



Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en el programa de Cirugía Bariátrica.

Código PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI.201118

Aval GM-DESP-15898

Versión: 01

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
COORDINACIÓN NACIONAL DE PSICOLOGÍA
2018**

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 1 de 39
---	--	-----------------------	-----------------------

Equipo conductor:	Dr. Alfonso Villalobos Pérez, Psicólogo. Coordinación Nacional de Psicología. Dra. Marta Vindas González, Psicóloga Clínica. Coordinación Nacional de Psicología.
Equipo técnico:	Dra. María Gabriela León Rojas, Psicóloga Clínica. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Dra. Paola Echeverri Echeverría. Psicóloga Clínica. Hospital San Juan de Dios. Dra. Yessenia Alvarado Torres. Psicóloga Clínica. Hospital México. Dra. Maureen Campos Alfaro. Psicóloga Clínica. Hospital San Juan de Dios.
Validado por:	Dr. Bryan Durán Rodríguez. Psicólogo clínico. Hospital México. Dra. Erika Rocío Méndez Porras. Psicóloga clínica, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Dra. María Gabriela León Rojas. Psicóloga clínica, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Dra. Melissa Gutiérrez Albertazzi. Psicóloga clínica, Hospital Maximiliano Peralta. Dra. Paola Echeverri. Psicóloga clínica, Hospital San Juan de Dios. Dra. Sandra Pacheco Vargas. Psicóloga clínica. Hospital México. Dra. Vilma Villegas Matamoros. Psicóloga clínica. Hospital México. Dra. Yesenia Torres Alvarado. Psicóloga clínica. Hospital México.
Editado por	Dr. Alfonso Villalobos Pérez, Psicólogo. Coordinación Nacional de Psicología.
Revisado por:	Dr. Hugo Chacón Ramírez, Director, Dirección Desarrollo Servicios de Salud. Dr. Mario Mora Ulloa, Jefe, Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento. Dra. Marta Vindas González, Psicóloga Clínica. Coordinación Nacional de Psicología.
Aprobado por:	Dr. Roberto Manuel Cervantes Barrantes, Gerente Médico. Gerencia Médica. Avalado por la Gerencia Médica, mediante oficio #GM-DESP-15898
Fecha	<i>Enero 2019</i>
Próxima revisión:	<i>Enero 2021</i>
Observaciones	La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 2 de 39
---	--	-----------------------	-----------------------

Contenido

1. Introducción	4
2. Definiciones, abreviaturas y símbolos	8
4. Referencias normativas	19
5. Alcance y campo de aplicación	21
6. Objetivos	21
7. Población diana	21
8. Personal que interviene	21
9. Contenido	22
9.1. Resumen de la evidencia disponible	22
9.2. Pre-requisitos.....	24
9.3. Criterios de exclusión a nivel psicológico.....	24
9.3.1. Contraindicaciones absolutas.	25
9.3.2. Contraindicaciones relativas.....	25
9.4. Actividades de valoración:	26
9.4.1. Modalidades ofertadas.....	27
9.5. Procedimiento	29
9.5.1 Diagrama de flujo.....	31
9.6. Material recomendado para uso	33
9.7. Eventos adversos	34
9.8. Seguimiento del paciente	35
9.9. Evaluación y Tamizaje	35
10. Acatamiento.....	35
11. Contacto para consultas	35
Referencias	36

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 3 de 39
---	--	-----------------------	-----------------------

Figuras

Figura 1.....	33
---------------	----

Cuadros

Cuadro 1	8
Cuadro 2	19
Cuadro 3	29

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 4 de 39
---	--	-----------------------	-----------------------

1. Introducción

La obesidad produce una serie de cambios psicoafectivos en el individuo relacionados con su propia percepción, las dificultades que su peso le generan en su actividad diaria, su relación con la sociedad y la percepción de esta con el individuo.

En resumen, la regulación de la ingesta de energía es crucial para la supervivencia humana y, por tanto, está protegida por una superposición de procesos centrales y periféricos. La obesidad clínica refleja alteraciones complejas entre el interior del sujeto y su entorno ambiental, las que se combinan para formar múltiples vías que dan lugar a la obesidad.

Obesidad y psicopatología general.

Se ha informado de una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en la obesidad tanto de tipo I como mórbida y severa, en la que un 40% a 47% de los pacientes sufriría al menos de manera concomitante algún trastorno mental de diversa gravedad en el eje I del DSM-IV (Heo, Pietrobelli, Fontaine, Sirey, & Faith, 2006) y (Scott, McGee, Wells, & Oakley Browne, 2008).

El estudio neozelandés de Scott y otros (2008) en cerca de 13 mil sujetos mayores de 16 años encontró significativa asociación de obesidad con trastorno del ánimo, trastorno depresivo mayor y trastorno ansioso, en particular, trastorno por estrés post traumático.

En algunos casos se trata de las consecuencias psicosociales de padecer esta enfermedad, como por ejemplo en los trastornos adaptativos. En otros, sin embargo, se trata de un trastorno psiquiátrico primario que actúa como precipitante o mantenedor del exceso de peso patológico, como en el caso del trastorno por atracón.

En cuadros afectivos las personas con depresión mayor o trastorno bipolar tienen un incremento de 1,2 a 2,5 de ser obesas (McIntyre, Konarski, Wilkins, Soczynska, & Kennedy, 2006) y Scott et al (2008). En pacientes con trastorno bipolar se ha

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 5 de 39
---	--	-----------------------	-----------------------

encontrado que hasta 68% de los que buscan tratamiento tienen sobrepeso u obesidad (McElroy, y otros, 2004). En particular (Wildes, Marcus, & Fagiolini, 2006) también encontraron que la obesidad es frecuente en los pacientes con trastorno bipolar y esta se asocia con una mayor morbilidad médica con peor evolución. Plantea que las variables que pueden interactuar para influir en la aparición y mantenimiento de la obesidad en el trastorno bipolar incluirían factores genéticos, alteraciones de neurotransmisores, la edad, el género, el nivel socioeconómico, la inactividad física, las conductas alimentarias y de especial relevancia la depresión atípica y la farmacoterapia indicada.

Obesidad y trastornos de la conducta alimentaria.

En consideración aparte se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria, por su elevada presencia en pacientes obesos.

Obesidad y bulimia.

La principal característica de la bulimia es la presencia de episodios de atracones de forma compulsiva asociada a una preocupación por no subir de peso lo que induce a la paciente a diversas manifestaciones conductuales compensatorias principalmente el vómito. El síntoma básico es el atracón o *binge eating*, que alude a la acción de comer en exceso o realizar una comilona, asociada a una pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio. Se describen alteraciones en una o varias esferas: conductuales (comilonas), somáticas (obesidad es común, pero no obligatorio) o psicológicas (insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima y depresión).

En el cuadro bulímico se suma un sentimiento de culpabilidad y sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere. En forma habitual, estos pacientes desarrollan un patrón alimentario cíclico caracterizado por la abstención de ingerir alimentos durante la mañana (ayuno) y posteriormente comer de forma excesiva. Las conductas purgativas suelen ocurrir por la tarde o la noche, subsecuentemente aumenta la vivencia de culpa reforzándose la abstinencia alimentaria y repetición del ciclo descrito.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 6 de 39
---	--	-----------------------	-----------------------

Con frecuencia esta patología se asocia a abuso de alcohol o drogas (Kaye, 2008). Son varias las características que suelen compartir los pacientes bulímicos con aquellos con trastorno límite de la personalidad, tales como inestabilidad afectiva, impulsividad, tentativas de suicidio y cleptomanía. Los pacientes con bulimia subtipo purgativo se asocian con mayor frecuencia a otros problemas en el ámbito del control de los impulsos; consumo de sustancias, labilidad emocional, intentos suicidas y por tanto suelen reunir criterios para trastorno límite de la personalidad (Sadock, Sadock, & Kaplan, 2004).

Obesidad y trastorno por atracón.

La prevalencia de trastorno por atracón en la población general varía entre 1% a 3%, un 33% de los pacientes son hombres y las mujeres muestran 1,5 veces más probabilidades de presentar el desorden que los hombres (Striegel-Moore & Franko, 2003). En tanto, las tasas más altas se han registrado en pacientes con obesidad mórbida (IMC superior a 40 kg/m²) que siguen programas de reducción de peso en hospitales, con una prevalencia de 25% y hasta de 48% usando criterios DSM-5 (Vinai, y otros, 2015).

En el DSM-IV la descripción del trastorno por atracón se detallaba en el Apéndice B, que correspondía al apartado de nuevas categorías y ejes diagnósticos propuestos para su posible inclusión definitiva en futuras ediciones. A partir del 2013, el DSM-5 ya lo incluye con validez diagnóstica toda vez que mediante nuevos trabajos de investigación se habría demostrado como constructo diagnóstico con características particulares.

Haciendo un análisis entre los diagnósticos precisados en la tabla de bulimia nerviosa y la tabla de trastorno por atracón, en relación con la diferencia en la exigencia de la frecuencia de días entre ambos cuadros, esta puede deberse a la más discreta naturaleza de los atracones en la bulimia nerviosa en la que se presenta conducta compensatoria posterior a los episodios. (Cooper & Fairburn, 2003) han distinguido dos tipos básicos de episodios de atracón que se producen a menudo en individuos con trastornos de la alimentación: los atracones objetivos, que implican el consumo

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 7 de 39
---	--	-----------------------	-----------------------

de una gran cantidad de comida, además de una pérdida de control, y los atracones subjetivos que implican el consumo de una pequeña a moderada cantidad de comida acompañada de pérdida de control.

Obesidad y personalidad

Recientemente (Dietrich, Federbusch, Grellmann, Villringer, & Horstmann, 2014) lo exploraron mediante tres evaluaciones: Three-Factor Eating Questionnaire (Stunkard & Messick, 1985) la sensibilidad a la recompensa y el castigo con escalas BIS/BAS (basado en el sistema de "inhibición de la conducta/ activación de la conducta" (Carver & White, 1994) y la percepción subjetiva de la impulsividad (basado en el BIS-11). Si bien encontraron una relación en forma de U invertida entre la restricción alimentaria y el IMC, no se observó una relación directa entre el auto-reporte de la impulsividad y el IMC.

Por otra parte, el estado de peso corporal no sólo fue asociado con la conducta alimentaria (restricción cognitiva y desinhibición) sino también con factores de la personalidad que no están intrínsecamente relacionados con un contexto alimentario, siendo importante destacar que estas relaciones son muy diferentes entre hombres y mujeres.

Obesidad y motivación para el cambio

El modelo transteórico del cambio de comportamiento de (Prochaska & DiClemente, 1983) es en la actualidad uno de los modelos más prometedores relacionados con la adquisición de hábitos saludables. El modelo sugiere que los individuos que participan en un nuevo comportamiento se mueven a través de una serie de cinco etapas de cambio: pre-contemplación, la contemplación, la preparación, la acción y el mantenimiento para prevenir las recaídas y consolidar los logros alcanzados durante la acción.

La entrevista motivacional provee de las herramientas para avanzar en este proceso y se plantea así una conducta para cada etapa. Los procesos de cambio son actividades y experiencias encubiertas y abiertas que las personas se involucran en cuando

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 8 de 39
---	--	-----------------------------	-----------------------

intentan modificar las conductas problemáticas. Se ha demostrado que los procesos de cambio son un modelo válido cuando se aplica al control de peso.

Obesidad y calidad de vida.

Varios estudios informan un importante deterioro psicosocial en personas obesas incluyendo estigmatización por su peso y reportan una calidad de vida menor en comparación con individuos delgados (Kushner & Foster, 2000) y (Kolotkin, Meter, & Williams, 2001). Si se tiene en consideración diversos grupos etarios, un estudio (Corica, y otros, 2015) muestra que el impacto de la obesidad es particularmente más fuerte a edades más jóvenes, que serían más libres de comorbilidad médica. Este impacto se atenuaría progresivamente a medida que la edad avanza, en comparación con la población general, cuando las condiciones comórbidas están difusamente presentes y reducen el estado de salud percibido, independiente del grado de obesidad.

2. Definiciones, abreviaturas y símbolos

Las definiciones de este apartado se tomaron del texto *Fundamentos Conceptuales y Operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención en la Salud* (CCSS-CENDEISS-UCR, 2003) y *Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud* (CCSS, 2016)

Cuadro 1.

Conceptos y definiciones

Concepto	Definición
Adscripción poblacional	La población que habita en el Área de Atracción de cada establecimiento de prestación de servicios de salud. La población adscrita puede ser de atención directa o indirecta, en el caso de Áreas de Atracción de establecimientos de mayor complejidad que incluyen otros establecimientos de menor complejidad.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 9 de 39
---	--	-----------------------	-----------------------

Área de Atracción	La jurisdicción territorial de cada establecimiento de prestación de servicios de salud.
Área de Salud	Espacio- población adscrito a un conjunto de establecimientos de Servicios de Salud institucionales del Primer Nivel de Atención.
Atención Ambulatoria	Atención de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada, que no pernocta en el centro de atención. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2012)
Atención Integral	Es la atención que incluye actividades de promoción, prevención, curación y de rehabilitación de la salud. (Caja Costarricense de Seguro Social, 1996 (actualizado 2003)).
Atención psicológica	Se refiere a las actividades de psicología que requieren intervenciones, en personas usuarias, de carácter clínico, neuropsicológico, psicogerontológico, psicooncológico, o en otras áreas de inserción especializadas. La atención psicológica, puede desarrollarse en los tres niveles de atención. En el I Nivel de Atención, se refiere sobre todo a intervenciones en personas con diagnósticos autorizados para ese nivel, lo mismo corresponde para la atención de las personas usuarias en el II y III Nivel de Atención.
Capacidad instalada	Constituida por el volumen y grado de adecuación de todos los recursos físicos, humanos y tecnológicos (Organización Panamericana de la Salud-Caja Costarricense de Seguro Social, 1997).
Capacidad resolutive	Es la determinación del tipo de diagnóstico que es posible atender en cada establecimiento de salud para lograr satisfacer las necesidades y demandas de la población y a la vez un uso óptimo de los recursos disponibles (Organización Panamericana de la Salud-Caja Costarricense de Seguro Social, 1997).

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 10 de 39
---	--	-----------------------------	----------------------------------

Comorbilidad	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas (Real Academia Española, 2017).
Complejidad	<p>El grado de diferenciación de las tareas que componen las actividades de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por éste. Se considera que la complejidad está compuesta por los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grado de diferenciación de todos los servicios (finales, intermedios y administrativos) 2. Grado de especialización y capacitación del recurso humano. 3. Equipamiento <p>(Organización Panamericana de la Salud-Caja Costarricense de Seguro Social, 1997).</p>
Comunidad	<p>Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo.</p> <p>Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas (Organización Mundial de la Salud, 1998).</p>
Condiciones de vida	Son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven y actúan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales, económicas, culturales y ambientales, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo (Organización

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 11 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

	<p>Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1996)</p>
Consulta Externa	<p>La Consulta Externa es el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada, y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna. La atención se brinda en el consultorio del establecimiento de salud (Zambrana, Jiménez-Ojeda, Marín y Almazán, 2002).</p>
Contra referencia	<p>Es un instrumento de comunicación entre el personal de salud. Es emitida por el trabajador de la salud con el propósito de que el establecimiento que refirió a la persona conozca de lo actuado por este y pueda utilizar esta información para la atención continuada. La contra referencia no aplica en el ámbito interno, por cuanto el expediente de salud contiene el registro de atención de los diferentes profesionales de salud (Caja Costarricense de Seguro Social, 2012).</p>
Demanda	<p>El número de prestaciones que social y técnicamente requiere una población determinada en un período establecido. Implica traducir las necesidades en salud de una población en necesidades de prestaciones en salud.</p> <p>Puede subdividirse en la demanda expresada (equiparado con utilización) y demanda potencial. También puede ser subdividida en la demanda racional (exigencia que corresponde a necesidad) y demanda irracional (exigencia que no corresponde a necesidad) y por último, en demanda satisfecha y demanda insatisfecha que se refieren a la capacidad de los servicios de salud (oferta) de cubrir toda la demanda.</p> <p>OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales. Santiago de Chile, 2011.</p>

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 12 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

Determinantes de la salud	<p>Conjunto de factores individuales, familiares y comunitarios que determinan el estado de salud de los usuarios o poblaciones.</p> <p>Los determinantes de la salud son múltiples e interrelacionados. Incluyen las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales, las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los servicios de atención de salud, las influencias comunitarias y soporte social, los factores individuales, preferencias en estilos de vida y los factores biológicos y genéticos (OPS/OMS, 2011; OPS/OMS, 1996).</p>
Educación para la Salud	<p>Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1996).</p>
Efectividad	<p>Resolución o control de un problema de salud y la atención apropiada, basada en evidencia científica (Organización Panamericana de la Salud, 2001).</p>
Eficiencia	<p>La producción lograda a partir de unos recursos disponibles y las necesidades prioritizadas de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2001).</p>
Equipo de Apoyo	<p>Constituye el recurso humano que tiene a cargo la prestación de servicios de salud en un Área de Salud, en el Primer Nivel de Atención. Realiza acciones de educación para la salud, supervisión técnico- asistencial, capacitación permanente y atención de casos referidos. Se ubica en la Sede de Área de Salud.</p>
Entorno saludable	<p>Ambiente que ofrece a los usuarios protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud.</p>

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 13 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

	Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento (Organización Mundial de la Salud, 1998).
Escenario de Salud	El lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar (Organización Mundial de la Salud, 1998).
Espacio poblacional	Segmento geográfico poblacional al que debe servir el sistema de servicios de salud, se traduce en un espacio geográfico-poblacional con objetivos fundamentalmente comunes, los que determinan la naturaleza del segmento, frente a las que se identifican y priorizan necesidades sanitarias (Organización Panamericana de la Salud-Caja Costarricense de Seguro Social, 1997).
Especialidad	Ramas de profesionales de la salud que se dedican al estudio, diagnóstico y tratamiento de grupos de enfermedades, áreas específicas del cuerpo humano, determinados grupos de edad o que utilizan determinada tecnología (Caja Costarricense de Seguro Social, 2012).
Establecimiento de salud	Unidad operativa que realiza procesos asistenciales y administrativos con la finalidad de responder a las necesidades de prestación de servicios de salud brindando intervenciones de salud, intramuros o extramuros. Se ubica, de acuerdo con su capacidad resolutive y complejidad (recursos humanos, materiales y equipos), en un Nivel de Atención.
Estilo de vida	Es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 14 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

	y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (Organización Panamericana de la Salud-Caja Costarricense de Seguro Social, 1996).
Factor de riesgo	Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones (Organización Mundial de la Salud, 1998).
Gestión clínica	El más adecuado uso de los recursos profesionales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de las personas, procurando la mayor efectividad y eficiencia (Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 2011).
Hospital	Establecimiento de atención de salud que cuenta con camas hospitalarias, personal y recursos tecnológicos clínicos, donde los pacientes pueden, si lo necesitan, permanecer internados y recibir atención de salud durante las 24 horas del día.
Informe psicodiagnóstico	Proceso técnico, en Costa Rica, exclusivo de los profesionales de Psicología. El mismo está referido al desarrollo de un documento técnico (cuya extensión puede ser variable), en el que se exponen los puntajes de los instrumentos de medición psicológica, entrevistas y otros métodos de recolección psicológica de información utilizados. El informe debe incluir una integración de la información obtenida durante la evaluación psicológica (Chapter 15. Psychological Report, 2003)
Interculturalidad	El concepto involucra las interrelaciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en un espacio determinado entre las diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa (Organización

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 15 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

	Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 2012).
Interdisciplinari edad	El encuentro y la cooperación entre dos o más disciplinas, las que mantienen sus aspectos teóricos o empíricos respectivos, conservan la especificidad de sus esquemas conceptuales, procedimientos científicos y el respeto mutuo de los objetivos y prácticas (Criado y Barchietto, 2005)
Intervención de salud	Es una actividad realizada a una persona, o a una población, cuyo objetivo es mejorar, evaluar o modificar la salud, funcionamiento o condiciones de salud (World Health Organization, 2012)
Modelo de Atención	Descripción esquemática de la forma en que se organizan los recursos en un sistema de salud; especialmente aquellos que definen, condicionan o afectan la forma en que la sociedad desarrolla, organiza, distribuye y controla los recursos que destina a atender las necesidades de salud de los ciudadanos.
Morbilidad	Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado (Real Academia Española, 2017).
Niveles de Atención	Se refiere a las combinaciones funcionales de servicios de acuerdo a su complejidad, la diferencia entre un nivel y otro viene dada por su capacidad tecnológica de resolución de necesidades en salud. Un Nivel de Atención debe responder a realidades de salud similares y está diseñado para enfrentar demandas equivalentes (Caja Costarricense de Seguro Social-Universidad de Costa Rica, 2003; Castellanos Robayo y Kisil, 1981).
Primer nivel de atención	Corresponde a los servicios básicos de salud que comprenden acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad, que se practiquen respecto de la familia en los ámbitos intradomiciliario, de consulta externa o ambulatoria general. Las acciones se orientarán a las

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 16 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

	personas y a su comportamiento en cuanto a la salud y al ambiente en el cual viven, permanecen, trabajan o se recrean (Caja Costarricense de Seguro Social-Universidad de Costa Rica, 2003).
Segundo nivel de atención	Apoya al nivel primario mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con grado variable de complejidad y especialidad (Caja Costarricense de Seguro Social-Universidad de Costa Rica, 2003).
Tercer nivel de atención	Corresponde a la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de la más alta especialización y complejidad, para atender determinados problemas de salud. El área de influencia del nivel terciario podrá trascender la del secundario y abarcar el territorio de varias provincias, cantones y distritos (Caja Costarricense de Seguro Social-Universidad de Costa Rica, 2003).
Prestación de Servicios de Salud	La forma en cómo los insumos son combinados en los Servicios de Salud para permitir la provisión de una serie de intervenciones o acciones de salud (World Health Organization, 2002).
Prevención de la enfermedad	Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (Organización Mundial de la Salud, 1998).
Prevención primaria	Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales, predisponentes o condicionantes (Organización Panamericana de la Salud-Caja Costarricense de Seguro Social, 1996). Por ejemplo, el desarrollo de estrategias educativas interdisciplinarias que favorezcan la reducción de enfermedades crónicas no transmisibles y comorbilidades con disfunciones mentales y del comportamiento.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 17 de 39
---	--	-----------------------------	----------------------------------

Prevención secundaria	Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo pero anterior al inicio de los signos y síntomas (Organización Panamericana de la Salud-Caja Costarricense de Seguro Social, 1996). Por ejemplo, la aplicación de procesos de terapia o intervención psicológica en personas usuarias que evidencian el desarrollo de comportamientos disfuncionales o premórbidos a algún trastorno mental o del comportamiento.
Prevención terciaria	Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud (Organización Panamericana de la Salud-Caja Costarricense de Seguro Social, 1996).
Promoción de la salud	La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (Organización Mundial de la Salud, 1998).
Red de Servicios de Salud en la CCSS	Un conjunto de establecimientos coordinados y articulados, que prestan servicios de salud en distintos ámbitos de complejidad, con responsabilidades asignadas y objetivos comunes, para asegurar el continuo asistencial de la población en un espacio geográfico y/o funcional, en un marco de mejoramiento continuo de la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad económica. Asume la responsabilidad clínica y económica en el logro de unos resultados de salud a la población que sirve y está dispuesto permanentemente a la rendición de cuentas de forma transparente (Caja Costarricense de Seguro Social, 2013).

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 18 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

Red de Servicios de Salud	Conjunto de establecimientos de salud interrelacionados entre sí para atender las necesidades de Prestación de Salud de la población, en un espacio geográfico definido, asegurando la complementariedad, la provisión, integración y continuidad de servicios.
Referencia externa	Es la emitida por el profesional en salud de un establecimiento, para que el consultante sea atendido en otro centro. La referencia tiene como objetivo compartir información con los profesionales de salud del centro de referencia las razones que motivaron el traslado del caso y de lo actuado en el establecimiento que lo atendió (Caja Costarricense de Seguro Social, 2012).
Referencia Interna (Interconsulta)	Es la emitida por un profesional en salud de un establecimiento, para que el consultante sea atendido por otro profesional de distinta especialidad o disciplina del mismo establecimiento en cualquiera de sus Componentes (Caja Costarricense de Seguro Social, 2012).
Sesión técnica	Reuniones de carácter técnico, propias de la disciplina (en este caso Psicología) donde se discuten casos o elementos propios de la actividad disciplinar, en función del nivel de atención en que se ubican los profesionales.
Sesión clínica interdisciplinaria	Reuniones de carácter técnico interdisciplinarias, las mismas funcionan como espacios técnicos donde se discuten casos o analizan elementos de salud y enfermedad, por lo general están relacionados con actividades propias de establecimientos de salud de carácter hospitalario.

Fuente: elaboración propia, 2018.

- Abreviaturas
 - CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 19 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

- DDSS: Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

4. Referencias normativas

Las referencias normativas del presente protocolo se desglosan en el cuadro 2.

Cuadro 2.

Cuerpo legal, reglamentario y normativo que acuerpa el contexto de trabajo del manual técnico de gestión la Psicología de la CCSS

Número	Nombre de normativas	Año
Nº 17	Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.	1943
Nº 5395	Ley General de Salud	1973
Nº 6144	Ley Orgánica del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica	1977
Nº 6227	Ley General de Administración Pública	1978
---	Reglamento de la Ley Orgánica del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica	1979
Sesión Nº 7364, modificado sesión Nº 8369	Reglamento del Expediente de salud de la Caja	1999
Ley No. 8220	Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos	2002
AES-1-704-2017	Fecha de entrega de informe estadístico mensual	2017
GM-18828-2	Tiempos de consulta en la atención psicológica.	2011

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 20 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

GM-36966-5	Catálogo de definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS.	2012
----	Política Nacional de Salud Mental 2012-2021.	2012
GM-MDA-58841-13	Sistema Estadístico Integrado de Psicología (Cuadro 41)	2013
GM-MDD-32506-14	Subproceso prestación de servicios de Psicología	2014
GM-MDD-45080-14	Manual de procedimientos de la Consulta Externa en Psicología de la CCSS.	2014
MIT.GM.DDSS.ARSDT.PSI.002	Manual de Instrucciones de trabajo de atención intrahospitalaria en Psicología de la CCSS	2015
GM-MDD-20640-2017	Manual de procedimientos para la atención y enseñanza de las ECNT: metodología multidisciplinaria.	2017
GM-MDD-32661-2017	Instrumento de supervisión de psicología del III Nivel de atención	2017
GM-MDD-32335-2017	Lineamiento contenido estándar para las anotaciones de psicología en la hoja de evolución del Expediente de Salud-EDUS CCSS.	2017

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 21 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

GM-MDD-3970-2018	Oferta de Servicios de Psicología en los tres Niveles de Atención.	2018
-------------------------	--	------

Fuente: elaboración propia, 2018.

5. Alcance y campo de aplicación

Este protocolo de atención clínica será el documento regulador a nivel Institucional, que regirá la práctica de la Psicología en el proceso pre y post quirúrgico de Cirugía Bariátrica. Será de uso obligatorio para todos los servicios de psicología de la Institución que tengan aprobado el uso de dicha cirugía en sus quirófanos.

6. Objetivos

6.1. Normalizar las actividades de atención clínica y los procedimientos asociados con la prestación de servicios de salud en Psicología, a las personas usuarias que son candidatas para el proceso de Cirugía Bariátrica.

6.2. Normalizar las actividades de atención clínica y los procedimientos asociados con la prestación de servicios de salud en Psicología, a las personas usuarias del programa de Cirugía Bariátrica, en la etapa de internamiento.

6.3. Normalizar las actividades de atención clínica y los procedimientos asociados con la prestación de servicios de salud en Psicología, a las personas usuarias del programa de Cirugía Bariátrica, en la etapa post operatoria.

7. Población diana

La población diana son los profesionales de Psicología Clínica que atienden a las personas usuarias en fase de pre, internamientos y post cirugía, de los procesos de Cirugía Bariátrica.

8. Personal que interviene

Este protocolo se diseñó para ser aplicado por el personal de psicología clínica, de los establecimientos de salud, de carácter hospitalario, de la CCSS.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 22 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

9. Contenido

Los procedimientos de abordaje psicológico de los pacientes candidatos a Cirugía Bariátrica deben venir dados por los siguientes criterios, los cuales se basan en la estrategia PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultado) de análisis de la mejor evidencia científica disponible en la materia. De esta forma se puede formular el diseño y contenidos del actual protocolo de atención clínica, con base en los siguientes indicadores:

P: personas usuarias candidatas a cirugía Bariátrica, en proceso pre y post operatorio a dicha cirugía.

I: intervenciones psicológicas eficientes y efectivas en personas usuarias candidatas a cirugía Bariátrica y en proceso peri y post operatorio.

C: personas usuarias no sometidas a intervención psicológica o procedimientos de salud mental sin demostración de eficiencia y efectividad.

O.: En la fase preoperatoria se espera una mejor preparación psicológica ante la intervención quirúrgica. En la fase post operatoria se refuerza la adherencia al tratamiento y se interviene en indicadores de depresión, ansiedad, autoconcepto, imagen corporal, entre otros.

En las siguientes secciones de este apartado se incluyen los principales componentes que un protocolo de atención clínica de la CCSS, requiere que sean tomados en cuenta para implementarse dentro de los establecimientos de salud que realicen el procedimiento específico.

9.1. Resumen de la evidencia disponible

De acuerdo con Flores (2014), existen una serie de aspectos que deben ser considerados en proceso de evaluación y tratamiento de la persona candidata a cirugía Bariátrica y en su postoperatorio, entre ellas la evaluación psicológica y el tratamiento (pre y postoperatorio).

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 23 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

La evaluación de los perfiles psicopatológicos es fundamental, ya que se ha encontrado evidencia de la pobre recuperación postoperatoria, en personas con alteraciones psicopatológicas preexistentes a la cirugía (Pull, 2010) y, en ese sentido, se debe dar cuenta de las características psicológicas previas al proceso quirúrgico, de tal manera que se puedan reducir las complicaciones emocionales y sanitarias posteriores a la cirugía. En un reciente estudio de Hjelmæsæth, Rosenvinge, Gade y Oddgeir (2018), se pudo demostrar que las personas candidatas a Cirugía Bariátrica, con síntomas depresivos, luego de aplicar terapia cognitivo-conductual, demostraban una disminución del peso, antes y cuatro años después de la intervención quirúrgica.

De manera concordante con los datos anteriores, Gade, Friborg, Rosenvinge, [Småstuen](#) y Hjelmæsæth (2015), demostraron que los procedimientos cognitivo-conductuales (eran más eficientes que el tratamiento estándar o el no tratamiento), en las siguiente variables: conductas alimenticias disfuncionales, estado de ánimo, síntomas afectivos y peso, hasta un año después de realizada la cirugía bariátrica. A su vez Paul, van der Heiden y Hoek (2017), señalan que ese tipo de terapia es efectiva en la reducción de las variables de riesgo asociadas al aumento de peso, posteriores a la realización de la cirugía bariátrica.

Adicionalmente, se recomienda analizar si las personas candidatas exhiben las siguientes características: uso de activo de sustancias adictivas no lícitas, presencia de síntomas activos de esquizofrenia, retardo mental severo y el nivel de conocimiento sobre la cirugía bariátrica. Este conjunto de indicadores tiende a manifestarse como variables que podrían afectar el proceso de recuperación posterior a la cirugía (Bauchowitz, y otros, 2005)

El éxito quirúrgico requiere cambios conductuales significativos y es, en gran medida, dependiente de las habilidades individuales para implementar cambios permanentes en el estilo de vida, tales como la adherencia a un estricto régimen nutricional y de ejercicios, así como la adquisición de nuevas habilidades de afrontamiento, para disminuir la dependencia de comida como resultado de un manejo disfuncional de necesidades emocionales (Bauchowitz, y otros, 2005). En ese mismo sentido Kalarchian y Marcus (2015), apuntan a la necesidad de utilizar intervenciones adjuntivas postquirúrgicas, esto es, ir incluyen en el proceso posterior a ese tipo de cirugías, recomendaciones de tipo

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 24 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

nutricionales, médicas, de actividad física; pero también la inclusión de intervenciones psicológicas que faciliten la auto regulación cognitiva, emocional y conductual de las personas posterior a la cirugía.

Se ha notado que las personas que manifiestan dificultades para implementar cambios en su estilo de vida pueden presentar consecuencias quirúrgicas, que pueden calificarse como negativas o perjudiciales, por ejemplo, se puede presentar: recuperación del peso perdido, malnutrición y depresión clínica (Bauchowitz, y otros, 2005). Debido a esto, varios autores recomiendan la presencia de un seguimiento en el ámbito emocional, para las personas que fueron sometidas a este procedimiento (Lamore et al, 2017), lo cual no es una práctica usual, peor altamente recomendada para la estabilidad de la persona a largo plazo.

9.2. Pre-requisitos

- Aplicar el Consentimiento informado integrado de la CCSS (Código 4-70-03-0560) a la persona usuaria referida por el Servicio de Cirugía Bariátrica para evaluación o atención psicológica.
- Pertenecientes a la zona de atracción de los hospitales que desarrollan este tipo de cirugías.
- Personas usuarias valoradas previamente por Cirugía Bariátrica y, posteriormente, referidos a valoración psicológica.

9.3. Criterios de exclusión a nivel psicológico

El profesional de psicología debe evaluar la presencia y grado en el que se presentan las siguientes variables, que representan contraindicaciones absolutas o relativas para que unas personas usuarias, pueda afrontar el proceso de cirugía bariátrica; sin embargo será decisión final del médico cirujano correspondiente sobre la posibilidad o no de desarrollar el procedimiento quirúrgico.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 25 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

9.3.1. Contraindicaciones absolutas.

- ✓ F10-F19 (Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas)
- ✓ F20-F29 (Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos de ideas delirantes), exceptuando los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23)
- ✓ F71 Retardo mental moderado
- ✓ F72 Retardo mental grave
- ✓ F73 Retardo mental profundo
- ✓ En general los pacientes con nula adherencia al tratamiento o que estén recibiendo algún tipo de presión social (familiar, red de apoyo, entre otros), son personas con mayor riesgo psicológico.

9.3.2. Contraindicaciones relativas.

- ✓ F00-F09 (Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos).
- ✓ F30-F39 (Trastornos del humor), enfatizar en:
 - a. F31.9 (Trastornos del humor)
 - b. F32.2 (Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos)
 - c. F32.3 (Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos)
- ✓ F40-F49 (Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos)
- ✓ F50 (Trastornos de la ingestión de alimentos)
- ✓ (F60-F69) Trastornos de personalidad, enfatizar en:
 - a. F60.2 (Trastorno asocial de la personalidad)
 - b. F60.3 (Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable)
- ✓ X60-X84 (Autolesión intencional)
- ✓ Trastorno de personalidad.
- ✓ Paciente con trastorno adaptativo secundario a vivencia reciente.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 26 de 39
---	--	-----------------------------	----------------------------------

- ✓ Trastornos psiquiátricos descompensados (trastorno bipolar, depresión severa, intento de suicidio reciente, trastorno bulímico en fase purgativa activa o trastornos por atracón en curso).
- ✓ Diagnósticos Z variables que influyen en el estatus de salud y el contacto con servicios de salud, de manera específica los vinculados con problemas ambientales que reducen la adherencia al tratamiento, apoyo familiar, problemas de pareja, duelos entre los principales.
- ✓ Ausencia o escaso apoyo de parte de su entorno social y familiar.
- ✓ Entorno familiar disfuncional.
- ✓ Duelos no elaborados, divorcio reciente, intento de suicidio previo, no reciente.
- ✓ Historia previa de bulimia, se aconseja al menos un año de remisión.
- ✓ Historia previa de uso o abuso de alcohol o drogas, por lo menos seis meses de abstinencia.
- ✓ Identificación de ganancia secundaria alrededor de la Cirugía Bariátrica.
- ✓ Que el paciente considere la cirugía con altas expectativas y vía de solución a alguna dificultad relacionada con su entorno ya sea familiar, pareja o laboral.
 - a. Psicología clínica recibirá únicamente referencias enviadas de los médicos cirujanos que pertenecen al Programa de Cirugía Bariátrica.
 - b. Contra referencia, cuando la persona llegue referida por otro servicio que no sea cirugía bariátrica.

9.4. Actividades de valoración:

La primera fase, consistirá en citar al usuario, candidato a cirugía Bariátrica, a una valoración de psicología clínica durante dos horas (sesión doble); en la cual se llevará a cabo una entrevista diagnóstica. De ser necesario, se aplicarán pruebas que el profesional

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 27 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

a cargo del caso elegirá según su criterio clínico. Se elaborará, posterior a la valoración un resumen Psicodiagnóstico, que se incluirá en el expediente de salud, en el que se ofrece la recomendación de lo observado en esta fase, a médicos cirujano a cargo del programa de Cirugía Bariátrica local, siendo estos los que finalmente decidirán si el paciente es llevado o no a cirugía. En caso de que sea necesaria una segunda valoración por parte de Psicología, esta solicitud debe ser referida por Cirugía Bariátrica.

9.4.1. Modalidades ofertadas

Se ofertarán las siguientes modalidades de intervención de acuerdo con las fases del proceso de cirugía bariátrica.

A. Fase prequirúrgica:

Charla psicoeducativa multidisciplinaria, para informar acerca de las generalidades de la cirugía a realizar.

Consulta Externa

- a. Evaluación psicológica individual:
 - Entrevista clínica
 - Examen Mental y aplicación de instrumentos de medición psicológica.
 - Valoración psicodiagnóstica (únicamente en casos complejos, de acuerdo con criterio del profesional en psicología clínica).

- b. Intervención psicoterapéutica grupal (se recomienda un máximo de cinco sesiones), en el abordaje emocional y de preparación para la cirugía bariátrica.¹

¹ La intervención individual, se realizará en la consulta externa de Psicología, del II nivel de atención con hospitalización y en el III nivel nacional (según corresponda), una vez resuelto el caso se enviará referencia al Programa de Cirugía Bariátrica, para que continúe con el proceso.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 28 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

- b. Participación en reuniones de Equipo multidisciplinario: discusión y revisión de casos.

Hospitalización

Acompañamiento psicológico durante el internamiento (en este escenario no se realiza valoración prequirúrgica), de acuerdo con interconsulta realizada por el programa de Cirugía Bariátrica.

B. Fase postquirúrgica:

Consulta Externa

- a. Intervención psicoterapéutica grupal. Se ofrecerá atención especializada a nivel grupal a los pacientes postoperatorios, en los casos que lo ameriten. El proceso grupal contará con un total (recomendado) de cinco sesiones, en la sesión inicial se firmará el Consentimiento Informado, se realiza el encuadre terapéutico y se valora el compromiso y asistencia del usuario, toda esta información deberá reportarse en el Expediente de Salud. Se incluirán contenidos con el fin de promover una adaptación adecuada a su nueva condición y la resolución de conflictos en el aquí y el ahora. Cada profesional seleccionara el enfoque que considere pertinente en este proceso, partiendo del supuesto de que estos deben tener eficacia y eficiencia demostrada.
- b. Se atenderá solamente en el establecimiento de salud donde se realizará la Cirugía Bariátrica.
- c. Porcentajes de tiempo: se analizarán en relación con la disponibilidad total del servicio en Consulta Externa, se asignarán porcentajes para al menos los siguientes rubros: charla psicoeducativa, valoración psicológica inicial, valoración psicodiagnóstica y psicoterapia grupal. La asignación porcentual de tiempo será en función de la capacidad instalada local (número de

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 29 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

profesionales en psicología clínica 1, la demanda de solicitudes de atención por referencia en este tema y otras variables locales a considerar).

- d. Grupo poblacional: personas usuarias referidas por el Programa de Cirugía Bariátrica, se atenderá en los casos que ameriten la intervención.

9.5. Procedimiento

Basado en los siguientes autores: (Pull, 2010), el Consenso de Psicología Bariátrica del Núcleo de Psicólogas de Cirugía de Obesidad y Comité de Psicología del CMCOyEM (Ríos M., y otros, 2010), (Sierra M., 2013), (Flores, 2014), (Fried, y otros, 2014), se presenta el siguiente cuadro 3 con el desglose de las principales formas de evaluación e intervención psicológica en las fases pre y posquirúrgica.

Cuadro 3

Formatos sugeridos de evaluación e intervención psicológica en las fases pre y posquirúrgica.

Prequirúrgico		Intervención postquirúrgica (los tiempos son recomendativos)
Evaluación	Intervención ^a	
1. Entrevista de valoración. Contenidos: motivo de consulta, historia de evolución de obesidad, expectativas-metas-objetivos, entorno familiar, de pareja, y social, disposición de	La fase de intervención psicológica prequirúrgica, se orientará a intervenir sobre los siguientes aspectos: a. Ansiedad prequirúrgica (temores asociados al procedimiento) b. Adherencia al tratamiento	1. Relación con la persona usuaria y el periodo de hospitalización. Atención posquirúrgica inmediata, con seguimiento según cada caso. 2. Post emocional inmediata quirúrgica. Se interviene, procurando disminuir los indicadores de mayor disconfort emocional. 3. Modificación de hábitos alimenticios. 4. Modificación de la imagen corporal. Entre los primeros seis meses posteriores a la intervención quirúrgica, es importante trabajar en las ideas, distorsiones, expectativas y objetivos de adecuación de la forma física, el acondicionamiento y lo que

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 30 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

<p>cambio, redes de apoyo, autoconcepto, sexualidad, hábitos alimenticios y preferencia en tipos de alimentos).</p> <p>2. Historia de adherencia a tratamientos anteriores.</p> <p>3. Indicadores de psico-</p> <p>4. Patología.</p> <p>5. Inestabilidad emocional</p> <p>6. Preocupaciones actuales y estrategias de afrontamiento.</p>	<p>c. Estilos de vida saludable</p> <p>d. El comer emocional</p> <p>e. Origen emocional de la conducta generadora de obesidad</p> <p>f. Estrategias de auto regulación emocional</p> <p>g. Autoimagen</p> <p>Estas áreas de intervención podrían realizarse, en sesiones unidisciplinarias e interdisciplinarias (cuando sea necesario)</p>	<p>en realidad está sucediendo en el cuerpo de la persona usuaria.</p> <p>5. Manejo de relaciones de pareja, familia, trabajo y contexto social. Se realiza intervención sobre aspectos vinculados a la nueva imagen, auto concepto y las redes de apoyo, como coadyuvantes al cambio y mantenimiento.</p> <p>6. Intervenciones relacionadas con el proceso postquirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de ansiedad y síntomas depresivos • Adherencia al tratamiento • Estilos de vida saludable • Estrategias de auto regulación emocional • Autoimagen <p>Estas áreas de intervención podrían realizarse, en sesiones unidisciplinarias e interdisciplinarias (en los casos que lo ameriten)</p>
--	---	--

^a Se puede brindar un proceso de terapia breve, para aquellos casos que lo requieran por solicitud del equipo tratante en la sesión de Cirugía Bariátrica. Para todos los usuarios que serán sometidos a un procedimiento de Cirugía Bariátrica.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 31 de 39
---	--	-----------------------------	----------------------------------

Entre las técnicas recomendadas para trabajar con las personas usuarias, candidatas a cirugía Bariátrica se encuentran las siguientes (Sierra M., 2013):

1. Automonitoreo, técnica utilizada para revisar el estado de las conductas meta del tratamiento.
2. Control de estímulos, relacionada con el control ambiental de las variables relacionadas con aspectos que pueden entorpecer el objetivo de tratamiento (por ejemplo, sobre hábitos alimenticios y tipos de alimentos en la casa).
3. Prevención de recaídas, es un modelo de abordaje que tiene como objetivo que la persona identifique barreras que afectan metas de tratamiento en su estilo de vida u objetivo y, sobre ello definir e implementar acciones para cambiarlo. Para este tipo de pacientes, se pueden valorar entre otras cosas: horarios de alimentación, tipos de comidas, cambios en estilo de vida, reacción de familiares ante el cambio físico, entre otros.
4. Técnicas de relajación, son procedimientos que pueden ayudar a disminuir el nivel activación (*arousal*) fisiológico, emocional y cognitivo, con el objetivo de reducir los niveles subjetivos de tensión en la persona, los cuales, de no controlarse están relacionados con el incremento de ciertas conductas alimenticias disfuncionales.
5. Terapias cognitivas y cognitivas-conductuales-emocionales, es un modelo terapéutico que ofrece una guía de intervención para el abordaje de distorsiones cognitivas que pueden entorpecer u obstaculizar la recuperación y el mantenimiento del paciente que se sometió a una cirugía de este tipo.

9.5.1 Diagrama de flujo

La figura 1, permite observar el flujo de atención que sea realizará con las personas usuarias que participan en el programa de Cirugía Bariátrica (etapa prequirúrgica, internamiento y postcirugía).

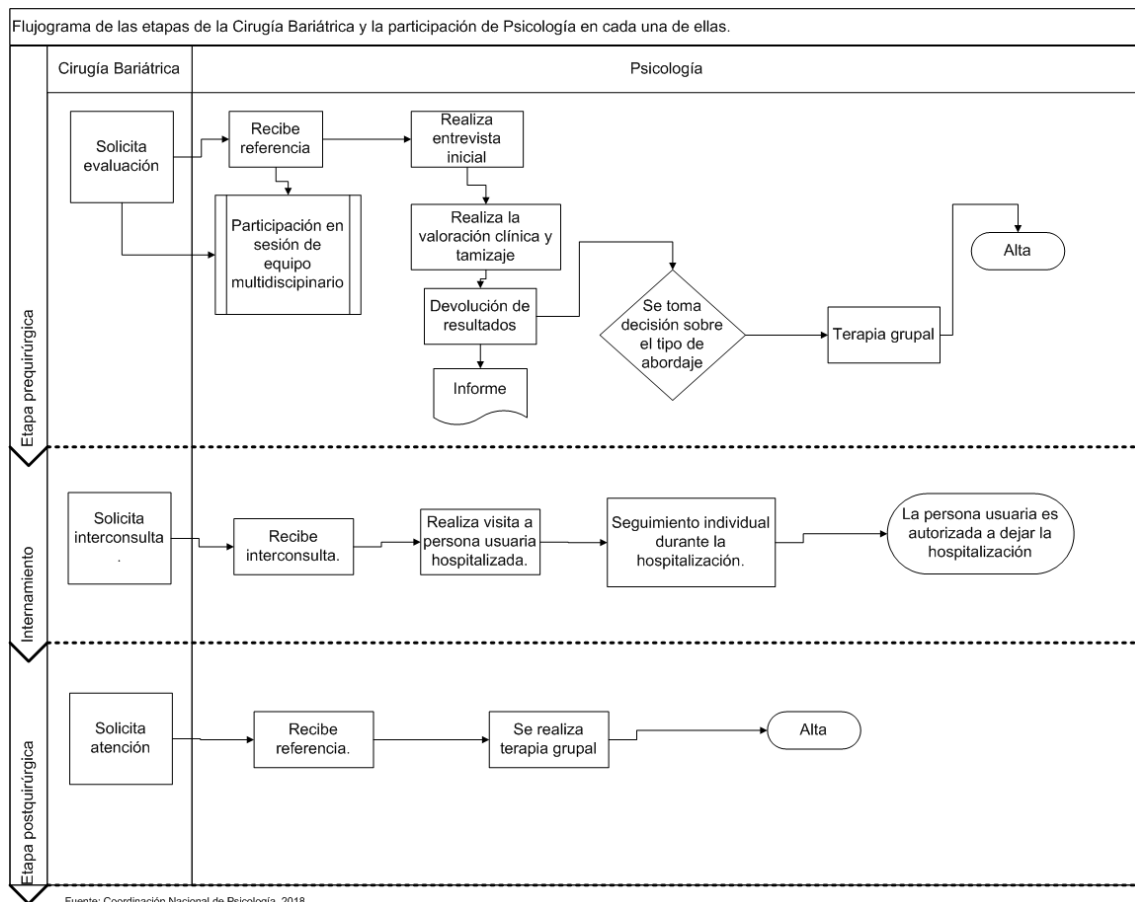
- a) En la fase prequirúrgica se realizan, al menos, las siguientes acciones por parte del personal de psicología:

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 32 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

1. Se recibe referencia del Servicio de Cirugía. Bariátrica.
 2. Registros de Salud (REDES) traslada la referencia al profesional psicología encargado de dar visto bueno a la misma.
 3. Psicología devuelve referencia con el visto bueno
 4. REDES asigna cita para la persona usuaria.
 5. El profesional de Psicología realiza entrevista y valoración clínica (tamizaje).
 - a. Si se realiza valoración psicodiagnóstica tendría una cita de devolución de resultados.
 6. Posteriormente, se brinda cita para tratamiento grupal, previo a la Cirugía. Bariátrica.
 7. Fin del procedimiento.
- b) Internamiento.
1. El equipo de del Servicio de Cirugía. Bariátrica envía interconsulta a Psicología.
 2. Registros de Salud (REDES) traslada la referencia al profesional psicología encargado de dar visto bueno a la misma.
 3. Se asigna a personal de psicología para realizar la visita a la persona usuaria que se encuentra hospitalizada por Cirugía Bariátrica.
 4. El personal de psicología realiza seguimiento a la persona hospitalizada por Cirugía Bariátrica.
 5. La persona usuaria hospitalizada por Cirugía Bariátrica es dada de alta por el equipo de Medicina.
 6. Fin del procedimiento.
- c) Postcirugía.
1. Se recibe referencia del Servicio de Cirugía. Bariátrica.
 2. Registros de Salud (REDES) traslada la referencia al profesional psicología encargado de dar visto bueno a la misma.
 3. Psicología devuelve referencia con el visto bueno

4. REDES asigna cita para la persona usuaria.
5. Se brinda cita para tratamiento grupal.
6. Fin del procedimiento.

Figura 1. Diagrama de flujo de las tres etapas de la actividad de Psicología en Cirugía Bariátrica.



9.6. Material recomendado para uso

1. Se debe utilizar el formulario Consentimiento Informado Integrado (documento oficial), código 4-70-03-0560, al inicio de los procedimientos incluidos en este documento.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 34 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

2. El personal de psicología, de acuerdo con la Oferta de Servicios de la disciplina vigente, realizará bajo su propio criterio técnico las evaluaciones psicológicas que considere oportunas en los rubros indicados en ese documento.
3. El personal de psicología utilizará el material de psicoeducación u otro similar, que bajo su criterio considere es de utilidad para las personas usuarias que se encuentren dentro del proceso de Cirugía Bariátrica. Cualquier material diseñado y utilizado, deberá contener material basado en evidencia.

9.7. Eventos adversos

No se manifiestan con claridad referencias específicas en la literatura sobre la presencia de efectos adversos derivados de los procedimientos psicológicos, antes y después de la cirugía bariátrica, si se han expuesto una serie de características psicológicas que pueden deteriorarse en las personas sometidas a este procedimiento médico, si no han contado con el apoyo emocional adecuado. A continuación, se listan algunas de ellas:

1. Los trastornos psicológicos preexistentes a la cirugía y las expectativas de la persona, de cara a ese procedimiento y el contraste con la realidad posterior a la cirugía, pueden convertirse, en su conjunto, predictores negativos de éxito y ajuste en esta etapa. Entre otras situaciones, pueden estar asociados a una recuperación de peso y adherencia (Kubik, Grill, Laffin y Karmali (2013).
2. Si bien no es del todo claro, en lo relativo a los aspectos específicos, parece que existe mayor evidencia en lo relativo a que las intervenciones psicológicas, contribuyen a una mejoría en la calidad de vida de las personas que fueron sometidas a cirugía bariátrica que aquellos que no reciben el acompañamiento psicológico (Jumbe, Barlett, Jumbe y Meyrick, 2016).
3. En general se puede indicar que la no consideración de las contraindicaciones absolutas, señaladas en este documento pueden afectar el curso previo y posterior a la cirugía bariátrica.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 35 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

9.8. Seguimiento del paciente

Según lo indicado en este protocolo, se debe realizar seguimiento en las diferentes fases del procedimiento médico.

9.9. Evaluación y Tamizaje

Se recomiendan los siguientes ejes temáticos para evaluación y tamizaje (el profesional en psicología clínica definirá el tipo de instrumentos y la pertinencia de su aplicación, las sesiones de aplicación serán de dos horas de acuerdo con el lineamiento GM-188828-2, Tiempos de consulta en psicología):

- Inteligencia.
- Personalidad (eje II)
- Afecto (eje I)
- Autoconcepto.
- Calidad de vida, tamizaje de ingesta alimentaria y autoimagen.

Se realizará psicodiagnóstico, solo cuando el caso lo amerite según criterio de psicología clínica. El tipo de instrumento que utilizará deberá contar con evidencia sobre su grado de confiabilidad, validez y estudios psicométricos correspondientes.

10. Acatamiento

- Aplicación obligatoria de las pautas indicadas en este protocolo de atención clínica, por parte del personal de psicología clínica del establecimiento de salud que deba atender personas usuarias referidas desde el programa de Cirugía Bariátrica.
- La jefatura de los profesionales de psicología clínica tendrá la responsabilidad de dar seguimiento a la implementación de lo aquí indicado.

11. Contacto para consultas

Coordinación Nacional de Psicología. Correo electrónico: cnsps_ars@ccss.sa.cr

Teléfono: 2539-1090.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 36 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

Referencias

- Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). *Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Propuesta ajustada a la prueba de campo*. Documento Estratégico PSS.022016, Presidencia Ejecutiva, San José.
- Caja Costarricense de Seguro Social-Universidad de Costa Rica. (2003). *Fundamentos conceptuales y operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención de la Salud*. (A. Salas Chávez, A. Castillo Martínez, R. Torres Martínez, & T. Flores Jiménez, Edits.) San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.
- Carver, C., & White, T. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 319-333.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eat Disorder*, 34, 89-95.
- Corica, F., Bianchi, G., Corsonello, A., Mazzella, N., Lattanzio, F., & Marchesini, G. (2015). Obesity in the
- Dietrich, M., Federbusch, M., Grellmann, C., Villringer, A., & Horstmann, A. (2014). Body weight status, eating behavior, sensitivity to reward/punishment, and gender: relationships and interdependencies. *Frontier in Psychology*, 5, 1073.
- Flores, C. A. (2014). Psychological Assessment for Bariatric Surgery: Current Practices. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 27(1), 59-62.
- Fried, M., Yumuk, V., Oppert, J. M., Scopinaro, N., Torres, A., Weiner, R., . . . EASO. (2014). Heo, M., Pietrobelli, A., Fontaine, K., Sirey, J., & Faith, M. (2006). Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age, and race. *International Journal of Obesity*, 30, 513-519.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 37 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

- Gade, H., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Småstuen, M. C., & Hjelmæsæth, J. (2015). The impact of a preoperative cognitive behavioural therapy (CBT) on dysfunctional eating behaviours, affective symptoms and body weight 1 year after bariatric surgery: a randomised controlled trial. *Obesity surgery*, 25(11), 2112-2119. doi: 10.1007/s11695-015-1673-z.
- Hjelmæsæth, J., Rosenvinge, J. H., Gade, H., & Friberg, O. (2018). Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Eating Behaviors, Affective Symptoms, and Weight Loss After Bariatric Surgery: a Randomized Clinical Trial. *Obesity surgery*, 1-9. doi: 10.1007/s11695-018-3471-x
- Jumbe, S., Bartlett, C., Jumbe, S. and Meyrick, J. (2016) The effectiveness of bariatric surgery on long term psychosocial quality of life A systematic review. *Obesity Research & Clinical Practice*, 10 (3). pp. 225-242. ISSN 1871-403X Available from: <http://eprints.uwe.ac.uk/28130>
- Kalarchian, M. A., & Marcus, M. D. (2015). Psychosocial interventions pre and post bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 457-462. doi.org/10.1002/erv.2392
- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology Behavior*, 94, 121-135.
- Kolotkin, R., Meter, K., & Williams, G. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity Review*, 2, 219-229.
- Kubik, J. F., Gill, R. S., Laffin, M., & Karmali, S. (2013). The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. dx.doi.org/10.1155/2013/837989
- Kushner, R., & Foster, G. (2000). Obesity and quality of life. *Nutrition*, 16, 947-952.
- Lamore, K., Kaci, S. S., Czernichow, S., Bretault, M., Bouillot, J. L., Naudé, A. J., ... & Flahault, C. (2017). Mental health support provided throughout the bariatric surgery clinical pathway in French specialized care centers for obesity. *Obesity surgery*, 27(3), 802-810. doi: 10.1007/s11695-016-2498-0.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 38 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

- McElroy, S., Kotwal, R., Malhotra, S., Nelson, E., Keck, E., & Nemeroff, C. (2004). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 634-651.
- McIntyre, R., Konarski, J., Wilkins, K., Soczynska, J., & Kennedy, S. (2006). Obesity in bipolar disorder and major depressive disorder: results from a national community health survey on mental health and well-being. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*, 274-208.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1996). *Promoción de la Salud: una Antología*. Washington DC.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2011). *Principios de la Epidemiología para el Control de las Enfermedades*. Washington DC.
- Paul, L., van der Heiden, C., & Hoek, H. W. (2017). Cognitive behavioral therapy and predictors of weight loss in bariatric surgery patients. *Current opinion in psychiatry, 30*(6), 474-479. doi: 10.1097/YCO.0000000000000359.
- Pull, C. B. (2010). Current psychological assesment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Current Opinion in Psychiatry, 23*, 30-36.
- Ríos M., B. P., Sánchez R., M., Guerrero H., M., Pérez C., D., Gutiérrez P., S., Rico R., M., . . . Villalobos G., L. (2010). El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cirujano General, 32*(2), 114-120.
- Sadock, B., Sadock, V., & Kaplan, H. (2004). En B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Edits.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of Psychiatry*. Philadelphia, U.S.A.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sierra M., M. A. (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía Bariátrica. *Interdisciplinaria, 30*(2), 191-199.

Protocolo de atención clínica para la intervención psicológica en Cirugía Bariátrica	Código: PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNPSI201118	Versión 01	Página 39 de 39
---	--	-----------------------	----------------------------

Scott, K., McGee, M., Wells, J., & Oakley Browne, M. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 97-105.

Striegel-Moore, R., & Franko, D. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eat Disorder*, 34, 619-629.

SVinai, P., Da Ros, A., Speciale, M., Gentile, N., Tagliabue, A., & Bruno, C. (2015). Psychopathological characteristics of patients seeking for bariatric surgery, either affected or not by binge eating disorder following the criteria of the DSM IV TR and of the DSM 5. *Eat Behavior*, 16, 1-4.

Wildes, J., Marcus, M., & Fagiolini, A. (2006). Obesity in patients with bipolar disorder: a biopsychosocial-behavioral model. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 904-915.