibilidad de modificar conductas a través de variables de tipo social sustentada por Murray (1938).

Con este nuevo enfoque se cristaliza un marco teórico definido por los siguientes postulados: la conducta como proceso dinámico de interacciones multi-direccionales de causación recíproca, el rol activo tanto del sujeto como del contexto en tanto uno es agente de acción y el otro es capaz de ejercer modificaciones en la conducta del

sujeto, los factores cognitivos tienen un peso preponderante sin excluir la situación real y los aspectos emocionales; y la situación percibida y la real tendrán el mismo valor en la determinación de la conducta

Modelo Conductual – Cognitivo: A partir de los años cincuenta se agudiza la preocupación por los procesos cognitivos y la psicología vive un fuerte debate en torno a la existencia de factores situacionales, interaccionales-estructurales o innatos en la explicación de la conducta; con su lógica influencia en el ámbito aplicado de la evaluación. El movimiento conductual-cognitivo es interpretado por ciertos autores como Mahoney (1977) como una revolución cognitivista que estudia los procesos encubiertos, especialmente de orden cognitivo, desde el paradigma experimental, y se consolida así la Evaluación Conductual como una manera de hacer diagnóstico con entidad propia según lo afirma R. Fernández Ballesteros (1981)

Pero dentro de esto se encuentran posiciones teóricas variadas con énfasis en diversos determinantes de la conducta por ello adherimos a Fornes et al (1991) al preferir la denominación de Evaluación Conductual Cognitiva para aquellas que contemplan los procesos cognitivos como unidades de análisis y suponen una reformulación teórica.

Desde este enfoque las variables del ambiente o situacionales se extienden tanto a las reales como a las percibidas, se acepta que la actividad cognitiva tiene un rol fundamental en el desarrollo de conductas adaptativas o desadaptativas y en la creación de patrones afectivos. También, postula cierto isomorfismo entre los procedimientos funcionales que activan los procesos cognitivos y los establecidos en el laboratorio por la teoría del aprendizaje humano. Además de los aportes antes mencionados, la terapia evaluación desde este enfoque se centra en el análisis de los procesos cognitivos desadaptados y en la facilitación de experiencias de aprendizaje que puedan modificar las cogniciones y patrones de conducta correspondientes, Mayor y Labrador (1984).

Tal como lo sostienen Michenbaum y Cameron (1982) " las diferencias son tan notables como las similitudes" entre las diversas concepciones teóricas sustentadas

por los autores más destacados de este modelo: A. Beck, Mahoney, Ellis, Kelly y el propio Meichenbaum.

Es conveniente acceder a algunos presupuestos teóricos para apreciar la influencia de cada autor en la Evaluación Psicológica. A. Beck (1976) trabaja en la Terapia Cognitiva focalizada, analizando los patrones de pensamiento que pueden dar conductas poco integradas, especialmente en el caso de los sujetos depresivos y de las relaciones de pareja. Para él es central la idea de que las acciones de las personas sólo representan hechos que interpretamos y las reacciones son consecuencia de tal interpretación más que del acto en sí. Según la teoría de Beck, el sujeto depresivo retiene e incrementa la información proveniente de experiencias negativas y disminuye la proveniente de experiencias positivas; y ante determinados hechos, el pensamiento depresivo produce errores lógicos como inferencias arbitrarias, sobre generalizaciones, abstracciones selectivas, magnificación o minimización de datos, etc.

Ellis (1962) es autor de la Terapia Racional Emotiva que trata de identificar los pensamientos irracionales que mantienen la conducta desajustada y de reestructurarlo reemplazándolo por principios lógicos. Las conductas o emociones de un sujeto son causadas, en parte, por el sistema de creencias en la propia realidad que puede ser racional o irracional. Por ello el tratamiento consiste en la discusión de los pensamientos irracionales del sujeto para lograr efectos positivos en el dominio cognitivo (creencias), emocional (sentimientos) o conductual (conductas adecuadas), Ellis y Whiteley (1979).

Meichenbaum (1976) es autor de la técnica de autoinstrucciones que consiste en verbalizaciones graduadas que se dirigen a varios parámetros del problema que se le plantea al sujeto: 1) a la definición general del problema; 2) al elemento nuclear del mismo; 3) a los mecanismos de atención-concentración; 4) a las estrategias de enfrentamiento y 5) a las estrategias de autorrefuerzo. El primer paso en esta técnica de autoinstrucciones es evaluar las habilidades relacionadas con la tarea para, en caso de insuficiencia, proceder primero a la instauración de las necesarias y luego iniciar un tratamiento autorregulador.

Ya que las unidades de análisis de este modelo serán tanto las variables de respuesta, como las de ambiente, como las del organismo, es importante aclarar que el elemento característico y diferenciador de la evaluación conductual-cognitiva será el especial énfasis dado entre las variables conductuales motoras, fisiológicas y cognitivas. Las variables cognitivas pueden ser consideradas en el diseño experimental como variables independientes (etiológicas de una conducta problema), dependientes (con valor de conducta problema) o mediacionales (con valor de nexo relacional) tal como lo plantea R. Fernández Ballesteros, 1981.

Otro punto crucial es que la evaluación conductual-cognitiva tomará dentro de las variables del ambiente tanto el real como el percibido y en las variables del organismo tanto a los aspectos biológicos como a la historia de aprendizajes del sujeto

Conductismo Paradigmático: En 1981, Staats presenta un modelo denominado Conductismo Paradigmático como teoría unificada capaz de resolver las escisiones del Conductismo y con importantes repercusiones en el área de la evaluación y de la modificación de la conducta. Este autor trabaja en la construcción de una teoría general del comportamiento humano que incluya una teoría de la personalidad.

Su esencia son los Repertorios Básicos de Conducta (RBC) o aprendizajes, adquiridos en forma acumulativa-jerárquica, que determinan la conducta. Funcionalmente relacionados con condiciones ambientales del pasado, pueden tener, en el presente, valor explicativo y tratárselos como variables independientes. Al asumir que el móvil originario de la conducta, está en las variables de la situación, a partir de las cuales el sujeto, desde que nace, inicia un proceso de continuo aprendizaje, podemos hablar de un modelo básicamente ambientalista.

Evaluación psicológica desde la psicología cognitiva:

En la Evaluación Psicológica, desde este enfoque, importa el análisis psicológico de los procesos cognitivos más que sus productos; de las estrategias usadas por el sujeto para resolver problemas cognitivos; de los correlatos entre variables fisiológicas y operaciones cognitivas; de las relaciones entre procesos cognitivos y diferencias individuales que constituye el estilo cognitivo de un sujeto.

Por su repercusión en la Evaluación Psicológica, seleccionaremos tres modelos a tratar: el piagetiano, el neuropsicológico y el del procesamiento de la información.

A) Modelo Piagetiano

La Evaluación Psicológica desde el enfoque piagetiano ha sido de extrema relevancia en la psicología europea, su aporte fundamental es la Evaluación Operatoria de la Inteligencia. J. Piaget ha elaborado una teoría estructuralista que postula que en el desarrollo se producen cambios sistemáticos que suponen una reorganización de conocimientos previamente disponibles. A partir de dichas reorganizaciones se producen nuevas estructuras que caracterizan un nuevo estadio que implica conductas específicas en diversas actividades cognitivas. Hacia los años setenta se acentúa una orientación funcional en la teoría piagetiana por la focalización en el estudio de los procesos por los cuales se desarrolla la cognición y así, la obra de Piaget es un buen ejemplo de cómo aspectos estructurales unidos a los funcionales pueden dar marco explicativo al desarrollo cognitivo de los sujetos.

La Evaluación del desarrollo cognitivo desde este enfoque rechaza la medida de la inteligencia realizada por la psicometría clásica por entender que no reflejan la dinámica del razonamiento. El objetivo para este enfoque es la identificación cualitativa de un sujeto al determinar el actual nivel de funcionamiento cognitivo, o estadio en el que se ubica el sujeto y poder predecir sus posibilidades para resolver determinado tipo de problemas. En el ámbito de la Evaluación Psicológica, Laurendeau y Pinard (1962) intentan construir una escala de desarrollo cognitivo basada en la sucesión de estas operaciones propuestas

Piaget utilizó, primeramente, la observación a través del análisis del contenido de las preguntas del niño; luego, fue acercándose a un procedimiento clínico verbal que consistía en conversaciones libres con niños sobre un tema concreto. Y, finalmente, utilizó procedimientos más directos como el diseño de pequeñas experiencias con diversos materiales. Las aplicaciones más importantes de este modelo han tenido lugar en el ámbito educativo

B) Modelo Neuropsicológico

El modelo neuropsicológico es en la actualidad un campo promisorio para desarrollos psicológicos de cada vez mayor envergadura. Sus comienzos se encuentran en la Frenología, con los trabajos de Gall (1822) al establecer la relación entre la conducta de un sujeto, la localización de la misma en el cerebro y su manifestación externa en la forma craneal.

Hacia los años cuarenta la Neuropsicología cobra vida propia y en décadas posteriores nombres como los de Luria (1966), Barbizet y Duizabo (1978); Benton (1971); Zangwill (1972); etc. La evolución que caracteriza a esta disciplina permite encuadrarla en las Neurociencias del Comportamiento que tienen por objetivo la comprensión de las relaciones entre cerebro y conducta humana.

Sintéticamente, el objetivo de la Neuropsicología Cognitiva es la comprensión de los diferentes estilos de procesamiento de la información que utilizan los sujetos y la relación entre tales estilos y las estructuras y funciones cerebrales. El estudio de los procesos cognitivos se realiza con técnicas tales como los potenciales evocados que permiten conocer el funcionamiento cerebral, especialmente el hemisferio dominante en el procesamiento de determinados estímulos.

La evaluación neuropsicológica se basa en la existencia de una interrelación recíproca entre organismo y conducta, focalizando en el organismo al sistema nervioso central y fundamentalmente al cerebro considerándolo sus aspectos anátomo-fisiológicos.

Desde el punto de vista de la Evaluación Psicológica será su finalidad explicar la conducta estableciendo referencias directas al funcionamiento cerebral y predecirla con investigaciones experimentales y clínicas sobre la recuperación funcional. La

Neuropsicología es una disciplina científica a la vez que un área de práctica profesional y ello tiene sus consecuencias metodológicas.

