

Consenso de intervención psicológica: Criterios de atención en la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos

Tania Alfaro Flores,* Edgar Torres López,† Laura Esther Olivares Bernal,‡
Elizabeth Pérez Cruz,§ Jorge Villaseñor Ramírez,§ Violeta E. Vera Pérez,§ Dolores Enciso González,§
Arelí Reséndiz Rodríguez,|| Rafael Álvarez Cordero,¶ Víctor Hugo Portilla Flores**

RESUMEN

La obesidad es una de las patologías más peligrosas de nuestro siglo. Considerada como una enfermedad silenciosa se encuentra dentro de los primeros lugares de muerte por las comorbilidades que acarrea. En México son pocas las instituciones que cuentan con los recursos para otorgar atención integral y cuando lo hacen se enfrentan a diversos problemas para promover la credibilidad en sus tratamientos. Uno de estos problemas lo enfrenta actualmente la atención psicológica, quien no cuenta con documentos establecidos, legislados o indicados que sirvan de parámetro para evaluar sus procedimientos y los resultados obtenidos a esta atención. Una de las formas para generalizar métodos y optimizar resultados es realizar documentos de consenso acerca del trabajo multidisciplinario donde puedan ser evaluados con facilidad, con principios de manejo claros y un lenguaje universal. Siguiendo lo anterior, el Hospital Juárez de México presenta el documento de consenso para la intervención psicológica en la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos.

Palabras clave: Obesidad, cirugía bariátrica, intervención psicológica, documento de consenso.

ABSTRACT

Obesity is one of the most dangerous diseases in our century. Considerate like a silent disease, obesity is in the top ranks of death due their comorbidities. In Mexico there are few institutions that can give an integral treatment for the obesity and when they do, face several problems for get credibility. One of these problems is the care to the mental health in these patients, because in the country there aren't official documents for evaluate procedures and results obtained with the psychological intervention. One way to standardize procedures and improve outcomes is achieve a multidisciplinary consensus, where they can easily evaluate the results, with clear principles and with universal language. For this reason, Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos in the Hospital Juárez de México presents his first consensus document for the psychological intervention in the patient with obesity.

Key words: Obesity, bariatric surgery, psychological intervention, consensus document.

INTRODUCCIÓN

Con dificultades, el tratamiento formal de la obesidad comienza a ser un programa relevante para las instituciones de salud en diversos países latinoamericanos. Lo anterior obedece a los altos costos que las comorbilidades de la obesidad y sobrepeso tienen sobre los sistemas económico-sanitarios.¹ Tan sólo en el Distrito Federal la ENS-

ANUT 2006 reportó (de acuerdo a la distribución del Índice de Masa Corporal para la edad: $MC = kg/m^2$) que 26% de los escolares y uno de cada tres adolescentes presentan exceso de peso, mientras que en las personas mayores de 20 años el exceso de peso representa 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres. La misma encuesta indicó, en relación a los datos recolectados por la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993, que el aumento de enfermedades asociadas con la obesidad era alarmante ya que para el 2006 el diagnóstico de Diabetes Mellitus tuvo un incremento de 7%, el de hipertensión arterial se había elevado en 15.4%, y para la hipercolesterolemia era de 8.5% sólo en la población adulta.²

Por su parte la OMS indicaba que para el 2005 las enfermedades cardiovasculares asociadas a la obesidad ya

* Psicóloga de la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos.
† Coordinador de la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos.
‡ Coordinador adjunto de la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos.
§ Médicos integrantes de la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos.
|| Psicóloga asesora externa UNAM.
¶ Asesor externo.
** Cirujano de Trasplantes del HJM.



ocupaban la primera causa de muerte con 17 millones de defunciones en todo el mundo, sin incluir otras patologías relacionadas a la obesidad como el cáncer (endometrio, mama y colon), enfermedades del aparato locomotor y muerte prematura; los problemas de discapacidad en niños; así como repercusiones en la salud mental (depresión y ansiedad dentro de las más frecuentes) producto de la obesidad.³

La situación actual de la obesidad en México es alarmante; aunado a la falta en el presupuesto económico sanitario, a los factores educativos,⁴ o al hecho de que la obesidad no evidencie signos y síntomas que requieran ser atendidos con urgencia coadyuva para que a la fecha estos tratamientos no sean instalados dentro de los esquemas básicos de salud pública.

