

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA POSTCIRUGÍA BARIÁTRICA

Pérez Hornero, Jesús; Gastañaduy Tilve, María José; Basanta Matos, Rocío
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA POSTCIRUGÍA BARIÁTRICA
Papeles del Psicólogo, vol. 41, núm. 1, 2020
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77862536005>
DOI: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2916>

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA POSTCIRUGÍA BARIÁTRICA

Psychological evaluation after bariatric surgery

Jesús Pérez Hornero

Hospital de Conxo. Santiago de Compostela., España

jesus.perez.hornero@sergas.es

DOI: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2916>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77862536005>

Maria José Gastañaduy Tilve

Hospital de Conxo. Santiago de Compostela., España

Rocío Basanta Matos

Hospital Lucus Augusti. Lugo, España

Recepción: 29 Noviembre 2018

Aprobación: 12 Agosto 2019

RESUMEN:

El objetivo de este artículo es realizar una reflexión sobre la evaluación, seguimiento y apoyo psicológico de los pacientes obesos mórbidos que han sido sometidos a cirugía bariátrica. Para ello hemos realizado una revisión bibliográfica de la situación actual del tema, exponemos nuestro modelo de seguimiento, definimos qué aspectos son necesarios evaluar y en qué áreas necesitan apoyo estos pacientes. El número de publicaciones sobre estos aspectos está en aumento y cada vez encontramos mayor evidencia de patología alimentaria que se desarrolla tras la cirugía bariátrica y que compromete la pérdida de peso esperada. Por último tratamos de justificar la necesidad del seguimiento de estos pacientes tras la cirugía más allá de limitarnos a la selección y preparación prequirúrgica, siendo también necesario adaptar los criterios diagnósticos y los instrumentos de evaluación a esta población.

PALABRAS CLAVE: Evaluación psicológica, Tratamiento psicológico, Postcirugía bariátrica..

ABSTRACT:

The aim of this paper is to reflect on the evaluation, follow-up, and psychological support of morbidly obese patients who have undergone bariatric surgery. We have carried out a bibliographic review of the current situation on this subject and we present our monitoring model, defining the variables that it is necessary to evaluate and the areas in which these patients need support. The number of publications on these aspects is increasing, and there is growing evidence of the emergence of an eating pathology after bariatric surgery, which hinders the expected weight loss. Finally, this work attempts to justify the importance of the follow-up of these patients after surgery, beyond limiting ourselves to presurgical selection and preparation, as well as the need to adapt diagnostic criteria and evaluation instruments to this specific population.

KEYWORDS: Psychological evaluation, Psychological treatment, Post bariatric surgery.

La cirugía bariátrica (CB) se ha convertido en el tratamiento de elección de la obesidad mórbida. Las técnicas quirúrgicas que se han utilizado han ido cambiando en los últimos años, básicamente se combinan actualmente técnicas restrictivas y técnicas malabsortivas (Buchwald, y Williams, 2004; Sjöström, 2013). Estas técnicas son muy eficaces para perder peso puesto que consiguen por un lado que los pacientes obesos no tomen tanta cantidad de alimentos y por otro que los alimentos ingeridos no sean bien aprovechados por el organismo. En el año 2005 publicamos en esta misma revista un artículo sobre la valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a CB en aquel momento pocos artículos habían tratado el tema con detenimiento, afortunadamente, desde entonces ha habido gran cantidad de literatura científica, hasta el punto que se ha acuñado el concepto de “psicólogos bariátricos” para referirse a los profesionales de la psicología que abordamos los problemas del ámbito de la cirugía de la obesidad. Tras ir acumulando mayor experiencia, fuimos constatando la necesidad no sólo de seleccionar, preparar y evaluar a los candidatos para

la CB sino que también se hacía necesario el seguimiento posterior de estos pacientes. De hecho los motivos más comunes para un resultado poco satisfactorio tras la CB, excluyendo las causas médicas y técnicas, se relacionan con variables conductuales y psicológicas tales como la incapacidad del paciente para seguir las indicaciones dietéticas o problemas de adaptación a los cambios que tras la intervención se suceden. Esto justifica por sí solo el seguimiento psicológico de los pacientes obesos intervenidos (Mitchell et al., 2016; Montt, 2012; Umaña, Escaffi, Lehmann, Burr y Milo, 2017).

Ríos et al. (2010) en consenso con otras “psicólogas bariátricas” en el Congreso Nacional de Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas de México, llegaron al acuerdo de definir por etapas la atención postquirúrgica del paciente obeso. Establecen una primera etapa de vinculación con el paciente en su proceso postoperatorio inmediato en el que consideran clave una visita hospitalaria al paciente durante su ingreso. La segunda se corresponde con la etapa emocional inmediata postquirúrgica que duraría de 15 días a un mes en la que se deberían atender a las ansiedades y miedos que aparecen en el paciente. En la tercera etapa destacarían los cambios relacionados con la alimentación (1 a 3 meses) en la que el comer, que antes era un placer o un consuelo, ahora se convierte en molesto. La cuarta etapa la denominan de cambio en la imagen corporal o fase de “luna de miel” que duraría hasta los seis primeros meses donde el peso se pierde rápidamente y la silueta se afila, si bien pronto aparecerán problemas como la flacidez. La quinta etapa que definen es de adquisición de nuevos manejos de sus relaciones de pareja, familia y contexto social en la que se deberán adquirir habilidades sociales al desempeñar el paciente nuevos roles. Terminan señalando que consensuaron un año como tiempo adecuado para el seguimiento postquirúrgico favoreciendo un nuevo manejo de conductas y emociones de manera independiente. Sin embargo, no son infrecuentes los pacientes que requieren un apoyo o acompañamiento psicológico más prolongado para superar conflictos o por la aparición de conductas alimentarias inadecuadas tras muchos meses después de la cirugía. Por lo tanto pensamos que el tiempo debería prolongarse al menos hasta los dos años, teniendo en cuenta además que tras la cirugía de la obesidad llegan las cirugías reparadoras donde los resultados no son siempre los esperados.

En este artículo, exponemos en primer lugar, a modo de propuesta, nuestro modelo de seguimiento postquirúrgico de tres sesiones en el que, sin pretender convertirlo en un protocolo estricto, si tratamos de ajustarnos a las entrevistas que abajo describimos. Esta exposición, dará al lector la oportunidad de tener una visión longitudinal de la presentación de posibles dificultades postquirúrgica a lo largo del tiempo. En segundo lugar, analizamos las variables que no pueden pasar desapercibidas en la valoración postquirúrgica. Finalizaremos con una enumeración las áreas en las que con más frecuencia los pacientes suelen demandar ayuda psicológica y algún apunte sobre su tratamiento.

PROPIUESTA DE SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO, UN MODELO DE TRES ENTREVISTAS

Primera entrevista postquirúrgica

En nuestro hospital, establecemos una primera entrevista postcirugía normalmente a los 6 meses, aunque en la última entrevista de preparación para la cirugía ya se les invita a acudir antes si lo consideran necesario. Es tiempo suficiente para que la mayorías de las posibles complicaciones inmediatas a la intervención hayan pasado o disminuido significativamente (vómitos, dolores abdominales), se haya producido una pérdida de peso importante, la tolerancia a los alimentos esté mejorando y el incremento en la agilidad se empiece a dejar sentir. La pérdida de peso lleva un ritmo acelerado y los pacientes viven una etapa de “luna de miel” con los resultados de la CB (Crespo Rosales y Ruiz Cala, 2006; Kinney, Neve, Soulsby y Tailor, 1996). Al ser la pérdida de peso rápida y conseguida con menos esfuerzo que cuando realizaban la dieta, la valoración general del todo el proceso postquirúrgicos, se suele considerar como muy satisfactoria.

En esta primera entrevista valoramos el cumplimiento de normas de alimentación y ejercicio, la progresiva tolerancia a los alimentos y las dificultades para cumplir las pautas dietéticas. Estaremos atentos a posibles infracciones dietéticas que requieran consejo o ayuda psicológica. Especial importancia tiene valorar la existencia de experiencias de pérdidas de control de la ingesta. En un estudio longitudinal durante 7 años con sujetos norteamericanos que relacionaba la patología alimentaria con variables tales como la pérdida de peso y la mejoría en la calidad de vida postquirúrgica, Devlin et al. (2018) encontraron que las pérdidas de control de la ingesta postquirúrgicas, estaban relacionadas con menor pérdida de peso a largo plazo y mayor reganancia.

Valoramos también si necesitan ayuda psicológica en algún otro aspecto vital no directamente relacionado con la cirugía (duelos, problemas de ansiedad, dificultades de adaptación). Finalizamos la entrevista valorando el nivel de satisfacción con los iniciales resultados de la cirugía. Además pedimos la cumplimentación de los cuestionarios protocolarios que en nuestra unidad que son el Test de Bulimia de Edimburgo BITE (Henderson y Freeman, 1987) y la versión española del SF-36 (Vilagut, et al., 2005) que ya fueron cumplimentados antes de la cirugía con el fin de poder cuantificar los cambios.

Segunda entrevista

De no haber ninguna dificultad que aconseje alguna entrevista más próxima, mantenemos una segunda entrevista al año de la CB. En este momento la mayor parte del peso que el paciente va a conseguir perder ya se ha producido, la reducción promedio tras el primer año es equivalente al 65-75% del exceso peso (García, 2012), la velocidad de pérdida ponderal va disminuyendo y las fantasías de seguir perdiendo kilogramos indefinidamente empiezan a quebrarse y va surgiendo una idea más realista del peso final al que llegarán. Algunos de ellos ya están satisfechos con el resultado pero otros no saben si será suficiente. Por lo general al haber pasado más tiempo con pesos más bajos, ya no valoran tan positivamente los cambios producidos en su agilidad y ligereza que empiezan a ver como lo habitual y la satisfacción con los resultados de la operación ya no es tan elevada.

Además la flacidez y los colgajos ya están presentes y es frecuente que se empiecen a inquietar. Volvemos a informar de lo que nuestro hospital, perteneciente al sistema público de salud, ofrece desde el Servicio de Cirugía Estética y Reparadora y exploramos expectativas con la finalidad de que estas sean realistas y ajustadas.

Tercera entrevista

Pasados dos años desde la CB tenemos una tercera entrevista. En este momento, ya se suele haber perdido todo el peso y la báscula no sigue dando tantas alegrías y si algunos disgustos. En los Estudios de Evaluación Longitudinal de Cirugía Bariátrica (LABS) realizados en Estados Unidos, el peso más bajo alcanzado se producía de media a los 2.1 años (Devlin, 2018). No siendo lo más frecuente, a los dos años de seguimiento, ya hay algunos que han empezado a subir de peso de manera significativa, aproximadamente el 30% de los pacientes recuperan peso entre los 18 meses y 2 años después de la cirugía (Hsu et al., 1998). Quedaban con hambre y ciertas conductas tales como comer cantidades mayores, perder el control sobre la ingesta, picar entre horas, ingerir dulces se han desarrollado en algún paciente. Hay que esforzarse en estos casos por encontrar el sentido de lo sucedido, los precipitantes ambientales o los estresores que generan malestar. Pondremos en marcha herramientas motivacionales (como valorar los cambios conseguidos), conductuales (el control de estímulos), catárquicas (reconocimiento, expresión, gestión de emociones), cognitivas (debate de pensamientos irracionales), farmacológicas o incluso, de nuevo, quirúrgicas (reintervenir) con la finalidad de no recuperar el peso perdido.

Algunos perfiles que hemos identificado (a lo largo de nuestra propia experiencia) que con frecuencia no obtienen los resultados esperados son aquellas personas que por su labor profesional llevan una vida

sedentaria y se ven obligadas a comer de restaurante varios días a la semana sin seguir las normas dietéticas ni realizar ejercicio. Otro perfil con mala evolución los constituyen personas comedoras emocionales que tras la cirugía, cuando surgen nuevos problemas en sus vidas, vuelven a recurrir al consumo de alimentos mientras no aprenden otras estrategias de gestionar las emociones. Mención especial merecen los problemas con el consumo de alcohol, cuya absorción es facilitada por el bypass gástrico (King et al., 2012; Olguín, Carvajal, Fuentes, 2015).

También pueden presentarse problemas psicológicos incluso en aquellos que han perdido peso. Tras dos años de haber sido intervenidos empezarán con las cirugías estéticas-reparadoras con sus no infrecuentes complicaciones (dolor, infecciones, problemas en el drenaje), además el resultado de la cirugía "estética" no es en ocasiones el que ellos esperaban o la parte del cuerpo que el cirujano les ofrece operar no es la parte que ellos más deseaban. Tratamos de ayudarles habiendo ya tratado de generar expectativas realistas, tomando conciencia de donde partíamos, valorar las cicatrices como "heridas de guerra", tratando de valorar todo el proceso en conjunto y no solamente el resultado estético de tal o cual operación, pero siempre hay personas que quedan insatisfechas con el resultado estético. Los problemas de imagen corporal pueden llegar a interferir significativamente en la esfera social, de pareja, sexual y de ocio (Gilmartin, 2013). Vaya desde aquí nuestra defensa de programas de cirugía reparadora más generosos (por supuesto dentro de un límite) pues si bien el resultado no suele ser del todo satisfactorio, la imagen corporal y la afectación psicológica que conlleva mejoran. García-García y cols. (2014) realizaron un estudio sobre complicaciones y satisfacción con dermolipectomías y abdominoplastias realizadas tras la CB, encontrando que los pacientes muy satisfechos o satisfechos alcanzaban el 83% del total.

Afortunadamente la mayorías de los pacientes mejoran en diferentes ámbitos. Tras la operación les es más fácil hacer la dieta, con el tiempo toleran casi todo tipo de alimentos, pueden realizar mejor el ejercicio y han podido experimentar una pérdida importante de peso que muchos dan por satisfactoria. Su salud mejora, ya no necesitan utilizar el mecanismos como la CEPAP para el tratamiento de la apnea del sueño y toman menos medicación para la hipertensión, la dislipemia y la diabetes (Colquitt, Pickett, Loveman, y Frampton, 2014). Además en muchos las mejorías van más allá que la salud física ya que incluyen cambios en el autoconcepto (Brante, Miranda y Pérez-Luco, 2011). Burgmer, Legenbauer, Müller, de Zwaan, Fischer, y Herpertz (2014), realizaron un seguimiento durante 4 años a 148 pacientes después de la cirugía. Encontraron mejoría significativa en diferentes variables psicológicas como la autoestima, síntomas depresivos y calidad de vida, con mejoras máximas al año después de la cirugía, no obstante, estas mejorías psicológicas se redujeron en el seguimiento a cuatro años.

Que hay que evaluar

Pasamos a describir qué vamos a evaluar en el seguimiento postquirúrgico, cuales son aquellos aspectos y variables que no debemos pasar por alto en estos pacientes a lo largo de las diferentes entrevistas tras la CB:

- Variables orgánicas

Valoraremos el peso que ha perdido desde la operación o desde valor máximo alcanzado. El IMC que ahora tiene el paciente, el porcentaje del exceso de índice de masa corporal perdido, así como el peso reganado respecto al nadir (peso mínimo alcanzado) en las revisiones a largo plazo. Cómo han evolucionado las enfermedades comórbidas a la obesidad: la diabetes, la hipertensión, la dislipemia o el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y la reducción de medicación para tratarlas. Los parámetros nutricionales de las analíticas (déficit de minerales, vitaminas, proteínas), si han necesitado suplementos alimenticios, administración de hierro, etc. También tendremos en cuenta posibles complicaciones postoperatorias y la necesidad de reintervenciones u hospitalizaciones prolongadas.

- Ansiedad, depresión y patologías psiquiátricas previas

Algunos estudios con personas obesas informan de niveles altos de comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes, encontrando frecuentemente ansiedad, depresión y trastornos alimentarios (Black, Goldstein y Mason, 2003; Bustamante, Williams, Vega y Prieto, 2006). Se ha descrito una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en la obesidad mórbida en la que de un 40 a un 47% de los pacientes sufría al menos un trastorno mental de diversa gravedad en el eje I del DSM-IV (Heo, Pietrobelli, Fontaine, Sirey y Faith, 2006; Scott, McGee, Wells y Browne, 2008). Más recientemente, Hayden y cols. (2014) evaluaron a 204 pacientes candidatos a CB, encontraron que alrededor del 39,7% de estos pacientes cumplía con criterios para patología del eje I definidos por el DSM-IV. Las patologías más frecuentemente encontradas fueron trastornos del estado de ánimo (26,5%), trastornos de ansiedad (15,2%) y trastorno por atracones (13,2%).

Por lo general la pérdida de peso postquirúrgica mejora la calidad de vida de las personas y su salud general, esperándose que mejore también la salud mental. Sin embargo, cuando los pacientes no consiguen perder peso, pueden desarrollar trastornos depresivos a largo plazo. En un estudio prospectivo de cuatro años de duración, Burgmer, Legenbauer, Müller, de Zwaan, Fischer y Herpertz (2014), encontraron que el 44,7% de los que lograron una baja de peso mayor al 25% del valor preoperatorio presentó remisión de la depresión. A su vez, el 18,5% de los pacientes que presentaron una bajada de peso menor al 25% desarrollaron síntomas depresivos a los 4 años de seguimiento. Pero la literatura científica no es uniforme, mientras unos investigadores encuentran mejorías en los trastornos ansiosos y depresivos tras la cirugía otros no encontraron diferencias significativas (Rivenes, Harvey y Mykletun, 2009). Para tratar de añadir luz a las investigaciones Rojas, Brante, Miranda y Pérez-Luco (2011) realizaron un estudio midiendo la ansiedad, depresión y autoconcepto en 20 pacientes antes de la CB y seis meses después. Encontraron mejoría en el autoconcepto y el estado de ánimo. Respecto a la ansiedad la disminución no resultó significativa. Estudios a más largo plazo como el realizado por Waters y cols., (1991) de nueve años de seguimiento, encuentran que las mejoras significativas en los índices de salud mental que se observaron 6 y 12 meses después de la cirugía disminuyeron al final de los 2 años. Este retorno de los índices de salud mental al estado preoperatorio, más la aparición tardía de 3 suicidios y 2 muertes por abuso de alcohol entre el total de 462 pacientes, sugiere que el seguimiento a largo plazo y el apoyo emocional son esenciales para una cirugía bariátrica exitosa (Roizblatt, Roizblatt y Soto-Aguilar, 2016).

- Ideación Suicida

Se hace necesario, por tanto, tener en cuenta el riesgo de suicidio en pacientes operados de CB. Adams y cols. (2007) realizaron un seguimiento de 7 años de un grupo de 7985 pacientes obesos sometidos a CB, encontraron una disminución de la mortalidad por cualquier causa de un 40%, sin embargo la frecuencia de muertes por causas no médicas como accidentes y suicidio fue un 58% mayor en pacientes bariátricos que en un grupo de control. En el grupo de operados hubo 15 muertes por suicidio en comparación a 5 que hubo en el grupo de control. Las causas que se han apuntado de este fenómeno serían múltiples: persistencia o recurrencia de comorbilidades médicas, desinhibición e impulsividad por cambios en el metabolismo del alcohol o cambios en la farmacocinética de los antidepresivos. También pueden estar involucrados problemas psicosociales como la falta de mejoría en la calidad de vida después de la cirugía o restricciones de movilidad tras intervenciones no exitosas, problemas de pareja, baja autoestima, los antecedentes de maltrato infantil y la recuperación de peso (Mitchell y cols., 2013). Por último sabemos de diversos trastornos asociadas con mayores tasas de suicidio (depresión, trastorno límite de personalidad, trastorno de estrés postraumático) frecuentes en población obesa (Roizblatt, Roizblatt y Soto-Aguilar, 2016).

- Personalidad

Muchos han sido los esfuerzos por tratar de encontrar el trastorno de la personalidad o una constelación de rasgos que caracterizara a la mayor parte de los obesos. Describir una personalidad típica de los pacientes obesos no ha sido posible pero si se han descrito rasgos encontrados en población obesa tales como dificultades para el reconocimiento y expresión de emociones, pasividad, dependencia, dificultades para exponerse a situaciones sociales, impulsividad, etc. Respecto a los trastornos de personalidad del DSM IV, destacamos las conclusiones de dos estudios (Kalarchian, et al, 2007; Mauri, et al, 2008), en los que se investigó la prevalencia global del eje II (trastornos de personalidad) siendo la prevalencia en el primer estudio del 28,5% y en la muestra del segundo del 19,5%. Los trastornos de personalidad más comunes en ambos estudios fueron del clúster C (especialmente por evitación y obsesivo-compulsivo) y B (especialmente el trastorno límite).

Kinzl, Schrattenecker, Traweger, Mattesich, Fiala y Biebl (2006), mostraron que la pérdida de peso en individuos obesos con dos o más trastornos mentales, en la mayoría de los casos uno del Eje I (trastorno adaptativo o depresión) y otro del Eje II (trastorno de personalidad), es menor que en los obesos con solo un trastorno mental o ninguno. Claes y Müler (2015) en una revisión sobre el temperamento y la personalidad en pacientes sometidos a la cirugía bariátrica, destacan la persistencia y autodirección como factores predictores de mayor pérdida de peso postcirugía mientras que la impulsividad y el neuroticismo altos mostrarían el perfil contrario

- Consumo de alcohol

Las personas que han tenido conductas de abuso de alcohol previas a la cirugía, tienen más probabilidades de desarrollar este problema tras la intervención. Esto es debido a las alteraciones farmacocinéticas consecuencia de la cirugía que producen un aumento de la absorción del alcohol produciendo las sensaciones de embriaguez de manera más intensa y rápida (Suzuki, Haimovici, y Chang, 2012). En un estudio prospectivo realizado en 10 hospitales de EE.UU. King y cols., (2012) encontraron que la prevalencia de trastorno por consumo de alcohol fue mayor en el segundo año postoperatorio que en el año anterior a la cirugía y que en el primer año postoperatorio. Se asoció con el sexo masculino, edad más joven, tabaquismo, consumo regular de alcohol, trastorno por consumo de alcohol previo, uso recreativo de drogas, menor apoyo interpersonal y haberse sometido a un bypass gástrico.

- Insatisfacción corporal

La imagen corporal ha sido descrita como la representación mental que cada persona construye de su propio cuerpo en términos de sentimientos, conductas y actitudes. Se relaciona con los estándares estéticos socioculturales preponderantes en una época determinada, influyendo éstos en el grado de satisfacción que cada individuo tiene acerca de su aspecto físico (Raich, 2004). Los pacientes tras la cirugía bariátrica experimentan una rápida bajada de peso durante los primeros meses, generando como consecuencia un exceso de piel en aquellas regiones corporales que han perdido más volumen, produciendo anormalidades de la silueta. Kinzl, Traweger, Trefalt y Biebl (2003) encuentran que tras 21 meses de seguimiento la pérdida de peso se relacionó con consecuencias negativas para la imagen corporal, como flacidez en la piel (53%), los colgajos de piel abdominales (47%) y los senos caídos (42%). Al afectar los colgados a partes del cuerpo muy identificadas con la feminidad, algunas pacientes tienen dificultades para aceptar su nuevo aspecto y se sienten menos atractivas o femeninas. Lo cierto es que aunque en general la imagen corporal mejora durante el período postCB, se empieza a manifestar insatisfacción con ciertas partes del cuerpo (Leal, Mellado, Díaz-Castrillón y Cruzat-Mandich, 2017; Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón, García-Troncoso, Díaz-Paredes, 2019), lo que lleva a muchos pacientes a someterse a cirugía plásticas (Magdaleno, Chaim, Pareja, y Turato, 2011). Además no es infrecuente que a medida que los pacientes se acercan al peso que deseaban llegar en un principio, comiencen a desear un peso menor. (Heinberg, Mitchell, Sarwer y Ratcliff, 2013; Ivezaj y Grilo, 2018).

Las mujeres que han sido operadas, generalmente se sienten satisfechas con los resultados obtenidos, sin embargo, se enfrentan a grandes dificultades para adaptar su identidad a su nuevo cuerpo. Lo que podría deberse a que tuviesen metas poco realistas con relación a los resultados de la CB (Heinberg, Keatig y Simonelli, 2010). Esta discrepancia entre expectativas y resultado seguramente también ocurría con las cirugías reparadoras/estéticas por lo que conviene informar desde el principio a los pacientes del aspecto final que presentan los cuerpos tras las importantes pérdidas de peso.

- Miedo a la ganancia ponderal

Una vez perdido el peso, algunas pacientes desarrollan un intenso miedo a la ganancia ponderal y obsesión por el aspecto físico que recuerdan al que encontramos en la anorexia y la bulimia nerviosa. El miedo a la ganancia ponderal queda reflejado en un estudio de Rand y Macgregor (1990) en el que se pidió a pacientes operados que habían mantenido exitosamente una pérdida de peso durante al menos 3 años, que eligieran entre la obesidad mórbida y otras patologías: ningún paciente eligió obesidad mórbida frente a la sordera, la dislexia, la diabetes, el acné severo o serios problemas de corazón y sólo el 10% eligió la obesidad mórbida frente a la ceguera. Este estudio nos permite tomar conciencia de hasta qué punto la obesidad inicial se quiere evitar a toda costa, lo cual seguramente sea debido no sólo a las limitaciones físicas de la obesidad previa sino también a problemas de índole social.

La actitud negativa hacia las personas obesas en el mundo occidental se transforma en desventajas en diferentes ámbitos como encontrar trabajo, pareja o amigos. El grado de estigmatización y discriminación hacia las personas obesas es enorme. Hay evidencias de que a las personas obesas se les niegan oportunidades educativas, vocacionales y de crecimiento como consecuencia de su peso (Gortmaker, Mus, Perrin, Sobol y Dietz, 1993). Cuanto más jóvenes son los nuestros pacientes, más insatisfechos se encuentran con la figura en relación con los de más edad, independientemente del peso perdido. Las presiones socioculturales sobre la figura corporal son mayores en los más jóvenes. Por lo tanto la pérdida de peso no garantiza la disminución de la insatisfacción corporal ni el malestar que ello conlleva (Ruiz, Berrocal y Valero, 2002; Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón, García-Troncoso y Díaz-Paredes, 2019).

- Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes en la población obesa, Kalarchian y cols. (2007) estudiaron una muestra de obesos candidatos a CB, encontraron una prevalencia de por vida de algún trastorno alimentario del 29,5%, de los cuales ninguno tenía Anorexia, siete bulimia y 75 trastorno por atracón. Otro patrón de ingesta anormal frecuente en individuos obesos, se conoce como el Síndrome de ingesta nocturna de alimentos, clasificado como otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado en el DSM-5. Consiste en la ocurrencia de episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche al despertarse el sujeto e ir a comer o bien producirse un consumo excesivo de alimentos después de la cena. Suele cursar con anorexia matutina y puede estar asociado con algún trastorno del sueño. En pacientes candidatos a CB se han encontrado prevalencias entorno al 10% de los candidatos (Adami, Meneghelli y Scopinaro, 1999; Crespo Rosales y Ruiz Cala, 2006).

Tras la cirugía de la obesidad, la conducta de comer grandes cantidades de manera compulsiva, puede quedar disminuida al verse obligados los pacientes a disminuir las cantidades de comida por la drástica reducción de su capacidad gástrica (Kalarchian y cols., 1999). Sin embargo hay un grupo de pacientes que tras reducir el peso, desarrolla atracones subjetivos (*subjective binge eating - SBE-*), sensación de pérdida de control de la ingesta e incluso vómitos con finalidad evitar recuperar peso. La pérdida de control de la ingesta (*sense of loss of control -LOC-*) ha sido asociada a una menor pérdida de peso postcirugía, mayor reganancia ponderal y a un mayor malestar anímico

(Devlin y cols., 2018; de Zwaan y cols., 2010). Del 16,9% al 39%, según los diferentes estudios, de los pacientes postoperatorios, experimenta estas sensaciones de pérdidas de control (Conceição, Utzinger, Pisetsky, 2019). La presencia de atracones postquirúrgicos se ha asociado a mayores complicaciones como dilatación gástrica o esofágica (Busetto y cols., 2005) en intervenciones con bandas gástricas laparoscópicas ajustables. En lo que existe desacuerdo es en si la presencia de atracones o ingestas nocturnas antes de la cirugía influye en el resultado final de la CB a largo plazo. Aunque la lógica y la práctica clínica parecen decantarse por un peor pronóstico de pérdida de peso, los resultados son contradictorios (Powers, Perez, Boyd y Rosemurgy, 1999).

La mayoría de los TCA previos a la cirugía disminuyen al menos transitoriamente o se transforman (por conductas como la pica o atracones subjetivos por ejemplo). Cuando la bajada de peso se detiene, algunos pacientes desarrollan conductas restrictivas o compensatorias con el fin de seguir perdiendo peso o evitar la reganancia ponderal, desarrollando cuadros clínicos con sintomatología tanto del ámbito de la anorexia como de la bulimia nerviosa (Conceição y cols., 2012). Los TCA y los pacientes obesos intervenidos pueden compartir características comunes además del miedo a la ganancia ponderal como son el verse sometidos a una dieta estricta, haber sufrido rechazo en la infancia por su aspecto físico o utilización de la comida como medio para resolver problemas. De hecho cada vez se informa de más casos de pacientes con sintomatología de TCA en pacientes obesos intervenidos con CB (Guisado, Vaz, López - Ibor, López - Ibor, del Río y Rubio, 2002).

La mayoría de ellos serán diagnosticados como TCA no especificados al no cumplir todos los criterios necesarios para recibir diagnósticos específicos. Tal vez se haga necesario adaptar los criterios diagnósticos para esta población (por ejemplo la pérdida de peso que se requiere para el diagnóstico de anorexia nerviosa o modificar la definición de atracones en el caso de la bulimia). Algunos autores incluso han propuesto un diagnóstico específico de trastorno alimentario para los pacientes intervenidos llamado trastorno de evitación alimentaria postquirúrgico (Segal, Kussunoki y Larino, 2004) que se caracterizaría por pérdida de peso tras CB con mayor velocidad de lo habitual, uso de estrategias purgativas o restricción excesiva de la ingesta y reacciones de ansiedad u oposición ante la introducción de medidas para la corrección nutricional, además de insatisfacción o distorsión de la imagen corporal. Otra dificultad es que existen pocos instrumentos disponibles adaptados para descifrar los complejos matices de esta población (Parker, Mitchell, O'Brien, y Brennan, 2016) y para distinguir la psicopatología alimentaria de las conductas esperables en los pacientes por haber sido sometidos a una intervención quirúrgica. Por ejemplo la presencia de vómitos en estos pacientes deberá ser cuidadosamente evaluada y determinar si se provocan con la intención de controlar el peso o son consecuencia lógica de la reducción efectuada en el estómago. Del mismo modo el comer despacio, en trozos pequeños puede recordar conductas anoréxicas o pueden ser debidas a las indicaciones dietéticas con la finalidad de tolerar mejor los alimentos.

- Conductas alimentarias problemáticas

Tras la CB es necesario evaluar ciertas conductas problemáticas que pueden amenazar la deseada pérdida de peso o facilitar la temida ganancia ponderal. Se están haciendo esfuerzos por definirlas de manera operativa y consensuada con la finalidad de poder posteriormente comparar resultados de diferentes investigaciones, con frecuencia contradictorios y facilitar conclusiones (Conceição, Utzinger y Pisetsky, 2019). Nos estamos refiriendo a conductas como los picoteos (*grazing*) que consisten en la ingesta repetitiva de cantidades pequeñas de alimentos de manera no planificada con diferentes grados de sensación de descontrol. Esta conducta está presente hasta en cerca de la mitad de los pacientes que han sido intervenidos y se relaciona con una reducción en la pérdida de peso y una mayor recuperación ponderal. Otra conducta problemática que también dificulta la bajada de peso son las ingestas emocionales (Chesler, 2012), definidas como tendencia a comer en respuesta a la angustia y durante situaciones estresantes en la vida. Los cravings que consisten en intensos impulsos

para comer un alimento específico, es experimentado por aproximadamente el 10% de los pacientes operados, sin embargo no se ha encontrado evidencia de estar relacionado con peores resultados postoperatorios (Guthrie, Tetley y Hill, 2014). Además es conveniente también evaluar la ingesta de dulces no sólo por la relación con la pérdida de peso (donde hay resultados controvertidos) sino también por su relación con el síndrome de dumping.

- Calidad de vida

La calidad de vida es uno de los parámetros más importantes a valorar ya que con la pérdida de peso se persigue una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) siendo éste uno de los indicadores más importantes a la hora de valorar el éxito o el fracaso de la intervención (Weiner, et al., 2005). Por lo general, se consigue una mejoría con la mayoría de las técnicas de cirugía bariátrica (Melero, Ferrer, Sanahuja, Amador y Hernando, 2014). En un reciente estudio van der Hofstadt y cols. (2017), comparaban la mejoría de la CVRS de pacientes obesos intervenidos encontrando mejoría en la CVRS a los 12 y 24 meses. Si bien esta mejoría no es homogénea en todas las dimensiones, parece mantenerse incluso en estudios a más largo plazo (Karlsson, Taft, Ryden, Sjöström y Sullivan, 2007).

Algunos de los instrumentos más conocidos y utilizados en cirugía de la obesidad son el SF-36 y el B.A.R.O.S. (Wolf, Falcone, Kortner y Kuhlmann, 2000). El SF 36 es un autoinforme de 36 preguntas en el que el sujeto debe elegir entre varias respuestas en función de la que más se ajuste a su caso y que ha sido adaptado a la población española (Alonso, Prieto y Anto, 1995). Posee 8 escalas que pueden ser agrupadas en una de salud física y otra de salud mental. Además tiene otro interesante indicador sobre la percepción subjetiva del paciente acerca de la evolución, a peor o a mejor, de su salud. El cuestionario B.A.R.O.S. (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System) es un sistema de evaluación y análisis de aspectos relacionados con la CB. Se compone de dos ámbitos, uno que evalúa la mejoría postoperatoria (pérdida de peso y disminución de comorbilidades) y otro que evalúa la calidad vida. Respecto a esto último, mediante la ayuda de pictogramas, pretende valorar las áreas de autoestima, salud física, social, laboral y sexual.

EN QUÉ HAY QUE AYUDARLES

Como ya hemos referido, muchos son los cambios físicos, psicológicos y sociales que se van a producir tras la CB. El paciente ha de seguir unas normas de alimentación, pueden surgir problemas de adaptación a la nueva situación, desconfort con imagen corporal, y reaparición de problemas psicopatológicos previos comprometiendo la pérdida de peso. Conviene por tanto ofrecerles apoyo y ayuda psicológica que facilite la pérdida ponderal y proporcione soporte en las dificultades (Montt, Koppmann y Rodríguez, 2005; Montt, Olguín, Marín y Cortés, 2012). Entendemos con los autores citados que las principales tareas del psicólogo con el paciente postbariátrico serían las siguientes:

- Ayuda al seguimiento de las normas de alimentación y actividad física.
- Fomentar la adherencia al equipo multidisciplinario, reforzando la asistencia a las revisiones, cumplimiento de pautas farmacológicas, dietéticas, etc.
- Apoyo para la resolución de la patología psiquiátrica en caso de que aparezca.
- Tratamiento de posible patología alimentaria preexistente o de nueva aparición.
- Aceptación de la nueva imagen corporal y los problemas con los colgajos.
- Preparación para las cirugías reparadoras (expectativas realistas de resultados, información sobre posibles complicaciones).
- Evaluación y desarrollo de estrategias de afrontamiento asociadas al cambio del estilo de vida, conducta alimentaria y función de la comida.

- Funciones de apoyo emocional. Fomentar el aprendizaje de la gestión de emociones negativas.
Aceptación de los nuevos roles sociales.
- Facilitar la incorporación de los cambios necesarios en la familia.
- Apoyo en situaciones vitales difíciles como separaciones matrimoniales o duelos.
- Ayuda o consejo en la toma de ciertas decisiones (técnicas de resolución de problemas).

Respecto al tratamiento de la problemática postbariátrica, sólo recientemente empieza a haber estudios que propongan tratamientos e investiguen su efectividad. Por este motivo, un grupo de psicólogos bariátricos en el XI Congreso Internacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica celebrado en la ciudad de Mendoza en mayo de 2017, elaboró una propuesta que sirviese como guía para el diagnóstico y tratamiento de la reganancia de peso tras la CB (Lasagni y cols., 2018). Revisaron la bibliografía existente y añadieron aportaciones encontradas en su práctica clínica. Señalaron que contribuía a la reganancia: comer impulsivamente, no asistir a los controles periódicos, el malestar psicológico, el número de enfermedades psiquiátricas diagnosticadas después de la cirugía, consumir alimentos y bebidas calóricas, consumir alcohol, realizar picoteos, ingestas emocionales y nocturnas, la ausencia de actividad física, tener dificultades para adaptarse a la nueva imagen corporal y una inadecuada valoración prequirúrgica. Seguidamente recogen las actuaciones que el psicólogo deberá realizar tales como realizar seguimientos, fomentar la adherencia al tratamiento, evaluar complicaciones psicológicas, involucrar a la familia o red de apoyo, hacer uso de nuevas tecnologías para mantener contacto con el paciente, psicoeducación de los factores asociados al mantenimiento del peso, fomentar autorregistros de hábitos saludables, desarrollar una imagen corporal positiva, reforzar la actividad física, trabajar las expectativas del paciente y realizar un plan de prevención de recaídas que incluye identificar y afrontar situaciones de riesgo como vacaciones, comer fuera de casa o ingestas emocionales.

CONCLUSIONES

En sus inicios, la CB generó un entusiasmo sobredimensionado que luego se fue ajustando a realidad clínica. Es frecuente que cuando aparecen nuevos tratamientos se genere una sobreexpectación inicial seguida de una decepción al comprobar que el tratamiento ayuda pero no resuelve el problema al completo Hoy posiblemente nos encontramos en la meseta de efectividad de la CB, dado que a pesar de demostrar ser el tratamiento más efectivo en lograr una baja de peso sustancial, existe una gran variabilidad en la baja de peso y cifras no despreciables de reganancia postcirugía donde las variables psicosociales están interviniendo (Umaña, Escaffi, Lehmann, Burr y Milo, 2017). Esperamos con todo lo dicho en el presente artículo haber sabido justificar la necesidad de realizar un seguimiento psicológico a los pacientes que han sido intervenidos de CB. La creciente literatura científica va aportándonos conocimientos sobre aquellos aspectos en los que debemos tener especial cuidado como son la aparición de descontroles en la alimentación, la presencia de estados de ánimo depresivos, la ideación suicida, o conductas inadecuadas como los picoteos o el consumo de alcohol que complican la evolución de los pacientes. Además, algunos de estas conductas, aparecen tardíamente, a veces años después de la CB, por lo que el seguimiento postbariátrico ha de ser necesariamente largo (King y cols., 2012; Legenbauer, Petrak, de Zwaan y Herpertz, 2011).

Es conveniente también señalar que las patologías alimentarias que se desarrollan tras la CB no son en su presentación sintomatológica iguales a las descritas en los manuales diagnósticos al uso, sino que presentan peculiaridades específicas y es necesario adaptar los criterios diagnósticos a la situación postquirúrgica en trastornos tales como la anorexia nerviosa, la bulimia y el trastorno por atracciones. Incluso en futuras investigaciones habrá que valorar la existencia de algún TCA específico de la situación postbariátrica. Existe también hándicap de que apenas disponemos de instrumentos adecuados como autoinformes o entrevistas estructuradas validadas que hayan sido adaptados a las personas que han sido sometidas a las cirugías para el tratamiento de la obesidad. Es habitual utilizar instrumentos que se han realizado para evaluar pacientes

con TCA cuando sería necesario un instrumento concebido y desarrollado para esta población específica con sus características propias o al menos adaptar los existentes. Esto último fue lo que hicieron de Zwan y cols., 2010 con su entrevista semiestructurada la EDE-BSV, una versión modificada de la EDE (Eating Disorder Examination) de Fairburn y Cooper (1993) adaptada a los pacientes bariátricos añadiendo factores adicionales muy relevantes para esta población tales como el plugging (atragantamientos-taponamientos), dumping, craving, las ingestas nocturnas, los episodios de atracones objetivos (OBE), atracones subjetivos (SBE) o las pérdidas de control de la ingesta (LOC).

Se están empezando a hacer esfuerzos por desarrollar y evaluar programas específicos para mejorar los comportamientos alimentarios disfuncionales, los síntomas afectivos y el peso corporal tras la CB. Gade, Friberg, Rosenvinge, Småstuen y Hjelmesæth, (2015) realizaron un programa de tratamiento cognitivo conductual de 10 semanas para aplicarlo antes de la cirugía y valoraron si había diferencias con respecto a un programa de educación nutricional, los resultados fueron muy heterogéneos según la variable que midiesen. Lo importante es que ya se están realizando esfuerzos (como la mencionada la guía de consenso realizada en México), todavía pioneros, sin duda mejorables, pero que fomentarán el desarrollo de futuras investigaciones. El trabajo de apoyo y asesoramiento psicológico ha de hacerse en estrecha colaboración multidisciplinar con todo el equipo de profesionales implicados en el tratamiento de la obesidad mórbida: endocrinólogos, nutricionistas, dietistas, cirujanos, psiquiatras, etc. Esta labor ejemplifica los nuevos roles profesionales a los que los psicólogos de la salud estamos llamados a desarrollar en diferentes ámbitos y en cooperación con numerosas especialidades médicas, implicando para los psicólogos nuevos retos y oportunidades profesionales.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Adami, G. F., Meneghelli, A., & Scopinaro, N. (1999). Night eating and binge eating disorder in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 335-338. doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3<335::AID-EAT12>3.0.CO;2-1
- Adams, T. D., Gress, R. E., Smith, S. C., Halverson, R. C., Simper, S. C., Rosamond, W. D., ... & Hunt, S. C. (2007). Long-term mortality after gastric bypass surgery. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 753-761.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clinica*, 104(20), 771-776.
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (revised 4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Black, D., Goldstein, R., & Mason, E. (2003). Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity. *Obesity Surgery*, 13, 746-751. doi.org/10.1381/096089203322509327
- Buchwald, H., & Williams, S. E. (2004). Bariatric surgery worldwide 2003. *Obesity surgery*, 14(9), 1157-1164. doi.org/10.1381/0960892042387057
- Burgmer, R., Legenbauer, T., Müller, A., de Zwaan, M., Fischer, C., & Herpertz, S. (2014). Psychological outcome 4 years after restrictive bariatric surgery. *Obesity surgery*, 24(10), 1670-1678. doi.org/10.1007/s11695-014-1226-x
- Busetto, L., Segato, G., De Luca, M., De Marchi, F., Foletto, M., Vianello, M., ... & Enzi, G. (2005). Weight loss and postoperative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated by laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 15(2), 195-201. doi.org/10.1381/0960892053268327

- Bustamante, F., Williams, D. C., Vega, P. E., & Prieto D. B. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 58(6), 481-485. doi.org/10.4067/S0718-40262006000600016
- Chesler, B. E. (2012). Emotional eating: a virtually untreated risk factor for outcome following bariatric surgery. *The Scientific World Journal*, 2012, 1–6. doi.org/10.1100/2012/365961
- Claes, L., & Müller, A. (2015). Temperament and personality in bariatric surgery – resisting temptations? *European Eating Disorders Review*, 23, 435-441. doi.org/10.1002/erv.2398
- Conceição, E., Orcutt, M., Mitchell, J., Engel, S., LaHaise, K., Jorgensen, M., ... & Wonderlich, S. (2013). Eating disorders after bariatric surgery: a case series. *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 274-279. doi.org/10.1002/eat.22074
- Conceição, E. M., Utzinger, L. M., & Pisetsky, E. M. (2015). Eating disorders and problematic eating behaviours before and after bariatric surgery: characterization, assessment and association with treatment outcomes. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 417-425. doi.org/10.1002/erv.2397
- Colquitt, J. L., Pickett, K., Loveman, E., & Frampton, G. K. (2014). Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). doi.org/10.1002/14651858.CD003641.pub4
- Crespo Rosales, M. L., & Ruiz Cala, S. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y su papel en el pronóstico posoperatorio. *Universitas médica*, 47(2), 157-176.
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., García Troncoso, A., & Díaz Paredes, P. (2019). Imagen corporal antes y después de cirugía bariátrica: Percepciones de mujeres jóvenes-adultas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 95-108. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-1523201900100095&lng=es&nrm=iso&tlang=es
- Devlin, M. J., King, W. C., Kalarchian, M. A., Hinerman, A., Marcus, M. D., Yanovski, S. Z., & Mitchell, J. E. (2018). Eating pathology and associations with long - term changes in weight and quality of life in the longitudinal assessment of bariatric surgery study. *International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1322-1330. doi.org/10.1002/eat.22979
- de Zwaan, M., Hilbert, A., Swan-Kremeier, L., Simonich, H., Lancaster, K., Howell, L. M., ... & Mitchell, J. E. (2010). Comprehensive interview assessment of eating behavior 18–35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 6(1), 79-85. doi.org/10.1016/j.soard.2009.08.011
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The eating disorders examination. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (12th ed., pp. 317–360). New York, NY: Guilford Press.
- Gade, H., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Småstuen, M. C., & Hjelmesæth, J. (2015). The impact of a preoperative cognitive behavioural therapy (CBT) on dysfunctional eating behaviours, affective symptoms and body weight 1 year after bariatric surgery: a randomised controlled trial. *Obesity surgery*, 25(11), 2112-2119. doi.org/10.1007/s11695-015-1673-z
- García-García, M. L., Martín-Lorenzo, J. G., Campillo-Soto, Á., Torralba-Martínez, J. A., Lirón-Ruiz, R., Miguel-Perelló, J., ... & Aguayo-Albasini, J. L. (2014). Complicaciones y nivel de satisfacción tras la realización de una dermoliposucción y abdominoplastia después de efectuar una cirugía bariátrica. *Cirugía española*, 92(4), 254-260. doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.04.024
- García Ruiz, A. (2012). Gastrectomía en manga: Resultados a mediano y largo plazo. *Cirujano General*, 34(S1), 64-66. <https://www.mediographic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=36200>
- Gilmartin, J. (2013). Body image concerns amongst massive weight loss patients. *Journal of clinical nursing*, 22(9-10), 1299-1309. doi.org/10.1111/jocn.12031
- Guisado, J. A., Vaz, F. J., López - Ibor, J. J., Inés López - Ibor, M., del Río, J., & Rubio, M. A. (2002). Gastric surgery and restraint from food as triggering factors of eating disorders in morbid obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 97-100. doi.org/10.1002/eat.1114
- Gortmaker, S. L., Must, A., Perrin, J. M., Sobol, A. M., & Dietz, W. H. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England journal of medicine*, 329(14), 1008-1012. doi.org/10.1056/NEJM199309303291406

- Guthrie, H., Tetley, D., & Hill, A. J. (2014). Quasi - prospective, real - life monitoring of food craving post - bariatric surgery: comparison with overweight and normal weight women. *Clinical obesity*, 4(3), 136-142. doi.org/10.1111/cob.12054
- Hayden, M. J., Murphy, K. D., Brown, W. A., & O'Brien, P. E. (2014). Axis I disorders in adjustable gastric band patients: the relationship between psychopathology and weight loss. *Obesity surgery*, 24(9), 1469-1475. doi.org/10.1007/s11695-014-1207-0
- Heinberg, L. J., Keatig, K., & Simonelli, L. (2010). Discrepancy between ideal and realistic goal weights in three bariatric procedures: Who is likely to be unrealistic? *Obesity Surgery*, 20, 148-153. doi.org/10.1007/s11695-009-9982-8
- Heinberg, L. J., Mitchell, J., Sarwer, D. B., & Ratcliff, M. B. (2013). Body image and desire for body countouring post-bariatric surgery. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 8(2), 49-53. doi.org/10.1089/bari.2013.9982
- Henderson, M., & Freeman, C.P.L. (1987). A self-rating scale for bulimia The BITE. *British journal of psychiatry*, 150, 18-24. doi.org/10.1192/bjp.150.1.18
- Heo, M., Pietrobelli, A., Fontaine, K., Sirey, J., & Faith, M. (2006). Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age and race. *International Journal of Obesity*, 30, 513-519.
- Hsu, L. G., Benotti, P. N., Dwyer, J., Roberts, S. B., Saltzman, E., Shikora, S., ... & Rand, W. (1998). Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosomatic medicine*, 60(3), 338-346.
- Ivezaj, V., & Grilo, C. M. (2018). The complexity of body image following bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 19(8), 1116-1140. doi.org/10.1111/obr.12685
- Kalarchian, M., Marcus, M., Levine, M., Courcoulas, A., Pilkonis, P., Ringham, R., Soulakova, J., Weissfeld, L., & Rofey, D. (2007). Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and Functional Health Status. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 328-334.
- Kalarchian, M., Wilson, G. T., Brolin, R. E., & Bradley, L. (1999). Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 4(1), 1-5. doi.org/10.1007/BF03376581
- Karlsson, J., Taft, C., Ryden, A., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International journal of obesity*, 31(8), 1248.
- Kincey, J., Neve, H., Soulsby, C., & Taylor, T. V. (1996). Psychological state and weight loss after gastroplasty for major obesity—some outcomes and inter-relationships. *Psychology, Health & Medicine*, 1(1), 113-118. doi.org/10.1080/13548509608400010
- King, W. C., Chen, J. Y., Mitchell, J. E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S. G., ... & Yanovski, S. Z. (2012). Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *Jama*, 307(23), 2516-2525. doi.org/10.1001/jama.2012.6147
- Kinzl, J. F., Schrottenecker, M., Traweger, C., Mattesich, M., Fiala, M., & Biebl, W. (2006). Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. *Obesity surgery*, 16(12), 1609-1614. doi.org/10.1381/096089206779319301
- Kinzl, J. F., Traweger, C., Trefalt, E., & Biebl, W. (2003). Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obesity surgery*, 13(1), 105-110. doi.org/10.1381/096089203321136683
- Kinzl, J. F., Trefalt, E., Fiala, M., & Biebl, W. (2002). Psychotherapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obesity Surgery*, 12(2), 292-294. doi.org/10.1381/096089202762552818
- Lasagni, V., Palma R., Ríos B., Vázquez-Velázquez V., Severo Duarte-Guerra L., Malischesqui Paegle I., Graf B., Lyng V. y Sánchez Salvatierra M. (2018). Propuesta de guía para el tratamiento de la reganancia de peso después de cirugía bariátrica. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana* 8(2), 2318-2322.
- Leal, L. M., Mellado, S. C., Díaz-Castrillón, F., & Cruzat-Mandich, C. (2017). Body image of women with type I obesity after 2–5 years of subtotal gastrectomy vertical. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 151-160. doi.org/10.1016/j.rmta.2017.04.002

- Legenbauer, T., Petrak, F., de Zwaan, M., & Herpertz, S. (2011). Influence of depressive and eating disorders on short- and long-term course of weight after surgical and nonsurgical weight loss treatment. *Comprehensive psychiatry*, 52(3), 301-311.
- Magdaleno, R., Chaim, E. A., Pareja, J. C., & Turato, E. R. (2011). The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obesity surgery*, 21(3), 336-339. doi.org/10.1007/s11695-009-9824-8
- Mauri, M., Rucci, P., Calderone, A., Santini, F., Oppo, A., Romano, A., Rinaldi, S., Armani, A., Polini, M., Pinchera, A., & Cassano, G. (2008). Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 295-301. http://psycnet.apa.org / doi/10.4088/JCP.v69n0216
- Melero, Y., Ferrer, J. V., Sanahuja, Á., Amador, L., & Hernando, D. (2014). Evolución psicológica de los pacientes afectos de obesidad mórbida intervenidos mediante una gastrectomía tubular. *Cirugía Española*, 92(6), 404-409. doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.11.003
- Mitchell, J. E., Christian, N. J., Flum, D. R., Pomp, A., Pories, W. J., Wolfe, B. M., ... & Belle, S. H. (2016). Postoperative behavioral variables and weight change 3 years after bariatric surgery. *JAMA surgery*, 151(8), 752-757. doi.org/10.1001/jamasurg.2016.0395
- Mitchell, J. E., Crosby, R., de Zwaan, M., Engel, S., Roerig, J., Steffen, K., ... & Wonderlich, S. (2013). Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obesity*, 21(4), 665-672. doi.org/10.1002/oby.20066
- Montt, D., Koppmann, A., & Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16(4), 282-88.
- Montt, D., Olguín, P., Marín, L., & Cortés, S. (2012). Evaluación y manejo psicológico del paciente candidato a cirugía metabólica. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 23(3), 219-226.
- Montt, D. (2012). Evaluación de salud mental: objetivos, metodología, indicaciones, check list. En Burdiles, P., Csendes, A., Guzmán, S., & Awad, W. (eds.). *Obesidad y cirugía bariátrica* (pp 116-125). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Olguín, P., Carvajal, D., & Fuentes, M. (2015). Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 67(4), 441-447. doi.org/10.4067/S0718-40262015000400016
- Parker, K., Mitchell, S., O'Brien, P., & Brennan, L. (2016). Psychometric evaluation of disordered eating measures in bariatric surgery candidates. *Obesity surgery*, 26(3), 563-575.
- Pérez Hornero, J., & Gastañaduy Tilve, M. J. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del psicólogo*, 26(90), 10-14. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77809002
- Powers, P. S., Perez, A., Boyd, F., & Rosemurgy, A. (1999). Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 293-300. doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3<293::AID-EAT7>3.0.CO;2-G
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.
- Rand, C. S., & Macgregor, A. M. (1990). Morbidly obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *Southern Medical Journal*, 83(12), 1390-1395.
- Ríos, M. B. P., Sánchez, R. M., Guerrero, H. M., Pérez, C. D., Gutiérrez, P. S., Rico, R. M., ... & Villalobos, G.E. (2010). El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cirujano General* 32 (2), 114-120.
- Rivenes, A. C., Harvey, S. B., & Mykletun, A. (2009). The relationship between abdominal fat, obesity, and common mental disorders: results from the HUNT study. *Journal of psychosomatic research*, 66(4), 269-275. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.07.012
- Roizblatt, A., Roizblatt, D., & Soto-Aguilar, F. (2016). Suicidio y cirugía bariátrica: un estudio de la evidencia. *Revista médica de Chile*, 144(9), 1159-1163. doi.org/10.4067/S0034-98872016000900011
- Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., & Pérez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista médica de Chile*, 139(5), 571-578. doi.org/10.4067/S0034-98872011000500002

- Ruiz Moreno, M.A., Berrocal Montiel, C., & Valero Aguayo, L. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14 (3), 577-582. <http://www.psicothema.com/pdf/768.pdf>
- Scott, K. M., McGee, M. A., Wells, J. E., & Browne, M. A. O. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of psychosomatic research*, 64(1), 97-105. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.09.006
- Sjöström, L. (2013). Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial—a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of internal medicine*, 273(3), 219-234. doi.org/10.1111/joim.12012
- Segal, A., Kussunoki, D. K., & Larino, M. A. (2004). Post-surgical refusal to eat: anorexia nervosa, bulimia nervosa or a new eating disorder? A case series. *Obesity surgery*, 14(3), 353-360.
- Suzuki, J., Haimovici, F., & Chang, G. (2012). Alcohol use disorders after bariatric surgery. *Obesity surgery*, 22(2), 201-207. doi.org/10.1007/s11695-010-0346-1
- Umaña, J. A., Escaffi, M. J., Lehmann, P. Y., Burr, P. M. I., & GA, M. M. (2017). Evaluación psiquiátrica en cirugía bariátrica: Estudios LABS y el Ciclo de Gartner. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 901-913. doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.09.005
- van der Hofstadt, C.J., Escribano Cubas, S., Tirado-González, S., Pérez-Martínez, E., Ortiz Sebastián, S., Estrada Caballero, J.L., Rodríguez-Marín, J., & Leal-Costa, C. (2017). Evolución de la calidad de vida a los 24 meses de seguimiento en pacientes sometidos a cirugía bariátrica: comparación entre el bypass gástrico y la gastrectomía vertical tubular. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(2), 199-209. doi.org/10.23938/assn.0032
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... & Alonso, J. (2005). The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. doi.org/10.1157/13074369
- Waters, G. S., Pories, W. J., Swanson, M. S., Meelheim, H. D., Flickinger, E. G., & May, H. J. (1991). Long-term studies of mental health after the Greenville gastric bypass operation for morbid obesity. *The American Journal of Surgery*, 161(1), 154-158. doi.org/10.1016/0002-9610(91)90377-P
- Weiner, S., Sauerland, S., Fein, M., Blanco, R., Pomhoff, I., & Weiner, R. A. (2005). The bariatric quality of life (BQL) index: a measure of well-being in obesity surgery patients. *Obesity surgery*, 15(4), 538-545. doi.org/10.1381/0960892053723439
- Wolf, A. M., Falcone, A. R., Kortner, B., & Kuhlmann, H. W. (2000). BAROS: an effective system to evaluate the results of patients after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 10(5), 445-450. doi.org/10.1381/096089200321593940