Si bien este modelo recibe críticas a su concepción del organismo prácticamente reducido al SNC, diferentes paradigmas evaluativos ven posibilidades de encuentro entre lo psicométrico y lo conductual en función de un futuro integrado para la Evaluación Psicológica.

C) Modelo del Procesamiento de la Información:

Se observa la influencia de ideas provenientes de otros ámbitos científicos no específicamente psicológicos como por ejemplo la Cibernética y la Teoría de la Comunicación. La Cibernética como ciencia que estudia tanto los automatismos de los seres vivos como la autodirección de toda clase de sistemas mecánicos, tiene en la robótica un campo aplicado en expansión. A través de la Inteligencia Artificial, los investigadores en psicología encontraron la posibilidad de estudiar los procesos mentales racionales humanos mediante la analogía con una computadora

Desde la Teoría de la Comunicación, otra de las grandes fuentes de influencia del modelo de Procesamiento de Información, figuras como C. Shannon ó J. Von Neumann (1947) introdujeron métodos computacionales capaces de cambiar las instrucciones almacenadas, modificando las computadoras sus propios programas.

Hacia los años cincuenta se abren tres grandes líneas de investigación psicológicas:

1) los trabajos de G. Miller (1956) para agrupar unidades de información; y los de Cherry (1953) sobre la capacidad de recepción y almacenamiento de información que dan lugar a modelos multialmacén de memoria permitiendo la expresión del funcionamiento cognitivo a través de diagramas de flujo.

2) J. Bruner, J. Goodnow y G. Austin (1956) presentan la formación, adquisición y clasificación de conceptos lograda en base a sus experiencias con sujetos tratados como seres activos capaces de construir y resolver problemas y no como simples elementos reactivos frente a los estímulos presentados. Establecen así las "estrategias" o pautas regulares de resolución de problemas.

3) Newell y Simon (1964) impulsaron la idea de crear máquinas que pudieran pensar basándose en que la mente es un sistema de manipulación de símbolos y es posible establecer un paralelismo entre el ser humano y la computadora.

Ambos autores crean una teoría de los procesos de información que intervienen en la resolución de problemas y no una teoría de los mecanismos neuronales o electrónicos para el procesamiento de información (Newell, Saw y Simon, 1964).

Dentro de este modelo ha sido relevante la figura de U. Neisser, psicólogo experto en computadoras, que sostiene una teoría de la información mucho más compleja. Para él la comprensión de una señal depende de la representación interna que el sujeto posee de la misma. De este modo, Neisser rechaza un modelo mecanicista, carente de validez ecológica por la artificialidad de sus investigaciones y alejado de la cultura del individuo.

Propone los sistemas de procesamiento simultáneo o paralelo, que superan la simple concepción lineal del procesamiento basada en los estadios secuenciales del sistema cognitivo humano.

Combinando el método experimental con el observacional y el correlacional el modelo del procesamiento de la información, recupera la introspección como método de investigación para acceder a lo cognitivo pero con el rótulo "objetivo" guiando la obtención de datos, perfectamente medibles y controlables (Mayor, 1980). Se examinan las respuestas de los sujetos a variables manipuladas y se efectúan inferencias lógicas y factibles sobre los procesos cognitivos subyacentes a los que se les atribuye la responsabilidad de lo observado (Taylor y Fiske, 1981).

Se considera que el sistema cognitivo y el de la computadora consisten en un conjunto de memorias, receptores y efectores sobre los que actúan los programas.

Los postulados de éste modelo se han utilizado en Evaluación Psicológica en el análisis de las diferencias en el procesamiento de la información, tanto en sujetos diagnosticados de disfunciones o alteraciones psicopatológicas, como en sujetos normales, con el objetivo de profundizar en sus procesos cognitivos. El análisis de la inteligencia ha sido una de las áreas de mayor aplicabilidad

INSTRUMENTOS DE EVALUACION PSICOLOGICA:

Para hablar del origen y desarrollo histórico de los instrumentos de evaluación psicológica tenemos que remontarnos a la época en que se constituye la psicología como ciencia independiente, este hecho está muy ligado al nombre Wilhelm Wundt (1832-1920), Psicólogo Alemán al que algunos autores consideran el padre de la psicología. Wundt, a finales del SXIX crea el primer laboratorio de psicología experimental (1879), en ese laboratorio estudia las cualidades y los procesos psíquicos de forma aislada mediante la técnica del laboratorio. Sin embargo en ese mismo tiempo y también anterior a Wundt, existían otras ideas acerca del estudio de los fenómenos psíquicos, pero desde una óptica diferente a lo que planteaba el psicólogo alemán, estas otras ideas referían que si bien todas las personas son muy parecidas en cuanto a sus procesos psíquicos (memoria, atención, inteligencia, emociones, etc,) también son diferentes en relación a esos mismos procesos. un grupo de psicólogos se interesó en el estudio de los procesos como lo hiciera Wundt y otro se inclinó por el estudio de las diferencias observadas en esos mismos procesos psíquicos de unas personas a otras. Es precisamente esta idea sobre las diferencias entre las personas y el cómo medir dichas diferencias lo que da origen al surgimiento de los instrumentos de evaluación psicológica.

Existen dos grandes grupos de técnicas que podemos encontrar a la hora de realizar una evaluación psicológica. Estos dos grupos se diferencian en su aplicación ya que los adoptan marcos teóricos diferentes:

TECNICAS PSICOMETRICAS:

Los términos psico y metría significa: medida de los fenómenos psíquicos, por lo tanto estos test intentan medir habilidades cognitivas o rasgos de personalidad en las personas estudiadas, son instrumentos estructurados, es decir, en ellos la persona tiene que escoger entre alternativas de respuesta posibles aquella que considera se ajusta en su caso particular.

El uso de estas técnicas se vincula a la evaluación psicológica con otra disciplina del campo de la psicología científica, la cual se ocupa de la construcción y elaboración de

los instrumentos de medida: la Psicometría. Esta garantiza que los instrumentos de medidas sean debidamente estandarizados y posean la validez requerida que haga posible la diferenciación de unas personas en relación a otras de otras.

Las técnicas psicométricas quedan englobadas dentro del proceso de evaluación psicológica, este utiliza las pruebas como instrumentos de medida con el objetivo de alcanzar una información más amplia del sujeto que le permita al investigador crear hipótesis de trabajo que orienten su proceder evaluativo diagnóstico.

El fundamento teórico que explica el modelo psicométrico considera que la conducta está determinada por atributos intrapsíquicos estables, por lo que la tarea evaluadora consiste en la búsqueda de las manifestaciones externas de la conducta que nos sirven de indicadores del estado interno de dichos atributos no evaluables directamente.

TECNICAS PROYECTIVAS:

Las técnicas proyectivas deben su nombre al término proyección introducido por Freud en 1894 y que nuevamente, elabora en 1896 en su obra “Las Neurosis de Defensa”, obra donde se acuña el concepto de proyección como mecanismo de defensa.

Desde entonces se define este concepto como el mecanismo a través del cual se atribuye a otros (personas u objetos) sentimientos, emociones internas reprimidas, que de ser conscientizadas crearía angustia por lo que se extroyecta hacia otra persona quedando liberado el sujeto del estado de tensión que tales emociones le producirían.

Más tarde en su obra “Tótem y Tabu”, Freud amplía nuevamente su concepto de proyección como un mecanismo por el cual percepciones internas, provocadas por procesos ideacionales y emocionales conscientes son proyectadas al mundo exterior, a pesar de este nuevo sentido que adquiere dicho término, muchos autores lo siguen utilizando como mecanismo de defensa para liberar angustia.

No es hasta 1939 que las técnicas que hoy en día son denominadas como proyectivas reciben su nombre. El psicólogo norteamericano L.K Frank (1939) es quien elige el término de técnicas proyectivas para aquellas pruebas cuyo estímulo es ambiguo o de

poca estructuración y da libertad de respuesta al sujeto sin que la persona sea del todo consciente del objetivo que se persigue con dicha evaluación, lo que permite de este modo que a través de la respuesta se pongan de manifiesto o se proyecten al exterior los estilos básico de personalidad del sujeto y los estados transitorios por los que atraviesa.

Las técnicas proyectivas tienen algunos problemas sin resolver como: la ausencia de un marco teórico homogéneo, ausencia de tipificación de las consignas de aplicación, necesidad de formación intensa extensa para trabajar el proceso de interpretación de las mismas.

Los test proyectivos no pueden ser utilizados como medios únicos para el diagnóstico. La información que ofrecen estas técnicas son hipótesis de trabajo que deben ser corroboradas por otros test cuantificables.

CARACTERISTICAS COMUNES A AMBOS MODELOS DE TECNICAS:

- Ambos enfoques asumen el criterio de estabilidad de la conducta.
- El procedimiento de evaluación se dirige a descubrir estructuras internas o características de personalidad del individuo, que nos permiten predecir su comportamiento, se entiende a la evaluación como una actividad independiente de la intervención.

IMPORTANCIA DE LA EVALUACION PSICOLOGICA EN LA CIRUGIA BARIATRICA

La cirugía bariátrica representa actualmente el tratamiento más exitoso para los pacientes con obesidad mórbida. Al ser un procedimiento complejo e impactante para el paciente, requiere que éste sea estudiado por un equipo multidisciplinario que optimice las probabilidades de éxito.

El factor psicológico es uno de los aspectos por el cual el tratamiento bariátrico tiene posibilidades de fracaso. El éxito a largo plazo de la cirugía bariátrica depende en gran medida del trabajo psicológico, ya que éste influye directamente en la capacidad del paciente para modificar su estilo de vida.

En el proceso de evaluación psicológica se requieren métodos o instrumentos validados que los especialistas suelen ignorar.

Lógicamente sin instrumentos estandarizados se tienen resultados poco confiables para la predicción del comportamiento.

El conocimiento de la utilidad de la evaluación psicológica a los integrantes de los equipos inter y multidisciplinario y/o a las instituciones de salud sirve para que se origine el suficiente interés en el quehacer psicológico y ayude a promover el éxito de la cirugía a causa de disminuir conductas de riesgo en procedimientos quirúrgicos.

