

FUNDAMENTOS MEDICO-QUIRÚRGICOS DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

ANTONIO MARTÍN DUCE



© UNIVERSIDAD DE ALCALA
Edita: Servicio de Publicaciones

I.S.B.N.: 84-8138-523-9
Depósito Legal: GU-283/2002

Imprime: GRAFICAS MAVE, S.L.
P. I. Cabanillas Parcela 9 Nave C 12

AUTORES

Alvarez Hernández, Julia

Jefe de la Sección de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.
Profesor Asociado de Patología Médica.
Universidad de Alcalá de Henares.

Canseco González, Felipe

Jefe de la Sección de Neumología.
Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.
Profesor Asociado de Patología Médica.
Universidad de Alcalá de Henares.

Fernández de Liria, Alberto.

Jefe del Área 3 de Salud Mental. Madrid.
Servicio de Psiquiatría.
Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Gutiérrez Calvo, Alberto.

Jefe de la Sección de Cirugía General.
Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.
Profesor Asociado de Patología Quirúrgica.
Universidad de Alcalá de Henares.

Martín Duce, Antonio.

Médico Adjunto. Servicio de Cirugía General.
Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.
Profesor Asociado de Patología Quirúrgica.
Universidad de Alcalá de Henares.

Martínez Martínez, Angeles.

Médico Adjunto de Psiquiatría.
Hospital Psiquiátrico de Madrid.

TEMA 2. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA.

*Alberto Fernández Liria.
Angeles Martínez Martínez.*

INTRODUCCIÓN

LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA LITERATURA SOBRE CIRUGÍA BARIÁTRICA.

La obesidad mórbida se define como la presencia de un sobrepeso mayor o igual al 75%, o un BMI mayor de 40 Kg.m². Si bien se considera una enfermedad médica, diversos autores se han ocupado de los aspectos psicosociales con ella relacionados. Dichos aspectos comprenden desde la determinación de la frecuencia de trastornos mentales en este tipo de pacientes y la búsqueda de factores psicológicos relacionados con la etiología de la obesidad mórbida, hasta la participación de los profesionales de salud mental en la valoración y seguimiento ulterior del paciente candidato a cirugía bariátrica, y predicción de resultados de la misma.

No hay consenso en la literatura acerca de la frecuencia de trastornos mentales en los pacientes con obesidad mórbida. Stunkard (1986) no encontró diferencias significativas en cuanto a la prevalencia respecto a la población general. Quince estudios, entre 1960 y 1992, informan de frecuencias muy variables. (Citados en 1). Ninguno de ellos hace referencia a una mayor frecuencia de trastornos psicóticos. Los trastornos depresivos y de personalidad han sido los más frecuentemente encontrados, con frecuencias que oscilan entre un 4% a un 80% y un 15% a 83% respectivamente.

Dentro de los trastornos de personalidad, se destacan en la mayoría de estudios los de tipo dependiente y pasivo-agresivo. Black et al. (1) encuentran en cambio una mayor frecuencia de los cluster excéntricos y teatrales, especialmente del tipo borderline. El hallazgo de rasgos y trastornos de personalidad podría reflejar una situación cuyo carácter reactivo a la obesidad no es detectado por los

instrumentos diagnósticos empleados para los estudios. Larsen (2) encuentra que las altas puntuaciones obtenidas en los cluster orales disminuyen tras la intervención, siendo reemplazados por rasgos de tipo obsesivo, mayor capacidad de control y menor neuroticismo. Black (1) informa de una mayor frecuencia respecto a la población general, de los dos tipos de trastornos citados, así como de trastornos de ansiedad, bulimia y dependencia del tabaco. Andrews (3) por su parte refiere que la mayoría de pacientes bariátricos suelen encontrarse nerviosos, depresivos, silenciosos, inhibidos y hostiles. En una revisión de la literatura DiGregorio informa de la comorbilidad de la obesidad mórbida con comienzo temprano de depresión, ansiedad y fobias seguidas de diversas adicciones, mal ajuste familiar y dismorfofobia (4). En su experiencia clínica encuentra que, frecuentemente, los pacientes bariátricos sufren fobia social y relaciones laborales e interpersonales inmaduras, presentando como rasgos más habituales, los evitativos, dependientes, histriónicos y paranoides y como defensas psicológicas, la negación, proyección, sensibilidad emocional, externalización, represión y formación reactiva.