En cuanto al tratamiento de la obesidad mórbida, los equipos de salud que con esfuerzos consiguen consolidarse e incluir tratamientos médico-quirúrgicos integrales (clínicas de obesidad), tienen que enfrentarse a la resolución de diversos obstáculos y fallas en sus procedimientos y resultados. Las fallas que la evidencia experimental señala, exhorta a que los especialistas, de manera urgente, realicen un trabajo sistemático, que corrija y optimice el éxito de este tratamiento.^{5,6}

Dentro de los fallos que se le imputa al tratamiento de la obesidad, en especial de la obesidad mórbida, se encuentran los relacionados con la salud mental. Este factor es tan importante, que puede contraindicar el tratamiento, la cirugía o llevarla al fracaso.⁷

Algunas situaciones por las que se incurre en estos fallos dentro de los programas para el tratamiento de la obesidad mórbida son:

- Un nulo o bajo trabajo coordinado sin contar con equipos inter y multidisciplinarios que realmente otorguen tratamiento integral.^{6,9}
- Ausencia de programas concretos y específicos de trabajo que no permiten delimitar las funciones de sus especialistas e imposibilitan la evaluación de resultados.⁸⁻¹⁰
- El desconocimiento por parte del paciente y del personal de salud de los riesgos y complicaciones de la obesidad, así como de la eficacia del tratamiento médico-quirúrgico.¹¹
- Finalmente, la escasa investigación en México en esta área suele poner en tela de juicio la eficacia de este tratamiento donde sus hallazgos no son eficazmente aprovechados.^{5,8}

Como podemos observar, el trabajo a realizar es arduo y las soluciones, aunque sencillas, se ven obstaculizadas por

falta de recursos económicos, o por el poco interés que las instituciones presentan a este tipo de programas. Dentro de las sugerencias para fortalecer la promoción de estos programas se encuentran:

- Que al establecer estos programas se cuente realmente con equipos inter y multidisciplinarios bien definidos, con especialistas calificados para otorgar la atención donde sus decisiones resulten acertadas.^{10-12,14}
- Que una vez integrados estos equipos elaboren en conjunto sus normas y criterios de trabajo retomando lineamientos oficiales promoviendo así la facilitación de los cuidados mínimos estandarizados, la prevención de la variabilidad de la asistencia, la continuidad de un seguimiento adecuado y la evaluación de resultados.⁶⁻¹⁰
- Finalmente, una vez establecidos los dos anteriores, los especialistas deberán plantearse como objetivos la promoción, educación y capacitación acerca de los programas integrales para el manejo de la obesidad mórbida. Así como el fortalecimiento de los hallazgos experimentales, bien estructurados, en donde los equipos participen de manera integral y activa, contribuyendo al desarrollo científico.^{1,5}

Algunas de las dificultades descritas son con las que la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos del Hospital Juárez de México ha cursado en su consolidación desde el 2007. Actualmente, la atención integral del paciente con obesidad mórbida cuenta con la presencia de cirugía y medicina bariátrica, endocrinología, nutrición clínica, medicina del deporte y rehabilitación física, terapia familiar y psicología.

Respecto a esta última, la intervención psicológica, la evidencia señala que si no es explícita y fundamentada en su actuar en pacientes bariátricos, su intervención puede resultar pobre y ambigua tanto para mostrar hallazgos experimentales convincentes, como para utilizar de manera adecuada los recursos psicológicos que fortalezcan el éxito médico-quirúrgico. Además de tener inconvenientes legales al carecer de argumentos sólidos (legislados) para excluir al paciente de un tratamiento determinado debido a factores psicológicos, situación que al hacer caso omiso, tendría consecuencias irreversibles en la salud del paciente.

Preocupados por los argumentos anteriores, teniendo como propio argumento el que la salud mental no se encuentra regulada (establecida y supervisada por instituciones oficiales) y además carece de parámetro fijos para la evaluación de resultados en programas como estos, se presenta a continuación el primer consenso de intervención psicológica en la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos del Hospital Juárez de México, en donde se esta-

blecen de manera puntual los criterios de la intervención psicológica promoviendo con ello el actuar ético, sistemático y científico en los especialistas del comportamiento y garantizando además que los resultados del tratamiento médico-quirúrgico sean los esperados.

PROCEDIMIENTO

Para poder establecer los criterios de intervención psicológica los integrantes de la clínica revisaron los siguientes documentos:

- Ley General de Salud (Artículos 54, 72 y 77).¹⁵
- Norma Oficial para el Manejo del Paciente Obeso.¹⁶
- Guía para el manejo psicológico de la Asociación Americana de Cirugía Bariátrica.¹²
- Nota informativa de la Organización Mundial de la Salud para pacientes con Obesidad y Sobrepeso.³
- Código Ético del Psicólogo.¹⁷

De esta forma para el actuar psicológico se estableció psicobariatría, definida como aquella intervención psicológica dirigida únicamente al tratamiento de la obesidad como parte de un trabajo inter, multi y/o transdisciplinario y donde se espera como resultado de la misma:

- El aumento en la Adherencia Terapéutica.
- Disminución de Conductas de Riesgo.

La intervención quedará establecida en cinco fases:

- Fase 1. De la recepción del paciente hasta la liberación del reporte psicológico (evaluación).
- Fase 2. Del internamiento para cirugía bariátrica hasta el alta hospitalaria (soporte emocional).
- Fase 3. Del seguimiento recurrente en adherencia terapéutica hasta un año después del alta en la clínica (vigilancia).
- Fase 4. Del seguimiento grupal intermitente durante tres años después del alta de la clínica (monitoreo).
- Fase 5. De la última evaluación y apoyo psicológico al 5o año de ser dado de alta del tratamiento bariátrico (alta psicológica).

Para que un paciente sea sometido y avance entre las fases de intervención psicológica requiere cumplir ciertos criterios. Los criterios establecidos deberán cumplirse en los siguientes momentos de la intervención psicológica:

- Para ser evaluados por psicología: Criterios de admisión psicológica.

- Para la aprobación de la evaluación psicológica: Criterios de aprobación psicológica.
- Para ser candidatos la intervención quirúrgica: Criterios psicológicos para la intervención quirúrgica.

Criterios de admisión

Serán aprobados como pacientes aptos temporalmente a recibir tratamiento médico, todos aquellos pacientes que:

Inclusión:

- Tengan asistencia a la Sesión de Inducción y de Dudas.
- Que acepten de forma escrita (cartas bajo consentimiento informado) incluirse en el programa de la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos.
- Tener 16 años de edad o más para ser evaluados individualmente, sin autorización de algún familiar o tutor legal.

Los menores de 16 años serán evaluados junto con sus padres, cuidadores primarios y/o tutores, estableciendo como cuidador primario a todas aquellas personas encargadas del proceso de salud-enfermedad de sus menores y que compartan la necesidad e interés en relación a sus tratamientos médicos.

En este documento se establece que sin excepción todos los pacientes con cartas bajo consentimiento deberán ser valorados por psicología aún cuando en un futuro sus médicos determinen que su tratamiento será únicamente clínico y no quirúrgico.

Exclusión:

- Las personas que verbalmente autoricen incluirse a la clínica y no lo hagan por escrito.
- Los menores de edad que no cuenten con el consentimiento avalado por sus padres, tutores y/o cuidadores primarios.
- Serán excluidas todas aquellas personas que incumplan con un contrato conductual.

Por contrato conductual entenderemos: Aquel documento escrito que se extenderá al paciente cuando existan quejas en relación con su falta de adherencia terapéutica (fallo recurrente a sus citas o fallo recurrente a sus procedimientos médicos). En este documento se establecerá, que debido a las faltas presentadas, su atención en la clínica queda condicionada a su nivel de compromiso y que en cuanto incurra en una falta más, sin la justificación correspon-



diente, será excluido de forma permanente de la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos.

Criterios para la aprobación de la evaluación psicológica

Inclusión:

Serán aprobados como pacientes aptos temporalmente a recibir tratamiento médico todas aquellas personas que cumplan con cuatro criterios:

- Consciencia de la enfermedad y comprensión del programa. Se evaluará que las personas:
 - Puedan explicar de manera verbal y escrita o pictográfica que la obesidad es una enfermedad y que ellos la padecen actualmente.
 - Que identifiquen que esta enfermedad es progresiva, que tiene comorbilidades y que podría llevarlos a la muerte; por lo cual es necesario que se sometan a un tratamiento.
 - Que identifiquen la importancia de un papel activo y permanente como pacientes.
- Conocimiento del programa. Se verificará:
 - Que los pacientes puedan describir y explicar en qué consiste su tratamiento.
 - Las implicaciones (riesgos, ventajas y desventajas) de su tratamiento.
 - Que identifiquen los resultados reales que obtendrán al someterse a dicho tratamiento (expectativas realistas).
- Adherencia terapéutica: Por adherencia terapéutica entenderemos: el compromiso que de común acuerdo los médicos, pacientes y familiares establecen para el tratamiento de la obesidad mostrando las siguientes conductas:
 - Asistencia y puntualidad a sus citas médicas.
 - El cumplimiento con la dieta impuesta por sus especialistas.
 - La presencia regular y permanente de la actividad médica descrita.
 - Cumplimiento de los procedimientos, programas y actividades designados para el paciente.
 - Disminución de conductas de riesgo. Por conductas de riesgo se comprenderán: aquellos comportamientos emitidos por el paciente que ponen en riesgo su

salud (implicando comorbilidades ajenas al sobrepeso) y/o donde se pueda ver interferida la eficacia del tratamiento para la obesidad.

Exclusión:

- Disminución de consciencia de la enfermedad.
- Disminución de comprensión del procedimiento.
- Falta o disminución de adherencia terapéutica.
- Presencia de conductas de riesgo.

Retomando las sugerencias de la evidencia científica, el equipo podrá negar una intervención invasiva, sea quirúrgica o endoscópica, a los pacientes que presenten:^{12,18-20}

- Diagnóstico actual de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria y/o donde el tratamiento psicológico para ese trastorno sea menor de un año.
- Diagnóstico actual de algún Trastorno del Estado de Ánimo con un tratamiento actual menor a cuatro meses para ese padecimiento.
- Presencia de brotes psicóticos activos.
- Ingesta de drogas no suspendida al menos seis meses previos a su intervención.
- Ingesta de tabaco no suspendida al menos seis meses previos a su intervención.
- En el caso de los pacientes que presenten Trastornos de Ansiedad serán excluidos temporalmente, siendo tratados por el psicólogo de la Clínica y donde podrán ser evaluados tres meses después de la intervención psicológica.
- En el caso de pacientes con retraso mental severo o grave y esquizofrenia, éstos quedarán excluidos de manera definitiva a un procedimiento quirúrgico y con derecho al tratamiento clínico de la obesidad (bariátrica, nutrición y endocrinología). Será obligación del psicólogo y terapeuta familiar prestar atención urgente para la psicoeducación del paciente obeso y los principales problemas de conducta que se pueden encontrar en estos pacientes en relación al tratamiento de la obesidad y adherencia terapéutica.

Criterios para la validación de la intervención quirúrgica

Inclusión:

- Cumplimiento de la Adherencia Terapéutica.
- Que el paciente sea aprobado por el Comité de la Clínica como apto para la intervención quirúrgica.
- Que el paciente cuente con:

- *Carnet debidamente cumplido, en donde se encuentren las firmas y sellos del equipo tratante que avalen que el paciente ha cubierto los procedimientos de la clínica.*
- *Cartas bajo consentimiento informado del procedimiento quirúrgico debidamente comprendidas y firmadas.*
- *Firma de un contrato conductual de seguimiento donde el paciente autorice un monitoreo psicológico durante un periodo de cinco años.*
- *La aprobación de un examen breve de su estado mental previo a su cirugía.*

Exclusión:

- Que el paciente no sea aprobado por el Comité de la Clínica.
- Que el paciente no cuente con su Carnet de Adherencia debidamente requisitado (sin las firmas de todos sus especialistas).
- Que el paciente no comprenda las cartas bajo consentimiento informado o no las firme.
- Que no firme su contrato conductual para su seguimiento psicológico.
- Que los pacientes no aprueben un examen breve de su estado mental previo a su cirugía.

CONCLUSIONES

Existe evidencia suficiente que muestra a la intervención psicológica como parte del tratamiento integral de la obesidad mórbida y base para el éxito a la cirugía bariátrica. En países en donde su inserción es reciente, el actuar de los equipos multidisciplinarios debe ser contundente, formal y sistemático. La identificación de fallas en su actuar deben ser resueltas prioritariamente al implementar este tipo de programas. Si las intervenciones psicológicas no se establecen claramente propiciarán dudas acerca de la eficacia en los procedimientos. El hecho de que en México no existan documentos legales u oficiales bajo los cuales los especialistas del comportamiento establezcan su trabajo, dificulta la posibilidad de crear procedimientos generalizados acerca de su actuar. En tratamientos invasivos como la cirugía bariátrica, el tener programas psicológicos ambiguos y/o pobres es un lujo que los especialistas no se pueden dar puesto que se pone en riesgo la optimización de los resultados del tratamiento, el fortalecimiento metodológico para la evaluación científica de resultados y por supuesto la salud del paciente.

La Salud Mental es uno de los aspectos más importantes en la vida de las personas. Aspecto que las instituciones de

salud podrían promover y vigilar con mayor contundencia, a fin de que los procedimientos sean claros, sobre todo tratándose de tratamientos tan invasivos como los quirúrgicos. Por su parte los especialistas del comportamiento pueden detenerse a identificar los beneficios que están obteniendo cuando sus procedimientos no están normados ya que si el psicólogo hoy por hoy es considerado un agente de cambio, será él al primero que le compete clarificar y fortalecer a su propia ciencia.

En el caso del tratamiento bariátrico integral, una alternativa es que el psicólogo realice en compañía de sus equipos multidisciplinarios, sus propios programas (establecidos de forma escrita y en común acuerdo) donde se pueda delimitar, estandarizar y divulgar en qué consiste la intervención psicológica y todos los beneficios que pueden obtenerse con ella. Por mencionar algunos: facilitaría el aumento en la credibilidad de los resultados (al permitir ubicarlos de manera objetiva), promovería un aumento en la eficiencia del trabajo multidisciplinario, presionaría a las instituciones de salud a centrar su atención en las consecuencias que se están ocasionando al no dar prioridad a aspectos psicológicos y coadyuvaría a fortalecer a la medicina conductual basada en evidencias. Evidencias que a corto plazo otorgarán el soporte experimental necesario para desarrollar con eficacia, eficiencia y credibilidad a la intervención psicológica en áreas quirúrgicas.

REFERENCIAS

1. Mesa C, Muñoz D. Plan de cuidados estandarizado en cirugía bariátrica. Sevilla Nure Investigación 2000; 20: 3-13.
2. Villa RA, Escobedo MH, Méndez-Sánchez N. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Gac Méd Méx 2004; 140(Supl 2): 21-26.
3. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Ginebra (Suiza): OMS, 2008.
4. Fausto J, Valdez R, Aldrete M, López M. Antecedentes histórico-sociales de la obesidad en México. Inv Sal 2006; 2: 91-4.
5. García-García E, Llata-Romero M, Kaufer-Horwitz M, Tusié-Luna MT, Calzada-León R, Vázquez-Velázquez V, et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Sal Púb 2008; 50(6): 530-47.
6. Rubio M, Martínez C, Vidal O, Larrad Á, Salas-Salvadó J, Pujol, et al. Documento de Consenso sobre Cirugía Bariátrica. Rev Esp Obes 2004; 4: 223-49.
7. Rico R, Díez del Val I, Salcedo F, Latorre K, Arrizabalaga JJ, Mazagatos B, et al. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Informe. San Sebastián (España): Vitoria-Gasteiz, Departamento de Sanidad, (Esp) Gobierno Vasco; 2003 Abril. Informe No. D-04-01.



8. Cervera S, Caballero-Romo AJ, Orozco L, Velásquez-Fernández L, Rosas-Peralta D, Barriguete-Meléndez M, et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Sal Púb Méx* 2008.; 50 (Pte 6): 530-47.
9. González J. Cirugía bariátrica para el manejo de la obesidad mórbida: Acta de Reunión de Medicina Familiar. Universidad Javeriana; Bogotá (Colombia); 2008.
10. Carbajo, Ma. Errores a evitar en la cirugía laparoscópica de la obesidad mórbida. *Seclaendosurg* 2006. Available from <http://www.seclaendosurgery.com/seclan16/articulos/art02>
11. J. Swift, C. Glazebrook, A. Anness, R. Goddard. Obesity-related knowledge and beliefs in obese adults attending a specialist weight-management service: Implications for weight loss over 1 year. *Pat Educ Couns* 74(Issue 1): 70-6.
12. CompCare: American Society for Bariatric Surgery. Integrated behavioral healthcare. Bariatric surgery, preferred practice guideline. Michigan: 2004.
13. Lemont D, Moorehead M, Parish M, Reto C, Ritz S. Suggestions for the Pre-Surgical Psychological Assessment of Bariatric Surgery Candidates. USA: American Society for Bariatric Surgery; 2004.
14. Alastrué A, García-Luna P, Formiguera J, Moreno P, Martínez B, Broggi M. Priorización de pacientes en cirugía bariátrica: Índice de riesgo. *Cir Esp* 2004; 75(5): 225-31.
15. Ley General de Salud: Nueva Ley General de Salud Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 1984. Últimas Reformas DOF 14-07-2008, 16, 19, 20-32, (Ene. 04, 2008).
16. Norma Oficial Mexicana: Para el Manejo Integral para el Manejo de Pacientes con Obesidad 1998, NOM-174-SSA1-1998. Disposiciones Generales (Ene 04, 2008).
17. Asociación Mexicana de Psicología. Código Ético del Psicólogo. 3a Ed.; Distrito Federal: Trillas; 2002.
18. Carrasco F, Klaassen J, Papapietro K, Reyes E, Rodríguez L, Csendes A. Propuestas y fundamentos para una norma de manejo quirúrgico del paciente obeso. *Rev Med Chile* 2005; 133: 699-706.
19. Moreno L, Olivera J. Obesidad. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. *Nutr* 2001; 353-60.
20. Bauchowitz A, Gonder-Frederick L, Olsbrich ME, Azarbad L, Ryee M-Y, Woodson M, Miller A, Schirmer B. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: A survey of present practices. *Psychos Med* 2005; 67: 825-32.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Edgar Torres López
 Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México
 Av. Instituto Politécnico Nacional 5160
 Col. Magdalena de las Salinas
 CP 07760, D.F. México.
 Correo electrónico: etorrespd@yahoo.com.mx