A fin de reducir la problemática anterior y de fomentar el trabajo, evaluación y entrenamiento inter y multidisciplinario de programas tan formales y sistemáticos como la cirugía bariátrica, diversos autores plantean como una estrategia de solución el realizar documentos (consensos, actas, guías y/o manuales) donde de manera escrita se especifiquen, divulguen y/o estandaricen las formas de trabajo establecidas y aprobadas por el equipo el objetivo de la evaluación psicológica no es excluir al paciente por comportamientos patológicos sino (en la medida de lo posible y obedeciendo a la Norma Oficial para el Manejo del Paciente Obeso y a la Ley General de Salud, respectivamente) hacer apto al paciente, mediante entrenamiento psicológico integral, para ejercer su tratamiento médico.

Objetivos de la evaluación psicológica

Retomando los lineamientos de la Ley General de Salud y de la Asociación Americana de Cirugía Bariátrica, se establece:

- **Objetivo General:**

Identificar a los candidatos idóneos para potenciar las probabilidades de éxito en el tratamiento.

- **Específicos:**

- ° Propiciar en los pacientes Conciencia de la Enfermedad y Comprensión del Procedimiento, a fin de facilitar la Adherencia Terapéutica¹³ (Art. 54 y 77 de la Ley General de Salud¹¹).

- ° Atención de la Salud Mental (Art. 72 de la Ley General de Salud¹¹).

- ° Coadyuvar a la disminución de enfermedades crónicas.

- ° Brindar atención integral al paciente.

Por estos motivos nos parece de suma necesidad establecer un protocolo de evaluación psicológica que cubra las necesidades antes mencionadas, y favorezca el éxito del tratamiento y el bien estar y calidad de vida del paciente.

Segunda parte: Marco metodológico

APARTADO METODOLOGICO:

EL TEMA Y EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

Tema general y subtema:

- Tema: “Evaluación psicológica a pacientes que serán sometidos a una cirugía Bariátrica”
- Subtema: “Condiciones óptimas de salud mental, para evitar futuro fracaso de la cirugía”

Formulación del problema:

Se pretende investigar cuales son las principales características psicológicas que deberían poseer los pacientes que aspiran a la cirugía y a partir de esto realizar un protocolo de evaluación psicológica que sirva de guía a profesionales que trabajan con la temática.

La idea surgió a raíz de la realización de las prácticas profesionales de Psicología Clínica en el Hospital Lencinas, en el cual se concurría a observar entrevistas en Cámara Gesell. Fue allí donde se tomó la derivación de un caso hecha por el Hospital de Tunuyan, donde realizan cirugías Bariátricas de forma gratuita, el cual consistía en una evaluación psicológica para determinar si la paciente era apta para someterse o no a la misma.

Allí se observó junto con los profesionales que conforman el equipo de salud mental del Hospital, que era necesario sobre todo para ellos que tenían con frecuencia este tipo de pedidos una evaluación psicológica que fuera precisa para determinar ciertos rasgos psicológicos que determinarían si los pacientes eran o no indicados, para evitar posibles fracasos en un futuro.

Fue entonces que me pareció importante investigar cuales son las características psicológicas, requisitos fundamentales para que los pacientes estén en condiciones

favorables de salud mental para acceder a la cirugía y a partir de estas elaborar un protocolo de evaluación psicológica que evalúe las mismas y que sirva como herramienta útil para los profesionales implicados en esta área.

Preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son las características psicológicas que debería poseer un paciente para poder acceder a la cirugía?
- ¿Cuáles son las características psicológicas que no debería poseer un paciente para poder acceder a la cirugía?
- ¿Cuáles son los puntos clave a evaluar en estos pacientes?
- ¿Qué técnicas serían las más adecuadas para incluir en una evaluación psicológica de estas características?

Objetivos del trabajo:

- General: Elaborar un protocolo de evaluación psicológica, que determine que pacientes están aptos psicológicamente para someterse a una Cirugía Bariátrica.
- Específicos:
 - identificar características de inclusión para el tratamiento.
 - Identificar características de exclusión para el tratamiento.
 - investigar cuáles son las técnicas que arrojen los datos más adecuados para definir criterios de inclusión y exclusión.

Justificación y relevancia del trabajo:

Se pretende llevar a cabo la investigación ya que abordar esta temática, permite obtener datos y elaborar una evaluación psicológica que aporte información a la forma en cómo se toma decisiones actualmente a la hora de realizar este tipo de cirugías.

Mendoza, al igual que el resto del país y del mundo en la actualidad, debe enfrentarse con el problema de obesidad que cada vez incluye más personas.

Este problema afecta a diversas áreas de la vida del sujeto, no solo involucra su salud sino su contexto social, laboral etc. Por lo que resulta fundamental conocer si la persona y su medio está capacitado para realizarse esta operación para que la misma a largo plazo no fracase y ponga en riesgo la vida del sujeto.

Este tipo de intervención es en algunos casos llevadas a cabo sin una evaluación psicológica profunda lo que genera que el paciente obtenga el apto para la misma solo a nivel físico sin tener en cuenta que no solo debe cumplir estos requisitos sino estar bien psicológicamente para que la misma no sea realizada y al cabo de un tiempo la misma fracase.

El problema de la obesidad no solo compromete el cuerpo sino también la mente es una enfermedad multifactorial por lo que sería un error abordarla solo desde un aspecto sin tener en cuenta su complejidad, de esta manera.

Muchas personas creen que la cirugía es una solución mágica al problema del sobre peso, problema que en muchos casos no han podido solucionar con otros métodos, lo que genera una preocupación solo por llegar a conseguir el apto físico para la realización de la misma.

La relevancia se centra en poder realizar una guía de evaluación psicológica que sirva para poder trabajar de forma integral abarcando todos los aspectos de esta compleja enfermedad y así lograr un apto no solo físico sino psicológico de la persona que se va a intervenir para que pueda llegar óptima y de esta manera procurar un mayor éxito de la cirugía no solo a corto plazo, sino también sostenido en el tiempo.

Abordaje:

Se abordara desde una perspectiva teórica basada en la clínica con orientación Cognitivo-Conductual.

ASPECTO METODOLOGICO:

Tipo de investigación: cualitativa.

Se trabajará desde una metodología cualitativa, ya que usamos la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. No se busca la réplica, se conducen en ambientes naturales, los significados se extraen de los datos y no se fundamenta en la estadística.

Se orienta a obtener información de experiencias y puntos de vista de los profesionales involucrados en la temática y así valorar los procesos y generar teorías fundamentadas en las perspectivas de los participantes. (Hernández Sampieri, 2008)

Se utilizará es el diseño Investigación-Acción, ya que se pretende investigar dentro de un contexto social, una problemática específica en un ambiente cotidiano, y mejorar las prácticas concretas. El propósito es aportar información que guíe la toma de decisiones.

Tipo de estudio: exploratorio / descriptivo:

El tipo de estudio que se realizará es en un primer momento exploratorio ya que el problema de investigación se encuentra poco estudiado en la provincia de Mendoza, solo se encuentran algunos estudios realizados en otros países y también se realizara un estudio descriptivo, ya que se pretende especificar las propiedades más importantes de la información obtenida y de esa manera determinar la mejor forma de evaluar. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006)

Tipo de diseño: transversal/ no experimenta

El tipo de diseño que se utilizara será Transversal / no experimental ya que permite medir las variables de una muestra en un solo momento temporal, es decir, permitiendo estimar ciertas condiciones que serán estudiadas en un momento dado, implicando la recolección de datos en un solo corte en el tiempo. Y las mismas se analizarán en condiciones naturales, razón por la cual ninguna variable será alterada o manipulada.

Campo empírico y contextualización espacial temporal:

- Género: Femenino y Masculino
- Edad: de 25 a 50 años
- Clase social: clase media
- Unidad de estudio: Clínicas y profesionales particulares dedicados a la tematica.

Procedimientos metodológicos:

Hernández Sampieri, et.al. (2006) mencionan que existen diversas clasificaciones en relación a la entrevista como técnica a saber: entrevistas estructuradas, semiestructuradas y abiertas. (p. 597)

Para realizar el presente estudio de investigación, se utilizó entrevista estructurada.

- Entrevistas estructuradas a los profesionales de la salud involucrados en el proceso, con preguntas generales, para ejemplificar, de opinión, de antecedentes, entre otras.
- Análisis de datos obtenidos en las entrevistas, selección de técnicas adecuadas y elaboración de evaluación psicológica.

Descripción de la muestra:

La muestra de este estudio son profesionales relacionados con la temática investigada (medico, psicólogo, psiquiatra, profesor de educación física, quinesiólogo, nutricionista).

Está representada por un N=13. Los mismos respondieron de forma voluntaria, se les aclaró los fines de la investigación, y se les realizó la entrevista de forma personal y vía mail, la cual fue contestada y enviada por los mismos medios.

Corresponde a una muestra no probabilística intencional ya que los profesionales fueron elegidas por poseer características relacionadas a la investigación y no dependió de la probabilidad. Por lo que no se pretende que estos casos sean representativos de la población total (Hernández Sampieri; Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006).

Instrumentos de medición:

En este estudio se recolectaron datos con el siguiente instrumento:

-Entrevista estructurada. Según los autores anteriormente mencionados, en este tipo de entrevistas *“el entrevistador realiza su labor con base en una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué ítems se preguntarán y en qué orden)”* (p 597).

El objetivo principal de estas entrevistas fue conocer la opinión de los profesionales vinculados a la temática a cerca de la importancia de llevar a cabo una evaluación psicológica en estos casos, que creían conveniente ellos para que los resultados de la cirugía fueran satisfactorios a corto y largo plazo.

Las preguntas predeterminadas para las entrevistas a los profesionales fueron.

Estimado Profesional:

Solicitamos su colaboración para estudiar cuales son las características que hacen apto o no a una paciente obeso candidato a una operación Bariátrica.

Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio.

Muchas gracias.

- Nombre: (no es necesario si desea preservar su identidad)
- Ocupación:

A-De las preguntas que aparecen a continuación, conteste de manera completa.

- 1) ¿Cuáles son las causas principales que considera usted llevan a la obesidad?
- 2) ¿Cuáles piensa usted que son los temas a tener en cuenta a la hora de evaluar a este tipo de pacientes?
- 3) ¿Que características debería tener un paciente que usted considere este apto para realizar el tratamiento?
- 4) ¿Qué características debería tener un paciente que usted considere No es apto para realizar el tratamiento?
- 5) ¿Qué papel cumple en el tratamiento la realización de una dieta de descenso de peso previo a la cirugía?

- 6) ¿De que manera cree usted que se debería preparar al paciente antes de enfrentarse a la cirugía? ¿Cómo lo haría usted?

- 7) ¿Opina conveniente informar al paciente acerca del procedimiento quirúrgico?
¿Por qué?

- 8) ¿Que pensamientos/ sentimientos cree usted que pueden surgir en una persona que atraviesa este proceso?

- 9) ¿Qué herramientas utilizaría para que los pacientes cumplan con el tratamiento prescrito? ¿que beneficios traería al mismo?

- 10) ¿Qué papel cree usted que cumple la familia en este tratamiento?

- 11) ¿De que manera influye el contexto socio- económico en un tratamiento con estas características?

- 12) ¿Cuáles son los costos que implican llevar a cabo este tratamiento? ¿cualquier persona tiene la posibilidad de acceder a el?

- 13) ¿Cuáles cree usted son las ventajas de una evaluación psicológica pre-quirúrgica?

B-Si lo desea realice algún comentario, critica, recomendación, etc.

Procedimiento:

En este capítulo se detalla lo trabajado durante la práctica, la cual en un principio iba a ser realizada en dos clínicas privadas dedicadas especialmente a trastornos alimentarios.

Pero debido a la negativa de las mismas se decidió buscar a los profesionales de forma particular por medio de gente conocida que se ofreció a colaborar, a los mismos se les explicó el fin de la investigación, y voluntariamente respondieron la entrevista. Se procedió a administrársela a 13 casos, cuyos profesionales han estado o están vinculados de alguna manera con la temática.

El primer contacto se realizó por teléfono y vía mail donde se arregló el encuentro con algunos y con otros se les hizo llegar por los mismos medios la entrevista, a estos se les comunicó de forma privada y se les explicó los objetivos de la investigación, se les aclaró que eran totalmente anónimas las entrevistas.

Luego de esto se procedió al encuentro con los profesionales, la mayoría de ellos en sus lugares de trabajo donde me brindaron su tiempo para contestar las preguntas y conversas sobre sus experiencias y aquellos con los que no me pude contactar procedieron a contestarla vía correo electrónico.

Tratamiento de resultados obtenidos

A la hora de analizar las entrevistas realizadas a los profesionales se llevó a un análisis de contenido, donde primero se procedió a realizar una lectura vertical de los casos, una horizontal y luego un análisis de ambos enfoques.

La lectura vertical consta de un análisis general de cada caso resaltando los datos más significativos.

En la lectura horizontal se procede a comparar las mismas temáticas en los distintos casos, los pasos a seguir fueron:

1-Realizar una supra categoría: la cual fue **CIRUGIA BARIATRICA.**

2-Dentro de las supra categorías definir categorías:

- Causas de la obesidad.**
- Evaluación al paciente.**
- Preparación del paciente.**
- Contexto del paciente.**
- Sentimientos y pensamientos del paciente.**

3- En función de las respuestas obtenidas en cada categoría se plantearon constructos hipotéticos.

4-Finalmente se colocaron citas textuales, extraídas de las entrevistas con el fin de ejemplificar lo expuesto.

5-Luego se procedió a realizar un análisis integral de ambas lecturas, complementando y apoyando lo expuesto con diversos autores que sostienen dichas teorías.

PRESENTACION Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

ANALISIS VERTICAL DE LOS CASOS:

CASO 1:

En la entrevista con este profesional se destaca la importancia contextual tanto social, cultural, económica y familiar, la importancia de una evaluación psicológica y medica previa a la cirugía.

Tener en cuenta que es una enfermedad con diversas causas.

Se hace referencia a los hábitos de conducta y lo importante que es tenerlos en cuenta en pacientes de este tipo.

Destaca la importancia de la información que esta sea clara y que el paciente alcance un claro entendimiento de lo que se va a llevar a cabo.

Se refiere a cambios de humor y aparición de diversos sentimientos y pensamientos con respecto a la cirugía es conveniente conocerlos y tratarlos para que estos no jueguen en contra.

Se cree que una evaluación psicológica es importante ya que nos indicaría si este paciente tiene los recursos tantos físicos como emocionales para hacer frente a un tratamiento de esta complejidad.

CASO 2:

Se hace mención a la multi causalidad de esta enfermedad. La importancia de una preparación previa y de la seguridad que tiene que poseer el paciente a la hora de tomar la decisión. Tener en cuenta la imagen que el paciente tiene de si mismo y los motivos por los cuales quiere acceder al tratamiento.

Fundamental el acompañamiento tanto profesional como familiar y social a dicha persona.

Se mencionan los hábitos de alimentación como fundamental en este proceso y señala sentimientos como el miedo la soledad la baja autoestima que suelen presentarse en personas con estas características.

CASO 3:

Recalca la importancia contextual en estos casos, la familia como rol fundamental de acompañamiento y contención sin dejar de lado lo económico como factor fundamental en un tratamiento que incluye muchas variables, es de suma importancia determinar los recursos con los que el sujeto cuenta para ver si estos son los indicados.

Se considera de gran ayuda informar sobre el procedimiento quirúrgico para que sea el paciente el que tenga la libertad de decisión.

Se hace referencia a los hábitos alimentarios como una de las mayores causas de esta problemática y como uno de los factores a tener en cuenta si se quiere el éxito del tratamiento.

Y la importancia de una correcta evaluación para determinar si la persona está en condiciones físicas y psicológicas para enfrentarlo, ya que suelen surgir sentimientos como ansiedad miedo y baja autoestima.

CASO 4:

En esta entrevista se nombran causas asociadas a la enfermedad tales como malos hábitos de alimentación, factores emocionales, carga genética, etc. Se tiene en cuenta y se lo considera de gran importancia contexto social, económico y familiar.

Se considera importante una cierta estabilidad psicológica, que el paciente tenga un determinado coeficiente intelectual que le permita entender la gravedad del asunto y que no posea trastornos psicológicos que dificulten el seguimiento del tratamiento,

para ello se considera de suma importancia la realización de una evaluación psicológica-

Importancia de informar a la persona acerca de los pro y contra que tiene la cirugía.

Se nombran sentimientos de miedo, ansiedad. Y se considera importante que la persona tenga cierto grado de comprensión y compromiso

CASO 5:

Se nombra como causas de la enfermedad a los malos hábitos alimentarios, factores hereditarios y trastornos a nivel endocrino.

Se considera fundamental tener en cuenta el estado físico previo en el que se encuentra la persona y como requisito fundamental que la obesidad sea de tipo mórbido

Es importante que el paciente no presente patologías psiquiátricas y enfermedades crónicas.

Fundamental el apoyo psicológico y la contención afectiva por parte de la familia o de quien sea cercano a esta persona.

Se encuentra muy importante informar al paciente acerca del procedimiento y así bajar cualquier ansiedad que se pueda suscitar.

Con respecto a los costos de tratamiento son altos por lo que resulta importante averiguar si este lo puede llevar a cabo y cuales serian las consecuencias futuras que le traería.

Se recalca la importancia de una evaluación psicológica y de un seguimiento de la misma luego de realizada la operación.

CASO 6:

Genética, alimentación, estilo de vida como posibles factores desencadenantes de esta patología, también tener en cuenta factores personales en cuanto a lo psicológico, familiares en cuanto a la contención y contextuales en cuanto a la posibilidad de generar y mantener dicha enfermedad

Importante aptitud física y psíquica, capacidad de autocuidado, nivel intelectual que le permite comprender la importancia del asunto y entender la información que se le brinda que es fundamental para tener el conocimiento de lo que va a llevar a cabo.

Considera que los factores económicos son muy importantes de tener en cuenta ya que es un tratamiento costo aun así acceda a la cirugía de manera gratuita, hay muchos otros gastos que has que tener en cuenta y determinar si la persona los puede abarcar.

Evaluación psicológica para determinar si hay patologías severas como puede ser una depresión o consumo de sustancias que puedan influir de alguna manera con el éxito del tratamiento.

CASO 7:

Sedentarismo como mal habito de conducta junto con una serie de factores fisiológicos son los que determinan una obesidad severa que requiere de una operación como alternativa para una mejora. Es preciso saber si el paciente cumple con los requisitos médicos, si tiene un grupo de contención mas alla del grupo de médicos a cargo, si hay compromiso y predisposición para seguir con un tratamiento mas alla de la cirugía.

Es importante un trabajo interdisciplinario que abarque y contenga al paciente desde todos los ámbitos no solo el médico.

No se puede dejar de la lado la importancia de transmitir toda la información acerca de la complejidad del tratamiento para que este tenga plena decisión sobre su salud.

Tener en cuenta que sentimientos de temor ansiedad angustia son normales que aparezcan en este proceso por lo cual es necesario la supervisión de los agentes de salud mental ya sea previo a la cirugía para determinar si este está apto como luego de la cirugía para contener en los cambios que esta genera.

Importante contar con la información completa acerca de este paciente incluyendo el factor económico ya que se trata de un tratamiento costoso al que no todos pueden acceder.

CASO 8:

Factores hereditarios, malos hábitos de alimentación, patologías psiquiátricas como lo depresión son algunos de los que influyen en la aparición de la obesidad.

Es importante la estabilidad emocional del paciente, su estado psicológico, que no exista una depresión, consumo de sustancias u otras patologías psiquiátricas severas.

Tener en cuenta que estrategias utilizada la persona para enfrentar el tratamiento, que otros intentos ha hecho para solucionar el problema y porque estos no han dado resultado, y si hay un cierto compromiso y responsabilidad sobre esto.

Fundamental la contención familiar y social y la posibilidad económica.

La importancia de que el paciente asista a una terapia tanto antes durante como después para poder trabajar sentimientos de temor ansiedad e inseguridad que puedan aparecer en el transcurso.

Evaluación psicológica fundamental para poder conocer puntos fuertes y débiles de la persona para poder trabajarlos.

Se considera de gran importancia informar al paciente sobre el procedimiento y que este tenga una buena comprensión de la situación para poder tomar una determinación consciente y adecuada.

CASO 9:

Las causas principales que se llevan a la obesidad son: la mala alimentación el sedentarismo, alteraciones hormonales, trastornos psicológicos, este profesional hace mucho hincapié la importancia de la actividad física del medio social y del estado medico del paciente que va a someterse a cirugía, habla del rol central del cumplimiento de la dieta para conseguir el éxito de la cirugía. Toma como importante el actuar de todos los médicos involucrados en el tratamiento otorgando así un cuidado integral de la persona.

Recalca la importancia de que el paciente este informado acerca de la cirugía a la que va a someterse y nombra como sentimientos normales frente a tal situación, miedo, ansiedad, angustia, esperanza.

Importancia de una evaluación psicológica para detectar factores de vulnerabilidad en la personalidad del paciente.

Señala como comentario extra la importancia de que antes de tomar la decisión de operarse se hayan agotado el resto de los recursos para el descenso de peso.

CASO 10:

Genetica, conflictos psicológicos, mala alimentación, malos hábitos, como causas principales de la obesidad.

Es importante cierta madurez emocional, contención familiar y voluntad para realizar un tratamiento de este tipo

Evaluar capacidad de poder cambiar hábitos de alimentación y cuidado manteniendo estos en el tiempo.

Es bueno una terapia individual y grupal pre y post quirúrgica.

Todo paciente debe estar informado sobre el procediendo, como se va a llevar a cabo y este debe tener la capacidad de comprender a lo que se va a enfrentar.

Sentimientos como miedos, angustia y ansiedad son típicos en casos como estos.

Importancia de la evaluación psicológica para tener en cuenta características de personalidad, y si hay algún trastorno de que pueda influir en el tratamiento.

CASO 11:

Diversas son las características que señala este profesional como causantes de la obesidad entre las cuales nombra: genéticos, ambientales, mala alimentación, derivado de tras enfermedades y sedentarismo.

Considera importante una completa evaluación de la persona donde intervengan no solo médicos sino nistricionistas psicólogos preapradores físico, etc

Importancia de las caracteristacas propias del paciente como habitos alimentacrio y si este esta dispuesto a modificarlos y mantenerlos en el tiempo.

Señala como importante la dieta de descenso de peso ya que esta será un signo de éxito para el tratamiento.

Cree importante informar al paciente sobre todas aquellas cosas que tengan que ver tanto de su enfermedad como de su posible cura y que sentimientos como miedo angustia incertidumbre felicidad suelen darse en estas personas al momento de atravesar dicho proceso

Hace referencia a la importancia del contexto social en cuanto apoyo económico en cuanto a que es un tratamiento costoso en su totalidad.

Importancia de la evaluación psicológica para determinar si está apto para dicha intervención y evaluar si está preparado para afrontar los desafíos post quirúrgicos.

CASO 12:

Al igual que los otros profesionales se hace referencia a una pluricausalidad de dicha enfermedad, se remarca sobre todas las cosas el sedentarismo y los hábitos alimentarios.

Se cree necesario un control médico nutricional y psicológico acompañado de una rutina física que no puede faltar en el tratamiento y es fundamental para el futuro éxitos del mismo.

Necesario para realizar la operación que el paciente cuente con recursos físicos, psicológicos sociales y económicos de lo contrario se observarían trabas a lo largo del tratamiento y un posible fracaso en el pos quirúrgico.

La importancia de informar debidamente al paciente y contenerlo en este proceso para que sea el quien decida de forma consciente acerca de su cuerpo y su salud. Considera que el paciente debe estar sano física y psicológicamente y que sentimientos como miedo angustia y ganas de mejorar son normales.

Importancia de que el paciente llegue en optimo estado por lo que considera fundamental una evaluación psicológica para descartar posibles patologías que intervengan en el éxito de dicho tratamiento.

CASO 13:

Variadas son las causas que provocan la obesidad, entre las cuales se destacan los malos hábitos de alimentación.

Es fundamental tener en cuenta el estado físico y psicológico del paciente por lo que seria bueno someter al paciente a una evaluación integral donde participen todos los profesionales de la salud que tienen que ver con la temática.

Importancia del contexto como facilitador o no de dicho tratamiento teniendo en cuenta que el paciente necesita, comprensión y contención y necesita de ciertos medios económicos para poder acceder tanto a la cirugía como a los cuidados que implica esta ya que se hace referencia a la necesidad de una dieta estricta pre y pos quirúrgico

Es fundamental un cambio de vida y un compromiso en la misma para poder llevar a cabo esto por lo que resulta importante informar claramente al paciente para que este sepa a que se enfrenta.

Sentimientos como inseguridad miedo angustia son normales por lo que considera importante un acompañamiento psicológico durante todo el proceso determinando este si es apto o no.

ANALISIS HORIZONTAL:

CIRUGIA BARIATRICA:

- CAUSAS DE LA OBESIDAD
- EVALUACION DEL PACIENTE
- PREPARACION DEL PACIENTE
- CONTEXTO DEL PACIENTE
- PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS DEL PACIENTE

SUPRA CATEGORIA	CATEGORIA	CONSTRUCTO HIPOTETICO	EJEMPLIFICACION
	CAUSAS DE LA OBESIDAD	“La obesidad es una enfermedad multicausal que involucra factores como: genéticos, psicológicos, fisiológicos, malos hábitos alimentarios, etc”	<p>-“Las causas de la obesidad son variadas no se puede pensar en una sola, que desencadene esta patología, hay que tener en cuenta factores genéticos y hereditarios, mala alimentación, malos hábitos como sedentarismo sin descartar algún componente psicológico, sumado al contexto que puede influir de forma negativa y no se pueden dejar de lado las enfermedades asociadas a esta problemática”</p> <p>-“Esta patología puede provenir de factores diversos entre los que incluyo genéticos, socioculturales, ambientales, idiopáticos, mala alimentación, derivados de otras enfermedades y el mayor problema de la era moderna el sedentarismo”</p> <p>-“ Las causas principales son: mala alimentación, sedentarismo, alteraciones hormonales, trastornos psicológicos”</p>

	EVALUACION DEL PACIENTE	<p>“Es importante una evaluación pre quirúrgica que nos permita determinar cuáles son las personas aptas para llevar a cabo este tratamiento. Dicha evaluación nos debería indicar como se encuentra física y psicológicamente, si está en condiciones de someterse a la cirugía o esto implicaría riesgos futuros. Evaluar también sus hábitos alimentarios, su estado psicológico, motivación y compromiso, su capacidad de autocuidado y muy importante si hay un contexto socio-económico que contenga y sostenga”</p>	<p>-“ Para evaluar debemos tener en cuenta sus condiciones psicofísicas, tipo de actividad que realiza y entorno social, como así también si padece algún tipo de enfermedad”</p> <p>-“Importante un tratamiento psicológico previo, como también una evaluación médica y nutricional”</p> <p>-“Detectar si hay factores vulnerables en la personalidad del paciente a fin de reforzarlos para evitar recaídas y acompañamiento durante el proceso”</p> <p>-“Saber desde que aspectos hay que abarcar al paciente, descubrir la tensión psicológica, el grado de comprensión y compromiso y expectativas del paciente”</p> <p>-“Evaluar hábitos, ocupación, entorno familiar, motivación y compromiso con el tratamiento”</p>
	PREPARACION DEL PACIENTE	<p>“Es fundamental preparar al paciente antes de la intervención, tanto física como psicológicamente, para que este implemente nuevos hábitos más saludables, adquiera capacidad de autocuidado, sea informado de manera completa y correcta, para que tenga la libertad de elección, incluyendo en esta preparación a su contexto para que brinde contención y de esta manera facilite y efectivice el tratamiento”</p>	<p>-“Imprescindible y obligatoria, tanto para llegar en condiciones físicas a la cirugía como para implementar nuevos hábitos”</p> <p>-“Tratamiento nutricional y psicológico, explicando beneficios, en que consiste, riesgos y complicaciones, así como cuidados nutricionales pre y pos operatorios”</p> <p>-“Yo creo que lo indicado sería evaluar al paciente para ver si este cumple con requisitos, hacerlo de manera completa integrando todos los aspectos ya sea médicos como psicológicos. Y por supuesto un seguimiento luego de la operación”</p>

	<p>CONTEXTO DEL PACIENTE</p>	<p>“El contexto del paciente ya sea social, familiar, cultural, económico influye en el tratamiento ya sea de manera positiva o negativa por lo que es imprescindible tenerlo en cuenta a la hora de asumir este tratamiento”</p>	<p>-“es fundamental en tratamiento de este tipo tener el apoyo de la familia ya que cumplen un rol de contención y ayuda sobre todo en la parte de los cuidados, ya sea en la dieta como en los cuidados post operatorio”</p> <p>-Es importante ya que hay una estrecha relación entre lo que impone la sociedad a nivel estético, el deterioro de la salud y el dinero para el tratamiento”</p> <p>-“No todo el mundo puede acceder ya que si bien hay planes gratuitos para realizar la cirugía, es la duración y asistencia al plan pre quirúrgico lo que va a determinar si se puede llevar a cabo o no. Además siempre hay que pensar en las instancias postquirúrgicas”</p>
	<p>ESTADO PSICOLOGICO: SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS DEL PACIENTE</p>	<p>“Sentimientos que surgen en el paciente que lleva a cabo un tratamiento de esta índole son: miedo, ansiedad, angustia, baja autoestima, esperanza, transformación, cambio etc”</p>	<p>-“Miedo, angustia ante lo desconocido, ansiedad ante la oportunidad de solucionar su problema que los aqueja y esperanza de que salga todo bien”</p> <p>-“Ansiedad, temor, desconfianza, como también deseos de cambio en su calidad de vida”</p> <p>-“Miedo, incertidumbre, ansiedad, así como también esperanza frente al cambio”</p>

ANALISIS INTEGRAL:

Se pudo observar tal como se había planteado en el marco teórico que la salud de la población está condicionada por numerosos factores sociales y económicos. En ese contexto, la obesidad es un factor que afecta significativamente la salud de las personas.

Esta enfermedad es de carácter multifactorial ya que en ella participan factores biológicos, de comportamiento, culturales, sociales, medioambientales y económicos que establecen una red de interacción múltiple y compleja, sumado a esto la sobrealimentación y la baja actividad física no colaboran en un diagnóstico de este tipo, por lo que los hábitos poco saludables de estas personas cumplen uno de los factores más importantes a tener en cuenta, ya que estos nos van a señalar la forma de desempeñarse del paciente, lo que será de ayuda para planificar el tratamiento a realizar.

Ya que nuestro estudio se centra en los factores psicológicos no podemos dejar de destacar el papel fundamental que juegan estos en la formación de esta patología, no como único factor pero si muy importante no solo en la formación si no el sostenimiento de tal enfermedad y sobre todo en la posibilidad de que la persona pueda acceder o no a la operación y lo importante que es trabajar este aspecto pre y pos quirúrgico.

Podemos agregar entonces la importancia de una evaluación completa en la cual se tengan en cuenta todos los aspectos que en esta enfermedad influyen, ya que para que el paciente pueda someterse a esta cirugía tiene que reunir ciertos requisitos así sería ideal elaborar un programa que contenga una completa evaluación médica y nutricional para descartar posibles riesgos quirúrgicos ya que la obesidad se caracteriza por tener diversas enfermedades asociadas, una evaluación socio-económica para determinar si esta persona está capacitada tanto social como económicamente a llevar a cabo el tratamiento ya que este es largo y necesita de contención familiar y contextual y es muy costoso y por ultimo una evaluación psicológica para ver si este está apto, sino posee ninguna patología mental o aspectos de personalidad que impida la realización del mismo y si reúne las características como constancia, compromiso,

voluntad, necesarias para adherir a un tratamiento de este tipo. Además de ser fundamental el papel del psicólogo ya que como es nombrado en todas las entrevistas durante el tratamiento suele aparecer sentimientos como son el miedo, angustia, ansiedad, felicidad, optimismo, esperanza y estos hay que acompañarlos y trabajarlos en su debido momento para que luego no afecten a largo plazo a la persona y al tratamiento

Podemos observar como se hace hincapié en el cambio de hábitos ya que es fundamental para un éxito futuro que la persona no vuelva a incurrir en los mismos problemas y es fundamental incluir como forma de vida saludable el ejercicio físico y la dieta que es el componente esencial de las intervenciones para reducir de peso, incluso cuando se opta por la cirugía, ya que es indispensable llegar a un peso adecuado para luego poder operarse, por lo tanto para la elaboración de la prescripción dietética, es fundamental determinar la ingesta nutricional, los requerimientos calóricos y las comorbilidades del paciente.

Se puede agregar a todo esto la importancia de una correcta psicoeducación que sirva como promoción y prevención de la salud y otorgue una psicoprofilaxis quirúrgica, como se logra esto informado adecuadamente a la persona acerca de la enfermedad que padece, cuáles son las causas y los problemas que esta trae, cuáles son los métodos para combatirla y más precisamente informar acerca del procedimiento quirúrgico que va a llevar a cabo, las diversas alternativas que existen, cuáles son sus pro y sus contra para que este tenga una decisión libre y consciente y de esta manera sepa a lo que se enfrenta, para esto es fundamental que la persona tenga un cierto grado de entendimiento de la situación a la que se va a enfrentar.

No podemos pasar por alto la importancia del rol que cumple la familia o el contexto más cerca del paciente en este proceso, ya que es fundamental que este se sienta apoyado y acompañado, como todo proceso es largo y tiene sus dificultades por

lo que sería de gran ayuda que su contexto más cerca colabore y no sea un obstáculo en esto.

Teniendo en cuenta todos estos datos obtenidos por las entrevistas realizadas a los diversos profesionales es fundamental resaltar la importancia del papel que cumple la salud mental en este tipo de intervención, ya que la aptitud psicológica es considerada una de las condiciones necesarias que debe reunir el paciente para la cirugía, siendo esta una opción posible si el paciente ya agoto todas las posibilidades y no pudo darle solución a su problema de otra manera y su salud se encuentra en riesgo.

Por lo tanto debemos resaltar la importancia de un buen apoyo necesario en todo tipo de intervención donde se produce un importante cambio físico que trae sus consecuencias emocionales.

Para esto es fundamental en un tratamiento de esta índole un trabajo interdisciplinario donde cada profesional aporte desde su especialidad su conocimiento y así la persona sea tratada de forma integral reduciendo daños a posteriori.

CONCLUSIONES:

Según los objetivos planteados y los resultados arrojados por las entrevistas realizadas en dicha investigación las conclusiones a las que se llegan son:

- Teniendo en cuenta que la enfermedad de la cual vamos hablar es multicausal es fundamental conocer al paciente en todos sus aspectos para esto es importante una evaluación integral que abarque todas las áreas del mismo y nos permita recolectar toda la información con la que luego podremos decidir si el mismo está apto o no. Esta evaluación será integral por lo que cada profesional cubrirá su área a investigar, en lo que a la parte psicológica le respecta es importante hacer un rastreo del estilo de vida que paciente lleva, cuáles son sus hábitos y sus costumbres, como está compuesto su contexto y cuáles son las características del mismo, es importante también saber si la persona cuenta con algún trastorno de base que impida la realización de dicho tratamiento sin haber trabajado este primero, así mismo es importante saber si el paciente cuenta con características que son fundamentales para poder hacer frente y adherir a un tratamiento de este tipo.

- Es primordial hacer hincapié y prestar especial atención a los hábitos que el paciente posee ya que estos nos señalan el estilo de vida que este lleva y si es capaz de cambiarlo y mantenerlo en el tiempo, ya que esta es una característica que se vuelve fundamental para evitar posibles recaídas y fracasos futuros. Se plante la importancia de un cambio a una vida más saludable en todos sus aspectos, ya sea nutricionales, físicos y emocionales.

- Es imprescindible en un tratamiento complejo como en el que hacemos referencia prestar adecuada atención al paciente en todos sus aspectos por lo que no se puede dejar de tener en cuenta la correcta preparación del mismo antes de la cirugía, para esto se requiere brindar toda la información que haga falta para despejar posibles dudas, se considera que es de gran ayuda que el

paciente sepa a lo que se va a enfrentar por lo tanto resulta primordial que el paciente sepa el por qué de su enfermedad, cuales son las causas y las consecuencias de mantenerse en este estado, cuales son las formas para poder combatirla si se toma la decisión de someterse a la cirugía, saber todo acerca de la misma, tipos, procedimientos, ventajas y desventajas de cada uno y posibles complicaciones, de esta manera hacemos que el paciente intervenga de forma activa en su tratamiento y sea el quien elije de forma consciente que quiere para su salud, comprometiendo al mismo a los cuidados que este implica.

- Sería de gran ayuda conocer el contexto social y familiar que rodea a la persona, para saber si este será de influencia positiva o negativa en el tratamiento, ya que se requiere la ayuda del mismo para poder llevarlo adelante, si bien es necesaria cierta autonomía por parte del paciente para afrontar la situación, no podemos dejar de lado que es un tratamiento en el cual va a necesitar de la colaboración de su contexto, ya que habrá cosas que no podrá realizar solo.

- Como se pudo ver a lo largo de este tratamiento surgen varios sentimientos que acompañan a una situación desconocida y compleja como lo es esta, por lo que es necesario determinar si estos son propios del proceso y una vez terminado el mismo casaran o son características personales del paciente y hay que trabajarlos para evitar que sean fuente de complicaciones futuras.

- Se llega a la conclusión que una persona con ciertas patologías psiquiátricas no puede llevar a cabo una intervención de este tipo, por lo que habrá que trabajarlas previamente y una vez solucionadas estas se determinara si se puede continuar con el tratamiento.

- No cabe duda de que en los últimos años se ha avanzado notablemente en mejorar las técnicas bariátrica con la finalidad de disminuir la morbilidad y

mortalidad asociadas a esta cirugía mayor. Pero también debemos ser conscientes de que sigue siendo imprescindible advertir a los pacientes acerca de la necesidad de mantener una conducta alimentaria y unos hábitos de vida saludables, para garantizar el éxito a largo plazo.

- Por lo tanto concluimos que el rol del psicólogo en este ámbito consiste en valorar los aspectos psicológicos del postulante a cirugía de acuerdo a los criterios de selección pautados por guías y/o protocolos que establezca, clínica, médico, etc, para establecer si es apto o no para llevar a cabo el tratamiento, como así también informar y educar al paciente concientizándolo de los pro y contras de la cirugía, como así también enriquecer la valoración interdisciplinaria y realizar el seguimiento del paciente postquirúrgico.

APORTES DE LA INVESTIGACION:

Teniendo en cuenta dichas conclusiones podemos aportar lo siguiente:

- A pesar de que la génesis de la obesidad está condicionada por unos hábitos alimentarios y estilos de vida inadecuados, también puede deberse a alteraciones metabólicas y trastornos neuroendocrinos, factores sociológicos, componentes genéticos hereditarios e incluso a la interacción entre estos factores. Por ello, el ejercicio físico regular, la promoción de hábitos saludables y dieta equilibrada son algunas de las medidas más eficaces para la prevención del sobrepeso y obesidad.

- El tratamiento de la obesidad debe ser multidisciplinario, involucrando a médicos, nutricionistas, kinesiólogos o fisiatras, profesores de educación física, trabajadores sociales, psicólogos y cirujanos.

A partir de toda la información recolectada y del trabajo realizado podemos decir que los objetivos fueron en parte cumplidos ya que mediante la entrevista realizada a los profesionales podemos determinar la importancia de una evaluación integral al paciente y cuales son las características que esta debería tener para que sea un instrumento de trabajo útil, mediante esto proponemos un esquema de trabajo que incluya lo siguiente:

PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA PARA PERSONAS QUE VAN A SOMETERSE A UNA CIRUGIA BARIATRICA:

La siguiente evaluación se dividirá en 6 encuentros que pueden ser más o menos según el caso particular del paciente y el criterio del profesional. Es una propuesta que sintetiza los aspectos más relevantes a evaluar que arrojo esta investigación. La intención de la misma es que mediante la entrevista en profundidad y diversas técnicas especializadas se pueda evaluar si la persona que decide someterse a este tratamiento es tiene el apto psicológico o no.

1- Primera encuentro: anamnesis y evaluación contextual (familiar, laboral, historia de la enfermedad), toma del cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado. En esta primera entrevista se intentaran recoger datos básicos de la persona que nos ayude a saber quién es, datos sobre su enfermedad, a que se dedica y si esto la posibilita a realizar el tratamiento y cuál es su red de y de apoyo y contención. Se evaluara mediante el inventario de ansiedad, si esta es un rasgo propio de la persona o un estado pasajero asociado al evento que está enfrentando.

2- Segundo encuentro: técnica de información y evaluación de la adherencia al tratamiento. En este encuentro se proporcionara información acerca de la enfermedad y la cirugía, teniendo en cuenta la información con la que ya cuenta y la que necesita para poder tomar la decisión de operarse y evaluar si el mismo tiene la capacidad de poder llevar a cabo el tratamiento con todo lo que el implica.

3- Tercer encuentro: entrevista y toma de inventario de depresión. En este encuentro se pretende recabar información acerca de aspectos psicológicos tales como sentimientos y pensamientos que esta enfermedad y cirugía traen consigo y también saber la historia de padecimientos de enfermedades psicológicas de la persona y sus familiares más próximos, para determinar si hay que hacer algún tratamiento paralelo que le permita al paciente estar optimo psicológicamente. Con el cuestionario de depresión se pretende ver si la persona sufre de la misma ya que si fuera así hay que tratarla antes de poder operar.

4- Cuarto encuentro: toma del MMPI-2: para evaluar y descartar trastorno de personalidad que impida a la persona poder someterse a la cirugía.

5- Quinto encuentro: entrevista y toma de cuestionario de afrontamiento. En este encuentro se trabajara sobre como la persona se vincula con sus problemas, si los reconoce como tales y que modos de llevarlos a cabo tiene, si es asertivo o es un tema a trabajar, luego de la entrevista se tomara el cuestionario de afrontamiento que nos arroje de modo más certero como es q la persona hace frente a sus problemas.

6- Sexto y último encuentro: este encuentro se utilizara para poder hacer una devolución de los resultados de dicha evaluación, determinando si el paciente es apto desde el punto de vista psicológico para poder llevar a cabo el tratamiento, de no ser así hacer las derivaciones necesarias para poder tratar los puntos que no permiten que se acceda a la cirugía.

Se propone este protocolo de evaluación porque se considera que de manera rápida y sencilla abarca la mayoría de los aspectos involucrados en el tratamiento, queriendo lograr con esto una evaluación completa e integral que nos permita determinar si el paciente está apto psicológicamente para acceder a dicha intervención. Por supuesto a esto se suma la evaluación del resto de los profesionales para tener una mirada amplia del paciente y optimizar así los resultados del tratamiento.

A continuación se detallara el Protocolo anteriormente comentado, el cual se ha hecho en base a los datos obtenidos de esta investigación y de la experiencia personal de haber llevado a cabo uno caso de esta índole. Si bien se apunta a una evaluación integral del paciente abarcando todos los aspectos que lo constituyen, el protocolo que se propone solo abarca la parte psicológica ya que es el aspecto que a nosotros como agentes de salud mental nos incumbe.

PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA:

PRIMER ENCUENTRO: entrevista estructurada para conseguir datos personales, contextuales y sobre la enfermedad en sí. Toma del inventario de ansiedad estado-rasgo.

- Datos Personales:

-Nombre:

-Sexo:

-Edad:

-Estado civil.

-Escolaridad:

-¿Qué actividades realiza durante el día?

-¿Qué actividades realiza durante su tiempo libre?

- Datos Familiares:

-¿Cómo está compuesta su familia?

-¿Con quién vive?

-¿Cómo es la relación que tiene con los miembros de su familia?

-¿Cuál es la opinión de su familia con respecto a la cirugía que pretende realizarse?

-¿Siente que recibe apoyo de los mismos? ¿Por quién se siente más contenida?

-¿Hay algún otro miembro de su familia o de su contexto que tenga obesidad? ¿qué opina este?

-¿Ha pensado como va a hacer con el cuidado que requiere una vez que este operado?

-¿Algún miembro de su familia o contexto cercano le va a brindar ayuda, ya que los cuidados pos quirúrgicos no los puede llevar a cabo solo?

- Datos laborales:

- ¿Cuál es su ocupación?
- ¿Cuánto tiempo del día dedica a su trabajo? ¿En qué horarios lo realiza?
- ¿Cuánto tiempo del día dedica a actividades extra laborales?
- ¿Cómo se siente respecto a su trabajo?
- ¿Cree que su enfermedad interfiere en sus tareas?
- ¿Sus ingresos le permiten llevar a cabo este tratamiento o recibe algún tipo de ayuda económica?
- ¿En su trabajo tienen conocimiento que se va a operar y que esto implica que se ausente de su trabajo por un periodo de tiempo? ¿Qué opinan al respecto? ¿Se siento apoyado?
- ¿Va a poder retomar sus actividades de forma normal luego de la cirugía?

- Datos sobre la enfermedad:

- ¿Hace cuantos años sufre de obesidad?
- ¿Cómo cree usted que llegó a este estado?
- ¿Qué ha hecho para intentar revertir la situación?
- ¿Ha realizado algún otro tratamiento antes de tomar la decisión de operarse?
- ¿Por qué cree que no ha surgido efecto?
- ¿Sufrir de alguna otra enfermedad como consecuencia de la obesidad?
- ¿Qué sabe usted acerca de la obesidad?
- ¿Cómo tomó la decisión de operarse y por qué?
- ¿Qué sabe acerca de la cirugía que va a llevarse a cabo? ¿Cómo cree que esta puede beneficiarlo?
- ¿Ha realizado dietas nutricionales?
- ¿Realiza ejercicio físico (detalles: que, como y tiempo)?

- Cuestionario de HABITOS ALIMENTARIOS:
 - ¿Cómo es un día habitual en cuanto a las comidas?
 - ¿Qué tipos de alimentos ingiere, cantidad y que horario?
 - ¿Qué cantidad de alimento en cada porción? ¿Qué intervalo entre cada bocado?
 - Condiciones ambientales de las comidas (lugar, compañía, realización de actividades paralelas.
 - Preparación más frecuente de los alimentos (hervidos, asados, fritos?)
 - Variables cognitivas y emocionales asociadas a la dieta.
 - Variables cognitivas y emocionales asociadas al incumplimiento de la dieta.

- Toma de INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO.

SEGUNDO ENCUENTRO: en este encuentro se brindaría información acerca de los puntos que hayamos visto en el encuentro anterior, preparando un material bibliográfico que se trabajara de manera oral y escrita.

- Técnica de Información.

- Entrevista estructurada sobre adherencia al tratamiento:
 - ¿Cuándo intento liberarse de un mal habito, intento detectar los factores que lo mantienen y los que no permiten superarlo?
 - ¿Le resulta difícil manejar sentimientos de tensión si ayuda externa?
 - ¿Cuándo planifica una tarea lo cumple o suele dejarla a la mitad?
 - ¿tiene dificultad para seguir con un tratamiento, para cumplirlo? ¿Necesita ayuda para realizarlo porque solo no puede?
 - ¿Realza dieta? ¿Cumple con las indicaciones? ¿Asiste a controles nutricionales?

- ¿Realiza ejercicio físico? ¿Tiene una rutina que sigue o lo hace sin una frecuencia establecida? ¿es supervisada por un profesional idóneo al tema?
- ¿tiene usted un tratamiento indicado con medicamentos? ¿Se olvida de tomarlos? ¿Cumple con las indicaciones? ¿Cuándo se siente mejor los deja aunque no se lo hayan indicado así?
- ¿Cumple con los tratamientos sin supervisión de su familia o amigos?
- ¿cumple con los tratamientos sin realizar grandes esfuerzos?
- ¿Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento?-
- ¿Cómo cree usted que tiene que llevar a cabo este tratamiento para que sea exitoso?

TERCER ECNUENTRO: en este encuentro se buscara saber la historia de enfermedades psicológicas y descartar que haya una depresión.

- Entrevista estructurada:

- ¿A lo largo de su vida ha sufrido alguna enfermedad de tipo psicológico?
- ¿Alguna vez ha realizado algún tratamiento psicológico?
- ¿Hay historia de depresión o algún otro trastorno psicológico en su familia?
- ¿Que sentimientos/pensamientos surge con respecto a su enfermedad?
- ¿Qué sentimientos/pensamientos surge con respecto a la cirugía?
- ¿En caso de tener que realizar algún tratamiento psicológico para poder acceder a la cirugía, lo haría?

- Toma del INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK:

CUARTO ENCUENTRO: En este encuentro solo se tomara el MMPI – 2, debido a su duración y complejidad.

QUINTO ENCUENTRO: En Este encuentro la entrevista estará dirigida a averiguar cuál es el modo en el que habitualmente la persona enfrenta sus problemas, que estrategias utilizada para buscar la solución a los mismos.