Diversos autores se han decantado acerca de si los síntomas psicosociales son factores predisponentes a la obesidad mórbida (gratificación oral neurótica, protección inconsciente hacia relaciones que no pueden afrontarse; regresión a una función primitiva del Ego, escasa habilidad de introspección); o bien son consecuencia de la misma. Larsen (5) concluye que en una mayoría de pacientes el malestar psíquico es secundario a la obesidad mórbida, como lo demuestra su mejoría paralela a la pérdida de peso tras la intervención; mientras que en un pequeño subgrupo, con mayor frecuencia de contactos psiquiátricos y de trastorno depresivo mayor prequirúrgicos y peores resultados psicosociales postquirúrgicos, los problemas psiquiátricos tendrían un papel más primario respecto a la obesidad. DiGregorio (4) destaca el papel de la estigmatización social de la obesidad en el malestar psíquico de los pacientes.

Numerosos estudios han buscado factores psicosociales que pronostiquen resultados negativos en cuanto a la pérdida de peso tras la cirugía bariátrica. Dubovsky (1985) encuentra como factor de mal pronóstico el grado de depresión previo a la intervención, hallazgo también referido posteriormente por Ryden en 1996 (6), si bien sus resultados corresponden a un tamaño muestral pequeño (6). Por otra parte, seis estudios entre 1983 y 1990 (5) encuentran que el peso prequirúrgico es la única variable que se correlaciona de forma significativa con el

grado de disminución de peso tras la cirugía. Larsen (5) informa así mismo que la presencia de un diagnóstico de trastorno de personalidad, se asocia con una menor disminución de peso tras el tratamiento quirúrgico que la ausencia de dicho trastorno.

En cuanto a los factores que predicen resultados psicosociales negativos de la cirugía bariátrica, cinco estudios entre 1974 y 1990 informan de una mayor frecuencia de contactos psiquiátricos y síndrome depresivo mayor prequirúrgicos (5). Valley (7) encuentra que la presencia de hospitalizaciones psiquiátricas previas, si bien no influye sobre la pérdida de peso, es el más fuerte predictor de complicaciones médicas postquirúrgicas, siendo otros factores el bajo soporte psicosocial, acontecimientos vitales negativos y puntuaciones elevadas en el MMPI. Ryden informa de que la impulsividad, separaciones emocionales y defensas psicológicas maladaptativas, identifican pacientes que tras la intervención sufrieron ánimo disfórico o conducta alimentaria alterada. Dicho autor encuentra como variables prequirúrgicas predictoras de conductas alimentarias desviadas durante el seguimiento, la discapacidad para establecer relaciones interpersonales estrechas (*Karolinska Scales of Personality*) y la sensación intensa de hambre (valorada mediante el *Three Factor Eating Questionaty*). Las dificultades de relación y de procesamiento psicológico de la agresión interfieren con la adaptación a la restricción de comida, independientemente de la modalidad de tratamiento de la obesidad mórbida (6). Andrews (3) señala que la pérdida de peso puede agravar un estrés emocional asociado con experiencias traumáticas pasadas, como es el caso de víctimas de abusos sexuales en la infancia, las cuales pueden recurrir al sobrepeso como una defensa frente al contacto íntimo no deseado.

