

**OBESIDAD MÓRBIDA Y CRITERIOS DE
EVALUACIÓN PREVIOS A LA CIRUGÍA
BARIÁTRICA**

**MORBID OBESITY AND ASSESSMENT CRITERIA
PRIOR TO BARIATRIC SURGERY**

María Fernández Rodríguez¹

Patricia Guerra Mora²

Clara Vicente Palacios³

**¹Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental I (CSM I) “La Magdalena”.
Hospital de San Agustín de Avilés (Área sanitaria III).**

**²Becaria predoctoral en el Programa de Formación de Profesorado
Universitario (Ref. FPU12-02242) de la Facultad de Psicología (Universidad
de Oviedo).**

**³Psicóloga Interno Residente (PIR). Centro de Salud Mental I (CSM I) “La
Magdalena”. (Área sanitaria III).**

Correspondencia: María Fernández Rodríguez,

maria.fernandezr@sespa.princast.es, 985549219

Centro de Salud Mental I “La Magdalena”

C/Valdés Salas 4, CP: 33400, Avilés, Asturias

RESUMEN

La obesidad mórbida (OM) es una enfermedad crónica multifactorial asociada a importantes complicaciones físicas y psicológicas que contribuye a empeorar la calidad de vida de las personas. La cirugía bariátrica (CB) ha tenido un gran desarrollo en los últimos años y es la alternativa de tratamiento más eficaz para aquellos pacientes con OM que cumplan ciertos criterios somáticos y psicológicos. El objetivo del presente trabajo es proporcionar una aproximación teórica que facilite la labor clínica de los profesionales de salud mental que se inician en el abordaje de la cirugía de la obesidad.

Palabras clave: obesidad, cirugía bariátrica, hábitos alimenticios, evaluación psicológica.

ABSTRACT

Morbid obesity is (MO) is a chronic multifactorial disease associated with significant physical and psychological complications that contribute to worsen the quality of life of people. Bariatric surgery (BS) has had a great development in recent years and is the most effective treatment alternative for patients with OM who meet certain somatic and psychological criteria. The aim of this work is to provide a theoretical approach to facilitate the clinical work of mental health professionals that start in tackling the obesity surgery.

Keywords: obesity, bariatric surgery, eating habits, psychological assessment.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad supone un problema de salud creciente, hasta el punto de calificarla como “La epidemia del siglo XXI” (1). La obesidad es un factor de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (2).

Según la última encuesta nacional de salud, la evolución de la obesidad en adultos en España ha ido en aumento desde el año 1987 hasta la actualidad (exceptuando el año 2003 en mujeres, en el que la cifra de obesidad se reduce unas décimas con respecto al año anterior). En el 2012, el porcentaje de obesidad en los hombres es del 18% y en las mujeres del 16%. Teniendo en cuenta la proporción conjunta de obesidad y sobrepeso, las cifras se encuentran en un 63,2% para los hombres y en un 44,2% para las mujeres (3).

En el Principado de Asturias, según los datos de prevalencia de obesidad en población adulta de la encuesta de salud para Asturias que data del 2008, el 28% tiene problemas de sobrepeso, el 14,5% de obesidad y el 5,1% de obesidad mórbida (OM). Por sexo, las mujeres presentan una mayor proporción de sobrepeso y OM que los hombres. Mientras que el porcentaje en varones es del 41%, en mujeres asciende a un 53%. Los datos han sido calculados a partir de los valores de peso y talla autodeclarados, lo que aumenta el riesgo de sesgo en la interpretación de los resultados (4).

La atención a este colectivo está recogido en el REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (5). En el apartado relativo a la “Atención al adulto, grupos de

riesgo y enfermos crónicos” se establece la necesidad de una atención sanitaria protocolizada de pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes, como pueden ser los pacientes con obesidad. Posteriormente, en la sección que corresponde a las “Técnicas y procedimientos precisos para el diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico” se contempla la intervención quirúrgica en pacientes con enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad, mencionando los tratamientos de la OM.

La Cirugía Bariátrica (CB) puede ser el tratamiento de elección para aquellos pacientes con un grado de obesidad extrema que cumplan ciertos criterios tanto somáticos como psicológicos (6). El papel del profesional de salud mental cobra importancia ya “que los resultados están más relacionados con la adecuada selección del paciente, información y control, que con la técnica quirúrgica desarrollada” (7).

Desde el inicio del programa de CB en el Área sanitaria III (Avilés) perteneciente a los Servicios de Salud del Principado de Asturias (SESPA), se vienen realizando reuniones periódicas de coordinación entre los profesionales de los servicios de endocrinología y de salud mental. En estas sesiones, además de la puesta en común de los trastornos de la conducta alimentaria que se comparten, se abordan los casos de las personas que pueden ser candidatas a la CB o que ya están en procesos más avanzados de seguimiento postquirúrgico.

Uno de los temas que se plantean con más regularidad en las reuniones de coordinación, es el contenido de los informes que desde salud mental se realizan para la valoración de la idoneidad de los pacientes candidatos a CB. Los profesionales de endocrinología demandan valoraciones psicológicas, previas a la intervención quirúrgica, que no se limiten exclusivamente a los

aspectos psicopatológicos de los pacientes (diagnósticos psiquiátricos y tratamientos psicofarmacológicos), señalando la importancia de la adecuada selección del paciente, como factor predictivo de la buena evolución tras la intervención.

En los servicios públicos de salud mental se forman distintos profesionales que en algún momento de su práctica clínica van a tomar contacto con la obesidad mórbida y en consecuencia con la CB. Haciendo referencia especialmente a los residentes de psicología clínica y de psiquiatría, como futuros especialistas en la materia, suelen comenzar su formación desconociendo incluso la propia terminología de CB. Estas carencias en los programas formativos universitarios continúan en los proyectos formativos de los especialistas de salud mental. La importancia del papel del profesional de salud mental también requiere la necesidad de una formación continuada que actualice los conocimientos.

El objetivo del presente trabajo es proporcionar una aproximación teórica que facilite la labor clínica de los profesionales de salud mental que se inician en el abordaje de la cirugía de la obesidad.

DEFINICIÓN DE OBESIDAD MÓRBIDA

Según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la obesidad se puede definir como la excesiva acumulación de grasa en el organismo (8, 9). La OM es una enfermedad crónica multifactorial asociada a importantes complicaciones físicas y psicológicas que contribuyen a empeorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir su esperanza de vida (10).

Se trata de una enfermedad metabólica de patogenia compleja y en parte no muy bien conocida (8), que se desarrolla a partir de la interacción del

genotipo predisponente y el entorno, que incluye factores ambientales, condicionantes de la ingesta y del gasto energético, que determinan el inicio, desarrollo y magnitud de la obesidad. Se produce por un balance energético positivo mantenido (11).

La obesidad no es clasificada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM-IV-TR (12) como un trastorno psiquiátrico. Como mucho podría ubicarse en la categoría F54 “Factores psicológicos que afectan al estado físico” Tampoco es reconocida como enfermedad mental en la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE-10(13). Sin embargo, la CIE reconoce una categoría en el apartado de los trastornos de la conducta alimentaria, en muchos casos relacionada con la obesidad, denominada “Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas”. Bajo este rótulo se encuadra la ingesta excesiva que se produce como reacción a hechos estresantes y que da lugar a obesidad (14).

En la CIE 10, la obesidad se encuentra en el capítulo IV dedicado a “Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas” (E00-E90), en el apartado que corresponde a la “Obesidad y otras hiperalimentaciones” (E65-E68). Concretamente, la OM esta incluida dentro de “Otras obesidades” (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación Internacional de Enfermedades: “Obesidad y Otras hiperalimentaciones”

(E65) Tejido adiposo localizada
(E66) Obesidad
(E66.0) Obesidad debida a un exceso de calorías
(E66.1) Obesidad inducida por drogas
(E66.2) Obesidad extrema con hipoventilación alveolar
Síndrome de Pickwick
(E66.8) Otras obesidades
Obesidad mórbida
(E66.9) Obesidad sin especificar
Obesidad simple SAI.

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA OBESIDAD

La obesidad es una condición multideterminada y aunque los factores fisiológicos son fundamentales en su etiología, las causas y consecuencias de variables culturales y psicológicas son imprescindibles para comprender su complejidad (15). Se sospecha que los factores que más influyen en la causa de la obesidad pueden ser transmitidos genéticamente (16).

Los modelos explicativos de la obesidad podemos agruparlos en dos apartados según enfatizan los aspectos biológicos o psicosociales.

Dentro del modelo biológico podemos incluir el “Modelo del balance energético” y la “Teoría del punto crítico”. El primero plantea que la obesidad es la consecuencia de un desequilibrio entre la energía calórica ingerida y la gastada. Este balance es positivo, con lo que esa energía queda almacenada. Por otro lado, la teoría del punto crítico (set point theory) (17, 18) mantiene que el individuo está programado biológicamente para tener un determinado porcentaje de grasa. Al igual que sucede con la temperatura o la presión sanguínea, el peso corporal o más correctamente, los depósitos grasos, están regulados a un nivel determinado. La obesidad representa aquel caso en el que la regulación tendría un nivel más elevado, un punto crítico más alto, debido al

mayor número de adipocitos y a una tasa metabólica basal más baja. Según esta teoría, el organismo tiende a mantener la homeostasis. Cualquier desviación de este punto crítico se compensaría con respuestas para devolver al organismo al peso original. Los obesos estarían intentando mantener su peso por debajo del punto crítico a través de dietas, pero su peso se empeña en volver. Esta teoría no goza de una completa verificación, aunque explicaría varios fenómenos que se dan en esta población (14).

Dentro de los modelos psicosociales, el “Modelo conductual del aprendizaje” recoge los aspectos motivacionales que justifican por qué el obeso mantiene las conductas de sobreingesta y sedentarismo (19). Tras la conducta de ingesta aparecen de forma inmediata un importante y potente número de refuerzos positivos (disminución del hambre percibida, satisfacción y placer por el alimento consumido, desaparición de las rumiaciones y urgencia por consumir un alimento,...) Sin embargo, las consecuencias negativas (como el aumento del peso, problemas de salud, rechazo social, etc.) aparecerían a largo plazo. Estas consecuencias positivas a corto plazo hacen que la conducta de sobreingesta se mantenga.

Tradicionalmente han existido dos líneas teóricas, la “Hipótesis de la externalidad” (20), que relaciona el patrón de ingesta excesiva con los indicios externos de comida, agravado por un déficit en la percepción de los indicios internos de hambre y saciedad; y la “Hipótesis de la activación emocional”, que acentúa la importancia de los factores emocionales como desencadenantes de la conducta de comer (21). Estas dos hipótesis, consideradas en un principio como antagónicas, han tenido problemas de verificación. Se ven ampliamente superadas por la “Teoría de la restricción” de Herman y Polivy (22) que rescata

aspectos de las dos teorías (14). Esta última teoría abandona el foco de atención en el peso para centrarlo en el concepto de restricción de la ingesta. La restricción es la intención de reducir voluntariamente la ingesta para conseguir o mantener el peso ideal y se conceptualiza en un continuo. Aunque el restrictivo puede mantener con éxito las dietas, la presencia de “desinhibidores del comer” (estados emocionales negativos o la presencia de comida) les interfiere en su autocontrol, llevándoles a comer en exceso. La teoría predice que el restrictivo que rompa o crea romper su restricción, comenzará a comer de forma desaforada. Esta teoría se ha convertido en una de las más importantes, ya que tienen capacidad explicativa superior y mantiene conexiones con otras teorías o modelos (14).

MEDICIÓN DE LA OBESIDAD

La obesidad es considerada como el exceso de peso a expensas del tejido adiposo. Habitualmente se clasifica atendiendo al Índice de Masa Corporal (IMC) definido como la relación del peso (kg) dividida por el cuadrado de la talla en metros ($IMC = \text{kg} / \text{m}^2$) (23).

El origen de este índice data de 1832 cuando el estadístico belga Quetelet lo crea para medir el crecimiento de los niños. Posteriormente, en los años 70 este índice de Quetelet pasa a ser denominado IMC y empleado, entre otras razones, por su sencillez y fiabilidad, como medida de la masa corporal de un individuo (24).

En junio de 1997 el comité de expertos sobre la obesidad de la OMS propone el uso del IMC para unificar criterios que favoreciesen la comparación internacional de las tasas de obesidad en adultos, el control de la magnitud y futuros problemas de obesidad y la evaluación de la efectividad de las

estrategias de intervención (25). Un año después, en una publicación de la OMS, el IMC obtuvo de forma definitiva la aceptación internacional (24).

El IMC, además de medir la grasa corporal, permite realizar valoraciones de la gravedad de los riesgos potenciales asociados a la obesidad (mortalidad y morbilidad) (26). Este índice tiene sus limitaciones al no poder ser utilizado en niños y en personas muy musculadas (27).

Existen otros procedimientos, además del IMC, para la medición de la obesidad. En 1959 la Metropolitan Life Insurance Company, preocupada por su cuenta de resultados y los efectos negativos de la obesidad para su negocio, hace los primeros intentos para definir el peso ideal, es decir, el que estadística y teóricamente permite mayor longevidad para una altura y sexo determinados, y así clasificar la obesidad (28). Por otro lado estarían los parámetros denominados antropométricos (29,30) como son los pliegues de grasa centrifuga (bicipital y tricípital) o centrípeta (subescapular y abdominal), la circunferencia braquial y el índice adiposo muscular, definido este último, como la diferencia entre el área adiposa y el área muscular del brazo (7). Por último, estaría el patrón de distribución de la grasa corporal (8, 31, 32) que se determina mediante la relación entre el perímetro abdominal y el perímetro a nivel de las caderas o índice cintura-cadera (7) (Tabla 2).

Tabla 2. Índices de medición de la obesidad.

Índices	
Peso ideal	Altura (cm) - 100 (hombres) o 105 (mujeres)
Índice de masa corporal (IMC)	Kilogramos/ (metros) ²
Parámetros antropométricos	Pliegues de grasa centrífuga (bicipital y tricípital) Pliegues de grasa centrípeta (subescapular y abdominal) Circunferencia braquial (del brazo) Índice adiposo muscular. IAM= Área adiposa del brazo/Área muscular del brazo
Índice cintura/cadera (C/C)	C/C > 0.8: obesidad "androide" C/C < 0.8: obesidad "ginecoide"

Tipos de obesidad según el IMC

La OMS (Tabla 3) y las sociedades científicas como la SEEDO (Tabla 4) consideran que existe sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25 kg/m², obesidad cuando el IMC es igual o mayor de 30 kg/m² y OM cuando es mayor de 40 kg/m² (9, 10). La Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (ASBS) también establece que el IMC de 40 kg/m² será catalogado como OM (33) y al igual que la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad (SECO), incluyen una nueva categoría, la correspondiente a IMC ≥ 60 kg/m² (10).

Tabla 3. Clasificación del Índice de Masa Corporal de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Insuficiencia ponderal	<18.5
Intervalo normal	18.5-24.9
Sobrepeso	≥25.0
Preobesidad	25.0-29.9
Obesidad	≥30.0
Obesidad de clase I	30.0-34.9
Obesidad de clase II	35.0-39.9
Obesidad de clase III	≥40.0

Tabla 4. Clasificación del Índice de Masa Corporal de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad

Peso insuficiente	<18,5
Rango normal o normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso	25-29,9
Sobrepeso grado I	25-26,9
Sobrepeso grado II (pre-obesidad)	27-27,9
Obesidad tipo I	30-34,9
Obesidad tipo II	35-39,9
Obesidad tipo III, <i>Obesidad mórbida</i>	≥ 40
Obesidad tipo IV (<i>superobesidad/extrema</i>)	≥ 50

El modelo de la OMS establece una categorización de la obesidad en “clases”, la SEEDO opta por clasificarla en “grados”. Estas clasificaciones no implican diferentes tipos de obesidad sino que se trata de distintos estadios de un mismo proceso que se inicia con el sobrepeso y si no se controla puede evolucionar hacia grados extremos de obesidad (34). El uso de estas categorías (clases o grados) evita la utilización de nomenclaturas clásicas, como puede ser “Obesidad mórbida” o “Superobesidad”, con más carga peyorativa y que pueden implicar consecuencias psicológicas negativas para el paciente (35).

Mientras que la OMS establece una sola categoría para la OM (Obesidad de clase III), la SEEDO especifica dos categorías para la OM: obesidad mórbida propiamente dicha cuando el IMC esta entre 40-49,9 kg/m² y superobesidad mórbida cuando el IMC es ≥ 50 kg/m². Desde el punto de vista quirúrgico, el grado de obesidad tiene implicaciones a la hora de seleccionar la técnica más apropiada (10).

A partir de 1991, un comité de expertos del Instituto Nacional de Salud Americano (NIH) (36) consideró que un paciente con obesidad debería ser candidato a cirugía de la obesidad cuando el IMC fuese ≥ 40 kg/m² o ≥ 35 kg/m² cuando existan comorbilidades mayores asociadas (37).

La ASBS, actualmente Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica, ha publicado recientemente un documento en el que se reflexiona sobre la indicación de CB en algunos casos de obesidad tipo I (30-34,9 Kg/m²). Para personas con este IMC y que con técnicas no quirúrgicas no han conseguido una reducción de peso substancial y duradera, puede considerarse la opción de CB. Plantean que el actual punto de corte del IMC que excluye a los obesos de clase I se estableció arbitrariamente hace años y no hay ninguna justificación actual en términos de eficacia clínica, rentabilidad, ética o equidad para que este grupo sea excluido (38).

LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

El término *bariátrico* fue adoptado hacia 1965 y consta del prefijo griego *baro*, peso y el sufijo *iatros*, relativo al tratamiento médico. Asociado a la palabra cirugía se refiere a la cirugía de la obesidad (28).

La CB es una cirugía funcional o metabólica y no debe considerarse como una “cirugía estética”. El paciente debe entender que aunque los beneficios estéticos son importantes, no son el objetivo último de la cirugía. La meta no es alcanzar el peso ideal, que por otro lado sólo se consigue en algo más de la mitad de los casos (10). Tampoco debe considerarse como una “cirugía endocrina”, pues no se actúa sobre glándulas de secreción interna. El propósito de esta cirugía es la disminución de la morbilidad que acompaña a la obesidad (7). Es decir, la pérdida de peso y en consecuencia, la mejoría de los problemas de salud relacionados con la obesidad, serían los objetivos últimos de la intervención quirúrgica (29).

La técnica más adecuada para realizar la intervención quirúrgica debe basarse en el grado de obesidad, la conducta alimentaria del paciente y su

entorno social (11). Las técnicas pueden perseguir dos tipos de objetivos, reducir la ingesta, o bien, reducir la capacidad de absorción, por lo que pueden dividirse en dos grandes grupos: técnicas restrictivas o simples y complejas o mixtas (39). Las primeras reducen la capacidad funcional del estómago (por ejemplo, la gastroplastia vertical anillada) obligando a limitar la ingesta de alimentos. Las segundas, añaden al componente restrictivo en el estómago otro malabsortivo de la grasa al actuar también sobre el intestino delgado (por ejemplo, el by-pass gástrico).

Durante los últimos años, se ha producido un gran desarrollo de la CB para el tratamiento de la obesidad grave o mórbida en todo el mundo (40). Se muestra como un procedimiento capaz de abordar una problemática que es bastante refractaria a tratamientos convencionales menos intrusivos (41). Constituye la opción terapéutica más eficaz para la pérdida de peso a medio y largo plazo en la OM (42) así como para el abordaje de las comorbilidades asociadas (43). Además, también produce efectos beneficiosos sobre parámetros comportamentales o psicológicos, como experimentar menos hambre, la satisfacción con los hábitos alimenticios, la realización de más ejercicio físico, la mejora del estado de ánimo y la imagen corporal, así como de las relaciones sociales y de pareja (41).

Los tratamientos farmacológicos y psicológicos para la obesidad se han mostrado eficaces en la pérdida de peso a corto plazo pero no a largo plazo, ya que un porcentaje de peso perdido se recupera progresivamente durante el seguimiento (39). Hay suficientes datos empíricos que demuestran que la intervención quirúrgica es más efectiva que el tratamiento convencional para conseguir pérdidas de peso a largo plazo y mejorar la calidad de vida y algunas

comorbilidades (40). Es decir, la CB es el tratamiento más eficaz para los adultos con OM, como demuestran los estudios que comparan diferentes procedimientos quirúrgicos con intervenciones no quirúrgicas (6).

NACIMIENTO DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN ASTURIAS

La CB empezó a desarrollarse a nivel mundial como técnica para perder peso en 1954 (44). En España se lleva realizando desde la década de los 70. Según un estudio realizado por el gobierno vasco desde el año 1977 hasta el año 2000, quince comunidades autónomas estaban realizando en el ámbito público y en menor medida en centros privados, CB (11). Tanto los grupos pioneros de los años setenta (Bellvitge, Zaragoza, Alcoy), como los más consolidados de la década siguiente (Santander, Badalona, Vitoria, Madrid y Sevilla), constituyen la base del desarrollo actual. (28). La primera sociedad bariátrica, la ASBS es fundada por Mason en 1983 y dos años después se crea la Federación Mundial de Cirugía Bariátrica (IFSO). A nivel nacional, surge en 1990 la SEEDO y en 1997 la SECO (45,46). De forma paralela a la creación de estas asociaciones van surgiendo revistas especializadas en la materia, como Obesity Surgery (órgano oficial de la IFSO), fundada en 1990, o Surgery for Obesity and Related Diseases (publicación de la ASBS), fundada en 2005 (45).

En febrero del 2003 se presenta la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), mediante una conferencia simposium titulada “Cirugía bariátrica. Procedimientos técnicos y resultados”. Este tipo de técnicas quirúrgicas ya se venían realizando desde el 2001 en el ámbito privado en el Centro Médico de Oviedo (47).

La implantación de este programa público en Asturias se justificaba por la alta prevalencia de casos de obesidad que eran atendidos en los servicios de endocrinología y nutrición. A tal fecha, en Asturias se calculaba que había una población de 2.500 obesos mórbidos, muchos de los cuales podrían ser candidatos a la realización de la CB. Además, los pacientes obesos mórbidos de esta comunidad autónoma eran derivados o estaban siendo tratados quirúrgicamente en centros fuera de la región (Hospital Marqués de Valdecilla en Santander y Hospital Juan Canalejo en La Coruña) (47). Esto suponía un trastorno social y familiar añadido al estrés de la intervención.

La inmediata puesta en marcha de este proyecto es comunicada previamente a los Servicios de Salud Mental el 20 de enero de 2003, adjuntando un documento donde se exponían las características básicas del “Proyecto de la unidad de cirugía bariátrica”. (48) El HUCA sería centro de referencia para toda la comunidad autónoma, articulando los distintos servicios implicados en este proceso asistencial integral: endocrinología, salud mental, cirugía, etc.

Tras la posible detección de un caso por los servicios de atención primaria o servicios de otro nivel, la evaluación integral de los casos subsidiarios de este tipo de cirugía, debía realizarse en cada una de las áreas sanitarias, correspondiendo a los endocrinólogos del área la evaluación somática y la derivación a los servicios de salud mental para la evaluación psicológica previa a la intervención quirúrgica, y a ambos, coordinadamente, el seguimiento e intervenciones terapéuticas posteriores a la cirugía.

EVALUACIÓN: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

La complejidad de la CB y sobre todo la garantía de una buena evolución tras la cirugía exigen una exploración exhaustiva del sujeto, que implica la valoración de distintas áreas que avalen el cumplimiento de una serie de criterios. La exploración clínica, incluyendo el seguimiento pre y postoperatorio, debe estar realizado por un equipo multidisciplinar que trabaje de forma coordinada y protocolizada (49, 50). La Declaración de Salamanca 2003 ya contemplaba entre sus recomendaciones un abordaje multidisciplinar y protocolizado para garantizar la adecuada selección de pacientes, su preparación orgánica y psicológica, la elección de la técnica quirúrgica más conveniente y el seguimiento individual de los pacientes (51).

El proceso de evaluación psicológica comienza cuando el profesional de salud mental recibe una derivación del servicio de endocrinología. Previamente este servicio ha realizado la evaluación somática pertinente y el paciente ha sido seleccionado como posible candidato para la intervención quirúrgica. Algunos criterios de inclusión como la edad, el IMC o la ausencia de comorbilidades somáticas que contraindiquen la cirugía ya han sido contemplados. A pesar de que estos criterios no corresponden a la evaluación psicológica propiamente dicha, los mencionaremos brevemente para favorecer una visión global del proceso.

- **Edad:** el rango de edad estaría situado entre la mayoría de edad en España, 18 años, y los 50-60 años. Dependiendo de las distintas asociaciones científicas se establece cierta variabilidad en el límite superior de edad. Mientras que la SEEDO comienza estableciendo el límite superior en 60 años (8) posteriormente lo reduce a los 55 años (10) y en el 2007 vuelve a situarlo en

los 60 (9). El NIH señala como criterio de inclusión la edad comprendida entre los 18 y los 50-55 años (52).

- **Índice de Masa Corporal:** en un primer momento, la ASBS reconoce dos criterios básicos para el tratamiento quirúrgico de la obesidad (7). Por un lado, cuando el peso excede en 45 kg del valor medio deseado o el 100% del peso ideal del valor que corresponda en las tablas de peso y altura de la misma población. Por otro lado, sin alcanzar un peso extremo, padecer alguna patología grave directamente relacionada con la obesidad y solamente en los casos en los que se espere una mejoría clínica con la pérdida de peso.

A partir de 1991 el NIH consideró que un sujeto candidato a CB debería tener un IMC ≥ 40 kg/m² o un IMC ≥ 35 kg/m² con comorbilidades mayores asociadas, susceptibles de mejorar tras la pérdida ponderal (8, 9,10, 37).

- **Valoración somática:** para la selección del paciente candidato a CB hay que descartar la presencia de trastornos endocrinos que sean causa de la OM (9,10). La obesidad puede aparecer formando parte de las manifestaciones clínicas de una determinada patología como el síndrome de Cushing, hipotiroidismo, síndrome de Prader-Willi, síndrome de Älstrom, síndrome de Carpenter, alteraciones hipotalámicas, etc. (7). También sería un criterio de exclusión la CB en pacientes cuya OM sea consecuencia o efecto secundario de un tratamiento médico (corticoides, insulina, antidepresivos tricíclicos, anticonceptivos orales, antihistamínicos, etc.) (7). La CB es una intervención agresiva, por lo que estaría contraindicada en pacientes con enfermedades graves que limiten la esperanza de vida y que no vayan a mejorar con la pérdida

de peso (cáncer, enfermedad coronaria sintomática, insuficiencia renal terminal) (53).

- **Años de evolución de la obesidad mórbida:** el paciente debe presentar una obesidad mórbida de más de 5 años de evolución (8, 9, 10).

- **Fracaso en tratamientos convencionales anteriores:** una historia de fracasos continuados en los intentos previos de pérdida de peso mediante tratamiento convencional (dieta, ejercicio y fármacos) es otro de los criterios de inclusión. (53). Los tratamientos conservadores tienen que haberse realizado debidamente supervisados (9, 10). Además, el fracaso dietético y médico en el control del peso, debe estar presente durante más de 5 años (7).

La intervención psicológica inicial es fundamental y tiene como objetivo evaluar los posibles trastornos psicopatológicos y las alteraciones del comportamiento alimentario que contraindiquen la CB. Además, debe valorar el contexto socio familiar del paciente que pueda comprometer el éxito del proceso terapéutico y por último, determinar cual es la motivación y las expectativas del paciente frente a la intervención quirúrgica.

- **Funcionamiento psicológico:** desde el punto de vista psicopatológico, los criterios de exclusión para la CB en los que se encuentra mayor consenso son el alcoholismo y las drogodependencias, el retraso mental y las alteraciones psiquiátricas mayores (esquizofrenia, psicosis) (7, 9, 10,11, 39, 54, 55).

Con respecto al retraso mental no siempre se especifica el nivel intelectual por debajo del cual estaría contraindicada la CB. La SEEDO, partiendo del principio general de que el retraso mental es un criterio de

exclusión, establece la necesidad de evaluar la capacidad del sujeto para comprender todo el proceso de la intervención quirúrgica y postquirúrgica (8).

Con respecto a los trastornos de la personalidad hay más discrepancia. Mientras que algunos profesionales establecen que los trastornos graves de personalidad son una contraindicación absoluta (39,55), otros señalan que la personalidad patológica (esquizotípico, límite y paranoide) es sólo un criterio relativo a tener en cuenta (11). Incluso, algunas asociaciones omiten hacer referencia a los trastornos de personalidad y aluden exclusivamente a que el paciente debe presentar estabilidad psicológica (8, 9,10) o buena adaptación psicosocial (7). Un aspecto escasamente mencionado por las distintas asociaciones o grupos de profesionales es la necesidad de descartar la presencia de psicopatía en el paciente candidato a CB (7).

Mientras que para algunos profesionales un trastorno distímico puede suponer un criterio de exclusión (55), otros diferencian entre criterios de exclusión absolutos como el trastorno bipolar y relativos como el trastorno depresivo (54).

En relación a los trastornos de la conducta alimentaria, sería un criterio absoluto de exclusión las personas que presentan bulimia nerviosa (7, 8, 9, 10, 39). Otros trastornos de la conducta alimentaria como son la hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, los vómitos psicógenos (11, 54, 55) y el trastorno por atracón (55), pueden ser considerados como criterios relativos de exclusión. La ASBS también plantea que puede ser una contraindicación para la intervención los pacientes que presentan otras alteraciones de la alimentación como son los “picadores” o “picoteadores” y los grandes comedores (56). La evaluación de los hábitos alimenticios y de los patrones de actividad física y la posibilidad de

ser modificados tras la cirugía es un punto básico a tener en cuenta tanto en el periodo pre como postoperatorio.

- **Comprensión y expectativas sobre la intervención:** la ASBS incluye como criterio de inclusión las adecuadas expectativas y la comprensión de la técnica quirúrgica que se va a llevar a cabo con sus posibles riesgos (56). La SEEDO también plantea que tiene que existir, por parte del paciente, un conocimiento de las alteraciones producidas por la intervención (8). El paciente debe comprender los mecanismos por los que se pierde peso, entender que no siempre se alcanzan buenos resultados y que el objetivo de la cirugía no es alcanzar el peso ideal (9, 10). En cada caso se requiere el consentimiento informado del paciente tras haber recibido toda la información necesaria (oral y escrita) (10).

- **Motivación y compromiso:** adherencia al tratamiento y seguimiento. El paciente debe estar predispuesto y receptivo para adherirse a la estrategia propuesta y comprometerse a un estricto seguimiento tras la cirugía (8, 9, 10,56). Además, las mujeres en edad fértil deberían evitar la gestación al menos durante el primer año tras la cirugía (9).

- **Apoyo familiar:** la familia es el contexto social donde las personas aprenden el modo de alimentarse. Es importante valorar la dinámica familiar, las actitudes y conductas relacionadas con el peso y con la imagen corporal, así como los hábitos alimenticios (57). Esta información aportaría datos para predecir la buena o mala evolución tras la intervención quirúrgica. Un entorno familiar claramente desfavorable puede ser un criterio de exclusión. (11, 54, 55).

Como vemos, no existe un consenso internacional respecto a los criterios de evaluación psicológica que contraindiquen de forma absoluta o relativa la CB. Por tanto, atendiendo a la bibliografía consultada, al proyecto de la CB para Asturias y a la experiencia clínica, se elaboran tablas sobre los criterios de inclusión (Tabla 5) y sobre los criterios psicológicos absolutos y relativos de exclusión (Tabla 6 y 7).

Tabla 5. Criterios de inclusión

Edad de 18 a 50-60 años.
ÍMC \geq 40 kg/m ² o IMC \geq 35 kg/m ² con comorbilidades mayores asociadas, susceptibles de mejorar tras la pérdida ponderal
Obesidad mórbida de más de 5 años de evolución
Fracaso en tratamientos convencionales anteriores debidamente supervisados
Funcionamiento psicológico adecuado
Adecuada comprensión y expectativas sobre la intervención
Motivación y compromiso con el proceso terapéutico
Adecuado apoyo familiar

Tabla 6. Criterios psicológicos de exclusión absolutos

Esquizofrenia, psicosis
Alcoholismo y drogodependencias.
Retraso mental
Trastornos de personalidad graves (límite, paranoide y esquizotípico)
Bulimia nerviosa.
Trastornos afectivos (trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor en fase activa)

Tabla 7. Criterios psicológicos de exclusión relativos

Trastornos de personalidad moderados (dependiente, histriónico, etc.)
Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.
Vómitos psicógenos
Entorno familiar claramente desfavorable

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La OM está asociada a un aumento de la morbimortalidad (9). Conlleva riesgos para la salud y acorta la esperanza de vida. La CB puede ser un tratamiento de elección para estos pacientes siempre y cuando cumplan ciertos criterios (6) tanto somáticos como psicológicos que garanticen la buena evolución tras la intervención quirúrgica.

La complejidad de la CB exige un abordaje interdisciplinar y protocolizado que minimice los riesgos a favor de los beneficios (55). No existe un consenso internacional respecto a los criterios de evaluación psicológica que contraindiquen de forma absoluta o relativa la CB. En todo caso, cabe destacar la importancia de realizar una evaluación individualizada atendiendo a las características y peculiaridades de cada sujeto candidato a la intervención (11). La adecuada selección del paciente garantiza el éxito terapéutico por encima de la técnica quirúrgica empleada (7).

La CB es una cirugía funcional o metabólica y no debe considerarse como una “cirugía estética”. El paciente debe entender que aunque los beneficios estéticos son importantes, no son el objetivo último de la cirugía (10). En la práctica clínica, muchas de las personas que optan por esta intervención refieren explícitamente su deseo de obtener mejoría en sus limitaciones funcionales, aumentar su calidad de vida y disminuir la comorbilidad asociada. Sin embargo, la motivación subyacente suele estar más relacionada con los cambios en su imagen corporal y lo que esto representa en su autoconcepto. Manifiestan que su aspecto físico ha condicionado toda su vida. La pérdida de autoestima, con menosprecio de su imagen corporal y la mayor prevalencia de sentimientos de frustración y humillación son características propias de la persona obesa (7). Esperan tras la CB un cambio en su imagen corporal que repercuta positivamente en su autoestima, permitiéndoles mejorar sus relaciones interpersonales y su situación laboral.

Investigaciones realizadas tras la CB reflejan los resultados beneficiosos sobre parámetros comportamentales o psicológicos (41). Las mejoras emocionales parecen asociarse con una mayor satisfacción en las relaciones

sociales y de pareja y con una mayor satisfacción con la imagen corporal tras la cirugía (41). Son necesarios más estudios de seguimiento a corto y largo plazo de pacientes intervenidos de CB donde se evalúe el nivel de satisfacción tras la intervención quirúrgica y sus resultados.

Estabilidad psicológica, comprensión, expectativas realistas sobre la intervención, motivación y compromiso con el proceso terapéutico y el adecuado apoyo familiar son áreas a valorar que dependen en cierta medida de la subjetividad del clínico. Esta dificultad en el proceso de evaluación psicológica junto con la complejidad de esta cirugía mayor exige la puesta en marcha de programas formativos que garanticen en lo posible la selección del paciente idóneo. La formación debería iniciarse en los programas docentes universitarios, ser prioritaria en los proyectos formativos de los especialistas de salud mental y estar presente en la formación continuada de los profesionales.

REFERENCIAS

1. Larrad A, Sánchez C y Moreno B. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. En Moreno B, Monereo S y Álvarez J. Obesidad: la epidemia del siglo XXI. Madrid: Internacional de Ediciones y Publicaciones; 1999. p. 340-71.
2. Organización mundial de la Salud. Temas de salud: obesidad. (s.f). Consultado el 20 de marzo en <http://www.who.int/topics/obesity/es/index.html>
3. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta nacional de salud (ENSE) 2011-2012. Consultado el 20 de octubre en

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>

4. Margolles M y Donate I. Encuesta de salud para Asturias 2008: Medidas antropométricas y vigilancia de peso. Dirección General de Salud Pública y Participación; 2009. Disponible en http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/Encuesta%202008:%20Informes%20breves/7_medantropetricas.pdf
5. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. (Boletín Oficial del Estado 222, 16 de septiembre de 2006)
6. Morales MJ, Díaz-Fernández MJ, Caixas A, Cordido F y Grupo de trabajo sobre Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Aspectos médicos del tratamiento quirúrgico de la obesidad. *Med clínica*. 2011.
7. Fernández Mere LA y Álvarez Blanco M. Obesidad, anestesia y cirugía bariátrica. *Rev Esp Anestesiología Reanim*. 2004;51:80-94.
8. SEEDO. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin*. 2000;115:587-97.
9. Rubio M, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes*. 2007; 7-48.

10. Rubio M, Martínez C, Vidal O, Larrad A, Salas-Salvadó J, Pujol J et al. Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Rev Esp Obes.* 2004; 4, 223-249.
11. Rico R, Diez del Val I, Salcedo F, Latorre K, Arrizabalaga JJ, Mazagatos B. et al. Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad Mórbida. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2003.
12. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. rev. Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona: Masson; 2002).
13. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades, CIE. 10ª ed. Ginebra: WHO. (trad. cast.: Madrid: Meditor; 1992).
14. Perpiña C. Trastornos alimentarios. En Belloch A, Sandín B y Ramos F (comps). Manual de psicopatología. Edición revisada. Madrid: McGrawHill; 2008. p. 403-421.
15. McCrea C. Eating Disorders. En Dryeden W y Rentoul R. (Eds). *Adult clinical problems.* Londres: Routledge;1991. p. 114-137.
16. Wadden TA y Bell ST. Obesity. En Bellack A, Hersen M y Kazdin A (Eds). *International handbook of behavior modification and therapy* (2 ed). New York: Plenum Press; 1990.p. 449-473.
17. Keeseey RE. The regulation of body weight: A set-point analysis. En Stunkard AJ (Ed.), *Obesity.* Filadelfia: W. B. Saunders; 1980. p.144-165.
18. Nisbett RE. Hunger, obesity and the ventromedial hypothalamus. *Psychol Rev.* 1972;79, 433-453.

19. Saldaña C y Tomás I. Importancia de la alimentación en la obesidad. *Anu psicol.* 1999;30(2): 117-130.
20. Schachter S. y Rodin J. *Obese humans and rats*. Washington: Erlbaum; 1974.
21. Kaplan HI y Kaplan HS. The Psychosomatic concept of obesity. *J Nerv Ment Dis.* 1957; 125, 181-201.
22. Herman CP y Polivy J. *Restrained eating*. En Stunkard AJ. (Ed.) *Obesity*. Filadelfia: P.A. Saunders; 1980.
23. Garrow JS y Webster J. Quetelet's index as a measure of fatness. *Int J Obes.* 1985; 9(2), 147-53.
24. Rodríguez G, Moreno L y Sarría A. Sobre el índice de Quetelet y obesidad. *Rev Esp Obes.* 2010; 8(1), 34-40.
25. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO Technical report series; 2000.
26. Oberg G y Poulsen TD. Obesity: an anaesthetic challenge. *Acta Anaesthesiol Scan.* 1996; 40, 191-200.
27. Adams JP y Murphy PG. Obesity in anesthesia and intensive care. *Br J Anaesth.* 2000; 85, 91-108.
28. González-González JJ, Sanz-Álvarez L y García-Bernardo C. La obesidad en la historia de la cirugía. *Cirugía Española.* 2008; 84(4), 188-95.
29. Alastrue A, Rull M, Casas D, Coll R, Vila P, Formiguera X et al. *Obesidad mórbida. Reflexiones sobre un protocolo quirúrgico (I) Protocolo clínico y preoperatorio*. *Nutr Hosp.* 1995; 10, 307-320.

30. Alastrue A, Rull M, Formiguera J, Sanchez Planell L, Martinez B, Canet J et al. Obesidad morbida: tratamiento quirurgico (I). Criterios de obesidad, inclusion y valoracion preoperatoria. *Med Clin*. 1991; 96: 581-589.
31. Kuczmarski RJ, Flegal KM, Campbell SM y Johnson CL. Increasing prevalence of overweight among US adults. *JAMA*. 1994; 272, 205-211.
32. Shenkman Z, Shir Y y Brodsky JB. Perioperative management of the obese patient. *Br J Anaesth*. 1993; 70, 349-359.
33. Renquist K. Obesity classification. *Obes Surg*. 1998; 8(4),480.
34. Monereo Esteban B, Monereo Megías S y Álvarez Hernández J. Obesidad: la epidemia del Siglo XXI. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
35. Soriguer F. (Coord) La obesidad: monografía de la Sociedad Española de Endocrinología. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
36. Instituto Nacional de Salud Americano. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institute of Health Consensus Development Conference Statement. *Am J Clin Nutr*. 1992; 55(2): 615-9.
37. Jáuregui Lobera, I. Aspectos éticos y legales en cirugía de la obesidad. *Trastor conducta aliment* 2009; 9, 973-992
38. Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Bariatric surgery in class I obesity (body mass index 30–35 kg/m²) *Surg Obes Relat Dis*. 2013; 9, 1–10.
39. Pérez J y Gastañaduy MJ. Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Pap Psicol*. 2005; 26(90), 10-14.

40. Morales MJ, Díaz-Fernández MJ, Caixas A, Goday A, Moreira J et al. Tratamiento quirúrgico de la obesidad: recomendaciones prácticas basada en la evidencia. *Endocrinol Nutr.* 2008; 55(supl 3), 1-24.
41. Ruiz M, Berrocal C y Valero L. Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema.* 2002; 14(3) 577-582
42. Sjöström J. Surgical treatment of obesity: an overview and results from the SOS study. En Bray GA y Bouchard C. (Ed.). *Handbook of obesity. Clinical applications. Second edition.* New York: Ed. Marcel Dekker; 2004. p.359-384
43. Stocker J. Management of the bariatric surgery patient. *Endocrinol Metab Clin North A.* 2003; 32, 437-57.
44. Greenway F. Surgery for obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 1996; 25,1005-27.
45. Baltasar A, Bou R, Bengochea M, Serra C y Pérez N. Mil operaciones bariátricas. *Cir Esp.* 2006; 79(6):349-55
46. Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas. ¿Qué es la seco? (s.f.) Consultado el 10 de septiembre en <http://www.seco.org/index.php/informacion-medicos/ique-es-la-seco>
47. Díaz C. La cirugía bariátrica, eficaz en el 72% de casos de obesidad mórbida. Sitio web de la sociedad española de medicina estética; 2003. Consultado el 9 de abril en http://www.seme.org/area_seme/actualidad_articulo.php?id=70

48. Hospital Universitario Central de Asturias- HUCA (2003). Proyecto de la unidad de cirugía bariátrica. Documento no publicado.
49. Arrizabalaga JJ, Masmiquel L, Vidal J, Calañas-Continente A, Díaz-Fernández MJ, García-Luna PP et al. (Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Med Clin.* 2004; 122, 104–10.
50. Mechanick JI, Kushner RF, Sugerman HJ, Gonzalez-Campo JM, Collazo-Clavell ML, Guven S, et al. American Association of Clinical Endocrinologists. The Obesity Society, and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *EndocrPract.* 2008;14 Suppl 1:1–83.
51. SECO. V Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca). *Cir Esp.* 2004; 75(5)
52. Instituto Nacional de Salud Americano- NIH. Consensus development conference panel. Gastrointestinal surgery for sever obesity. *Ann Intern Med.* 1991;115, 956-61.
53. Moreno Esteban B y Zugasti Murillo A. Cirugía bariátrica: situación actual. *Rev Med Univ Navarra.* 2004; 48(2), 66-71
54. Díez Fernández E. Protocolos de evaluación para intervenciones quirúrgicas mayores: cirugía bariátrica y transplantes. Servicio de salud del Principado de Asturias. Sesión clínica celebrada en Oviedo el 25 de enero de 2012. Disponible en <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/HUCA/HUCA->

Sesion%20Clínica-trasplantes-25-1-12-MEugeniaDiez.pdf evaluación para intervenciones

55. Pérez-Blanco V, Morant C, García-Caballero J, Vesperinas G, Cos-Blanco A, Royo C et al. Desarrollo e implantación de una vía clínica para la cirugía bariátrica. *Rev Calid Asist.* 2004; 19(4), 250-260.
56. Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Pre-Surgical Psychological Assessment. Consultado el 5 de noviembre en <http://asmbs.org/resources/documents/guidelines>
57. Vázquez Arévalo R y Raich Escursell RM. El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicol Conductual.* 1997; 5(3), 391-407.