- Entrevista Estructurada:
 - ¿Ha tenido usted que hacerle frente a problemas a lo largo de su vida?
 - ¿Cuáles son las maneras más habituales de hacerle frente a estos?
 - ¿Busca solucionarlos por sus propios medios o prefiere que otros lo hagan por usted?
- Toma de Inventario de ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO:

SEXTO ENCUENTRO: devolución de los resultados de la evaluación y derivación en el caso que sea necesario:

BIBLIOGRAFIA:

- Acosta Seró, O (2009, junio 24) Más de la mitad de la población argentina sufre sobrepeso y obesidad. *La gaceta*. S3.
- Ambrosi, Eliana Cecilia. (2009). *Bienestar psicológico y sentido de vida en adultos obesos* (Tesina de grado). Mendoza, Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología.
- Alfredo Martínez J(2006) . *Determinantes genéticos de la obesidad*. Madrid p. 50-58.
- Ackermann, M. Cappelletti, A. (2011). Modulo 5: Aspectos nutricionales y psicológicos del manejo peri operatorio. Posgrado de cirugía bariátrica. *Nutrinfo.com*.
- Bresh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35(4), 537-46.
- Chandler, E. Bernardo, R. (2002). Obesidad: aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales. *Revista Actualidad Psicológica*, 1, 5.
- Cuevas, A. Reyes, S. (2005) Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? *Rev Méd Chile*; 133: 713-722
- Documento de consenso sobre cirugía bariátrica 245 *Rev Esp Obes* 2004; 4: 223-249
- Consenso SEEDO (2007) Evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica *Rev Esp Obes* 2007; 5 (3) : 135-175

- Elgart, J. Pfirter, G. Gonzalez, L (2012). Obesidad en la Argentina: epidemiología, morbimortalidad e impacto económico. *Revista Argentina salud pública*. 5 (1), 6-12.

- Fernández Canet, R.(2008). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: análisis de las diferentes variables que puedan afectar a la pérdida de peso. Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia, España.*

- Ferrante, D. Linetzky, B. Konfino, J. King, A., Virgolini, M. Laspiur, S. (2011). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(6), 34-41.

- García, E. (2004). ¿Qué es la obesidad?. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. (12), 3, S88-S90.

- Gozales L. (2011). Clasificación del sobrepeso y obesidad [Versión electrónica]. *Medicina Interna de Galicia*, 5,55-57.

- Hernández Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140 (2), 28-29.

- Hernandez Sampieri, R; Collado, F y Baptista, L (2006). Metodología de la Investigación. (4° ed.) Mexico: McGraw-Hill.

- Instituto Medico Europeo de la Obesidad (2012, noviembre 8). Estadísticas de obesidad 2012. Instituto Medico Europeo de la Obesidad IMEO. Consultada en <http://stopalaobesidad.com/2012/11/08/estaditicas-de-obesidad-2012>

- Lasagni V (2012). Estado psicológico de los postulantes a cirugía bariátrica. *Bariatría & Metabolica Ibero Americana*.3. (10), 118 – 124.

- López Galán, María Belén. (2010). *Influencia de los estilos de personalidad sobre la conducta alimentaria* (Tesina de grado). Mendoza, Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología.
- Martín, I. Antón, A. (2002). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26(5), 117-127.
- Moreno, E. Zugasti, M. (2004). Cirugía bariátrica: situación actual. *Revista Medica universidad de Navarra*, 2 (48), 66-71.
- Organización Mundial de la Salud (2012, Mayo). Obesidad y sobrepeso. Nota 311. Consultado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Páramo, M.A. (2009). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA), 5ª edición*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Perello, M. Spinedi, E. (2004). Aspectos neuroendocrinos de la obesidad. *Medicina Buenos Aires*, 64 (3), 257-264)
- Pérez Hornero, J. Gastañuduy, M. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del psicólogo, España*, 90 (26), 10-14.
- Rendon, S. E. Pories, W. J. (2005). Garantía de la calidad en cirugía bariátrica. *Clínica quirúrgica de Norte America*, 85, 757-771
- Ríos, B. (2012). El Rol del Psicólogo en Cirugía Bariátrica y Metabólica. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 2(3).

- Rubio, M. Martínez, C. Vidal, O. Larrad, A. Salas, J. Pujol, J. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Española de obesidad*, 4, 223-249. W. J. 2005).

- Seijas , D. (1997) Programa de Obesidad: *Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile*. 1997; 26:38-41

- Silvestri, E. Staville, A. E., Hirschmann, J. J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300 (3), 13-22.)

- Vázquez, V. López, A. (2001) Psicología y obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 2 (9), 91 – 96

ANEXO:

A continuación se detallan los instrumentos que se proponen como adecuados para tomar en la evaluación psicológica.

-ENTREVISTA ESTRUCTURADA:

en este tipo de entrevistas *“el entrevistador realiza su labor con base en una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta”* donde se interroguen

aspectos varios del paciente, incluyendo una detallada anamnesis e historia del paciente, donde podamos recorrer y conocer desde sus aspectos enfermos hasta los más sanos incluyendo datos médicos y nutricionales a fin de saber en forma integral la salud del paciente, en la misma también se tendrá como objetivo conocer contexto socio económico con el que cuenta la persona.

-ENTREVISTA DE HABITOS ALIMENTARIOS:

Esta entrevista ha sido elaborada para recoger información detallada sobre los hábitos de alimentación de cada uno de los pacientes con el objetivo de identificar aquellas variables o elementos inadecuados para su posterior modificación. Entre las conductas evaluadas podemos reseñar: tiempo total empleado en comer, intervalos entre "bocados", frecuencia y duración de la masticación para cada porción, cantidad de alimento en cada porción, "picoteo" entre las principales comidas (frecuencia, cantidad y tipo de alimento), condiciones ambientales de las comidas (lugar de las comidas, compañía, realización de actividades paralelas, etc), preparación más frecuente de los alimentos (hervidos, asados, fritos, etc), variables cognitivas y emocionales asociadas al incumplimiento de la dieta (sentimientos de fracaso, culpabilidad, ansiedad, etc)

-MMPI-2: para descartar trastornos de personalidad.

Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota – 2. (MMPI – 2) Autores: Hathaway & McKinley. Posteriormente, el comité de reestandarización estuvo formado por Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer. Año de publicación: MMPI en 1943. MMPI – 2 en 1989. Constructo evaluado: Personalidad.

El Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota - 2, (MMPI- 2), junto con el test es una de las pruebas psicológicas más utilizadas y aceptadas, dentro de las “pruebas de evaluación psicológica de la personalidad”. La popularidad del MMPI -2 radica en ser una técnica con altos estándares de validez y confiabilidad, que le permite al psicólogo elaborar juicios válidos sobre la “personalidad”. Desde sus orígenes en la década del 40, hasta la actualidad se ha traducido a varios idiomas y adaptado en diversos países como China, Cuba, España, Israel, México y Argentina, entre otros. En nuestro país, se ha utilizado muy poco la versión original del MMPI por presentar entre sus ítems, afirmaciones que solo eran válidas para la comunidad de Minnesota. Su adaptación y uso fue posible, recién en su segunda versión MMPI-2, gracias a que en los años ´80 sus autores Hathaway y McKinley, en pos de internacionalizar la prueba, eliminaron aquellos reactivos que se tornaban imposibles de adaptar a otros contextos

-CUESTIONARIO DE DEPRESION DE BECK: para descartar si el paciente atraviesa una depresión.

Inventario de Depresion de Beck, Autores: A. t. Beck, C. h. Ward, m. Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh. Evalúa: la gravedad del cuadro depresivo.

El IDB consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Es dentro de la escala de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.

Otro elemento instintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores o de ansiedad.

El BDI ha sido adaptada y validado al castellano por Conde y Useros.

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD-RASGO (STAI

Autores: Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. Adaptación española: Spielberg C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982).

Objetivos: Evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. La mitad de los ítems pertenecen a la subescala Estado, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. La otra mitad, a la subescala Rasgo, que identifican como se siente la persona habitualmente.

APARTADO PSICOEDUCATIVO: técnica de información.

INFORMACION:

Proporcionar información o que el paciente lo busque (según el estilo del consultante) sobre algún tema determinado. Se utiliza cuando la falta de información es la causa de que no se lleven a cabo determinadas conductas o no se actúe adecuadamente en determinadas situaciones.

Los pasos para su aplicación son:

1. Determinar qué información se le ha de proporcionar al cliente.
2. Informar al cliente de forma clara, concisa y sencilla.
3. Pedir feedback al cliente para comprobar que entiende correctamente la información.
4. Si se considera oportuno, se le proporcionará la información por escrito.

- INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO:

Para observar los modos de afrontar las situaciones y cuáles son los recursos con los que cuenta.

El Inventario de Respuestas de Afrontamiento cuyos autores son Rudolf H.

Moos y B. Moos, es una prueba que permite analizar la interacción entre el

individuo y su entorno, a través de uno de los conceptos centrales a tener en cuenta, que es el afrontamiento definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1984)

El Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI) evalúa ocho tipos diferentes de respuestas de afrontamiento a circunstancias vitales estresantes. Estas respuestas se clasifican en ocho escalas Análisis Lógico (LA), Revalorización Positiva (PR), Búsqueda de Apoyo y Orientación (SG), Resolución de Problemas (PS), Evitación Cognitiva (CA), Aceptación o Resignación (AR), Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (SR), y Descarga Emocional (DE). Las primeras cuatro escalas forman un primer conjunto que evalúa el afrontamiento en su faceta de aproximación y las otras cuatro escalas forman un segundo conjunto que evalúa la faceta de evitación. En cada uno de estos dos grupos, las primeras dos escalas evalúan las respuestas cognitivas, y la tercer y cuarta escala las respuestas conductuales del afrontamiento. Cada una de estas ocho dimensiones o escalas está compuesta por seis items. Al responder este cuestionario, los sujetos seleccionan y describen un estresor reciente y puntual y usan una escala de cuatro puntos que varía entre “Nunca” y “Muchas veces” para puntuar cada uno de los cuarenta y ocho items sobre afrontamiento.

El CRI es un inventario de papel y lápiz que consta de una serie de preguntas a contestar en el protocolo de respuesta. En la primer hoja se presenta las instrucciones para que el evaluado complete la primera parte y conteste los diez items sobre la evaluación del evento estresante o problema definido por el mismo. La segunda parte presenta los 48 items referidos al afrontamiento.

(Isabel M. Mikulic 2013)

El CRI es fácil de administrar en forma de entrevista ya que todos sus items están formulados en forma de preguntas.

- CUESTIONARIO DE ADHERENCIA: para evaluar grado de compromiso con el tratamiento se crearon una serie de preguntas que nos ayudan a observar si la persona cumple con los tratamientos y de qué forma lo hace, ayudándonos a determinar cuál será el grado de compromiso de la misma con la cirugía y lo que ella conlleva.

COPIA DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS: