

Manejo psicológico del paciente sometido a cirugía bariátrica. Consenso Núcleo de Psicólogos de Cirugía de la Obesidad de Chile

MARÍA JOSÉ LEIVA^{1,a}, MACARENA CRUZ^{2,a}, PAULA DÍAZ^{3,a},
CECILIA BARROS^{4,a,b}, VIVIANA ASSADI^{4,a}, SUSANA CORTÉS^{5,a},
DENISSE MONTT^{5,6,a,b}, LUCIANA MARÍN^{2,5,a},
CLAUDIA BADILLA^{7,a}, KARIN FUCHS^{7,a,c}

Chilean consensus on the psychological management of patients undergoing bariatric surgery

Background: Bariatric Surgery is the most effective alternative for weight reduction. However, weight regain is a serious problem. Therefore, pre and post-operative psychological management becomes relevant for these patients. **Aim:** To unify criteria about the psychological management patients undergoing bariatric surgery. **Material and Methods:** A questionnaire about psychological practice in bariatric surgery was sent to 50 national expert psychologists, members of the Chilean Bariatric and Metabolic Society. When no agreement among them was achieved, the Delphi methodology was applied. Scores of 86% or greater were used to reach consensus. **Results:** The specialized clinical assessment is crucial for a good preoperative evaluation and to obtain and adequate compliance after surgery. Psychological interventions evolved towards a preparation process to achieve behavioral changes aiming to maintain good long term weight reduction results. **Conclusions:** The indications and recommendations emanating from this consensus generated a document that establishes minimum criteria and quality care standards, which should reduce mental health risks of bariatric surgery and enhance lifestyle changes.

(Rev Med Chile 2020; 148: 518-527)

Key words: Bariatric Surgery; Consensus; Mental Health; Psychosocial Support Systems; Obesity.

¹Clínica Las Condes, Centro de Nutrición y Cirugía Bariátrica. Santiago, Chile.

²Clínica Alemana, Centro de Obesidad, Programa Vivir Liviano. Santiago, Chile.

³Clínica Santa María, Servicio de Endocrinología, Cirugía Bariátrica y Diabetes. Santiago, Chile.

⁴Red de Salud UC Christus, Centro de Obesidad. Santiago, Chile.

⁵Hospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Cirugía. Santiago, Chile.

⁶Clínica Universidad de los Andes, Servicio de Psiquiatría. Santiago, Chile.

⁷Clínica Ciudad del Mar, Centro de Tratamiento de la Obesidad. Viña del Mar, Chile.

^aPsicóloga, MSc Psicología Clínica.

^bMSc Psicología de la Salud.

^cMSc Educación.

Trabajo no recibió financiamiento.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 31 de enero de 2019, aceptado el 14 de abril de 2020.

Correspondencia a:

María José Leiva

Estoril 120. Las Condes.

+56 9 9640 0761

mleiva@clinicalascondes.cl

La obesidad es una enfermedad declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) patología crónica con características epidémicas. Denominada la epidemia del siglo XXI, desde 1975 a la fecha se ha triplicado en el mundo. En Chile, su comportamiento ha sido similar al observado en países industrializados. Su prevalencia llega a 74,2% en sobrepeso y obesidad, situándolo en el primer lugar entre

países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)^{1,2}.

La cirugía bariátrica (CB) es la herramienta más eficaz para lograr una baja de peso eficiente y remisión de patologías asociadas a la obesidad³. Sin embargo, la mantención del peso puede ser un desafío importante para algunos pacientes. Hoy la recuperación de peso resulta un reto para los equipos multidisciplinarios. Es relevante revisar

y coconstruir estrategias psicoterapéuticas orientadas a potenciar la adherencia al tratamiento y cambio de hábitos de largo plazo.

Equipos expertos en CB a nivel mundial incluyen en sus protocolos la evaluación psicológica preoperatoria, tarea central de los psicólogos especializados en el tema desde su incorporación a estos equipos multidisciplinarios⁴. En cuanto al tratamiento y seguimiento postoperatorio, su relevancia ha ido tomando fuerza en los últimos años, al surgir la recuperación de peso como problemática en el largo plazo, fase del proceso que requeriría de mayor desarrollo e investigación⁵.

La evidencia muestra elevadas tasas de ansiedad, depresión y trastorno por atracones en pacientes con obesidad en comparación con la población general, siendo la prevalencia de cada uno: 26,5%, 15,2% y 27%, respectivamente⁶. La adaptación a la baja de peso e indicaciones de alimentación postoperatorias resultan altamente estresantes para algunos pacientes. Actualmente, no existen estudios concluyentes acerca de predictores de éxito o fracaso posterior a CB, por lo que el acompañamiento del equipo es fundamental para intervenir a tiempo.

La obesidad adolescente ha aumentado significativamente a nivel mundial⁷ y nacional⁸. Chile presenta 45% de obesidad infantil, con los mayores índices en Sudamérica⁹. A partir de 2013, la proporción de niños con exceso de peso superó a la de eutróficos⁸, afectando la obesidad a 1 de cada 4 niños⁹ y proyectándose 70% de obesidad infantil en el corto plazo¹⁰.

El tratamiento de primera línea para la obesidad infanto-juvenil es el tratamiento médico con equipo multidisciplinario, el cual tiene mayor resultado en niños de 8-12 años con sobrepeso. Los adolescentes con obesidad grave no responden adecuadamente a las intervenciones de estilo de vida, en ese grupo, la CB es una opción de tratamiento que ha mostrado ser la alternativa más efectiva¹¹. Sin embargo, no todo adolescente se beneficiaría de ella, por lo que la selección y preparación son claves, además de un tratamiento orientado a cambio de estilo de vida y seguimiento indefinido¹².

Las recomendaciones publicadas para adolescentes con indicación médica de cirugía bariátrica plantean como necesaria una cuidadosa evaluación previa y un adecuado seguimiento postquirúrgico¹³. No obstante, hay pocas luces respecto a cómo hacerlo y provienen de realidades muy distintas a la chilena.

En Chile, más de 50 psicólogos de equipos de tratamiento bariátrico del país, miembros del Núcleo de Psicólogos de Cirugía de la Obesidad (NPCO) y de la Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica (SCCBM), han trabajado agrupados y coordinados desde el año 2008 en el manejo y tratamiento de pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Considerando la evidencia insuficiente en nuestro país, se plantearon el desafío de revisar y repensar el rol del psicólogo en el tratamiento quirúrgico de la obesidad. El objetivo de esta revisión fue construir un consenso actualizado y representativo de la realidad nacional, para el manejo psicológico del paciente sometido a cirugía bariátrica en Chile.

Metodología

En reunión plenaria de NPCO se definieron objetivos del consenso y se establecieron grupos de trabajo: etapa preoperatoria, postoperatoria y adolescentes (cada uno de ellos con 6 a 8 integrantes). En la Figura 1 se muestra un esquema de flujo con las fases de la metodología aplicada. Cada grupo revisó el estado del arte internacional y consensos publicados, y se diseñó un cuestionario para conocer las prácticas clínicas habituales de los psicólogos de equipos de CB chilenos. Esta constó de 24 preguntas cerradas y 4 abiertas (Tabla 1). Fue enviada vía correo electrónico a todos los miembros de NPCO.

Se recibieron 29 encuestas respondidas de un total de 52. El total de respuestas corresponde a 25 centros bariátricos del país y 92% de estas fueron contestadas por psicólogos con más de 5 años de dedicación a la psicología en equipos de CB.

A partir de la revisión bibliográfica y análisis de las respuestas recibidas, se construyeron los primeros acuerdos y recomendaciones. Estos fueron presentados y discutidos en sesión plenaria NPCO. Se aplicó metodología variante Delphi y solo se definieron como aptas para el consenso aquellas respuestas que tuvieron 86% o más de aprobación en discusión plenaria (tanto para indicaciones como para recomendaciones)¹⁴.

Con los comentarios y cambios sugeridos, cada comisión definió acuerdos de su área (respetando criterio de 86% para su aprobación), los que luego fueron revisados por comisión de expertos (conformada por el directorio de NPCO y dos miembros por comisión).

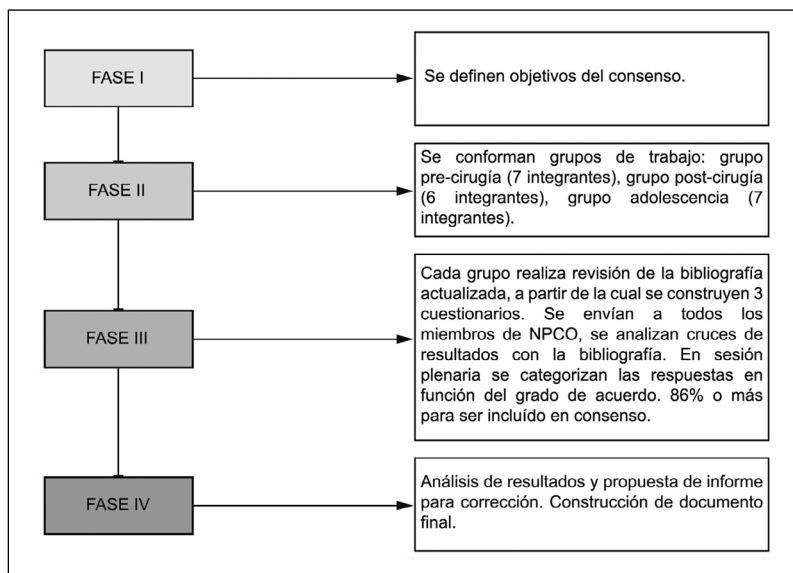


Figura 1. Esquema de flujo de Fases de Metodología Aplicada.

Tabla 1. Contenido de Cuestionarios Aplicados

Etapa prequirúrgica. 15 preguntas, que abordan los siguientes aspectos:

- Años de trayectoria del Centro de Bariátrica
- Años de experiencia del psicólogo en psicología bariátrica
- Disponer de protocolo de evaluación psicológica
- Temáticas a abordar en evaluación preoperatoria
- Instrumentos de evaluación utilizados además de entrevista y áreas que se evalúan
- Número de sesiones preoperatorias de las que se dispone y duración
- Contraindicaciones de salud mental para cirugía y derivación a psiquiatra
- Tipo de paciente en que se considera una preparación de mayor duración
- Existencia de reuniones clínicas para análisis de casos preop en su centro y frecuencia
- Estructura del informe emitido

Etapa postquirúrgica. 17 preguntas, que abordan los siguientes aspectos:

- Disponer de protocolo de seguimiento psicológico
- Temáticas a abordar en seguimiento postoperatorio
- Instrumentos que se utilizan en fase postoperatoria y áreas que se evalúan
- Número de sesiones postoperatorias definidas, duración y frecuencia
- Inclusión en seguimiento de acompañamiento grupal o incorporación de familiares
- tipo de pacientes o patologías que requieren de acompañamiento diferente o más específico
- Existencia de seguimiento de pacientes luego de cirugía y tipo (presencial, *online*, otro)

Adolescentes. 20 preguntas, que abordan los siguientes aspectos:

- Si se realizan cirugías a adolescentes en su centro
- Si se cuenta con un protocolo de salud mental pre y postoperatorio específico para adolescentes
- Si el psicólogo tiene formación en adolescencia
- Edad mínima que, desde su experiencia, considera adecuada para cirugía bariátrica
- Temáticas a abordar en proceso preoperatorio
- Número de sesiones pre operatorias y postoperatorias
- Inclusión de la familia, quiénes, en qué momento del proceso y cuantas sesiones
- Temáticas para fase preoperatoria y postoperatoria con familia
- Contraindicaciones de salud mental para cirugía y derivación a psiquiatra
- Instrumentos de evaluación utilizados además de entrevista y áreas que se evalúan

Se redactó la propuesta de informe que fue enviada a todos los miembros NPCO para su aprobación, objeción y comentarios. Se emitió un documento final.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica.

Resultados

La evaluación clínica especializada es crítica para el diagnóstico preoperatorio y sentar bases para la adherencia postoperatoria. El propósito de la entrevista psicológica ha evolucionado desde la evaluación psicológica, hacia un proceso de cambio de estilo de vida. Cambios conductuales previos a la CB potenciarían la mantención de resultados de largo plazo. Se especifican contraindicaciones, las que cambian al incorporar la mirada de proceso y se propone un modelo de intervención, centrado en la comprensión de la obesidad como una enfermedad crónica. Se genera anexo para manejo adolescente, especificando preparación para cirugía en todos ellos y edad mínima recomendada.

Se propone un modelo de intervención centrado en la comprensión de la obesidad como una enfermedad crónica (Figura 2), *algoritmo adultos.

1. Evaluación y preparación preoperatoria

La evaluación consiste en una entrevista psicosocial semiestructurada¹⁵. Esta debe ser realizada por un psiquiatra o psicólogo clínico, del área de la salud y con experiencia en el ámbito de la cirugía bariátrica, que pertenezca a un equipo multidisciplinario⁴. Aun cuando el candidato a CB cuente con un equipo de salud mental externo, este debe ser evaluado por psicólogo o psiquiatra miembro del equipo bariátrico tratante.

Se recomienda comunicación y coordinación entre el equipo bariátrico y el equipo tratante de salud mental externo al cual se le solicitará un informe de evaluación. Se definen como mínimo dos sesiones de evaluación y preparación prequirúrgica¹⁶, las que podrían aumentar según el caso.

1.1. En la entrevista de evaluación deben ser explorados los siguientes aspectos

- Motivación y expectativas con respecto a la CB, conocer historia y evolución del peso¹⁷.
- Antecedentes de obesidad, atribuciones asociadas a la obesidad¹⁷.
- Historia de tratamientos previos para bajar de peso y adherencia a estos¹⁷.
- Antecedentes psiquiátricos relevantes personales y familiares, puntuar indicadores de ansiedad¹⁷.
- Explorar consumo de alcohol y drogas¹⁸.

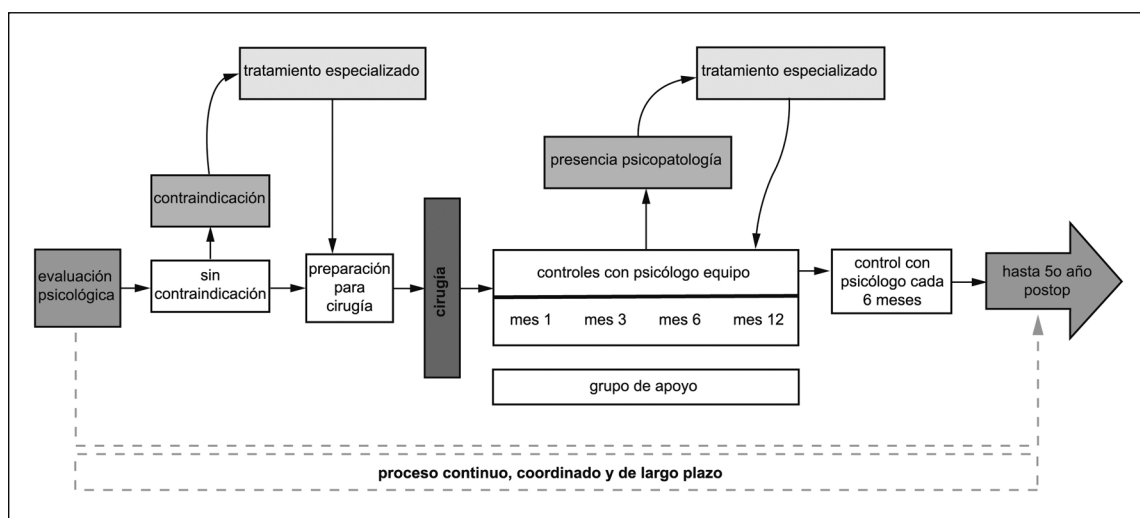


Figura 2. Flujograma del proceso de atención psicológica preoperatoria y postoperatoria del paciente adulto sometido a cirugía bariátrica.

- Estilos alimentarios y presencia de trastornos alimentarios presentes y pasados, así también, vivencia de descontrol alimentario^{19,20}.
- Percepción de imagen corporal y autoestima²¹.
- Red de apoyo del paciente ser sometido a cirugía bariátrica¹⁶.
- Hábitos de sueño, rutinas y actividad física¹⁶.
- Control de impulsos y manejo de estresores¹⁷.

1.2. Aspectos que deben ser trabajados en proceso pre y postoperatorio

- Psicoeducar en estructurar la planificación alimentaria⁴.
- Prescripción de síntomas⁴.
- Cambios en el funcionamiento interpersonal⁴.
- Riesgos del consumo de alcohol en el postoperatorio^{15,18}.
- Reparición de patrones alimentarios de riesgo⁴.

1.3. Contraindicaciones

En caso de presentarse, el paciente será referido a tratamiento especializado, para una vez estabilizado, retomar proceso preoperatorio.

- Trastorno psiquiátrico no compensado²².
- Depresión mayor sin tratamiento⁶.
- Trastorno ansioso sin tratamiento²³.
- Trastornos de la conducta alimentarios activos²⁰.
- Abuso de sustancias, consumo problemático de alcohol^{15,18}.
- Ideación suicida²⁴.
- Trastorno de personalidad severo².
- Déficit de recursos cognitivos necesarios para lograr adaptación poscirugía con ausencia de red de apoyo²⁵.

1.4. Contraindicaciones psicosociales

Deberán ser trabajadas antes y después de cirugía.

- Falta de adherencia a las indicaciones.
- Falta de información con respecto a la CB.
- Expectativas inadecuadas.
- Presencia de estresores actuales (separaciones, duelos recientes, cambios de trabajo o de casa)¹⁶.
- Falta de red de apoyo.

2. Acerca del acompañamiento postoperatorio

La adquisición de un estilo de vida saludable es una herramienta terapéutica fundamental para la

mantención del peso a largo plazo²⁶, para lo cual un modelo de apoyo postoperatorio sistemático es fundamental.

Se definen temáticas mínimas a abordar:

- Autocuidado.
- Adherencia al tratamiento.
- Imagen corporal.
- Regulación de estrés⁵.
- Enfatizar detección de sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria (TCA), pues su configuración es diferente en estos pacientes y puede no cumplir con criterios DSM-V.

Recomendaciones seguimiento postoperatorio:

- Las sesiones postoperatorias deben ser realizadas por psiquiatra o psicólogo, especialista en Psicología Clínica o de la Salud, con experiencia en Psicología Bariátrica y TAI, y que forme parte del equipo tratante²⁷.
- Se indica realizar, como mínimo, cuatro controles con psicólogo del equipo tratante, durante el primer año poscirugía²⁸.
- Se recomienda que estos controles sean realizados en el mes uno, tres, seis y al año de cirugía.
- Se indica realizar, como mínimo, controles de seguimiento cada 6 meses hasta el quinto año posoperatorio^{27,29}.
- Se recomienda contar con grupos de apoyo postoperatorio, especialmente durante el primer año, orientados a reforzar y potenciar el cambio de estilo de vida²⁸.
- Se recomienda incluir un familiar directo, al menos en una sesión, durante el primer semestre postoperatorio, con la finalidad de reforzar la red de apoyo del paciente, así como la adherencia a indicaciones²⁹.
- Se debe educar permanentemente al paciente y sus familiares acerca de la obesidad como enfermedad crónica y el efecto positivo de los hábitos saludables.
- Se debe evaluar durante todo el proceso la presencia de síntomas depresivos, TCA o trastorno ansioso^{27,29}. En el caso de detectarse, derivar a psiquiatra e iniciar proceso psicoterapéutico.
- Se debe explorar durante todo el proceso la presencia de “sustitución de síntomas” (alcohol, sustancias, juego, compras, etc.). En el caso de detectarse, derivar a psiquiatra e iniciar proceso psicoterapéutico.
- Se debe explorar el “comer emocional” como estrategia de regulación emocional. En el caso

- de detectarse, iniciar proceso psicoterapéutico y evaluar pertinencia de derivación a psiquiatra³⁰.
- Serán objetivos transversales durante el primer año: identificación de señales de hambre/saciedad, repertorio conductual para adaptación al proceso, imagen corporal y relaciones vinculares.
- Se recomienda explorar dirigidamente los posibles cambios en la esfera sexual y de pareja luego de cirugía bariátrica.
- La prevención de recaída debe ser un foco de intervención transversal, especialmente a partir del segundo año poscirugía.

3. Especificaciones para pacientes adolescentes.

Se propone un modelo de intervención específico para población adolescente, centrado en la comprensión de la obesidad como una enfermedad crónica (Figura 3).

3.1. Criterios de inclusión

La decisión debe ser caso a caso, ponderando riesgos, beneficios, madurez psicológica del paciente, riesgo de baja adherencia y posibilidad de seguimiento a largo plazo^{31,32}.

Determinar si cumplen con estos criterios es parte de los objetivos de la evaluación para la inclusión de un adolescente a un proceso de preparación para cirugía:

- Madurez emocional y cognitiva (edad madurativa acorde a edad cronológica).

- Involucramiento y compromiso de la familia (contar con una red de apoyo activa y participe del proceso).
- Motivación intrínseca.
- Disposición del adolescente y de su familia a la evaluación, preparación y seguimiento.
- Haber realizado tratamiento integral para baja de peso y cumplimiento de indicaciones prequirúrgicas.

3.2. Edad mínima

El período considerado como adolescencia es motivo de debate y escaso consenso. La OMS la ha definido como el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad. Sin embargo, especialistas en el tema han considerado bajo su ámbito de acción a aquellos sujetos entre 10 y 24 años, ya que actualmente este rango etario abarca a la mayoría de los individuos que están pasando por los cambios biológicos y la transformación en los roles sociales que han definido tradicionalmente a la adolescencia³³. Por ende, consideraremos la ampliación mencionada como el rango etario a abordar.

La edad mínima es un criterio variable. El más frecuentemente usado para determinar la edad mínima es el concepto de madurez psicológica¹², entendida como la capacidad de comprender el proceso y el procedimiento quirúrgico, presentar motivaciones adecuadas para cirugía y adherir a indicaciones prequirúrgicas³². Se consensuó

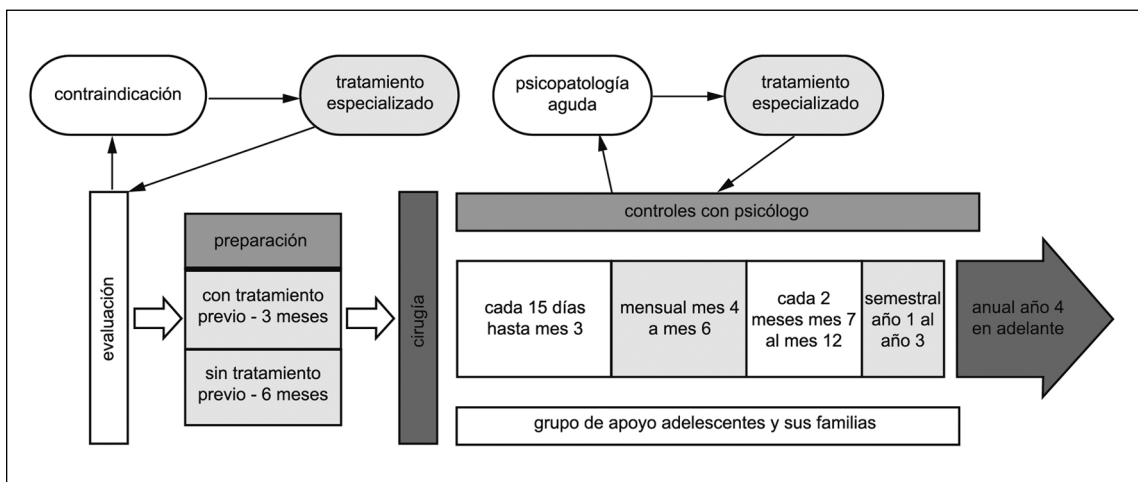


Figura 3. Flujograma del proceso de atención psicológica preoperatoria y postoperatoria del paciente adolescente sometido a cirugía bariátrica.

utilizar este criterio cualitativo, apoyado en uno cuantitativo, que debe ser revisado caso a caso por el equipo multidisciplinario: edad mínima de 16 años, tanto para mujeres como para hombres, con la recomendación de ser extremadamente cautos con menores de edad.

3.3. Evaluación y preparación

Se indica un mínimo de 3 meses si el adolescente ha realizado previamente un tratamiento multidisciplinario serio para bajar de peso, el cual debe haber tenido una duración de al menos 6 meses³⁴. Si no se cuenta con evidencia de haber realizado y adherido a dicho tratamiento previamente, la preparación será de al menos 6 meses.

Durante el proceso preoperatorio el adolescente debe asistir semanalmente a controles con equipo multidisciplinario y sesiones cada 15 días con el psicólogo (el mínimo de sesiones con este profesional debiera ser 6 en el caso que la duración del preoperatorio sea de 3 meses).

Aspectos mínimos a evaluar y preparar:

- Conciencia de enfermedad (individual y parental): comprensión de la obesidad como una enfermedad crónica y multicausal.
- Psicoeducación sobre riesgos y beneficios de la CB y evaluación rigurosa de la habilidad de comprenderlos, así como detectar posible coerción parental³⁵.
- Adherencia a tratamiento: esta tiende a ser más precaria en pacientes jóvenes. El cumplimiento de indicaciones prequirúrgicas sería útil para evaluar motivación y anticipar adherencia en el largo plazo^{36,37}.
- Adecuación de expectativas o consecuencias anticipadas.
- Autocuidado: objetivable en conductas que den cuenta de hábitos.
- Autonomía: objetivable en conductas, en cuanto el adolescente puede hacerse cargo de su tratamiento.
- Autoeficacia: estrategias de afrontamiento efectivas, capacidad de tolerancia a la frustración y manejo de fracasos.
- Control de impulsos: desregulación emocional, impulsividad, conductas de riesgo y consumo de sustancias³⁸.
 - Consumo de alcohol: es imperativo evaluar uso de sustancias y, además, realizar educa-

ción y prevención. En caso de consumo, se exige abstinencia prequirúrgica durante el proceso de preparación, así como abstinencia absoluta posterior a la cirugía, al menos hasta 6 meses, además de comprensión y aceptación de consumo regulado y responsable de por vida.

- El consumo de drogas será contraindicación para cirugía y debe ser derivado a tratamiento especializado.
- Red de apoyo familiar y social: apoyo y compromiso parental, participación, recursos, dinámica familiar, historia familiar en relación a la comida.
- Relación con la comida: ingesta emocional, atracones, regulación emocional a través de la ingesta.
- Cambio de hábitos: se requiere desarrollar comprensión, aceptación y primeros pasos de:
 - Cambios alimentarios: requeridos antes, durante y después de la cirugía, haciendo énfasis en horarios, selección (calidad y cantidad de la comida) y velocidad de ingesta.
 - Hábitos de actividad física.
 - Hábitos de sueño.

Una vez que el paciente haya finalizado el proceso de preparación, se le solicitará consentimiento/asentimiento al tutor y al adolescente por separado, con el objetivo de potenciar en el tutor su rol de líder en el acompañamiento, y en el adolescente la autonomía y compromiso con su proceso^{32,35}.

3.4. Contraindicaciones

Se elimina la distinción entre contraindicaciones “relativas” y “absolutas”, para transitar hacia una visión de proceso: se distinguen aquellas posibles de ser trabajadas en el corto o mediano plazo y al interior del equipo, versus aquellas que requieren un proceso más complejo y prolongado, que deben ser derivadas a equipo especializado. Se definen como contraindicaciones:

- Psicopatología grave o descompensada (depresión, trastorno de la conducta alimentaria u otras)³⁵.
- Consumo problemático de alcohol o dependencia de drogas³⁸.
- Ausencia de red de apoyo o tutor responsable.

- Ausencia de recursos cognitivos, emocionales o intelectuales para tener criterio de realidad y anticipar las consecuencias de sus actos y decisiones (exceptuando aquellos que tengan un tutor legal que se haga responsable de su cuidado, lo cual requiere revisión caso a caso).
- Distancia geográfica de un centro con experiencia en CB adolescente que impide o dificulta el adecuado tratamiento o seguimiento³⁵.

En el caso de contraindicaciones que pueden ser trabajadas durante el proceso de preparación para cirugía, se podrá prolongar el proceso hasta que el equipo evalúe si el paciente está apto.

3.5. Seguimiento postcirugía en adolescentes

La adherencia al tratamiento es un problema conocido en muchas enfermedades crónicas. Los adolescentes a menudo presentan mayores desafíos dados los problemas únicos de desarrollo, psicosociales y de estilo de vida implícitos en la adolescencia³⁹. Dichas dificultades para el seguimiento de largo plazo son también un fundamento adicional para realizar un proceso de preparación quirúrgica más riguroso y prolongado, ya que permite establecer un vínculo terapéutico con el paciente en la fase quirúrgica que facilite la consulta postoperatoria.

Se indican como mínimo controles cada 3 meses, siendo el siguiente esquema de frecuencia con psicólogo lo recomendable: cada quince días hasta el mes 3, mensualmente desde el mes 3 al 6, luego cada 2 meses hasta el año, semestralmente hasta los 3 años y desde entonces, anualmente.

Es necesario evaluar durante todo el proceso postoperatorio dificultades de adaptación a las transiciones vitales y presencia de psicopatología³, que en caso de ser aguda requiere derivación a tratamiento especializado:

- Trastornos alimentarios.
- Trastornos del ánimo.
- Indicadores de riesgo suicida o autoagresiones.
- Mal uso o abuso del alcohol y sustancias.

La literatura sugiere que los problemas de consumo de alcohol pueden comenzar a manifestarse 2 años o más después de la cirugía bariátrica, por lo que se requiere constante psicoeducación y seguimiento de este tema a largo plazo^{38,40}. Se indica abstinencia absoluta al menos 6 meses postcirugía y que a aquellos pacientes con riesgo de trastorno

de consumo de alcohol posterior a la CB eviten cualquier consumo de alcohol indefinidamente después de ella.

Conclusiones

Las indicaciones y recomendaciones emanadas por este consenso fueron construidas ajustadas a la realidad chilena, lo que permite que sean aplicadas en los centros de cirugía bariátrica públicos y privados a lo largo de Chile. El documento generado plantea criterios y estándares mínimos para una atención de calidad, lo que permitiría disminuir los riesgos en salud mental y potenciar los cambios de estilo de vida.

A partir de este consenso será posible construir guías clínicas, facilitando así el trabajo de los psicólogos que se incorporan a esta especialidad y permitiendo un acompañamiento cercano del paciente en todas las etapas del proceso.

Agradecimientos: A las instituciones colaboradoras, a través de los psicólogos y psiquiatras miembros del Núcleo de Psicología de Cirugía de la Obesidad de Chile NPCO que participaron en la construcción de este consenso: Centro de la Obesidad de Concepción, COBEC, P.H, C.A; Centro Médico Manuel Montt, Santiago. Equipo de Obesidad y Cirugía. C.M, M.M, A.Y, P.U; Centro Médico SIOS, Viña del Mar. B.G; Clínica Alemana, Santiago. Centro de Obesidad. M.C, L.M. Clínica Alemana, Osorno. Centro Médico Medisur, C.D; Clínica Alemana, Puerto Varas. CITOD, C.Y; Clínica Alemana, Valdivia. Centro de Obesidad, A.F; Clínica Bupa, Santiago. Programa de Tratamiento de la Obesidad, P.U; Clínica Bicentenario, Santiago, Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, S.M; Clínica Ciudad del Mar, Viña del Mar. Centro de Tratamiento Integral de la Obesidad, C.B, K.F; Clínica Indisa, Santiago. Centro de Nutrición y Cirugía Metabólica, V.B, C.A; Clínica Las Condes, Santiago. Centro de Nutrición y Cirugía Bariátrica. M.L, M.G, Y.L; Clínica Magallanes, Punta Arenas. Centro de Tratamiento de la Obesidad, E.A; Clínica Santa María, Santiago. Centro Médico Endocrinológico y Cirugía Bariátrica. P.D, S.N; Clínica Red Salud Vitacura, Santiago. Centro Integral para el Tratamiento de la Obesidad, S.CH; Clínica Universidad de los Andes, Centro de Obesidad, D.M; Clínica Vespucio, Santiago. Equipo

Cirugía Bariátrica y Metabólica, J.M, J.P; Hospital Clínico Universidad de Chile, Depto. de Cirugía, Santiago. D.M, L.M, S.C. Hospital DIPRECA, Santiago. Centro de Cirugía de la Obesidad, C.B, C.G, G.V; Hospital Sótero del Río, Santiago. Equipo de Obesidad, V.F; Programa Líbero, La Serena, M.D; Red de Salud UC Christus, Santiago. Centro de Tratamiento de la Obesidad, M.R, V.F, V.A, M.B. Al Directorio 2017-2018 de la Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica SCCBM: R.F, C.C, C.B, M.S, F.P, F.R, J.C, B.G.

Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros resultados. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública. 2017.
2. OECD <https://www.oecd.org/health/health-systems/Revision-OCDE-de-Salud-Publica-Chile.pdf>
3. Kalarchian MA, Marcus MD. Psychosocial interventions pre and post bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev.* 2015; 23 (6): 457-62.
4. Sogg S, Friedman KE. Getting off on the right foot: The many roles of the psychosocial evaluation in the bariatric surgery practice. *Eur Eat Disord Rev.* 2015; 23 (6): 451-6.
5. Won EJ, Tran TT, Rigby A, Rogers AM. A comparative study of three-year weight loss and outcomes after laparoscopic gastric bypass in patients with "yellow light" psychological clearance. *Obes Surg.* 2014; 24 (7): 1117-9.
6. Olguín V P, Carvajal A D, Fuentes S M. Patología Psiquiátrica y Cirugía Bariátrica. *Rev Chil Cir* 2015; 67 (4): 441-7.
7. Garwood P, Chaib F, Brogan C. <https://www.who.int> [Internet]. La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. 2017. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
8. JUNAEB. Mapa Nutricional de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. 2017.
9. Vio F. Aumento de la obesidad en Chile y el mundo. *Rev Chil Nutr.* 2018; 45 (1): 6-6.
10. Álvarez H. <http://www.ipsuss.cl>. Chile: primer lugar en obesidad infantil en América Latina y sus consecuencias físicas, psicológicas y en la salud de la sociedad. 2016.
11. Paulus GF, de Vaan LEG, Verdam FJ, Bouvy ND, Ambergen TAW, van Heurn LWE. Bariatric Surgery in Morbidly Obese Adolescents: a Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg.* 2015; 25 (5): 860-78.
12. Childerhose JE, Alsamawi A, Mehta T, Smith JE, Woolford S, Tarini BA. Adolescent bariatric surgery: a systematic review of recommendation documents. *Surg Obes Relat Dis.* 2017; 13 (10): 1768-79.
13. Desai NK, Wulkan ML, Inge TH. Update on Adolescent Bariatric Surgery. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2016; 45 (3): 667-76.
14. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2000; 32 (4): 1008-15.
15. Edwards-Hampton SA, Wedin S. Preoperative psychological assessment of patients seeking weight-loss surgery: Identifying challenges and solutions. *Psychol Res Behav Manag.* 2015; 8: 263-72.
16. Ríos B. Manejo multidisciplinario del paciente con cirugía bariátrica y metabólica. México. Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud. 2016. 38-72 p.
17. Bauer C, Berman D. Clinical Practice Guidelines for the Support of Bariatric Surgery Patients: The Impact of the 2013 Update on the Role of Psychology. *Bariatr Times.* 2014; (December): 9-12.
18. Parikh M, Johnson JM, Ballem N. ASMBBS position statement on alcohol use before and after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2016; 12 (2): 225-30.
19. Conceição EM, Utzinger LM, Pisetsky EM. Eating disorders and problematic eating behaviours before and after bariatric surgery: Characterization, assessment and association with treatment outcomes. *Eur Eat Disord Rev.* 2015; 23 (6): 417-25.
20. Shakory S, Van Exan J, Mills JS, Sockalingam S, Keating L, Taube-Schiff M. Binge eating in bariatric surgery candidates: The role of insecure attachment and emotion regulation. *Appetite.* 2015; 91: 69-75.
21. Marín Leal L, Mellado SC, Díaz-Castrillón F, Cruzat-Mandich C. Body image of women with type I obesity after 2–5 years of subtotal gastrectomy vertical. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2017; 8 (2): 151-60.
22. Kalarchian MA, King WC, Devlin MJ, Marcus MD, Garcia L, Chen JY, et al. Psychiatric disorders and weight change in a prospective study of bariatric surgery patients: A 3-year follow-up. *Psychosom Med.* 2016; 78 (3): 373-81.
23. De Zwaan M, Enderle J, Wagner S, Mühlhans B, Ditzgen B, Gefeller O, et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: A prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *J Affect Disord.* 2011; 133 (1-2): 61-8.

24. Tindle HA, Omalu B, Courcoulas A, Marcus M, Hammers J, Kuller LH. Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. *Am J Med.* 2010; 123 (11): 1036-42.
25. Ríos B. I consenso Latino Americano sobre el manejo psicológico en cirugía bariátrica. *BMI | Bariátrica Metabólica Ibero-Americana.* 2014; 4 (1): 163-7.
26. Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: The SOS intervention study. *Int J Obes.* 2007; 31 (8): 1248-61.
27. Burgmer R, Legenbauer T, Müller A, de Zwaan M, Fischer C, Herpertz S. Psychological Outcome 4 Years after Restrictive Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2014; 24 (10): 1670-8.
28. Ogden J, Hollywood A, Pring C. The Impact of Psychological Support on Weight Loss Post Weight Loss Surgery: a Randomised Control Trial. *Obes Surg.* 2015; 25 (3): 500-5.
29. Sockalingam S, Cassin S, Crawford SA, Pitzul K, Khan A, Hawa R, et al. Psychiatric predictors of surgery non-completion following suitability assessment for bariatric surgery. *Obes Surg.* 2013; 23 (2): 205-11.
30. Canetti L, Berry EM, Elizur Y. Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: The mediating role of emotional eating. *Int J Eat Disord.* 2009; 42 (2): 109-17.
31. Black JA, White B, Viner RM, Simmons RK. Bariatric surgery for obese children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2013; 14 (8): 634-44.
32. Pratt JSA, Lenders CM, Dionne EA, Hoppin AG, Hsu GLK, Inge TH, et al. Best practice updates for pediatric/adolescent weight loss surgery. *Obesity.* 2009; 17 (5): 901-10.
33. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Rev Chil Pediatr.* 2015; 86 (6): 436-43.
34. Hernández J, Licea ME, Marín SM. Algunos aspectos de interés sobre la cirugía bariátrica en la infancia y la adolescencia. *Rev Cuba Endocrinol.* 2016; 27 (2): 172-96.
35. Brei MN, Mudd S. Current guidelines for weight loss surgery in adolescents: A review of the literature. *J Pediatr Heal Care.* 2014; 28 (4): 288-94.
36. Larjani S, Spivak I, Hao Guo M, Aliarzadeh B, Wang W, Robinson S, et al. Preoperative predictors of adherence to multidisciplinary follow-up care postbariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2016; 12 (2): 350-6.
37. Austin H, Smith K, Ward WL. Psychological assessment of the adolescent bariatric surgery candidate. *Surg Obes Relat Dis.* 2013; 9 (3): 474-80.
38. Pratt JSA, Browne A, Browne NT, Bruzoni M, Cohen M, Desai A, et al. ASMBS pediatric metabolic and bariatric surgery guidelines, 2018. *Surg Obes Relat Dis.* 2018; 14 (7): 882-901.
39. Beamish AJ, Reinehr T. Should bariatric surgery be performed in adolescents? *Eur J Endocrinol.* 2017; 176 (4): D1-15.
40. Spadola CE, Wagner EF, Accornero VH, Vidot DC, de la Cruz-Muñoz N, Messiah SE. Alcohol use patterns and alcohol use disorders among young adult, ethnically diverse bariatric surgery patients. *Subst Abus.* 2017; 38 (1): 82-7.