



INTRAOBES
CIRUGÍA OBESIDAD DIABETES

Protocolo Asistencial Clínica IntraObes

Cirugía de la Obesidad
Cirugía de la Diabetes Tipo II

Autor principal: **Dr. Miguel Ángel Escartí Usó**

Cirujano General y del Aparato Digestivo

Jefe de Equipo

escarti@intraobes.com

T (+34) 667 594 108

Clínica IntraObes

VALENCIA - MURCIA - MADRID - ALICANTE

T (+34) 699 909 336

www.intraobes.com

Fecha actualización febrero 2023

Colaboradores

Dra Lluch Escudero Pallardó	Doctora en Nutrición Clínica y Humana
Grado. Sonia Aspas Montalt	Psicóloga General Sanitaria
Lcda. Julia Martínez	Psicóloga General Sanitaria
Lcda. Isabel Rubió Gavidia	Psicóloga General Sanitaria
Dpda. Johana M. Márquez Vázquez	Diplomada en Nutrición Clínica y Humana
Dpda. Rosana Casas Moya	Diplomada en Enfermería. Enfermera instrumentista.
Lcda. Sonia Belencoso Rodrigo	Psicóloga. Área de Investigación Clínica.
Dr Vicente Ruiz	Médico Especialista en Anestesiología y Reanimación.
Dra. Matilde Rubió Almanza	Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición.
Grado Francisco Verdejo	Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte

1. Introducción

La importancia de protocolizar nuestra actividad



La estructura del equipo humano, formación y experiencia necesarias para la acreditación (o la certificación si se acredita a posteriori) de las Unidades Bariátricas Especializadas y los Cirujanos Bariátricos que las componen, comenzó a trazarse en España en la Declaración de Salamanca de 2003 de la SECO (Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas)(1):

"Acreditación de centros y del cirujano bariátrico: Aunque la SECO no pretende erigirse en agencia de acreditación, se aconseja que los centros que realizan este tipo de cirugía dispongan de:

- Un equipo multidisciplinario de atención, incluido una unidad de cuidados intensivos o reanimación de al menos 24 h.
- Un circuito perioperatorio definido por escrito.
- Equipamiento, material e instrumental, adaptado a las necesidades del paciente obeso mórbido.
- Volumen suficiente de actividad.
- Producción académica (comunicaciones, publicaciones, cursos) y capacidad docente.
- Resultados adecuados en cuanto a seguridad y efectividad ("técnica ideal").
- Por su parte, los cirujanos deben trabajar en equipo, ser miembros de sociedades nacionales o internacionales acreditadas y participar en reuniones nacional o internacionales, tener un volumen mínimo de actividad al año y seguir un proceso tutorizado en sus fases iniciales".

En el Congreso Nacional de la SECO de 2015 celebrado en Vitoria (2), se presentó la llamada "Declaración de Vitoria", firmada por los Drs. Díez del Val y Martínez Blázquez en la que se habla de "Acreditación de Centros y del Cirujano Bariátrico" y aparecen algunas novedades como un "Protocolo de Tratamiento –el circuito perioperatorio ya existía- definido por escrito". Además, esta Sociedad declaró su intención de velar por la correcta formación de los cirujanos bariátricos y las unidades especializadas erigiéndose en Entidad Acreditadora-Certificadora, expresando que existen diferentes niveles de acreditación-certificación en función del volumen y tipo de procedimientos anuales.

Es esta recomendación de "Protocolo de Tratamiento y Circuito Perioperatorio escrito" lo que justifica el presente documento, que es la 4ª versión del primer protocolo que pusimos por escrito en 2004.

En **IntraObes** cumplimos dichas recomendaciones como sigue:

Disponemos de un Equipo Multidisciplinar formado por Cirujano Bariátrico Jefe de Equipo (Dr Miguel Ángel Escartí Usó), Cirujanos ayudantes, Psicóloga Clínica, Endocrinóloga, Dietista–Nutricionista, Anestesiólogo, Enfermera de Anestesia, Enfermera Instrumentista y Entrenador Personal, todos ellos específicamente formados en el campo de la obesidad. Trabajamos de forma integrada y simultáneamente, tanto en quirófano como en consulta, formando un equipo cohesionado y con amplia experiencia en esta materia.

Índice

1. Introducción

2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico
6. Manejo perioperatorio
7. Seguimiento y control de calidad
9. Actividad docente e investigadora
10. Bibliografía
10. Anexos

Disponemos de un amplio equipo de especialistas y de medios técnicos auxiliares en nuestros hospitales (I), incluidos endoscopistas con experiencia amplia en técnicas avanzadas (dilataciones, endoprótesis, clips, obeso, etc) donde realizamos las intervenciones, radiología intervencionista, unidad de cuidados intensivos y laboratorio y banco de sangre 7/24 horas.

Definimos en este protocolo los criterios de selección de pacientes, su estudio y manejo perioperatorio por el Equipo Multidisciplinar y los criterios de elección de la técnica.

En quirófano utilizamos los materiales más avanzados: mesas para pacientes bariátricos que mueven hasta 400 kg, cámaras HD de laparoscopia de última generación, sellado térmico o ultrasónico de tejidos, endograpadoras bariátricas de última generación –robotizadas– y materiales de refuerzo biodegradables y suturas de refuerzo específicas. Tenemos material laparoscópico extralargo específico para obesos.

Disponemos de Robot Da Vinci en el Hospital HLA-Moncloa.

Tratamos de forma protocolizada por el mismo Equipo de profesionales 100-150 casos al año.

Todos los pacientes son operados como primer cirujano por el Dr. Miguel Ángel Escartí, Jefe de Equipo.

Recogemos nuestros resultados de forma prospectiva en una base de datos diseñada a tal efecto, tanto de variables antropométricas como de evolución del perfil nutricional, psicológico, calidad de vida, técnica y complicaciones quirúrgicas (BAROS) (3).

Comunicamos nuestra actividad de manera periódica en la Encuesta Nacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica de la SECO.

Publicamos nuestros resultados en Congresos y Revistas Nacionales e Internacionales y somos Centro Colaborador Docente de la Universidad Católica de Valencia desde 2008 y de la Universitat de València desde hace 2010, impartiendo clases prácticas de psicología y nutrición. El Dr Miguel Ángel Escartí Usó es Co-director y Profesor Doctor Contratado de Cirugía en el Máster "Equipos Multidisciplinares de Obesidad".

Nuestros resultados en cuanto al % de control de DMT2, HTA, casos de apnea e hiperlipidemia, así como nuestras cifras de mejora de calidad de vida, morbilidad, mortalidad y % de cirugía revisional por técnicas, entran dentro de las cifras consideradas "recomendables" por la SECO en su documento *Indicadores y criterios de calidad en cirugía bariátrica: recomendaciones oficiales*. Asociación Española de Cirujanos (AEC) y Sociedad Española de Cirugía de Obesidad (SECO) de 2015 (4). Estos resultados han sido **auditados por los 3 hospitales en los que hemos operado, en la revisión que realizamos en Junio de 2016. En 2016, las gerencias de dichos hospitales nos certificaron 1194 casos intervenidos en 12 años (desde 2004) por el Dr Miguel Ángel Escartí**. Estos certificados hacen referencia a cirugía de bypass, gastrectomía vertical, plicatura gástrica, banda gástrica, cirugía de revisión y cirugía de urgencias bariátricas.

En la última actualización de este protocolo, en febrero de 2023, estamos llegando a los 3000 procedimientos quirúrgicos bariátricos y hemos superado los 1000 balones gástricos.

El Dr. Miguel Ángel Escartí Usó, es miembro de la SECO y de IFSO (Internacional Federation of the Surgery and Metabolic Disorders) for the Sugery of Obesity), participa activa y habitualmente en Congresos Nacionales e Internacionales y se ha formado con los mejores Cirujanos Bariátricos en España y Europa.

La elaboración del siguiente **Protocolo Asistencial** está basado en la recomendaciones de las Guías Clínicas de la SECO en su primera y segunda edición (5,6) y la Declaración de Salamanca de la SECO 2004 (1), la Declaración SECO-SEDO 2015 (7) y las recomendaciones de la American Society for Bariatric and Metabolic Surgery (ASMBS) (8,9), y la Revisión de Conjunto de 2015 de la ASMBS sobre cirugía de revisión bariátrica (10).

Definición y cuantificación de la obesidad



La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por un exceso de grasa, como consecuencia de un balance energético positivo y mantenido, y que se manifiesta por un aumento del peso corporal. Esta acumulación de grasa es multifactorial y compleja y resulta de la interacción de factores genéticos y medioambientales.

Para la valoración del grado de obesidad, los comités internacionales de expertos recomiendan el empleo de datos antropométricos obtenidos a partir de la talla, el peso y circunferencias corporales según edad y sexo.

Método para cuantificar la obesidad

Como indicador de adiposidad corporal en estudios epidemiológicos sobre población adulta se recomienda el **Índice de Masa Corporal (IMC)**, que relaciona el peso y la talla, y que se calcula al dividir el peso expresado en kilogramos entre la talla en metros elevada al cuadrado.

$$IMC = \text{peso en kg} / \text{altura en metros}^2$$

La **circunferencia de la cintura** tiene una buena correlación con la acumulación de grasa intraabdominal y perivisceral. El riesgo de complicaciones metabólicas asociadas a la obesidad aumenta a partir de los siguientes valores:

CATEGORIA	VALORES DE IMC
Normal	<25
Sobrepeso	25-27
Obesidad Leve	27-30
Obesidad Moderada	30-35
Obesidad Severa	35-40
Obesidad Mórbida	40-50
Superobesidad	50-60
Super/Superobesidad	>60

Clasific. Obesidad OMS 1997

Hombre / Mujer Riesgo:
> 94 cm / > 80 cm Incremento
> 102 cm / > 88 cm Incremento significativo

Otros indicadores como el índice cintura-cadera o el índice muñeca talla tienen un valor limitado en nuestros pacientes.

Clasificación de los pacientes según sus hábitos alimentarios

La indicación de la técnica quirúrgica más adecuada para un paciente depende de su IMC, su perfil psicológico y su perfil alimentario. En lo que se refiere a su perfil alimentario pueden clasificarse como:

Grandes comedores: Ingieren de forma habitual grandes cantidades de comida. Comen pocas veces al día.

Comedores de dulces: Prevalece la ingestión de alimentos ricos en hidratos de carbono con alto contenido calórico, más de 3 veces por semana.

Picoteadores o comedores entre comidas: Pacientes que consumen entre comidas alimentos con alto contenido calórico (> de 150 Kcal, cada toma).

Otros factores como los hábitos de consumo de alcohol, comida rápida, bebidas azucaradas, helados,..., influyen a la hora de elegir la técnica quirúrgica más adecuada.

La existencia de trastornos específicos de la conducta alimentaria (TCA), tienen una valoración específica.



Enfermedades asociadas a la obesidad

Se define el término comorbilidad como aquella enfermedad directamente relacionada con la obesidad, que aparece o agrava con la obesidad y que mejora o se cura con la reducción del peso.

Así, según el "sistema BAROS" (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System) y de acuerdo con la SECO (Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad), las comorbilidades se clasifican en mayores y menores en función del riesgo que implican para el paciente obeso:

- *Comorbilidad mayor:* hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, dislipemia, diabetes mellitus tipo II, síndrome de apnea obstructiva del sueño, osteoartropatía de carga grave, infertilidad.
- *Comorbilidad menor:* varices, colestasis, depresión, incontinencia urinaria de esfuerzo, alteraciones menstruales, hipertensión intracraneal idiopática, reflujo gastroesofágico etc

La obesidad se asocia a la aparición de numerosas enfermedades en diversos sistemas del organismo:

Sistema	Comorbilidad
Endocrino	Diabetes tipo II, hiperlipidemia, resistencia a la insulina
	Síndrome de ovario poliquístico
Respiratorio	Síndrome de apnea obstructiva del sueño, Sd. Hipoventilación de obesidad
	Asma
Cardiovascular	Hipertensión arterial
	TVP-TEP, úlceras venosas MMII, tromboflebitis
	Enfermedad coronaria
	Insuficiencia cardíaca congestiva, hipertrofia VI, hipertensión pulmonar
Locomotor	Enfermedad articular degenerativa, gota, fascitis plantar
Digestivo	Enfermedad hepática grasa no alcohólica, colestasis, ERGE
Psiquiátricas	Depresión, ansiedad, deterioro de autoestima y relaciones sexuales
Neurológicas	ACV-Ictus, Pseudotumor cerebri
Socioeconómicas	Problemas de relación social
	Exclusión laboral
Oncológicas	Incremento significativo de la incidencia de numerosos cánceres como colorrectal, mama u ovario.
Genitourinario	Incontinencia urinaria, infecciones de vías urinarias
Obstetricia y Ginecología	Esterilidad, diabetes gestacional, anomalías fetales, mortalidad infantil, aborto espontáneo



1. Objetivos de la cirugía bariátrica y metabólica

Indicaciones y Objetivos de la Cirugía Bariátrica

1. Introducción

2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica

3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico
6. Manejo perioperatorio
7. Seguimiento y control de calidad
7. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

Los tratamientos médicos para la obesidad descritos hasta la actualidad, como las dietas hipocalóricas, los cambios del comportamiento dietético, la terapia conductual, el uso de fármacos anorexígenos o que producen malabsorción de grasas (sibutramina, orlistat) y el ejercicio físico, pueden ser efectivos a corto plazo, pero, a largo plazo fracasan en la gran mayoría de los pacientes.

Las razones de este elevado porcentaje de fracaso a largo plazo son que la mayoría de pacientes no mantienen los nuevos hábitos. Los estudios realizados a largo plazo, han demostrado que menos de un 10% de los obesos son capaces de mantener la pérdida inicial de peso a los 2 años de tratamiento.

El único tratamiento con eficacia demostrada, disminuyendo el peso, mejorando las enfermedades asociadas, la calidad de vida y el aspecto psicosocial, con resultados permanentes y estables, en un elevado porcentaje de pacientes, es la cirugía bariátrica.

En el año 1991, los "National Institute of Health " de los EEUU (11) consideraron la cirugía como la única alternativa terapéutica eficaz para el tratamiento de la obesidad mórbida, ya que los resultados de la cirugía demostraron ser significativamente superiores a los riesgos quirúrgicos de la intervención.

Las **indicaciones** para el tratamiento quirúrgico con pacientes con un IMC superior a 40 Kg/m² o mayor a 35 Kg/m² con una o más comorbilidades mayores asociadas.

Estas indicaciones fueron revisadas y aceptadas en la reunión de consenso de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO), celebrada en Salamanca:

1. Pacientes con IMC mayor o igual a 40 kg/m².
2. Pacientes con IMC mayor o igual a 35 kg/m² si el paciente presenta comorbilidades de alto riesgo, como alteraciones respiratorias (SAOS), DMT2, hipertensión etc. Otras indicaciones en este grupo incluyen a los pacientes con problemas físicos que interfieren con su calidad de vida (enfermedad osteoarticular, problemas con el tamaño del cuerpo que imposibilita o interfiere gravemente con el empleo, la función familiar y la deambulación).
3. Riesgo quirúrgico aceptable.
4. Edad entre 16 y 65 años.

1. Introducción

2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica

3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico
6. Manejo perioperatorio
7. Seguimiento y control de calidad
7. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

5. Consentimiento informado y asunción del riesgo quirúrgico.

6. Capacidad de compromiso para asistir a las visitas de control postquirúrgico y capacidad para seguir estrictamente las pautas nutricionales que se prescriban.

7. Ausencia de enfermedades endocrinas responsables de la obesidad.

8. Ausencia de enfermedad psiquiátrica grave y de hábitos tóxicos.

9. Obesidad mantenida durante 5 años. Fracaso repetido de programas conservadores de pérdida de peso.

La cirugía tiene como **objetivo** reducir la mortalidad ligada a la obesidad grave, controlar las enfermedades asociadas y mejorar la calidad de vida, a través de una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo, y con un mínimo de complicaciones, sin necesidad de alcanzar el peso ideal. (Declaración SECO-SEEDO).

Es imprescindible, no obstante, confirmar el carácter crónico de la enfermedad y el fracaso previo del tratamiento convencional aplicado, así como la ausencia de contraindicaciones médicas y anestésicas de la intervención.

La opción quirúrgica debe ofrecerse de forma individualizada a todo enfermo que esté motivado a cambiar su estilo de vida, aceptando previamente la información de riesgos, beneficios y su balance esperado.



Indicaciones y Objetivos de la Cirugía Metabólica

1. Introducción

2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica

3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico
6. Manejo perioperatorio
7. Seguimiento y control de calidad
8. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

La diabetes tipo II (DMT2) es una enfermedad caracterizada por la aparición de resistencia a la insulina y una progresiva reducción de su secreción pancreática.

Según el estudio Diabetes.es (12) el 12% de la población española padece DMT2 y aproximadamente la mitad presentan obesidad.

Pese al esfuerzo desarrollado por la administración y las sociedades científicas en mejorar la educación, el manejo dietético, farmacológico y potenciar cambios en el estilo de vida de estos pacientes, se estima que casi en la mitad de los casos el control de la DMT2 es malo, con desarrollo precoz de complicaciones en órganos diana.

Trabajos ya clásicos como el de Buchwald (13) sobre 22.094 pacientes o el estudio sueco SOS (Sjöström, 14) demostraron que la cirugía bariátrica y sobre todo el bypass gástrico se asocian a una reducción significativa de la medicación antidiabética por encima del 80% de casos a largo plazo (10-14 años).

El **objetivo** de la cirugía metabólica es reducir las cifras de glucemia del paciente a los valores más próximos posibles a la normalidad, consiguiendo una remisión completa o parcial de la diabetes y una remisión completa, parcial, o estabilización de las complicaciones en los órganos diana de forma mantenida en el tiempo, reduciendo de este modo la mortalidad ligada a la DMT2, y mejorando la esperanza y calidad de vida del paciente con un mínimo de complicaciones.

La **cirugía metabólica está indicada** en los siguientes casos (Consenso Cirugía Metabólica SECO-SEEDO, 15):

- Obesidad grado II en adelante ($IMC > 35 \text{ kg/m}^2$) especialmente si la DMT2 o sus comorbilidades son difíciles de controlar con cambios en el estilo de vida y en el tratamiento farmacológico.
- En casos individualmente valorados de obesidad grado I, donde se haya excluido una DM diferente al tipo 2, con $HbGlicA1 > 7,5 \%$ pese a tratamiento convencional optimizado y en los que existan otras comorbilidades mayores o complicaciones de la DMT2 en órganos diana en progresión.

Deben valorarse también de forma individualizada los factores de mal pronóstico para la remisión total o parcial de la DMT2 como la escasa reserva pancreática (péptido C < 1 con o sin estimulación), DMT2 de más de 10 años de evolución y requerimientos diarios elevados de insulina.



3. Objetivos generales del Programa Psicológico y Nutricional

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica

3. Objetivos del programa psicológico y nutricional

4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico
6. Manejo perioperatorio
7. Seguimiento y control de calidad
7. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

Objetivos del programa psicológico

- Valorar si el paciente candidato a cirugía bariátrica presenta alguna *contraindicación* psicológica que interfiera en obtener unos buenos resultados en la Unidad de Cirugía de la Obesidad.
- Evaluar la capacidad de *compromiso* para asistir a las visitas de control postquirúrgico y su capacidad para seguir las pautas médicas, de nutrición y psicológicas que se prescriban en nuestra unidad.
- Colaborar en la *preparación* del paciente, previo a la cirugía y en el *seguimiento* postquirúrgico, para prevenir y/o tratar cualquier síntoma psicopatológico que pueda interferir en la intervención.
- Realizar encuesta de *calidad* al paciente no intervenido, para valorar cual es la razón por la que no se ha querido intervenir (ANEXO PSI 0 Encuesta de calidad).

Objetivos del programa de nutrición

- Realizar la evaluación dietética inicial y los seguimientos nutricionales de los pacientes de la clínica.
- Realizar la apertura del perfil dietético del paciente (ANEXO NUT1).
- Hacer antropometría inicial y de seguimiento (ANEXO NUT2).
- Realizar el manejo dietético pre-quirúrgico (ANEXO NUT3, ANEXO NUT4, ANEXO NUT5) y post-quirúrgico (dieta de transición: dieta líquida, dieta triturada fina, dieta triturada gruesablanda, dieta sólida) de acuerdo al tipo de cirugía bariátrica realizada y tolerancia alimentaria de los pacientes (ANEXO NUT6, ANEXO NUT7, ANEXO NUT8, ANEXO NUT9).
- Realizar educación nutricional y apoyar durante el proceso de cambio de hábitos alimentarios (ANEXO NUT10, ANEXO NUT11).
- Incentivar la actividad física y un buen estilo de vida.
- Evaluar la tolerancia alimentaria de los pacientes tras la cirugía bariátrica (ANEXO NUT12).
- Supervisar el correcto seguimiento de la suplementación de vitaminas y minerales recetado por el médico, de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica.



4. Evaluación preoperatoria

Objetivos específicos de la evaluación de cada miembro del Equipo Multidisciplinario

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Objetivos del programa psicológico y nutricional

4. Evaluación preoperatoria

5. Tratamiento quirúrgico
6. Manejo perioperatorio
7. Seguimiento y control de calidad
8. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

Objetivos de la evaluación médica (cirujano bariátrico)

- Cuantificar el grado de obesidad (IMC, exceso de peso, circunferencia abdominal)
- Determinar las comorbilidades mayores y menores asociadas a la obesidad, su tratamiento actual y complicaciones
- Conocer el estado de salud del paciente (evaluación clínica + estudio preoperatorio)
- Conocer los antecedentes médico-quirúrgicos del paciente
- Conocer el perfil alimentario del paciente
- Conocer la historia de la obesidad (y/o de la diabetes) del paciente
- Conocer los intereses e inquietudes del paciente respecto de las técnicas bariátrico-metabólicas
- Poder recomendar al paciente y al comité bariátrico, una o varias técnicas quirúrgicas de acuerdo a la evidencia científica disponible
- Saber lo que NO hay que hacerle al paciente (contraindicaciones, técnicas con riesgo excesivo para su caso)

Objetivos de la evaluación psicológica

- Determinar si el paciente es apto desde un punto de vista psicológico para someterse a una intervención de cirugía bariátrica y/o metabólica.

Objetivos de la evaluación nutricional

- Realizar la apertura de la historia dietética del paciente para conocer sus hábitos e identificar su perfil dietético (ANEXO NUT1).
- Identificar posibles trastornos de la conducta alimentaria.
- Explicar al paciente los cambios en la alimentación y en el estilo de vida que debe afrontar después de realizarse una cirugía bariátrica.
- Iniciar el proceso de modificación de hábitos alimentarios antes de la cirugía (ANEXO NUT3).
- Dar a conocer que los cambios de hábitos alimentarios deben ser permanentes para mantener el peso perdido con la ayuda de la intervención quirúrgica.
- Obtener la antropometría previa del paciente para compararla con futuras evaluaciones y medir la evolución y el éxito de la cirugía (ANEXO NUT2).

- Dar a conocer que la suplementación de vitaminas y minerales es de por vida (dependiendo de la técnica quirúrgica).
- Explicar la dieta líquida preoperatoria (ANEXO NUT4, ANEXO NUT5) y las dietas de cambio de textura post-cirugía bariátrica (dieta líquida, dieta triturada fina, dieta triturada gruesa-blanda y dieta sólida) (ANEXO NUT6, ANEXO NUT7, ANEXO NUT8, ANEXO NUT9).

Objetivos de la evaluación endocrinológica

- Confirmar que el paciente padece una diabetes tipo II y no de otro tipo (MODY, LADA, etc)
- Confirmar que el paciente ha recibido una terapia de hábitos nutricionales y farmacológica correcta y que está fracasando pese a ello en el control de su DMT2
- Conocer sus glucemias medias, la afectación en órganos diana, la reserva pancreática y las necesidades diarias de insulina y/o antidiabéticos, así como los efectos adversos que le producen estos fármacos.

Objetivos de la evaluación anestésica

- Identificar factores de riesgo específicos en nuestros pacientes
- Optimizar el estudio preoperatorio
- Contribuir a optimizar el perioperatorio del paciente (preparación, elementos del protocolo fast track antes y después de la cirugía)



Evaluación preoperatoria

¿Cómo la hacemos?

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Objetivos del programa psicológico y nutricional

4. Evaluación preoperatoria

5. Tratamiento quirúrgico
6. Manejo perioperatorio
7. Seguimiento y control de calidad
8. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

La Evaluación Preoperatoria de nuestro Equipo consta de:

- *Estudio Médico–Quirúrgico: realizada por el Cirujano Bariátrico, con la colaboración del Endocrinólogo si se precisa.*
- *Estudio del perfil dietético por el Dietista–Nutricionista.*
- *Estudio del perfil psicológico por el Psicólogo Clínico, con la colaboración del Psiquiatra si se precisa.*

- Valoración preanestésica.

Selección de la intervención más adecuada para el perfil del paciente en el comité bariátrico multidisciplinar (en nuestro Equipo, formado por cirujano bariátrico, psicólogo y nutricionista). Participa el endocrinólogo en casos de cirugía metabólica y anestesiólogo en casos de elevado riesgo quirúrgico. En algunos casos puede participar el psiquiatra.

Evaluación médica

- Anamnesis (ANEXO MED1)

- Estudio preoperatorio (ANEXO MED 2)

El preoperatorio consta de:

- Examen hematológico y bioquímico.
- Ecografía abdominal: esteatosis hepática y colelitiasis.
- Radiografía de tórax y E.C.G.
- Pruebas de función respiratoria, gases arteriales y fisioterapia respiratoria.
- Gastroscoopia y test HP. En algunos casos puede ser suficiente solo con un TEGD-Rx.
- Pruebas según necesidad clínica: Ecodoppler venoso, ecocardiografía, test esfuerzo, etc.

Valoración preanestésica

- Revisión de los resultados de las analíticas, ECG, tórax, etc.
- Valoración de la dificultad de intubación, Malanpati.
- Interferencia del tratamiento farmacológico con los anestésicos.
- Determinación de riesgo, grado ASA.
- Valoración de los riesgos potenciales postoperatorios y su posible prevención.

Evaluación psicológica

Tras someterse al reconocimiento médico, el paciente será valorado por psicología. Se le realiza:

- Entrevista Psicológica Semiestructurada (ANEXO PSI 1 Entrevista Inicial Psicología).

En esta evaluación psicológica inicial, se explorarán las siguientes áreas:

- Datos de identificación.
- Motivo de la consulta.
- Deterioros asociados al problema actual.
- Historia del problema actual de sobrepeso/obesidad.
- Problemas psicológicos anteriores y tratamientos de los mismos.
- Historia familiar (médica y psicológica).
- Historia médica: antecedentes médicos, estado médico actual y consumo de sustancias.
- Historia personal: ambiente familiar, matrimonios e hijos, educación, hobbies, tiempo libre.





- Personalidad: qué rasgos de personalidad considera que tiene el paciente.
- Psicopatograma: actitud, apariencia y conducta durante la entrevista, afecto y regulación emocional, curso y contenido del pensamiento, percepción, control de impulsos y tolerancia a la frustración, así como funciones somáticas.
- Patrón de alimentación del paciente en la actualidad.
- Imagen corporal.
- Ejercicio físico y actividad habitual.
- Valoración global del paciente.

En este apartado se valoran las posibles **contraindicaciones** psicológicas:

Contraindicaciones Absolutas: alcoholismo y drogodependencias en activo, Trastorno grave de la personalidad, Psicosis activa, Situación vital caótica, Trastorno bulímico en activo.

Contraindicaciones Relativas: Trastornos distímicos, