

Evaluación y manejo psicológico del paciente candidato a cirugía metabólica

Denisse Montt S., Pablo Olguín V., Luciana Marín L., Susana Cortés M.

Unidad de Salud Mental, Depto. de Cirugía, HCUCH.

SUMMARY *Psychological factors can play a role in the onset, course and the way a patient copes with diabetes; therefore the mental health approach is gaining increasing relevance in the management of the disease. With the advent of metabolic surgery as a new treatment alternative, assessment of psychosocial variables and pre and postoperative psychological support acquire a significant role in the short and long term outcomes. The objective of this article is to highlight the importance of a proper assessment and treatment of behaviors and mental disorders that can interfere the adherence to post operative directions, which is fundamental given the high prevalence of psychopathology in this population. The main psychological problems associated with this disease are presented, as well as psychosocial and behavioral domains assessed pre and post operatively. Patients must have realistic expectations regarding the surgery and be aware of their responsibility in the outcomes, committing themselves to change their lifestyle and self-care. Continuous follow up that includes psychological support and treatment if necessary is required.*

ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA DIABETES

Existe evidencia suficiente que sugiere que factores psicológicos pueden jugar un rol en el comienzo y curso de la diabetes, así como en la forma en que los sujetos afrontan su enfermedad. Dichos factores además de influir en el empeoramiento de la diabetes mellitus (DM), pueden repercutir en la vida cotidiana y en la relación con el entorno familiar. Dado que la diabetes es un estresor para el paciente y su entorno inmediato, el ajuste del paciente a su enfermedad depende en forma importante del apoyo familiar⁽¹⁾.

Debido a esto se ha incluido progresivamente en el tratamiento la atención psicológica como parte de la práctica de cuidado de esta enfermedad. De tal importancia es que estos aspectos pueden incidir sustancialmente en el control glicémico de los pacientes.

La evidencia muestra que los principales problemas psicológicos asociados a la diabetes son la depresión, estrés, ansiedad, problemas sexuales, desórdenes alimentarios, conductas autodestructivas, conflictos interpersonales y familiares.

Se ha encontrado que existen diferencias significativas en el diagnóstico de depresión en

la población diabética v/s la población general. La depresión tiende a ser más severa, crónica y prevalente en la población diabética que en controles no diabéticos. En la población diabética, 1 de cada 5 sujetos presenta síntomas depresivos y es más prevalente en mujeres, solteros, sujetos con bajo nivel educacional y con 3 o más complicaciones de la DM.

Se ha observado además que pacientes diabéticos y deprimidos tienen una baja adherencia al tratamiento, mayor frecuencia de hiperglicemias, riesgo subsecuente de desarrollar complicaciones de la DM, especialmente enfermedad cardiovascular, retinopatía y niveles más altos de HbA1⁽¹⁾.

Lo anterior da cuenta de la importancia de diagnosticar y tratar la depresión en esta población con el objeto de prevenir o retrasar el inicio de complicaciones de la diabetes, tanto micro como macrovasculares.

El estrés y los trastornos ansiosos, al igual que la depresión, tienen una mayor prevalencia en la población diabética que en controles no diabéticos, encontrándose mayor recurrencia de ansiedad generalizada y fobias simples que otros trastornos ansiosos. La presencia de 2 o más complicaciones de la diabetes de larga data se transforma en predictor significativo de desarrollar un trastorno ansioso. Asimismo se ha observado que el estado de ansiedad afecta los niveles de glucosa en la sangre a través de las hormonas del estrés (adrenalina y cortisol). Cuando se realiza un entrenamiento en manejo del estrés, éste tiene efectos positivos en el control glicémico en diabéticos tipo I⁽¹⁾.

La evidencia sugiere que los problemas sexuales aparecen más prevalentemente en hombres que en mujeres diabéticos. En hombres son más recurrentes la disfunción eréctil y eyaculación retardada, y en mujeres, la disfunción sexual (fase de excitación, lubricación y disfunción orgásmica).

Es fundamental realizar un acertado diagnóstico diferencial, dado que dicha sintomatología puede estar presente también en un cuadro depresivo.

Los trastornos de la conducta alimentaria también son más prevalentes en la población diabética que en la población general. En mujeres diabéticas la prevalencia es 2 veces más alta que en no diabéticas. La prevalencia más alta es de bulimia nerviosa y de trastorno alimentario no especificado en DM I, destacándose la vivencia de restricción alimentaria como la principal facilitadora de una conducta de alimentación anormal⁽¹⁾.

Finalmente las conductas autodestructivas se entienden como un muy mal afrontamiento crónico o periódico de la DM. El autocuidado en la diabetes es crucial, representando un 99% del tratamiento general de esta patología. Si bien es más común la conducta autodestructiva como estrategia activa en los adolescentes, también se observa en los adultos como una estrategia pasiva, manifestándose en conductas negligentes respecto a su autocuidado, lo cual origina consecuencias negativas tales como: HbA1 muy altas, frecuente ketoacidosis y recurrentes hipoglucemias severas. Se reporta que solo el 20% de los diabéticos en un país desarrollado logra mantener bajo control niveles de glucosa; por ejemplo, en USA el control glicémico en diabéticos tipo II da cuenta de una HbA1 de 9,5% promedio⁽¹⁾.

CIRUGÍA METABÓLICA COMO TRATAMIENTO DE LA DIABETES

Se trata de un abordaje novedoso y hasta ahora eficaz para controlar los indicadores metabólicos de la DM en el corto y mediano plazo. No cura la enfermedad, sino que mejora en la gran mayoría de los casos, incluso antes de producirse la baja de peso. Sin embargo, la consideración de las variables psicosociales vinculadas a la DM son relevantes en el resultado postoperatorio.

Adicionalmente, el compromiso de cada paciente a modificar su dieta y nivel de ejercicio físico en un marco de tratamiento multidisciplinario influyen en el resultado⁽²⁾.

Según recomendaciones internacionales la cirugía bariátrica y metabólica debe realizarse en centros de alto volumen de pacientes y con equipos multidisciplinarios con experiencia en el manejo de obesidad y diabetes. Los miembros del equipo requieren entenderse entre las distintas disciplinas y trabajar en conjunto con expectativas y metas comunes. El equipo debe integrarse con la atención primaria, el manejo especializado de la diabetes, el apoyo nutricional y de estilo de vida y los equipos quirúrgicos con mensajes consistentes y prácticas comunes de manejo. La evaluación prequirúrgica requiere ser exhaustiva, incluyendo los aspectos metabólicos, físicos, psicológicos y de salud nutricional. Los pacientes deben tener expectativas realistas respecto a los riesgos y beneficios de la cirugía y además estar conscientes de su responsabilidad a largo plazo en la intervención en su estilo de vida, soporte nutricional y seguimiento⁽²⁾.

El seguimiento debe incluir visitas regulares a profesionales de salud mental, con apoyo psicológico y tratamiento de ser necesario, dada la alta frecuencia de trastornos psiquiátricos, especialmente depresión entre pacientes con diabetes y obesidad mórbida^(1,3,4).

ABORDAJE PSICOLÓGICO PREOPERATORIO

Evaluación prequirúrgica

A pesar de los enormes esfuerzos focalizados en el tratamiento farmacológico de esta enfermedad, las actuales terapias basadas en medicamentos, cambios dietéticos y conductuales, han logrado un éxito limitado⁽⁵⁾. De esta manera, el uso de la cirugía bariátrica para mejorar la DM está generando gran interés a la luz de la actual epidemia de obesidad y

diabetes. En este contexto, la demanda por el procedimiento quirúrgico como forma de tratamiento ha ido aumentando en los últimos años. No obstante, los resultados obtenidos no son equiparables en todos los pacientes, pudiendo reportar algunos una pobre calidad de vida o el desarrollo de síntomas psicológicos en el período post operatorio⁽⁶⁾.

Las razones más comunes para un resultado desfavorable, excluyendo las médicas y técnicas, se relacionan con la dificultad de los pacientes para ajustarse a las modificaciones de la conducta alimentaria, incapacidad en el seguimiento de las recomendaciones médicas y dificultades en la adaptación a los cambios demandados en el estilo de vida en el período post operatorio. Así, variables psicosociales y conductuales pasan a condicionar la efectividad de un tratamiento que es quirúrgico⁽⁷⁾.

Surge entonces la necesidad de poder evaluar a los pacientes candidatos a esta cirugía de manera comprensiva y multidisciplinaria, incluyendo la evaluación por salud mental. Ahora bien, a la fecha de este artículo no hay publicaciones que traten específicamente las contraindicaciones psiquiátricas para cirugía metabólica en diabéticos tipo 2, por lo que la información y prácticas en uso se extrapolan de la literatura médica disponible para cirugía bariátrica de la obesidad.

El objetivo general de la evaluación de salud mental será identificar la presencia de patologías o conductas que puedan interferir con una adecuada adherencia a las indicaciones post quirúrgicas. Es fundamental entonces la detección de factores emocionales, cognitivos y conductuales que puedan interferir o facilitar la efectividad del tratamiento^(7,8).

Esta evaluación perseguirá como objetivos específicos⁽⁴⁾:

1. Identificar patología psiquiátrica que contraindique o condicione el procedimiento quirúrgico.

2. Identificar nivel de información sobre el proceso quirúrgico.
3. Valorar la motivación para asumir las consecuencias de la intervención y las expectativas respecto a los resultados de la cirugía.
4. Evaluar el entorno socio-familiar del paciente.
5. Proveer al paciente información necesaria respecto al proceso pre y post operatorio.
6. Establecer indicaciones y recomendaciones que minimicen o eliminen los factores de riesgo y potencien los resultados.

Para cumplir con estos objetivos, se debe contar con un equipo de profesionales (psicólogos y psiquiatras) que puedan asistir al paciente, ya sea con apoyo de psicoterapia, terapia farmacológica o ambas^(4,7).

Casi la totalidad de las evaluaciones se basan en entrevistas clínicas con los pacientes, aunque 2/3 incluyen también instrumentos o cuestionarios respecto a síntomas psiquiátricos, test de personalidad o condiciones psicopatológicas asociadas⁽⁹⁾.

En nuestra Unidad la evaluación la realiza indistintamente un psicólogo clínico o un psiquiatra y se basa en una entrevista clínica semiestructurada

que se complementa con el cuestionario de calidad de vida (SF-36), que permite tener una visión comprehensiva del paciente y de las acciones a tomar en cada caso.

De este modo se han definido algunas condiciones que pueden contraindicar el proceso quirúrgico en el paciente diabético de manera absoluta o relativa.

Se entenderán como contraindicaciones absolutas aquellas que afecten severamente la capacidad para entender las indicaciones pre y post operatorias, así como entender el proceso quirúrgico propuesto y mantener un patrón de vida acorde con la modificación anatómica a realizar. Estas incluyen psicosis aguda, retardo mental, trastornos graves de la personalidad, dependencia y abuso de sustancia activo⁽⁷⁻⁹⁾.

Se considerarán contraindicaciones relativas aquellas condiciones psiquiátricas y/o psicológicas que afectan en menor medida la capacidad de afrontamiento al proceso quirúrgico y sus consecuencias. Incluye depresión, trastorno bipolar, trastorno por atracón, bulimia nerviosa, trastornos ansiosos, hospitalización psiquiátrica⁽⁷⁻⁹⁾. El tiempo de estabilización necesaria para cada contraindicación se expone en la Tabla 1.

Tabla 1. Contraindicaciones psicológicas absolutas y relativas para cirugía metabólica

Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
• Psicosis aguda: por ejemplo, esquizofrenia, demencia descompensada.	• Depresión: estabilidad sintomática de al menos 3 meses.
• Retardo mental.	• Trastorno bipolar: estabilidad sintomática de al menos 6 meses.
• Trastorno grave de la personalidad.	• Bulimia nerviosa o BED (trastorno por atracón): estabilidad sintomática de al menos 3-6 meses.
• Dependencia y abuso de sustancias activo (al menos 12 meses de abstinencia).	• Trastornos ansioso: estabilidad sintomática de al menos 3 meses.

EVALUACIÓN DE LOS DOMINIOS PSICOSOCIALES Y CONDUCTUALES

Como fue descrito anteriormente, es necesario evaluar además de la presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos, ciertos dominios psicosociales y conductuales específicos, que puedan influir en los resultados post operatorios y a partir de ello establecer indicaciones y recomendaciones específicas. Éstos son:

Apoyo familiar y social: la importancia de considerar este dominio, está en que la decisión de ir a cirugía no será significativa solamente para quien se somete a ella, sino también para la familia. Por ello es fundamental considerar el grado de apoyo del entorno inmediato, siendo un facilitador de la adherencia a las indicaciones que entrega el equipo multidisciplinario, cuando este apoyo es funcional⁽⁷⁾.

Se ha reportado que en familias funcionales –con alta cohesión y bajo conflicto– los diabéticos presentan menor deterioro del control glicémico y complicaciones severas agudas⁽¹⁾. La relación marital ha sido descrita como particularmente importante en el manejo de la diabetes tipo 2, pudiendo potenciar o sabotear las indicaciones⁽¹⁰⁾.

Factores como problemas conductuales, bajas competencias sociales, altos conflictos familiares y menor cohesión, se asocian con mayor frecuencia a complicaciones agudas y crónicas de la diabetes; por lo que la diabetes no debiese abordarse como una enfermedad individual⁽¹¹⁾.

Evolución, tratamiento y adherencia: conocer el tiempo de evolución de la diabetes es una variable crítica para definir la viabilidad de la intervención quirúrgica, así como cuáles han sido las acciones concretas realizadas por el paciente para afrontar su enfermedad. Se deben evaluar los tratamientos realizados, tiempo de mantención de la dieta, adherencia a los controles médicos, cumplimiento

de la farmacoterapia y controles glicémicos. La finalidad es definir si existen tratamientos formales realizados, estimando la capacidad de adherencia a los mismos⁽⁷⁾.

Estilo de vida y conducta alimentaria: el estilo de vida (actividad física, social, laboral) del paciente es un área significativa a evaluar, pues puede constituirse en un potencial obstáculo, afectando la mantención de los resultados quirúrgicos a largo plazo^(5,7). Las conductas y hábitos alimentarios deben revisarse durante la evaluación por salud mental. Especial atención merece cómo, dónde y cuándo come el paciente, quién compra y cocina, las colaciones, tamaño de porciones, ingesta de bebidas azucaradas, nociones básicas de nutrición, así como también indagar en la presencia de algún trastorno alimentario.

Por último, es fundamental evaluar si la actividad alimentaria de los pacientes está cumpliendo alguna función en el abordaje emocional o si está funcionando como una estrategia efectiva para lidiar con el estrés que producen ciertas situaciones disfóricas⁽¹²⁾.

Motivación, expectativas y comprensión del proceso: en este dominio es importante evaluar si el candidato a cirugía está tomando una decisión razonada, consiente y movilizadora desde sí mismo (motivación interna) v/s una decisión que aparece motivada desde el entorno, donde son los otros –familiares, amigos, pareja, equipo médico– quienes están convencidos de la pertinencia de la cirugía (motivación externa)^(4,7). Un paciente que se opera por motivación externa pudiera tener peor tolerancia a las frustraciones en caso de alguna complicación o menor adherencia a los cambios psicosociales necesarios.

Por otra parte, cobra relevancia también el conocimiento del paciente respecto a la cirugía propuesta, incluyendo el hecho de que haya o no conver-

EVALUACIÓN PREOPERATORIA DE CANDIDATO A CIRUGÍA METABÓLICA

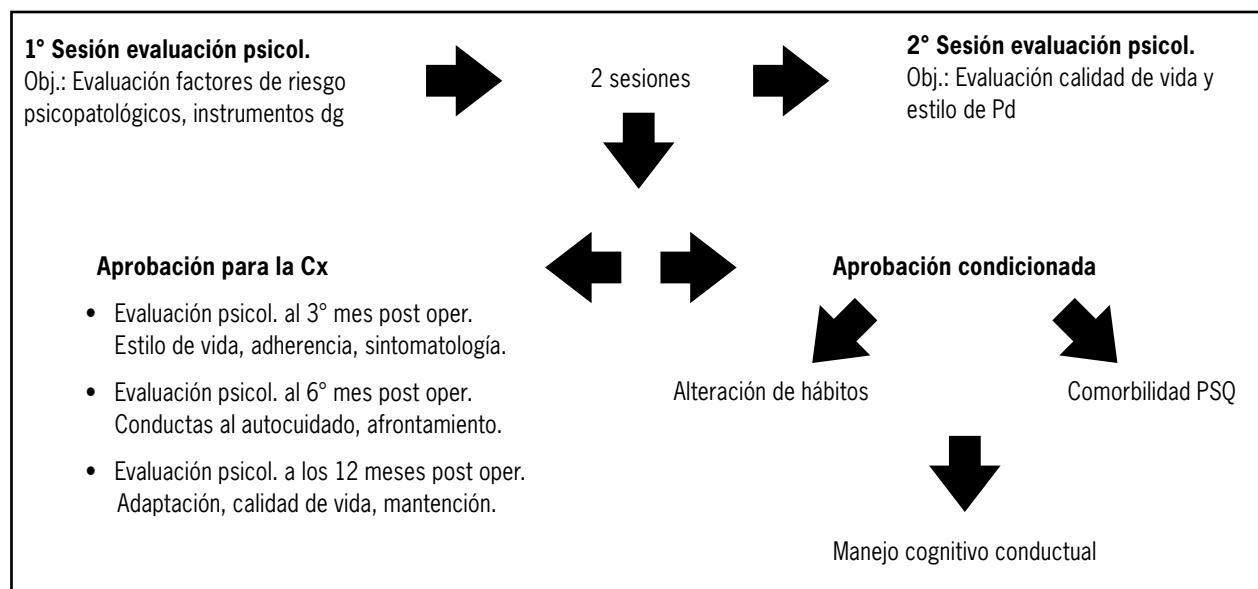


Figura 1. Algoritmo de intervención.

sado con otros pacientes, buscado información en Internet o asistiendo a encuentros de grupos educacionales o de apoyo⁽⁹⁾.

Por último, se debe explorar profundamente las expectativas del paciente respecto a la cirugía. Muchos pacientes que consultan lo hacen sobre expectativas no realistas o sobredimensionadas⁽⁹⁾, por lo que es central distinguir entre una expectativa de “cura de la enfermedad”, donde se espera “librarse” de la condición de diabético y los cuidados que implica, y una expectativa centrada en generar un grado de mejoría o remisión de la misma.

Calidad de vida: en este dominio se evalúa si existen complicaciones a causa de la diabetes. Así como también las limitaciones que esta enfermedad pudiera traer en el funcionamiento familiar, social y laboral del paciente. Estudios en enfermedades crónicas muestran que las mejoras en la calidad de vida de los tratamientos funcionan como un reforzador positivo importante de la conducta saludable⁽⁶⁾.

APOYO PSICOLÓGICO PRE OPERATORIO

Cuando es necesario se debe generar un proceso psicoterapéutico que facilite reforzar la conciencia de enfermedad y responsabilidad de los resultados en salud. Se trabaja con los pacientes, mejorando sus habilidades de afrontamiento y como consecuencia, la conducta de autocuidado. La idea es ayudar al paciente diabético a afrontar más efectivamente las demandas diarias del autocuidado de la diabetes que deberán permanecer aún después de la cirugía⁽¹⁾.

Se debe abordar patología psiquiátrica concomitante si está presente y además es importante psicoeducar al paciente en torno a los cambios conductuales que serán demandados por la cirugía y sobre el impacto emocional que el procedimiento y sus consecuencias puede producir.

ABORDAJE PSICOLÓGICO POST OPERATORIO

El seguimiento post operatorio debiera contar con evaluaciones regulares con el equipo de salud men-

tal, contemplando visitas al 3° mes, 6° mes y 12° meses con los siguientes objetivos⁽⁴⁾:

- Monitorear la adherencia a las indicaciones del equipo multidisciplinario, tales como conducta alimentaria, actividad física, controles regulares con equipo de salud y farmacoterapia.
- Evaluación y desarrollo de estrategias de afrontamiento asociadas al cambio del estilo de vida, conducta alimentaria y función de la comida. En este sentido, es importante indagar en el plan de acción que se está llevando a cabo para manejar los requerimientos del post operatorio y los estresores de la vida diaria.
- Facilitar la incorporación de los cambios necesarios en la familia.
- Evaluar la existencia de patología psiquiátrica de instalación en el post operatorio y seguimiento de aquella diagnosticada en el período preoperatorio.
- Reforzamiento de logros y conducta de autocuidado (facilitadores y obstáculos).
- Evaluación de la calidad de vida (cuestionario SF-36).

REFERENCIAS

1. Adili F, Larijani B, Haghghatpanah M. Diabetic patients: psychological aspects. *Ann NY Acad Sc* 2006;1084:329-49.
2. JB Dixon, P Zimmet, KG Alberti, F Rubino. Clinical practice bariatric surgery an idf statement for obese type 2 diabetes. *Diabet Med* 2011;28:628-42.
3. Rubino F, Kaplan LM, Schauer PR, Cummings DE. The Diabetes surgery summit consensus conference: recommendations for the evaluation and use of gastrointestinal surgery to treat type 2 diabetes mellitus. *Ann Surg* 2010;251:399-405.
4. Montt D, Koppmann A, Rodriguez M. Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 2005;6:282-8.
5. Herron D, FACS MD, Tong W. Role of surgery in management of type II Diabetes. *Mt Sinai J Med* 2009;76:281-93.
6. Van Hout G, Verschure S, Van Heck G. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes surg* 2005;15:552-60.
7. Montt, D. Evaluación de salud mental: objetivos, metodología, indicadores, check list. En: Burdiles P, ed. *Obesidad y cirugía bariátrica*. Santiago. Editorial Mediterraneo, 2012;116-25.
8. Walfish S, Vance D, Fabricatore A. Psychological evaluation of bariatric surgery applicants: procedures and reasons for delay or denial of surgery. *Obes Surg* 2007;17:1578-83.
9. Mechanick JI, Kushner RF, Sugerman HJ, Gonzalez-Campoy JM, Collazo-Clavell ML, Spitz AF *et al.* American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Endocr Pract* 2008;14:S1-S83.
10. Trief P, Ploutz- Snyder R, Dee Britton K. The relationship between marital quality and adherence to the Diabetes care regimen. *Ann Behav Med* 2004;27:148-54.
11. Castro AE. El apoyo social en la enfermedad crónica: El caso de los pacientes diabéticos tipo 2. *Revista de Salud Pública y Nutrición* 2006.
12. Dziurawicz-Kozłowska A, Wierzbicki Z, Lisik W, Wasiak D, Kosieradzki M. The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obes Surg* 2006;16:196-202.

CORRESPONDENCIA



Ps. Denisse Montt Saavedra
Unidad Salud Mental, Departamento de Cirugía
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
Fono: 2978 9334
E-mail: denisse.montt@gmail.com