La mayoría de los pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica, obtienen resultados psicológicos positivos. Presentan una menor frecuencia de síntomas psiquiátricos, mayor sensación de bienestar, mejor calidad de vida, mayor satisfacción en sus relaciones sexuales, pocos o nulos efectos negativos sobre el ajuste marital, respuesta social y laboral positiva; mejora de la imagen corporal, autoconfianza, efectividad interpersonal y ocupacional y nivel de actividad. Así lo sugieren, en la literatura revisada, diez estudios entre 1980 y 1997 realizados en pacientes sometidos a gastroplastía (5, 8); Semejantes resultados obtiene Stunkard (1986) (citado en 5) en cuanto al bypass intestinal, y Simón (9), en 1997, respecto a ambos métodos. Smiertka (10) ha señalado que el afrontamiento de la iden-

tividad tras la intervención es uno de los más importantes problemas psicológicos del paciente. Anecdóticamente, Bone (11) comunica dos casos de anorexia nerviosa en varones que fueron sometidos a gastroplastia, los cuales presentaban signos de identidad confusa, no siendo ninguno de ellos evaluado psiquiátricamente antes de la intervención.

Andrews (3), muestra la utilidad de tres instrumentos de evaluación psicológica (*Personal Orientation Inventory*, *Taylor Johnson Temperament Analysis*, *Eating Disorder Inventory-2*) en la valoración del paciente bariátrico. Los pacientes más autodisciplinados y centrados en su presente, se beneficiarían más, según este autor, de la gastroplastia; mientras que para aquellos más impulsivos y más preocupados por el pasado y el futuro, sería mejor el bypass gástrico. Señala que la mayoría de pacientes necesita una labor educativa postquirúrgica, apoyo y modificación de conducta; con el fin de prevenir comportamientos que pueden sabotear los resultados del tratamiento quirúrgico. Dichos comportamientos pueden estar mediatizados por el estrés adaptativo que introduce en sus relaciones interpersonales la pérdida de peso.

Con objeto de incrementar la colaboración del paciente y maximizar el éxito de la reducción de peso y la calidad de vida, Di Gregorio et al (4) realizan un programa estandarizado, individualizado y multidisciplinario (psicólogo, dietista y cirujano) de asistencia a pacientes bariátricos. El programa consta de un protocolo diagnóstico consistente en tres evaluaciones durante el período prequirúrgico, y un protocolo de tratamiento que se desarrolla durante los 18 meses siguientes a la intervención, período que los autores consideran crítico para el proceso de cambio de hábitos que implica la cirugía bariátrica.

La valoración se realiza en tres momentos. Poco después de la consulta quirúrgica inicial, cuando la motivación del paciente alcanza su máxima intensidad, el candidato a la cirugía se somete a una amplia entrevista clínica estructurada, que incluye la historia psicosocial del paciente y su familia; y la historia del peso, con especial énfasis en la relación psicológica del paciente con la comida, la dieta y su tolerancia a la frustración. También se recoge la historia de peso de la familia, así como sus hábitos alimenticios. Se evalúa el nivel y profundidad del funcionamiento psicológico del paciente, la vitalidad emocional, fuerza del ego, defensas y estructura de personalidad, estrategias de afrontamiento, métodos y habilidades de

resolución de problemas que suelen emplear, características cognitivas y patrones de conducta, imagen corporal y autoestima, existencia de apoyos sociales para cada paciente, factores médicos y psiquiátricos coexistentes, y en caso de los últimos, historia psiquiátrica. Se exploran las ideas que el paciente tiene acerca del tratamiento quirúrgico y de los cuidados posteriores, estilos de afrontamiento del dolor o sufrimiento, y la sugestionabilidad del paciente para un posterior entrenamiento en el manejo de su padecimiento. Además de una narración detallada de todos estos aspectos, se realiza el diagnóstico del eje 5 de la DSM-III-R.

Una segunda evaluación clínica, se realiza a la cabecera de cama del paciente, con objeto de mantener al día información clave sobre su estado del ego, defensas, estructura de personalidad y funcionamiento, inestabilidad emocional y capacidad de adaptación durante la estancia hospitalaria. El tercer día tras la intervención, se realiza un test psicológico, el *Millon Behavioral Health Inventory* (MBHI). Esta última evaluación, permite poseer un parámetro de comparación con los hallazgos prequirúrgicos, lo que aporta información sobre la capacidad de adaptación, pronóstico y valoración de circunstancias que puedan exacerbar el drástico ajuste a la disciplina diaria subsiguiente a la cirugía.

El programa de tratamiento tiene por objetivos: apoyo del paciente; mitigar estresores psicosociales y condiciones diagnósticas, agudos o crónicos, para facilitar la reducción de peso y la calidad de vida; desensibilización y afrontamiento del malestar mediante entrenamiento en relajación e hipnosis médica, para preparar al paciente para la intervención en sí y el periodo perquirúrgico; y por último, facilitar a la familia, al paciente y al personal que lo atiende, conciencia del problema y una comunicación efectiva.

Las modalidades terapéuticas empleadas incluyen: psicoterapia individual durante el periodo de hospitalización y consultas con el equipo de psicólogos durante el posterior seguimiento quirúrgico; ocasionalmente, sesiones de terapia familiar durante el periodo prequirúrgico; participación en una terapia de grupo mensual de orientación psicodinámica, realizada en el hospital, con la participación del psicólogo y el cirujano. El tratamiento psicológico ofrecido tiene una base psicodinámica, basada en la relación terapéutica. La rehabilitación cognitiva, afectiva, conductual y los métodos somáticos, como relajación-respiración y terapias corporales, son los más frecuentemente empleados, siempre orientados des-

de la consideración del proceso maduracional de cada paciente.

CONSIDERACIONES PSICO(PATO)LÓGICAS.

En nuestra cultura la mente se concibe (cartesianamente) precisamente por su oposición al cuerpo. Cabe pensar pocos conceptos que reclamen mas claramente su pertenencia a la vertiente corporal que *obesidad* y *cirugía*. Probablemente también hay pocos conceptos que, una vez pensados, nos puedan ayudar tanto a poner de manifiesto lo falaz de tan cartesiana oposición.

La obesidad y la cirugía bariática afectan a los que las experimentan de un modo que no es tan fácil de reducir a una cuestión de kilogramos. Afectan al núcleo mismo de la identidad. El psiquiatra español Carlos Castilla del Pino distingue cuatro tipos de *self*: 1) *Self* erótico, 2) *Self* corporal, 3) *Self* actitudinal y 4) *Self* intelectual. No es difícil hacerse cargo de que la obesidad (y, por tanto, las posibilidades de ganar control sobre ella) afectan al *self* corporal - en el que nos identificamos como fuertes, débiles, ágiles, torpes... Basta una ojeada a las múltiples publicaciones dedicadas a la belleza para hacer innecesario ningún comentario sobre la repercusión de la obesidad y, por cierto, de *cualquier* cirugía sobre el *self* erótico. La repercusión de la obesidad sobre las relaciones sexuales se encuentra, además, entre las mas frecuentemente citadas por las personas que se presentan como candidatas a la cirugía. El *self* actitudinal está comprometido en estas personas en la medida en la que la ausencia de un control del peso o, mas exactamente, la ingesta parece responder a una *incapacidad* de autocontrol del sujeto (que, en esta lógica, se vería confirmada por la necesidad de recurrir a un control externo y cruento a través de la cirugía). Además, este tipo de obesidades, más frecuentes en población de clase social y nivel cultural bajos y presentado por la industria del adelgazamiento como resultado del desconocimiento de las opciones disponibles para ajustarse al patrón socialmente aceptado se asocia en el imaginario social, a una inteligencia limitada con lo que compromete también el *self* intelectual. Una intervención sobre la obesidad va a suponer, por tanto, un cuestionamiento de múltiples aspectos básicos de la identidad de la persona que es objeto de ella. Por ello no es de extrañar que conlleve importantes consecuencias psicológicas.

Por otra parte la obesidad y los comportamientos que conducen a la misma

pueden jugar un papel importante en los mecanismos psicológicos que mantienen el equilibrio del sujeto que puede, por ello, verse amenazado por la intervención. La hiperfagia, por ejemplo, puede constituir un mecanismo (quizás menos peligroso que otros disponibles en el repertorio del sujeto) de afrontar el estrés o la ansiedad. Por nuestra fisiología, comer es ansiolítico y este efecto está en la base de muchos comportamientos asociados a la obesidad en algunas personas. Pero, además, la búsqueda de gratificaciones orales mediante la ingesta puede entenderse, según las teorías psicoanalíticas, como la regresión a una fase primitiva del desarrollo (la fase oral) que se produce cuando fallan los procedimientos de gratificación o los mecanismos para afrontar la frustración propios de la vida adulta. Eliminar estos procedimientos de gratificación sin haberse asegurado otros alternativos puede ser fuente de problemas. Por último la ingesta de alimentos puede tener, para algunas personas, un importante valor relacional. Hay, por ejemplo, madres a las que sólo se les puede demostrar afecto comiendo los alimentos que preparan, familias que sólo se reúnen a comer o que demuestran en la mesa sus alegrías o su disposición a compartir afectos. La consideración de estos aspectos es particularmente importante cuando se plantean intervenciones (como la gastroplastia) que comprometen la posibilidad de participar en el acto social de la comida.

La apreciación de la propia imagen es un proceso particularmente complejo que compromete todo el funcionamiento intelectual y emocional. Sin necesidad de recurrir a lo dolorosamente aprendido por los cirujanos plásticos, algunos de los cuales han sido víctimas de las personas a las que habían ayudado a cambiar su imagen *en el sentido deseado*, nos bastará pensar en el malhumor y la decepción que suele producir a casi todo el mundo la primera contemplación de la propia imagen en el espejo de casa al salir de la peluquería, para hacernos una idea de que enfrentamos nuestra imagen a través de un mecanismo que compromete algo más que la cámara oscura del ojo y las vías que hacen llegar estímulos procedentes de la retina hasta nuestra corteza occipital. La cirugía bariátrica puede conllevar precisamente si da los resultados deseados, importantes cambios corporales. Y estos pueden producir, aunque aparentemente se ajusten a lo deseado (cuanto más si no es así), auténticas tempestades emocionales.

También hay que tener en cuenta que una obesidad importante sostenida durante un periodo dilatado de la vida del candidato a cirugía, generalmente, ha

conllevado una limitación considerable de su actividad e iniciativa también de larga evolución (a veces durante toda la vida del sujeto) lo que dificulta la instauración de hábitos saludables después de la cirugía.

Por último quisiéramos destacar dos fenómenos que pueden operar activamente contra una buena evolución. En primer lugar la obesidad se contempla, en ocasiones, por quien la padece, como un procedimiento de autocastigo merecido por insuficiencias o transgresiones reales o imaginadas. Este mismo mecanismo puede alimentar conductas que constituyen un auténtico sabotaje al tratamiento en pacientes postquirúrgicos (como pacientes «atracones» de bombones o pipas en sujetos con gastroplastia).

En segundo lugar hay que considerar que el paciente que llega a la indicación de cirugía lo hace después de una larga experiencia de fracaso. Esta experiencia unas veces se traduce en problemas de motivación y otras sirve de soporte a expectativas mágicas que acaban dando paso a una decepción por los resultados de la cirugía. Se trata, además, de un fracaso guiado, generalmente, por diversos médicos, que han defraudado las esperanzas en ellos depositadas por el paciente (cuando no le han estafado lisa y llanamente) que, así, llega a la cirugía con fuertes sentimientos de hostilidad y desconfianza que dificultan la necesaria buena comunicación.

LA INTERVENCIÓN DEL PSIQUIATRA EN EL PROTOCOLO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA.

El protocolo de tratamiento quirúrgico de las obesidades mórbidas desarrollado en el Hospital Príncipe de Asturias incluye la intervención del psiquiatra en dos momentos: 1) evaluación previa a la cirugía y 2) seguimiento. Ambas se realizan desde el servicio de interconsulta hospitalaria. Ocasionalmente se produce además un contacto durante la hospitalización para la intervención.

1. EVALUACIÓN PREVIA

Se produce una vez que el endocrinólogo ha realizado una primera indicación y se ha realizado una primera visita por parte del cirujano. Tiene 3 objetivos:

1.1. *Descartar patología psiquiátrica.*

Se realiza una anamnesis y una exploración psicopatológica orientada sobre todo a 1) trastornos de la imagen corporal que puedan descompensarse o comprometer el seguimiento, 2) otros trastornos psicóticos con el mismo efecto, 3) trastornos de la personalidad que comprometan la responsabilización del tratamiento, 4) trastornos importantes del control de impulsos y 5) historia de trastornos afectivos y tentativas de autolisis que puedan hacer prever recurrencias en el seguimiento. Entendemos que, en realidad, ninguno de ellos supondría una contraindicación absoluta de la intervención aunque todos requirieran de una actuación específica por parte de los servicios de salud mental.

1.2. *Explorar la información previa.*

Se trata de comprobar que el paciente está adecuadamente informado sobre la intervención y sus consecuencias. La información es un requisito esencial para lograr unas expectativas adecuadas (sobre lo que hablaremos a continuación). Aspectos como riesgos asociados a la operación, posibles efectos secundarios, reversibilidad de las modificaciones introducidas, duración de la hospitalización, molestias postquirúrgicas normales, tamaño, aspecto y consecuencias de las cicatrices, posibles limitaciones en la forma de vida y hábitos consecuentes a la intervención o probabilidad de malos resultados y en que consistirían, son los que, en nuestra práctica, han sido menos satisfechos antes de la evaluación. La descripción anatómica de la intervención (a veces con tecnicismos) puede ser, sin embargo, llevada a cabo por la mayor parte de los pacientes. Hay que tener en cuenta que no sólo existe una diferencia entre los lenguajes utilizados por los médicos y los pacientes, sino que la idea que unos y otros tienen sobre que es relevante a la hora de describir una operación no es enteramente coincidente. Depurar los procedimientos para transmitir esta información en la fase previa a la cirugía nos parece que contribuiría poderosamente a mejorar el pronóstico.

1.3. Explorar las expectativas.

Se trata, sobre todo, de descartar, y en su caso desalentar, la existencia de expectativas mágicas que pudieran dar lugar a desengaños y frustraciones a pesar de lograr lo que pueden considerarse unos buenos resultados desde el punto de vista médico. Nos parece el aspecto mas importante de la actividad de evaluación.

Como resultado de esta evaluación puede desaconsejarse la intervención, condicionarse a un trabajo de información o ajuste de expectativas mas exacto, postponerse o aceptarse. Caso de existir riesgos o contraindicaciones relativas se determina cual es la intervención adecuada al caso (puede ser una intervención psicológica específica o una simple intensificación del seguimiento) y, según su naturaleza, si va a ser realizada en el marco del protocolo desde la interconsulta hospitalaria o va a ser derivada a los servicios de salud mental de distrito (como sucedería si existiera patología que fuera a requerir intervención psiquiátrica independientemente de que se diera o no la cirugía). Si se preveen dificultades alrededor de la intervención se programa al menos una visita durante el ingreso.

2. SEGUIMIENTO.

Se realiza después de la intervención haciendo coincidir las consultas con los controles de cirugía y endocrinología salvo que lo detectado en la fase previa o en las consultas haga recomendable una frecuencia mayor.

Se pretende la detección e intervención precoz sobre posibles descompensaciones.

Son motivos de descompensación:

- 1) El trauma de la intervención (complicada o no) o el debido al cambio de la imagen corporal.
- 2) Las dificultades del tratamiento postquirúrgico (sobre todo en las técnicas que, como la gastroplastia, suponen la alteración de conductas, de mesa, que a veces tienen un valor social imprevisto).
- 3) El fracaso del tratamiento o el no cumplimiento de las expectativas depositadas en el mismo.

Ante los problemas que puedan detectarse en esta fase se procede como se ha expuesto para los encontrados en la anterior.

UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

En definitiva, lo que se pretende es establecer una estrategia para la prevención de problemas de salud mental asociados a la cirugía bariátrica. Los principales factores que intervienen en esta estrategia son los siguientes:

1. Asegurar que el paciente ha recibido y procesado (cognitiva y afectivamente) la información adecuada sobre la intervención y el proceso postquirúrgico.

2. Explorar las expectativas que tiene el paciente sobre la intervención y tratar de ajustarlas a lo posible.

3. Explorar los siguientes asuntos que pueden ser origen de problemas en la adaptación postquirúrgica:

3.1. Hiperfagia como afrontamiento.

3.2. Hiperfagia como instrumento de relación.

3.3. Aspectos perceptivos y cognitivos de la imagen corporal.

3.4. Factores emocionales, cognitivos y conductuales relacionados con la actividad e iniciativa.

3.5. Experiencias de fracaso previo y relación con los médicos que han intervenido sobre la obesidad

La intervención aconsejable en base a esta exploración puede incluir, además del tratamiento específico de los trastornos francos que pudieran aparecer, aspectos como proponer, apoyar y/o entrenar:

a) Procedimientos alternativos de afrontamiento del estrés.

b) Procedimientos más objetivos de evaluación de la imagen corporal.

c) Estilos de vida que incluyen actividad.

d) Evitar errores previos.

La participación directa de profesionales de salud mental en los protocolos de tratamiento quirúrgico de la obesidad tiene como objeto facilitar este conjunto de operaciones aunque, en realidad, lo sustancial de las mismas podrá realizarse por los especialistas en cirugía o endocrinología y recurrir a los psiquiatras sólo en los casos en los que se detecten problemas que requieran intervenciones que no puedan, por su complejidad o especificidad, ser llevadas a cabo por ellos. Por otra parte otros muchos procedimientos quirúrgicos que no han merecido hasta el momento la misma atención suponen también posibles atentados a la identidad de los pacientes y requerirían protocolos semejantes.

CONCLUSIÓN

La cirugía bariátrica supone un desafío a la identidad de las personas que se benefician de ella y por tanto puede actuar como un estresor de primera magnitud desencadenando problemas importantes de salud mental. Para prevenirlos conviene asegurar a los pacientes una información suficiente e inteligible sobre el proceso, ayudarles a ajustar a la realidad sus expectativas respecto al tratamiento y controlar la existencia de una serie de factores psicológicos y relacionales que pueden hacerlos más vulnerables a las dificultades normales de ajuste postquirúrgico. La colaboración entre cirujanos, endocrinólogos y psiquiatras en estos programas ha servido para poner de manifiesto los problemas y esbozar procedimientos para afrontarlos. Queda por determinar cual es el papel que corresponde a cada especialista en el manejo de estos temas y qué otros procedimientos quirúrgicos se beneficiarían de un protocolo semejante.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry* 1992;149(2):227-234.
2. Larsen F, Torgensen S. Personality changes after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective study. *J Psychosom Res* 1989;33(3) 227-334.
3. Andrews G. A psychological profile of the bariatric patient with implications for treatment. *Obesity Surgery* 1995;5(3):330-333.
4. DiGregorio JM, Moorehead MK. The psychology of bariatric surgery patients: A clinical report. *Obesity Surgery* 1994;4(4):361-369.
5. Larsen F. Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective psychiatric study. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1990;82:359-365.
6. Ryden O, Hedenbro JL, Frederiksen SG. Weight loss after vertical banded gastroplasty can be predicted: A prospective psychological study. *Obesity Surgery* 1996;6(3):237-243.
7. Valley V, Grace D. Psychosocial risk factors in gastric surgery for obesity: Identifying guidelines for screening. *Int J Obesity* 1987;11(2):105-113.
8. Terra JL. Le point de vue du psychiatre sur le traitement de l'obésité morbide par gastroplastie. *Annales de Chirurgie* 1997;51(2):177-182.
9. Simon C, Mahot P, Buecher B. Interventions du psychiatre dans le traitement chirurgical de l'obésité morbide. *Annales de Psychiatrie* 1997;12(1):43-49.
10. Smiertka JK, Macpherson BH. Beyond bariatric surgery. Complications we fail to address. *Obesity Surgery* 1996;6(4):377-381.
11. Bone OB, Bashi R, Berry EM. Anorexia nervosa following gastroplasty in the male: Two cases. *Int J Eating Disord.* 1996;19(1):105-108.