

Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo final de grado

El rol del psicólogo en la
psicoprofilaxis quirúrgica del
paciente candidato a cirugía
bariátrica.

Estudiante: Andrea Hernández

C.I: 3.351.065-2

Montevideo

Octubre de 2015

Docente tutor: Prof. Adj. Mercedes Couso

Índice

Agradecimientos	3
Introducción	4
Resumen	6
La obesidad	7
¿Qué es la cirugía bariátrica?	8
¿Cómo se contacta el paciente con el equipo de salud especializado en cirugía bariátrica?	10
El paciente obeso y la importancia de los aspectos psicológicos	11
¿Desde qué perspectiva se ubica el psicólogo para trabajar con estos pacientes?	13
¿Qué es la psiconeuroinmunoendocrinología?	14
Acerca de la especialidad psicológica en pacientes quirúrgicos	15
Diagnóstico y Entrevistas	16
¿En qué consiste el diagnóstico psicológico en pacientes candidatos a cirugía bariátrica?	18
Semiología	19
Rol del psicólogo	21
Miedos y ansiedades comunes de los pacientes quirúrgicos	23
Adaptación psicológica preoperatoria	25
Aspectos fundamentales que se deberán trabajar con el paciente	28
Contraindicaciones psicológicas para la realización de la cirugía	29
Seguimiento post-operatorio	30
Conclusiones	31
Referencias bibliográficas	34

Agradecimientos

Al Dr. Pablo Santiago, Prof. Adj. de Cirugía Clínica Quirúrgica 2 en Hospital Maciel. Integrante de la Unidad de Cirugía Bariátrica en Hospital Maciel y en Hospital Militar.

A la Lic. Eva Makukina, psicóloga integrante de la Unidad de Cirugía Bariátrica que funciona en Sociedad Médica Universal.

A la Lic. Adriana Xavier, psicóloga integrante de la Unidad de Cirugía Bariátrica en Hospital Militar.

A la Lic. Mercedes Couso, docente y tutora de este trabajo y a la Lic. Grisel Añon, con quienes descubrí lo apasionante de “el encuentro con el otro”; y quienes me acompañaron desde su lugar de docentes, en el camino a explorar una carrera que recién comienza.

Introducción

Este trabajo, al igual que la elección de la carrera en psicología, fue motivado por mi actividad profesional en block quirúrgico, donde me desempeño como instrumentista quirúrgico desde el año 2003.

Trabajar en dicha área, rodeada del dolor y el sufrimiento del ser humano me llevo a cuestionarme que más había en cada individuo detrás de su patología quirúrgica. Comencé a observar que los pacientes eran vistos como su enfermedad y no como un individuo biopsicosocial. Eran tratados como si cortar y extirpar el problema quirúrgico fuera suficiente para terminar con el padecimiento.

Sin embargo, leyendo historias clínicas y escuchando los relatos de vida de los pacientes concluí que no se podían dejar de lado la historia personal, ni la situación actual de cada uno, en cada ámbito de su vida.

Fue entonces que me interesé por la psicología, con el sueño de lograr algún día ver hecho realidad el verdadero trabajo multidisciplinario; y que los pacientes ya no sean vistos como fragmentos, que ya no solo se trate su patología quirúrgica como algo completamente ajeno a su psiquis e incluso a su propio cuerpo.

Lamentablemente he escuchado en muchas ocasiones comentarios de médicos que desvalorizan y menosprecian incansablemente a la psicología. Si bien es cierto que en estos más de diez años que he transitado en áreas quirúrgicas, ésta visión ha ido cambiando, el psicólogo a ganado terreno, aún falta mucho esfuerzo por realizar y camino por recorrer para que su lugar sea reconocido.

Hace seis años me integré a trabajar como instrumentista en un equipo de cirugía bariátrica que fue pionera en el Uruguay. A pesar de esto, dicha unidad de cirugía bariátrica integró al psicólogo por primera vez hace menos de dos años. Fue entonces que surgió mi interés por conocer de qué se trataba el trabajo del psicólogo que hoy tanto se respeta en ésta área, considerando todo el tiempo que se prescindió de él.

La experiencia clínica del equipo quirúrgico permitió valorar la importancia del psicólogo para mejorar los resultados. Es a partir de esta valoración que la constitución de los equipos que se conformaron posteriormente, lo integró desde el comienzo de su actividad.

Mi actividad en block quirúrgico me permitió observar, como el paciente muchas veces “se pierde de vista”. Pasa a ser como una “cosa” a la que debemos colocar los

electrodos, pasar medicación, colocar la chapa de bisturí eléctrico y otros tantos procedimientos necesarios para la cirugía, que se realizan previo a ser dormido; olvidando que “lo” que está allí es un sujeto que sufre, que teme y que espera una palabra de atención. El paciente necesita saber que alguien se acuerda que él está allí y no solo su cuerpo del que se están ocupando.

Pienso en la sensación de desamparo y de soledad que esto ha de generar en muchos pacientes. También en los temores y ansiedades que ha de originar o la exacerbación de los ya existentes.

A lo antes dicho, se sumó mi interés por saber cómo llega una persona a pesar más de 200 kilos, que factores estuvieron presentes y desencadenaron tal proceso. ¿Sólo sería una cuestión genética u hormonal como se creía popularmente?

¿Podría el cirujano erradicar el problema sólo cortando y resecando parte del estómago de un paciente obeso?

Estas interrogantes que han motivado éste trabajo son las que se indagarán con el fin de dar cuenta del rol de psicólogo hoy, en nuestro medio, en los equipos de salud que tratan la obesidad considerando la cirugía como la mejor opción.

Hoy pretendo aportar con este trabajo que un día no muy lejano, los psicólogos sean parte integrante de los equipos multidisciplinarios, sin tener que estar constantemente haciéndose lugar y realizando grandes esfuerzos por demostrar la importancia de su trabajo en estas áreas.

Resumen

La obesidad es un problema sanitario mundial, del que Uruguay no es la excepción. Esta patología entendida como el exceso de grasa corporal, es consecuencia de la interacción de múltiples factores, genéticos, sociales y psicológicos.

Dicha enfermedad está relacionada con otras patologías, como diversos cánceres, problemas cardiovasculares, apnea del sueño, infertilidad, trastornos psicoemocionales y discriminación social, entre otros. Se asocia además, a un incremento de diez veces en el riesgo de complicaciones médicas como la hipertensión, diabetes y dislipemias.

La cirugía bariátrica, que consiste en la reducción del estómago, según indican las investigaciones se ha convertido en la mejor opción para estos pacientes, debido a los demostrados fracasos de los tratamientos convencionales.

El paciente candidato a cirugía bariátrica debe atravesar una exhaustiva evaluación médica, nutricional y psicológica. Estas evaluaciones son imprescindibles para establecer si el sujeto está en condiciones de sostener el proceso quirúrgico en relación a los aspectos físicos y psíquicos.

Este trabajo destaca la importancia del equipo multidisciplinario de salud para abordar a dichos pacientes. El psicólogo tiene un rol fundamental en la evaluación y preparación del mismo, así como también en el seguimiento post-operatorio, para garantizar que el sujeto pueda llevar adelante con éxito, el recorrido quirúrgico y los cambios que la cirugía le significará en los diversos ámbitos de su vida.

La preparación del paciente que será operado se denomina psicoprofilaxis quirúrgica, ésta se enmarca desde la perspectiva de la psicología integrativa, dentro de la corriente de la psiconeuroinmunoendocrinología.

En esta instancia se abordarán dichos temas, profundizando en la psicoprofilaxis del paciente obeso y en la importancia que presentan los aspectos emocionales en esta patología, considerando la obesidad una enfermedad psicosomática.

La obesidad

En 1985 la National Institute of Health (NIH) definió la obesidad como una *“enfermedad crónica multifactorial compleja que se desarrolla a partir del genotipo y el ambiente”*. El desarrollo de la obesidad es el resultado de una compleja interacción entre los factores genéticos, psicológicos, socioeconómicos y culturales (Daza, C., 2002, pp.72-88).

La herramienta utilizada para establecer la presencia de obesidad es el cálculo de índice de masa corporal (IMC). Este parámetro relaciona el peso corporal en kilogramos con la talla medida en metros. El rango de normalidad varía con la edad y el sexo (Steinbrook, 2004, pp.1076).

La obesidad no sólo es un factor de riesgo cardiovascular sino que está asociada con un incremento de hasta 10 veces en el riesgo de hipertensión, diabetes y dislipemias; favorece además el desarrollo de cálculos biliares, apnea del sueño, diversos tipos de cáncer (endometrio, ovario, mama), artritis gotosa y osteoartritis entre otras (Santiago, Beraldo, Taroco, Rappa, & Rodríguez, 2012).

La obesidad grave se relaciona con una mortalidad temprana elevada. Los obesos de ambos sexos mueren antes que los delgados de su misma edad. Un estudio sueco demostró que la mortalidad en los que siguieron tratamiento médico con dietas fue de 27% mientras que en los operados bajó a 3%, es decir, que aumentó nueve veces en los no operados. El riesgo de mortalidad revierte a niveles normales si el individuo operado vuelve a su peso normal (Santiago et al, 2012).

La obesidad hoy constituye un problema sanitario en el mundo, y Uruguay no escapa a esta realidad. El sobrepeso ha alcanzado proporciones epidémicas y las complicaciones médicas asociadas a este problema, probablemente condicionen que la obesidad sustituya al tabaco como la causa reversible más importante en la reducción de la longevidad. Según datos estadísticos publicados en EE.UU, la obesidad patológica aumentó un 33% en la última década, condicionando que desde 2010 sea la causa principal de muerte prevenible (Santiago et al, 2012).

Datos epidemiológicos recientes informan que entre un 25% y un 30% de la población adulta de Occidente tiene sobrepeso u obesidad y entre el 2 y 3% de la población tiene obesidad mórbida, es decir aquella con un índice de masa corporal mayor a 40. En Uruguay existen alrededor de 40.000 obesos mórbidos (Santiago et al, 2012).

¿Qué es la cirugía bariátrica?

La cirugía bariátrica es una intervención quirúrgica que se realiza para tratar la obesidad. Su objetivo es el descenso de peso del paciente, existiendo diferentes técnicas para lograrlo. Las técnicas quirúrgicas más utilizadas en cirugía bariátrica son: la Banda Gástrica Ajustable (BGA), la Gastrectomía en Manga (GM) y el By Pass Gástrico con asa Larga (BGAL). Estos consisten en reducir el tamaño del estómago, lo que cambiará radicalmente la forma de comer del paciente, reduciendo la ingesta de calorías y asegurando una dieta forzada al cambiar el hábito alimenticio. Los pacientes operados solo podrán comer pequeñas cantidades y deberán masticar muy bien (Santiago, 2012 et al).

Figura 1. Banda Gástrica Ajustable

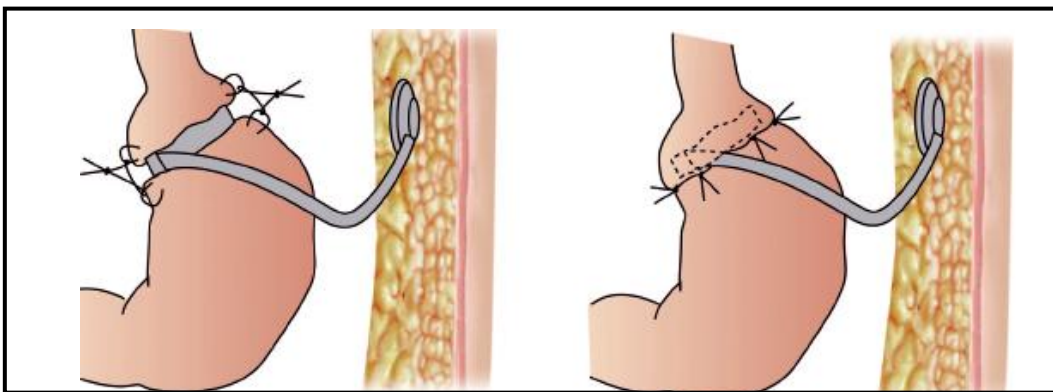


Figura 2. Manga gástrica

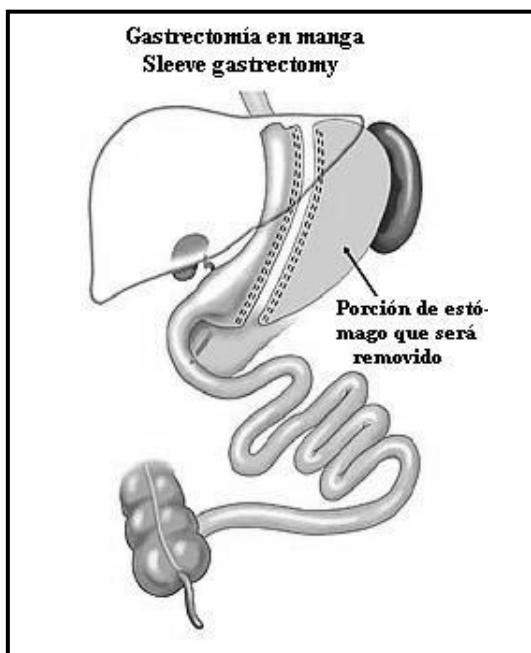
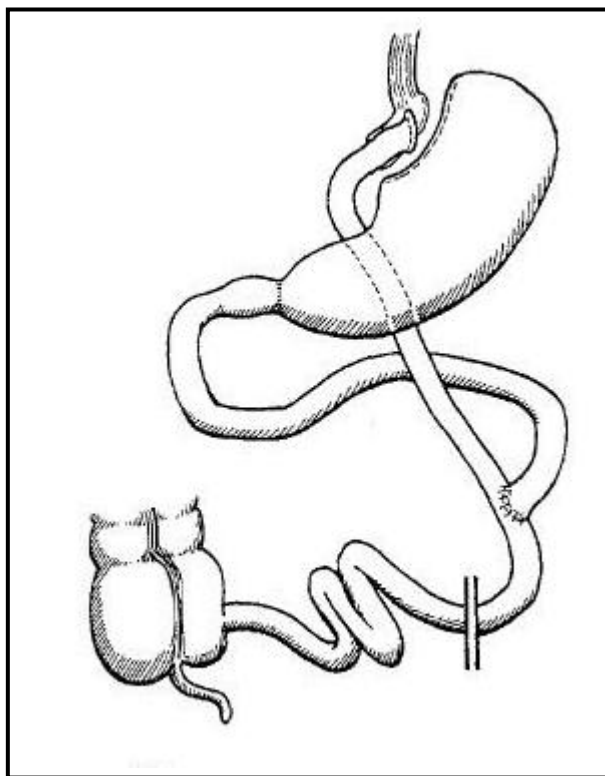


Figura 3. By Pass Gástrico



La cirugía de Banda Gástrica Ajustable consiste en incorporar una banda gástrica propiamente dicha, inflable, alrededor de la parte proximal del estómago para limitar el consumo oral (Steinbrook, 2004, pp.1077-1078).

La manga gástrica es un procedimiento que reduce la capacidad del estómago en forma considerable, a través de la resección de una porción de estómago (gastrectomía parcial) (Santiago, 2012 et al).

La técnica de By Pass Gástrico no sólo reduce el tamaño del estómago sino que además genera un mecanismo de disabsorción (mala absorción) de los alimentos, lo que potencia el descenso de peso (Steinbrook, 2004, pp.1077-1078).

La cirugía bariátrica ofrece diversos beneficios, entre los que se encuentran: prolongada y valiosa disminución de peso, mejora en la calidad de vida, disminución de complicaciones asociadas a esta enfermedad como son: intolerancia a la glucosa, hipertensión, dislipidemias y evitar una muerte prematura (Santiago, 2012 et al).

Este procedimiento quirúrgico no es una cirugía estética. Es la mayor cirugía gastrointestinal realizada en pacientes cuya obesidad los pone en riesgo de complicaciones y de muerte, debido a los problemas médicos asociados con dicha patología (Steinbrook, 2004, pp.1076).

Desde el punto de vista médico son candidatos a esta cirugía los pacientes con un índice de masa corporal mayor a 40. El IMC se calcula dividiendo el peso sobre la talla al cuadrado ($IMC = \text{Peso} / \text{Talla}^2$). En ocasiones excepcionales, se operan pacientes con un IMC entre 35-40 kg/m^2 (Steinbrook, 2004, 1076-1077).

Esto ocurre en pacientes que presentan síndrome de apnea del sueño, enfermedad cardíaca relacionada con la obesidad, hipertensión, diabetes y problemas físicos inducidos por la obesidad que interfieren con su calidad de vida (Steinbrook, 2004, p.1077; Santiago, 2012 et al).

El desarrollo de la cirugía bariátrica adquiere aún mayor importancia si consideramos que la mayoría de los tratamientos no quirúrgicos de la obesidad tienen un 90% de fracaso a los 5 años. La cirugía está indicada ante el fracaso de tratamientos con medidas conservadoras en forma de dieta, cambios conductuales, ejercicio y farmacoterapia. La opción quirúrgica se justifica cuando el paciente ya ha probado los métodos de tratamiento conservador por lo menos dos veces en los últimos dos años (Santiago et al, 2012).

En Uruguay actualmente existen cuatro grupos que funcionan como “Unidad de Obesidad”, en el que se realizan los procedimientos quirúrgicos de cirugía bariátrica dentro de un contexto multidisciplinario. Los mismos funcionan en: Hospital Central de la Fuerzas Armadas, Hospital Maciel, Sociedad Médica Uruguay y uno a nivel particular que funciona en Sociedad Médica Universal.

En resumen, frente al demostrado fracaso de los tratamientos conservadores para la disminución de peso del obeso mórbido y la incidencia de esta patología en el mundo, la cirugía bariátrica se ha convertido en la mejor opción actual para estos pacientes.

¿Cómo se contacta el paciente con el equipo de salud especializado en cirugía bariátrica?

El primer contacto con estos pacientes (captación) se realiza en múltiples instancias (policlínicas médicas o de especialidad quirúrgica, puerta de emergencia, policlínicas periféricas o centros asistenciales del interior). Una vez identificado el paciente con patología de obesidad, será remitido a la “Unidad de Obesidad” para iniciar el contacto con ésta y el análisis integral psico-físico del mismo (Santiago et al, 2012).

El equipo de salud debe contar con médico endocrinólogo especialista en obesidad, internista, cardiólogo, neumólogo, cirujanos, psicólogo y nutricionista. Los pacientes deben atravesar una exhaustiva evaluación médica, nutricional y psicológica (Santiago et al, 2012).

El paciente obeso y la importancia de los aspectos psicológicos.

Para tener la posibilidad de curar a un obeso es necesario considerar al sujeto desde una perspectiva integral. La obesidad es una enfermedad psicosomática. ¿Qué significa que una enfermedad es psicosomática? (Tordjman, 1978, pp.53).

La psicosomática según el Dr. Luis Chiozza es: *“una especialidad que se ocupa del estudio y tratamiento de las enfermedades psicosomáticas”; “una capacidad de la psicoterapia para producir, no sólo efectos psíquicos sino también somáticos”; “una posibilidad de generar teorías para comprender los efectos psicológicos en el funcionamiento somático”* y por último, *“orientación de la medicina general que pretende incluir en cada acto médico el punto de vista psi con respecto al enfermo y las relaciones con el médico, la familia y la sociedad”* (Chiozza citado en Bonet, 2013, pp. 41-42).

La medicina psicosomática tiene su origen en el siglo XIX con el psicoanálisis cuando se consideró que los síntomas somáticos se podían *“leer”* por tratarse de un lenguaje inconsciente. Esta concepción llevó a que toda enfermedad del cuerpo podía ser entendida como un lenguaje de este y por lo tanto debía ser interpretada.

El auge de esta especialidad ocurre en la década del 50 y del 60, época en la que se comienza a considerar que las enfermedades psicosomáticas se debían a un conflicto inconsciente específico. Son enfermedades psicosomáticas, el asma bronquial, la neurodermatitis, la colitis ulcerosa, hipertensión, úlcera duodenal, hipertiroidismo, entre otras (Bonet, 2013, pp. 42-43).

“No solamente revelan una alteración del hombre entero que incluye su espíritu...cada una de ellas corresponde a una particular y específica perturbación anímica distinguible de las demás” (Weizsäcker, citado en Bonet, 2013, pp. 44).

El Dr. Chiozza considera que la enfermedad es específica y tiene que ver con los afectos; cada uno de ellos posee una *“clave de inervación”*, la cual bloquea el acceso a la conciencia en la enfermedad somática. De esta manera una serie de simbolismos

aparecen en forma de enfermedad. La historia de cada paciente tiene que ver con su patología, ésta tiene un sentido en la vida del sujeto y se relaciona con un afecto específico que se reprime. *“A cada patología orgánica corresponde un conflicto específico”* (Chiozza citado en Bonet, 2013, pp. 44-45).

La ingestión exagerada de alimentos, principal causante de la obesidad, ocurre como consecuencia de factores psicológicos, acompañados por mecanismos genéticos y regulaciones bioquímicas. Si bien el hambre es producida por la acción de mecanismos homeostáticos sobre el centro hipotalámico, el apetito puede ser despertado por pensamientos, afectos, emociones y percepciones (De la Fuente, 1959, pp. 295-297).

Estudios de laboratorio han demostrado que el apetito puede estar condicionado por estados emocionales que están conectados con la situación alimenticia. Se ha observado clínicamente que el acto de comer es frecuentemente usado para reducir la angustia (De la Fuente, 1985, pp. 297-298).

El hecho de comer compulsivamente o en exceso hasta al punto de llegar un sujeto a ser un obeso, puede ser un acto compensatorio frente a diversos conflictos o trastornos emocionales y afectivos. Es posible que la comida sustituya una carencia de amor, compense el miedo al mañana con la abundancia, esconda una agresividad permitiéndole al sujeto calmarla a través del acto de comer o que trate de ocupar el lugar de una gran soledad (De la Fuente, 1985, pp.298; Tordjman, 1978, pp.53-55).

Es factible que el hecho de comer en exceso este supliendo frustraciones o aplacando otras tentaciones, como es el caso de una paciente que comía cada vez que debía resistir a la tentación de acercarse al marido de su madre, con quien vivía. *“Se protegía con su grasa del deseo del hombre”* (Tordjman, 1978, pp.53-55).

Muchos pacientes obesos tienen problemas y conflictos en la relación con su madre o consigo mismos, por lo que es evidente que un régimen alimenticio o una cirugía no serán suficientes para tratar su patología, si no se trabajan los aspectos psicológicos de su problemática. La obesidad como toda enfermedad psicosomática es muy difícil de curar si sólo se concentra la atención en los aspectos fisiológicos (Tordjman, 1978, pp.53-55).

No es posible retornar a una concepción dicotómica del ser humano, en la que la mente y el cuerpo eran entendidos como dos entidades por separadas e independientes una de la otra. La obesidad demanda una comprensión global que

contemple aspectos psicológicos en un conjunto articulado de fenómenos cuyo síntoma manifiesto es engordar (Benedetti, 2012).

Una vez que la obesidad alcanza al individuo, esta pasa a ser parte de su historia. Entender cómo se construyó ese síntoma es objetivo del psicólogo tratante (Benedetti, 2012).

“El placer oral es uno de los más intensos que conocemos. No podemos esperar controlarlos sin desarrollar los impulsos eróticos y agresivos del paciente.” (Tordjman, 1978, pp.58).

¿Desde qué perspectiva se ubica el psicólogo para trabajar con estos pacientes?

El psicólogo que trabaja en la evaluación y preparación del paciente quirúrgico es el psicólogo médico, éste se posiciona desde la perspectiva de la psicología integrativa, dentro de la corriente de la psiconeuroinmunoendocrinología, que es precisamente la psicología integrativa (E. Makukina, comunicación personal, 6 de agosto de 2015).

La psicología médica tiene en su campo el conjunto de conceptos y técnicas psicológicas que son aplicables en la práctica cotidiana de una medicina integral. Sus límites pueden presentarse un tanto imprecisos, por lo que se vuelve importante destacar los aportes de la psicología a la medicina y de las ciencias biológicas a la psicología (De la Fuente, 1985, p.15).

“La razón primordial para que la psicología médica sea considerada y enseñada como una disciplina por derecho propio, radica en el hecho científicamente irrefutable de que la mente influye de forma importante en el funcionamiento corporal...”, ya sea porque está implicada en las disfunciones y enfermedades, de los órganos y sistemas o por su influencia en la evolución de procesos orgánicos patológicos (De la Fuente, 1985, p.15).

Cuando la función de un órgano es alterada no sólo debemos pensar en los microorganismos o en las toxinas, sino también en los conflictos psicológicos. El criterio *“psicogenético”* permite explicar cuando un síntoma orgánico es la expresión simbólica de un conflicto psíquico o es la respuesta a estímulos emocionales recurrentes y persistentes. Muchas veces el síntoma corporal llega para satisfacer necesidades de afecto, seguridad o prestigio del sujeto (De la Fuente, 1985, p.16).

El concepto psicogénesis implica que se deben tener en cuenta los aspectos ambientales, sociales y culturales del individuo para establecer las causas de salud o enfermedad. Los conflictos psíquicos se originan en la relación recíproca del sujeto con otros individuos que poseen metas, ideales y prohibiciones. (De la Fuente, 1985, p.16).

Estamos en condiciones de preguntarnos como interaccionan todos estos aspectos. Es decir, cuál es el/los mecanismos a través de los cuales lo psi y lo biológico se relacionan o se retroalimentan. Es la psiconeuroinmunoendocrinología, la corriente que dará respuesta a estas interrogantes.

¿Qué es la psiconeuroinmunoendocrinología?

La búsqueda de nuevos paradigmas de investigación y comprensión del funcionamiento del ser humano se ha focalizado, como se veía anteriormente, en modelos integrativos que permiten entender el proceso de salud-enfermedad. Dentro de estos modelos integrativos surge la psiconeuroinmunoendocrinología. Cuando se habla de esta disciplina, no se está hablando de una disciplina única sino de la relación que existe entre varias de ellas, entre las que se encuentran la endocrinología, inmunología, neurociencias y psicología (Bonet, 2013, pp. 55-56).

La psiconeuroinmunoendocrinología es entonces un *híbrido* de estas disciplinas, se abastece del conocimiento brindado por ellas. Su objetivo es la integración de este conocimiento aportado, con y desde diferentes herramientas disciplinarias. Las investigaciones demuestran que existe una *“comunicación estructural, funcional y constante entre los sistemas nervioso, endocrino, inmune y el psiquismo”* lo cual fundamenta la concepción de “red de trabajo”. Es decir, que los sistemas corporales funcionan de forma interactiva, intermodulada o interregulada. La explosión en la investigación acerca del vínculo entre éstos sistemas fue lo que permitió llegar al concepto de psiconeuroinmunoendocrinología (Bonet, 2013, pp. 55-56-66).

El cuerpo humano posee tres sistemas principales que reciben y transportan información entre el cerebro y el resto del organismo, a través de las señales químicas y de los receptores que reciben el mensaje que trae esa señal. Estos sistemas son: sistema nervioso, sistema endócrino y sistema inmune.

Las señales nerviosas son los neurotransmisores, como la adrenalina y la noradrenalina. Las señales endócrinas son las hormonas producidas por las glándulas

endócrinas y las señales inmunes son las citoquinas o interleuquinas que son proteínas producidas por los linfocitos y otras células del sistema inmune.

El cerebro es el organizador central, el que decodifica los estímulos externos, captados por los sistemas sensoriales como la vista, el oído y el tacto; así como también los estímulos internos inflamatorios, neoplásicos, virus y bacterias, captados por el sistema inmune. Existen además estímulos cognitivos, estos son los pensamientos, los recuerdos, las emociones, y estímulos ambientales y metabólicos que son captados por el sistema endócrino.

El cerebro recibe la información, la decodifica, la interpreta y envía respuestas nerviosas, endocrinas, inmunes y conductuales. Esta información viaja de manera bidireccional entre el cerebro y cada órgano.

En definitiva, el psiquismo es un componente activo de la red. La mente y la conducta participan en el proceso adaptativo y de supervivencia. Las emociones, las conductas y las cogniciones se asocian con el grado de activación o no, de la red psiconeuroinmunoendocrinológica. Las alteraciones de la red se relacionan con la causa de enfermedad, la red también participa en su prevención y curación dependiendo del estado de la misma (Bonet, 2013, pp. 56-58).

Esta disciplina expone claramente la importancia del trabajo multidisciplinario para poder abordar la problemática del paciente. Es importante *“aprender a tratar al paciente, no a la enfermedad”* (Bonet, 2013, pp.49).

Por lo expuesto anteriormente, la cirugía bariátrica debe ser parte integrante de un programa multidisciplinario de tratamiento de la obesidad, para asegurar una buena selección de los pacientes, posterior preparación de los mismos y un correcto seguimiento médico y psico-social. El contexto multidisciplinario en el que se realizan estos procedimientos puede englobarse dentro de una “Unidad de Obesidad” (Santiago et al, 2012).

Acerca de la especialidad psicológica en pacientes quirúrgicos

La evaluación y preparación del paciente quirúrgico constituyen la psicoprofilaxis quirúrgica. Esta técnica de abordaje psicoterapéutico tiene como objetivo, intervenir en el impacto emocional de la cirugía y de la enfermedad, tratando de prevenir secuelas

psíquicas que dichos acontecimientos puedan acarrear (Pizzolanti-Prego citados en Barrios, Cwaigenbaum, Oyenard, 2006, pp 51-62).

La psicoprofilaxis quirúrgica posee un objetivo de intervención limitado, que toma en cuenta puntos de urgencia en un lapso de tiempo acotado. El objetivo de este proceso es aliviar el sufrimiento psíquico del paciente a través de la escucha, de la palabra, de forma que se propicien el despliegue y la elaboración de ansiedades, de fantasías que surgen especialmente en torno a la cirugía y la enfermedad (Barrios et al., 2006, pp. 51-62).

Esta técnica tiene su origen en el trabajo con niños, en quienes las secuelas y los síntomas psíquicos del evento quirúrgico son más visibles que en los adultos. Particularmente en esta oportunidad, nos detendremos en su utilidad para los pacientes candidatos a cirugía bariátrica (Makukina, 2015).

La psicoprofilaxis del paciente obeso es un proceso breve que se realiza en cuatro a seis encuentros, dependiendo de las necesidades de cada paciente y del psicólogo tratante. En algunos casos es necesario retrasar la cirugía si el paciente no está preparado en ese tiempo. Es posible que luego de la evaluación psicológica el técnico deba indicar un proceso terapéutico antes de que el paciente pueda acceder a la cirugía (A. Xavier, comunicación personal, 4 de agosto de 2015).

En relación a la transferencia, en este proceso breve de preparación del paciente, se trabaja en transferencia pero esta no se interpreta porque no hay ni un vínculo ni un tiempo suficiente para que esto sea posible (Makukina, 2015).

Diagnóstico y Entrevistas

¿Qué es diagnosticar?

Diagnosticar es discernir, conocer, reconocer, nombrar las formas de relacionarse y comunicarse en un proceso de desarrollo. Esto se refiere al encuentro entre el clínico y el paciente, al vínculo que establezcan, e incluye no sólo al paciente y a quien diagnostica, sino también al sistema del cual emerge el conflicto (Couso, 2009).

“Discernir es conocer racionalmente algo de modo lúcido y perspicaz, penetrando en lo cognoscible y enjuiciarlo decidiendo algo...quien diagnostica discierne y decide; y en función de ello brinda seguridad” (Saurí, 1994, pp. 8-10).

Realizar un diagnóstico implica detectar los modos de actuar en la situación, los papeles que desempeña para adaptarse a la realidad y satisfacer las necesidades del sujeto. El sujeto desconoce una parte de sí mismo que actúa sin pedirle permiso a su razón. Es fundamental detectar el funcionamiento de las organizaciones psíquicas inconscientes, propias de las alteraciones manifestadas (Couso, 2009).

Un psicodiagnóstico es un proceso que se desarrolla en un tiempo acotado, en el que se utilizan diversas técnicas privilegiando la escucha y la lectura de los elementos clínicos. Las técnicas podrán ser la entrevista abierta, cerrada, semidirigida o la anamnesis (que no debe faltar nunca), así como también los test, que se seleccionan según las hipótesis diagnósticas (Muniz, 2002, pp. 23).

El psicodiagnóstico abarca los tiempos pasados, presente y futuro. La consulta lleva implícita un triple nivel de diagnóstico: lo situacional, lo dinámico y lo estructural. Cuando se intenta comprender el significado del motivo de consulta (que siempre es actual), se está trabajando en el diagnóstico situacional que corresponde al tiempo presente (Fernández, 1994, p. 27-28)

Al intentar incluir la problemática presente en la historia vivida, hay un movimiento del presente al pasado, llegando al nivel de diagnóstico dinámico. El tercer nivel, corresponde al diagnóstico estructural, en el que se trata de comprender el interjuego entre las instancias psíquicas del consultante y delimitar el cuadro psicopatológico en caso de evaluar la posibilidad de su existencia (Fernández, 1994, p. 27-28).

“El diagnóstico...es una tarea donde se revaloriza lo vivido y se apunta al futuro, (anticipando lo posible), pronóstico. Trasciende en el aquí y ahora, lo actual y lo que fue, interrogándose acerca de los horizontes posibles” (Couso, 2009).

En un psicodiagnóstico habitualmente se realizan entre cuatro y cinco encuentros, generalmente nunca más de ocho o diez entrevistas como máximo. Es importante que esto quede establecido cuando se *“enuncia el contrato de trabajo”*. La brevedad de este proceso condiciona lo que sucederá en este lapso (Fernández, 1994, p. 27)

Las psicólogas entrevistadas para este trabajo afirman que realizan entre cuatro y seis encuentros para la evaluación y preparación del paciente candidato a cirugía bariátrica (Makukina, 2015; Xavier, 2015).

Las entrevistas psicológicas utilizadas con estos pacientes, pueden ser semi-dirigidas o combinarse entrevistas semi-dirigidas y abiertas. Algunos técnicos optan por realizar solamente entrevistas semidirigidas (Xavier, 2015).

Los psicólogos que optan por una combinación de entrevistas, realizan una primera entrevista abierta en la que el paciente pueda dejar surgir sus miedos, sus ansiedades, que pueda expresar aquello que tiene que ver con la intervención específicamente y luego continúan los siguientes encuentros con entrevistas semi-dirigidas (Makukina, 2015).

Una vez que el psicólogo acepta una entrevista con quien la solicita, debe conocer la importancia de asumir una actitud discreta, cortés y respetuosa, debiendo simplemente crear una atmosfera en la que el paciente se sienta libre para hablar (Arévalo et al., 2011, p. 23).

Se realiza también una entrevista con familiares del paciente o en caso de no tenerlos, con alguna persona que ocupe desde lo afectivo el lugar de sostén para éste. (Makukina, 2015; Xavier, 2015)

¿En qué consiste el diagnóstico psicológico en pacientes candidatos a cirugía bariátrica?

El psicólogo para poder realizar un correcto diagnóstico deberá indagar la biopsicografía del paciente, entendida también como anamnesis (Makukina, 2015). Esta implica la recopilación de datos previstos con una extensión y detalle suficientes para realizar una síntesis de la situación presente del individuo, de su historia, de la enfermedad y la salud (Bleger, 1998, pp.5-8).

La biopsicografía del paciente está constituida por múltiples factores que desarrollaremos a continuación, el técnico deberá indagar cautelosamente sobre cada uno de ellos. Estos son: la dimensión psicológica, cognitiva, psicoemocional, vincular y socioecológica (Makukina, 2015).

Se deberán indagar las conductas basales y complejas, entendiendo que la conducta constituye todo aquello que el paciente manifiesta y es pasible de ser observado; pero no solo lo que el sujeto hace, sino también lo que no hace (Arévalo et al., 2011, pp.42).

Las conductas basales son aquellas que se relacionan predominantemente con el área corporal. Se consideran conductas basales, el sueño, la alimentación, el comportamiento sexual y los cuidados corporales, estos últimos se refieren a la

higiene corporal y a la disciplina esfinteriana; así como también la vida familiar y la actividad socioprofesional (Ey, 1996, pp. 81-84).

Los “*cuidados personales*” y la sexualidad, tomando en cuenta que implican una conducta de relación son tratados dentro de las conductas complejas, entre las que se encuentran la vida familiar y la actividad socioprofesional (Arévalo et al., 2011, pp.47). El conjunto de las conductas mencionadas constituyen la dimensión psicológica del paciente.

La dimensión cognitiva está constituida por los pensamientos, las creencias, las ideas, y las habilidades (Makukina, 2015).

Lo psicoemocional y vincular implica investigar acerca de la personalidad, el funcionamiento psíquico de la persona, la red de sostén que posea y sus mecanismos de defensa y afrontamiento, tema que será retomado más adelante.

Es muy importante indagar el vínculo con los padres. “*Siempre fui gordo, desde niño*”, frases como estas, nos están hablando del vínculo con sus progenitores (Xavier, 2015).

En 1970 Bruch planteó que el abuso alimenticio de los niños se debía a una compensación por la “*imperfecciones*” de los padres y ubicó al niño obeso en una “*inadaptación emocional*”. Sostenía que sus requerimientos alimenticios eran una reacción a otras necesidades reprimidas, insatisfechas, que encontraban en el alimento la satisfacción inmediata (Benedetti, 2012).

Es necesario también indagar los aspectos socioecológicos, es decir, los factores ambientales, culturales y socioeconómicos del paciente, su estilo de vida, sus recursos comunitarios y sus valores (Makukina, 2015).

El conjunto de los aspectos indagados permitirán al psicólogo visualizar si el proceso quirúrgico será sostenible o no.

Semiología

Realizar un adecuado análisis de la semiología del paciente es competencia del psicólogo. Este implica la observación del aspecto general del sujeto: presentación, vestimenta, aseo, gestos, características somáticas del rostro y el cuerpo (Makukina, 2015; Arévalo et al., 2011, pp.38).

El análisis semiológico requiere la exploración de los antecedentes personales, familiares, de enfermedad; estado de consciencia, percepción, atención, concentración, curso y contenido del pensamiento, afectividad, humor y actividad psicomotriz (Makukina, 2015).

En el paciente quirúrgico los antecedentes familiares y personales de enfermedad constituyen un aspecto muy importante debido a la relación que pueden establecer entre su situación actual y otras intervenciones o enfermedades previas del paciente o de familiares (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 42).

Las experiencias quirúrgicas propias, de familiares o de conocidos, así como también los relatos y creencias populares, tienen gran influencia sobre la magnitud de los temores y fantasías de los pacientes. Es frecuente la identificación del paciente con sus padres, temiendo experimentar la enfermedad o morir de la misma forma que ellos. Si el paciente tiene la misma edad que su progenitor cuando se operó, o es del mismo sexo, o si la patología es similar, se agregan más factores de ansiedad, creyendo que su experiencia o su desenlace serán como el de ellos (Giacomantone y Mejía, 1997, pp.37-38).

Es importante indagar en qué medida incide la patología orgánica y el tratamiento psicológico, observar si el paciente se ha realizado los controles y el seguimiento que requiere su enfermedad. En este sentido no sólo se refiere a la patología de la obesidad mórbida y su preparación para la cirugía, sino también a otras patologías previas como son la diabetes y la hipertensión, muy frecuentes en estos pacientes (Makukina, 2015).

El diagnóstico del paciente obeso, determinará si está apto para la cirugía. Si de éste se desprenden contraindicaciones para la realización de la misma, el paciente no se opera. En este sentido, el psicólogo debe ser estricto y hacer que se respete la validez de su fundamento (Makukina, 2015).

Rol del psicólogo

La información que se presenta a continuación acerca del rol del psicólogo, fue obtenida directamente de las entrevistas a las Licenciadas Makukina y Xavier, que se desempeñan en las Unidades de Obesidad de nuestro medio.

Durante el proceso de evaluación y preparación psicológica del paciente, se trabaja en relación al monto de ansiedad que presenta el mismo, para poder disminuir la carga de ésta. Es importante que el paciente pueda hacer consciente lo que le está pasando.

Otros aspectos a abordar son la desnudez, el pudor, y qué lugar ocupan estos para el paciente. Estas cuestiones pueden parecer de menor importancia pero son las pequeñas cosas que para él hacen la diferencia.

Es competencia del psicólogo brindar información asertiva acerca de cómo va a ser todo el proceso hasta el día de la cirugía, durante y después de la misma. El paciente debe poder decir lo suyo, que interrogantes y que fantasías tiene acerca de esto.

Trabajar con la familia y con el equipo médico son aspectos que corresponden al rol del psicólogo. Fomentar el diálogo del equipo médico entre sí, con el paciente y con la familia, ¿por qué es esto importante?

El trabajo con la familia es fundamental porque ésta ocupa el lugar de apoyo necesario para que el paciente pueda sostener su proceso.

En relación al cirujano, el rol del psicólogo es cuidar al médico, que este pueda mantener la asepsia emocional pero al mismo tiempo fomentar su diálogo con el paciente y que de esta forma pueda tener una palabra tranquilizadora en el momento oportuno. Este hecho puede cambiar mucho en relación al temor y la ansiedad del paciente en una circunstancia determinada.

Lo dicho anteriormente forma parte del proceso quirúrgico, es importante poder transmitir esto al equipo interdisciplinario y a la familia.

La asepsia emocional hace referencia a lo que se denomina “*disociación instrumental*”, descrita por Mardarás Plata en 1980, quien la describió como un proceso de negación que el médico va incorporando a su modalidad personal durante su aprendizaje de la especialidad, como forma de adaptación psicológica a una práctica tan estresante como la cirugía (Plata citado en Giacomantone y Mejía, 1997, p.177).

“La disociación implica la capacidad de separarse o dividirse internamente, dejando de lado determinados aspectos de la propia personalidad y asumiendo otros, sin que se mezclen o comuniquen entre sí” (Bleger citado en Giacomantone y Mejía, 1997, p.177).

De esta forma, el mecanismo de disociación instrumental permite que el especialista deje de lado aspectos de su personalidad que lo identifiquen con la situación anímica del paciente, con sus temores o sufrimientos, permitiéndole conectarse con sí mismo para poder realizar su tarea con eficiencia (Giacomantone y Mejía, 1997, p.177).

Sin embargo un excesivo grado de disociación o negación impedirán una adecuada captación del estado psicológico del paciente y minimizarán sus consecuencias. Es por esta razón importante el rol del psicólogo en relación al desempeño del cirujano con su paciente.

Los pacientes candidatos a cirugía bariátrica muchas veces llegan a la consulta en situación de crisis. ¿Qué se entiende por crisis? *“Esta puede definirse como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”* (Slaikeu, 1996, p.11).

Caplan hace énfasis sobre el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la resolución de problemas o enfrentamientos en el estado de crisis (citado en Slaikeu, 1996, p.12).

El origen semántico de la palabra crisis en griego *“krisis”*, “decisión”, derivado de *“Krino”*, *“yo decido, separo, juzgo”*. Es decir, que crisis, del griego, significa decisión, la existencia de un momento decisivo, al que sobreviene un cambio hacia la mejoría o empeoramiento (Coromines, 1961: 2014, p.158).

Por su parte, Taplin destaca el componente cognoscitivo del estado de crisis, el que las expectativas de la vida del sujeto son *“violadas”* por algún suceso traumático o por la incapacidad del individuo para manejar situaciones nuevas y dramáticas (citado en Slaikeu, 1996, p.12).

En esta situación toman gran importancia los aspectos familiares, afectivos y culturales del paciente, quien en ese momento necesita de la escucha, la comprensión, y el apoyo, del equipo tratante, de la familia y de sí mismo (Makukina, 2015).

En relación a lo dicho, es posible apreciar la trascendencia del rol del psicólogo como acompañante. Llevar adelante este rol implica que el técnico mantenga cierta disociación, término que desarrollamos anteriormente, porque no se trata de ponerse a llorar con el paciente sino de ocupar el lugar de contención y de escucha desde su rol como tal (Makukina, 2015).

La prevención es también tarea del psicólogo, es decir, anticiparse antes de que sucedan las cosas. Si no se realiza una correcta prevención el paciente podría sufrir una neurosis quirúrgica. Esta se caracteriza por la exacerbación de los miedos y la ampliación del foco en el acto quirúrgico (Makukina, 2015).

El psicólogo deberá orientar al paciente en relación a su intervención y a lo que respecta a esta. La orientación consiste en poder establecer prioridades para el paciente, brindando herramientas para que pueda manejarse en cuestiones prácticas. Ayudar al paciente a tramitar desde lo más profundo a lo más cotidiano, lo que no está pudiendo en ese momento (Makukina, 2015; Xavier, 2015).

Miedos y ansiedades comunes de los pacientes quirúrgicos

Existen algunos miedos que comparten los pacientes quirúrgicos, independientemente de su patología o de la intervención que deban practicarse. En el preoperatorio, tiempo que transcurre desde que se comunica al paciente que se ha tomado la decisión de operarlo hasta el momento de la intervención misma, estos miedos se exacerban. Por esta razón, estos deben ser trabajados con el psicólogo en el proceso de preparación quirúrgica (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 41; Makukina, 2015).

La anestesia general en los adultos es el temor más frecuente. Esta representa el miedo a no despertar, debido a una equivalencia inconsciente entre el acto de dormir inducido por las drogas anestésicas, con la consecuente pérdida de consciencia y de voluntad, y el hecho de morir. *“La casi totalidad de los pacientes (de manera más o menos consciente) fantasean o piensan que el dormir inducido por la anestesia general es como una muerte transitoria, de la que no están seguros de poder regresar”* (Rosen y Glasserman citados en Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 35).

La pérdida de control consciente producida por la anestesia general implica que muchos pacientes teman despertar *“locos”* o excitados, o revelar secretos que no querían contar. A esto se suma la total sensación de indefensión y dependencia por el

lugar de pasividad al que se enfrentan en esos momentos (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 35).

Otro factor estresante del preoperatorio es el encuentro del paciente con la realidad de su cuerpo vulnerable y mortal frente a la enfermedad y la cirugía (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 36).

El miedo a experimentar dolor físico luego de la intervención quirúrgica, la vergüenza por la pérdida de la privacidad, por la desnudez y el cuidado de su propio cuerpo realizado por extraños, forman parte también del conjunto de temores que presenta el paciente quirúrgico. Es frecuente que la pérdida de autonomía durante la internación sea causa de conflictos interpersonales y de un monto importante de ansiedad (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 36).

El lugar hospitalario con todo su equipamiento, pueden producir sensaciones aterradoras. Esto ocurre principalmente en pacientes con rasgos paranoides o fóbicos, en las primeras horas de internación (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 37).

Existe el temor a las secuelas o limitaciones físicas que pudieran ser consecuencia de la cirugía, que le impidieran continuar con la vida social, laboral y familiar como lo hacía hasta ese momento. Esto genera gran ansiedad en relación a los resultados de la cirugía (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 36).

La cirugía constituye una amenaza a la integridad del cuerpo, por lo que son frecuentes en los pacientes quirúrgicos las fantasías de fragmentación corporal o el temor a la mutilación por un error quirúrgico. No es raro ver que estas cuestiones aparezcan como “chistes” en el discurso de los pacientes (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 36).

Los aspectos mencionados (temores, fantasías) dependerán en alguna medida de las características de personalidad de cada paciente, de las experiencias anteriores que éste haya tenido en cirugías propias, de familiares o conocidos, así como también por relatos y creencias populares (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 37-38).

Muchos temores y ansiedades tienen su origen en la identificación del paciente con sus progenitores, creyendo que tendrá la misma suerte o la misma forma de morir que ellos. Incluso si la edad del paciente coincide aproximadamente con la edad en que falleció alguno de ellos, o las patologías son similares, se incrementan aun más los temores y ansiedades (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 37-38).

Resumiendo, es esencial estar en conocimiento de los antecedentes del enfermo, de su historia familiar y de la visión que este tiene de su situación quirúrgica; para poder determinar con claridad las fuentes de estrés preoperatorio en cada caso particular.

Adaptación psicológica preoperatoria

“La adaptación es un complejo proceso determinado por la estructura psicológica del paciente...” En este proceso intervienen las conductas, las manifestaciones afectivas, motoras, las estrategias de intercambio que desarrolle con el ambiente y los mecanismos de defensas, que le permitirán eliminar o disminuir la ansiedad y la sensación de peligro. (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 42-43).

Los mecanismos de defensa del Yo constituyen un conjunto de procesos cuya finalidad consiste en suprimir o reducir cualquier modificación que sea susceptible de poner en peligro la integridad biopsicológica del individuo. Estos mecanismos actúan en las situaciones que son capaces de desencadenar una excitación que sea incompatible con dicho equilibrio, y por lo tanto displacentero o intolerable para el Yo (Laplanche y Pontalis, 1996, pp.221-223).

El fin defensivo de estos mecanismos puede afectar no solo las exigencias pulsionales, sino también todo aquello que puede suscitar un desarrollo de angustia, tales como emociones, situaciones, recuerdos, fantasías o exigencias del Súper Yo. Es decir, que los mecanismos de defensa, siempre inconscientes, surgen para defenderse de la angustia que genera determinada situación, vivencia, recuerdo o fantasía que son inconciliables con el Yo (Laplanche y Pontalis, 1996, pp. 221-223).

Estos mecanismos dependerán de la personalidad, de la estructura psíquica y de la historia de vida del paciente. Más adelante se explicitarán los que intervienen en la adaptación psicológica en el preoperatorio.

En dicho período algunos pacientes presentan una adaptación normal, otros ponen de manifiesto una reacción paranoide y en otros se observan defensas maniacas preoperatorias que pueden ser exitosas o fallidas.

Los pacientes con una adaptación psicológica adecuada se muestran temerosos, presentando los miedos más frecuentes que mencionamos anteriormente, con un grado de ansiedad preoperatoria que reconocen y pueden manifestar verbalmente,

mostrando una visión realista de su cirugía. En relación a la actitud física, se observa en ellos una discreta inquietud motora y una mirada expectante (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 62-63).

Estos pacientes se caracterizan por haber recibido una correcta información sobre la cirugía, los resultados esperables, su recuperación y por presentar una buena adaptación a situaciones estresantes anteriores de su vida o a otras experiencias quirúrgicas. Es esperable que este grupo de pacientes cumplan con las indicaciones médicas (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 62-63).

Existen pacientes con reacción paranoide frente a la inminencia de la cirugía. Estos presentan un elevado grado de ansiedad preoperatoria, mantienen una actitud hostil, quejándose de todo y acusando a los médicos de maltrato, de agresividad, o de sus errores, colocándose a sí mismos en lugar de víctimas (Giacomantone y Mejía, 1997, pp.71).

Se observa en ellos una conducta desconfiada, están siempre alertas en busca de amenazas, engaños e intenciones ocultas por parte del equipo tratante. El mecanismo de defensa presente en este grupo es de “*proyección*”, típico de personalidades paranoides (Bleger y Fenichel citados en Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 71).

En el mecanismo de proyección los contenidos psíquicos son tomados como externos, es decir que el peligro que experimentan internamente es proyectado hacia afuera y es vivido como una amenaza externa, de la que deben defenderse. En definitiva, se trata de atribuir a otra persona o cosa, en este caso a los integrantes del equipo tratante, cualidades, sentimientos, deseos, que el sujeto rechaza y no reconoce de sí mismo (Freud citado en Laplanche y Pontalis, 1996, pp.307-308).

Dentro de las posibles reacciones del paciente quirúrgico se encuentran aquellos que presentan defensas maníacas preoperatorias. Estos pacientes se adaptan al estrés preoperatorio a través del mecanismo de negación y el fortalecimiento de su propia omnipotencia. Actúan como si nada fuera a pasar, no manifiestan temor y niegan cualquier ansiedad (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 79).

Este grupo se caracterizan por no querer hablar de su enfermedad, ni de la intervención quirúrgica e idealizan al médico “todopoderoso” que podrá salvarlos de cualquier peligro.

La negación de la realidad quirúrgica se une a una reacción maniaca o hipomaniaca, estos pacientes se muestran eufóricos, verborrágicos, hacen chistes y presentan un humor festivo que tratan de contagiar (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 79).

En este grupo de pacientes, con conductas denominadas “*defensas maniacas*”, es observable el mecanismo de *negación*, a través del cual las ansiedades y los temores de la cirugía “*desaparecen*”, son negados y no constituyen una preocupación consciente para él (Giacomantone y Mejía, 1997, pp. 79).

“*La negación implica mantener fuera de la consciencia una parte de los significados disponibles de los acontecimientos, especialmente los displacenteros*”. Se podría decir que el paciente “no quiere ver”, es una suerte de “*enceguecimiento involuntario*” para poder enfrentar pensamientos o situaciones angustiantes. Ésta es la razón por la que el paciente no quiere recibir información acerca de la cirugía (Hackett y Cassem citados en Giacomantone y Mejías, 1997, p.80).

En relación a la *idealización* del médico, este es un proceso psíquico en el cual se exageran las cualidades y los aspectos positivos de una persona, esto los pone a salvo contra el miedo a sus propios aspectos temibles y persecutorios (Klein citada en Giacomantone y Mejías, 1997, p.81).

En resumen, es posible decir que la omnipotencia, la idealización y la negación son defensas maniacas dirigidas a impedir que se vivencien los contenidos psíquicos displacenteros, protegiendo al sujeto de la amenaza que representa la cirugía. Sin embargo, pueden ser exitosas logrando el control de la ansiedad o pueden ser fallidas y que a pesar de todos los mecanismos puestos en marcha continúen excesivamente ansiosos (Giacomantone y Mejías, 1997, p.81).

Este grupo de pacientes con defensas maniacas fallidas se muestran muy ansiosos a pesar de que lo niegan, mientras que aquellos cuyas defensas maniacas fueron exitosas se presentan muy tranquilos previo al acto quirúrgico. En ambos casos se observan demoras en la consulta o en aceptar la cirugía, excesos físicos y transgresiones en las indicaciones médicas (Giacomantone y Mejías, 1997, p.87-88).

Aspectos fundamentales que se deberán trabajar con el paciente obeso

Las conductas y los hábitos alimenticios deberán ser trabajados, educando al paciente en sus comportamientos a la hora de comer y masticar, que deberán ser acciones lentas, así como también explicar acerca del tiempo requerido entre un bocado y otro (Makukina, 2015; Xavier, 2015).

El psicólogo deberá desarrollar estrategias para bajar el nivel de ansiedad e indagar acerca del lugar que el paciente le da a las cosas, a los pensamientos, brindando recursos para que pueda manejar su afectividad y que de esta forma pueda disminuir aquellos que estén magnificados. En definitiva, se trata de ampliar los recursos psicológicos del paciente (Makukina, 2015; Xavier, 2015).

Es importante trabajar la fantasía entorno al cuerpo, el cuerpo como lo simbólico, éste es el terreno donde se juegan los conflictos del sujeto. El cuerpo como expresión de conflicto por donde se canaliza lo no dicho.

La fantasía de la enfermedad es otro de los aspectos que se deberán trabajar. El psicólogo debe posibilitar que el paciente despliegue su fantasía, para poder luego contrastarlo con el principio de realidad, intentando siempre traerlo hacia este principio (Makukina, 2015).

En relación a la enfermedad se deberá fomentar la fantasía de curación de la persona, darle mucho lugar al despliegue de este aspecto e indagar acerca de que es lo que lo motiva, hacia donde se dirige. Se intenta que el paciente pueda transmitir todo lo que le surge, a partir de esto irá construyendo su fantasía de curación, lo que ayudará a bajar su ansiedad (Makukina, 2015).

El dolor es un aspecto a ser trabajado, este tiene un importante componente subjetivo, por lo que se intenta que el paciente focalice su atención en otra cosa a la hora del accionar quirúrgico, disminuyendo las ansiedades.

Es competencia del psicólogo posibilitar que el paciente desarrolle confianza en el equipo tratante, de forma que pueda preguntar acerca de todas sus dudas, permitiéndole mitigar temores y ansiedades. Tomar contacto con sus interrogantes facilitará que estas no queden como emociones contenidas (Makukina, 2015; Xavier, 2015).

Es posible que algunos pacientes necesiten acompañar su proceso psicológico con medicación, para ello es necesario que esté dispuesto a tomarla. En este caso el

psicólogo deberá dar información acerca del tema, adecuándose a la posibilidad de entendimiento del paciente. Explicarle que lo que le pasa tiene un anclaje biológico, hablarle acerca de las emociones, la bioquímica y los neurotransmisores pueden ser herramientas útiles si la información se brinda de acuerdo a la capacidad de comprensión del paciente (Makukina, 2015).

En los días previos a la internación es importante ayudar al paciente a estructurar su realidad, reafirmar cuestiones que hayan surgido en el proceso, dar confianza y establecer un orden de prioridades. El paciente debe poder comprender que su prioridad en ese momento es él y su proceso quirúrgico, no dejándose invadir por cuestiones externas que se relacionen por ejemplo con problemas de otros, ya sean amigos, familiares u otros afectos (Makukina, 2015).

En este proceso breve el psicólogo deberá saber cómo y cuándo intervenir.

Contraindicaciones psicológicas para la realización de la cirugía.

Son contraindicaciones para realizar una intervención quirúrgica de cirugía bariátrica, los trastornos de personalidad severos, los trastornos bipolares descompensados, la esquizofrenia, los trastornos de bulimia nerviosa, trastornos de atracón y las adicciones a sustancias psicoactivas (Makukina, 2015; Xavier, 2015).

Los pacientes con patología psiquiátrica deben estar compensados antes de comenzar un proceso quirúrgico de cirugía bariátrica, de lo contrario no lo podrán sostener y la cirugía estaría destinada al fracaso.

En los esquizofrénicos se piensa que la cirugía es riesgosa debido a la posibilidad que el paciente no reconozca su nueva figura corporal y no pueda adaptarse a los cambios de su imagen.

Los trastornos de atracón y de bulimia nerviosa representan un gran riesgo si se realiza una cirugía bariátrica porque la gran ingesta de comida que experimentan estos pacientes podría provocar el estallido del estómago, debido a la disminución de su capacidad luego de la cirugía.

En el caso de las adicciones a sustancias psicoactivas, el paciente debe estar recuperado de ellas antes de realizarse esta cirugía. Estos pacientes tienen conductas autodestructivas, que no pueden controlar, por lo que es esperable que no puedan

cumplir con las indicaciones y cambios de hábitos que exige una cirugía bariátrica para ser exitosa.

Estar transitando una pérdida muy reciente o no haberla elaborado de forma adecuada constituyen un impedimento para realizar la cirugía bariátrica en esa instancia.

En estos casos el psicólogo realizará la indicación de un proceso terapéutico, teniendo el paciente la oportunidad de volver más adelante cuando esté psicológicamente preparado para la cirugía (Makukina, 2015).

En algunas situaciones existen conflictos entre los padres del paciente. Esto les impide hacerse cargo de lo que come su hijo, no le pueden dar el apoyo que este necesita para poder continuar con el proceso quirúrgico. Esto ocurre principalmente cuando se trata de pacientes que aún viven con sus padres y dependen de ellos. En este caso es posible que el paciente no esté lo suficientemente maduro para comenzar el camino quirúrgico. El hecho de no contar con el apoyo parental hace necesario indicar un proceso terapéutico para estar en oportunidad de cirugía (Xavier, 2015).

Seguimiento post-operatorio

Una vez realizada la intervención quirúrgica, el próximo encuentro del paciente con el psicólogo tendrá lugar al día siguiente en la sala.

Se realiza un seguimiento psicológico de un año de duración, tiempo que se considera suficiente para garantizar un buen pronóstico físico y emocional.

En ese tiempo se trabajará con especial atención en la imagen corporal. El paciente posee ahora una nueva imagen, deberá transitar su proceso de duelo y elaborar la pérdida, así como también adaptarse al cambio en la estructura de su funcionamiento (Makukina, 2015; Xavier, 2015).

Es frecuente observar como los pacientes presentan una alteración del esquema corporal y continúan viéndose gordos aun después de haber bajado de peso considerablemente. Un ejercicio que se propone es el de las sillas: se le pide al paciente que coloque dos sillas a la distancia necesaria para que el pueda pasar entre ellas. El resultado muchas veces es que la distancia elegida por ellos es muy superior a la que ocupa su cuerpo en ese momento (Xavier, 2015).

Durante el seguimiento se continúa trabajando sobre las conductas y hábitos alimenticios. Los comportamientos del paciente en relación a esto deberán ser diferentes. Es importante re-educar al paciente en la forma de comer, de masticar y de espaciar los bocados en las comidas (Makukina, 2015; Xavier, 2015).

La libido del paciente antes estaba depositada en la comida, en el peso y en su cuerpo, pero ahora tiene la posibilidad de que *“junto con la grasa se vaya la cárcel que lo encerraba”*. La persona será más libre y re-significará su vida (Makukina, 2015).

Habrán muchos cambios, la persona pasará a sentirse valorada como nunca antes y se permitirá hacer cosas que antes no hacía. Es frecuente ver en estos pacientes, cambios de trabajo, separaciones, nuevas parejas, entre otros. Es por esto que el sujeto tiene que estar bien sostenido desde lo psicológico (Makukina, 2015).

Si estos procesos de cambios ocurren sin la debida contención, puede significar un *“hacker”* para el psiquismo y que el paciente no pueda sostenerlos. *“Los kilos sostienen lo que está debajo y es un desafío muy grande sostener los cambios cuando estos ya no están”*. Por esta razón no se debería exponer a un paciente a una cirugía bariátrica sin la debida preparación psicológica (Makukina, 2015).

Conclusiones

Hemos llegado a una época en la que ya no es posible pensar al individuo a través del paradigma de la dicotomía mente-cuerpo. Los avances e investigaciones en el área de salud dejan clara evidencia de que el síntoma somático está estrechamente relacionado con la problemática psíquica y emocional del individuo. *“Aquello que las personas callan con los labios, no solo suelen expresarlo con los gestos o actitudes sino con el mismo funcionamiento de sus órganos”* (Chiozza, 2007, pp. 20).

No es posible continuar tratando la enfermedad o el síntoma somático por un lado y la sintomatología o trastorno psíquico por otro. El individuo es un todo, con su cuerpo, su psiquis, su historia, y debe ser tratado como tal. No es un cumulo de fragmentos separados. *“Debemos aprender a tratar al paciente, no a la enfermedad”* (Bonet, 2013, pp.49).

La obesidad, como una de las tantas enfermedades psicosomáticas de nuestro siglo ha alcanzado cifras epidémicas. Es una enfermedad que posee graves consecuencias a nivel orgánico, psíquico y social para quien la padece. Debemos comenzar a

visualizarla, es importante que el psicólogo esté preparado para poder trabajar con éstos pacientes.

Según las investigaciones realizadas hasta este momento, la cirugía se presenta hoy como la mejor alternativa para tratar la obesidad severa. Sin embargo no hay dudas que solo el acto quirúrgico no resuelve la patología, si no es acompañado de un minucioso trabajo de evaluación y preparación psicológica preoperatoria, con adecuado seguimiento post-operatorio.

Si no se realiza un correcto proceso de psicoprofilaxis quirúrgica seguramente se esté condenando la cirugía al fracaso. Sin el apoyo psicológico el paciente no podrá sostener el proceso y los cambios que implican la cirugía, llegando a la recidiva.

Esto se sostiene en el hecho de que la enfermedad psicosomática como se ha demostrado, no se resuelve cortando y sacando el problema orgánico, en este caso el estómago, si no tratamos la problemática emocional que condujo al paciente a la obesidad.

La falta de psicoprofilaxis quirúrgica adecuada puede causar que la experiencia sea vivida como un hecho traumático, y sea iatrogénico para el paciente. Por el contrario, cuando el proceso psicoprofiláctico fue pertinente podemos decir que hubo una instancia de crecimiento, en que la persona pudo elaborar sus conflictos y adaptarse a los cambios que le sucederán.

Por lo expuesto anteriormente, la cirugía bariátrica debe estar enmarcada en un programa de trabajo multidisciplinario para tratar la obesidad, asegurando una buena selección de los pacientes, preparación de los mismos, así como un correcto seguimiento médico y psico-social.

Es importante destacar el rol del psicólogo en el equipo multidisciplinario que aborda a estos pacientes. Es fundamental su trabajo en la evaluación, preparación, y seguimiento post-operatorio, para garantizar que el paciente pueda sostener el proceso quirúrgico, así como los cambios que la cirugía le significará en los distintos ámbitos de su vida.

Es necesario que el psicólogo tenga formación específica para desempeñarse en este ámbito tan particular, donde se trabaja desde la psicología integrativa. El clínico es quien realiza la integración de las distintas disciplinas involucradas. Es el nexo del paciente con el equipo de salud y es quien establece el vínculo del equipo con la familia.

El compromiso de los psicólogos en nuestro medio, debe ser continuar trabajando para que nuestra profesión sea valorada y reconocida con la importancia y respeto que se merece. Es necesario que las nuevas generaciones de psicólogos podamos fundamentar y demostrar el valor de nuestro rol en estas áreas, abriendo caminos como han venido haciendo nuestros antecesores desde hace ya mucho tiempo.

Referencias bibliográficas.

Arévalo, C., Couso, M., Deberti, C., De los Santos, L., Dibarbouré, M., García, R.,...Yañez, A. (2011). *Temas de psicopatología. Semiología*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros Ltda.

Barrios, S., Cwaigenbaum, D., & Oyenard, R., (diciembre de 2006). Psicoprofilaxis Quirúrgica Psicoanalítica, una experiencia en un Servicio de Oncología Pediátrica. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 7(2), pp. 51-62
Recuperado de <http://www.audepp.org/revista/volumenes/tomo-vii/tomo-vii-no2/>

Benedetti, C. (Octubre de 2012). Conhecendo os transtornos alimentares: a experiencia dos pacientes, cuidadores, familiares e o processo terapêutico. En P. Cunha (presidencia), 42º Reuniao Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia e VIII Congreso Iberoamericano de Psicologia. Congreso llevado a cabo en Sao Pablo, Brasil.39

Bleger, J., (1998). *Temas de psicología. Entrevista e grupos* (2 ed.). R. Moraes (Trad.) São Paulo: Martins Fontes.

Bonet, J. (2013). *PINE. Psiconeuroinmunoendocrinología. Cuerpo, cerebro y emociones* (1 ed.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones B.

Chiozza, L. (2007). ¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo (1º ed). Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.

Coromines, J. (2014). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellan* (7 ed.). Madrid, España: Gredos.

Couso, M., (2009). *La consulta psicológica. Conceptos que pertenecen al proyecto de profesor adjunto de Facultad de Psicología*. Montevideo, Uruguay: Unidad operativa docente asistencial de especialización clínica en el campo de la consulta psicológica.

Daza, C., (2002). La obesidad: un desorden de alto riesgo para la salud. *Revista Colombia Médica*, 33 (7), pp. 72-80). Recuperado en: <http://www.bioline.org.br/abstract?id=rc02014&lang=es>

De la Fuente, R. (1985). *Psicología médica. Fondo de cultura económica* (22 ed.). México: Programas Educativos.

Ey, H., Bernard, P. & Brisset, CH., (1996). *Tratado de Psiquiatría (8 ed.)*. Barcelona, España: Masson S.A.

Fernández, A., (1994). *La consulta psicológica y el psicodiagnóstico. Aproximación conceptual*. Montevideo, Uruguay: Fin de siglo.

Giacomantone, E. y Mejía, A. (1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía (1 ed.)*. Buenos Aires, Argentina: Paidós SAICF.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós SAICF.

Muniz, A., (2002). *Diagnósticos e Intervenciones: Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica*. Psicodiagnóstico, un instrumento vigente. Montevideo, Uruguay: Psicolibros.

Santiago, P., Beraldo, G., Taroco, L., Rappa, J. & Rodriguez, J.L. (Noviembre de 2012). Resultados metabólicos de la cirugía bariátrica en Uruguay. En A. Müller (presidencia), 63° Congreso Uruguayo de Cirugía. Congreso llevado a cabo en Montevideo, Uruguay.

Saurí, J., (1994). *Qué es diagnosticar en psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Bonum.

Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: manual para practica e investigación*. México: El Manual Moderno.

Steinbrook, R. (11 de marzo de 2004). Surgery for Severe Obesity. *The New England Journal of Medicine*. Recuperado en <http://memo.cgu.edu.tw/yu-yen/2014-MD-p2-%E5%BC%B5%E7%BE%A4.pdf>

Tordjman, G. (1978). *Como comprender las enfermedades psicosomáticas (1ª ed.)*. Barcelona, España: Gedisa.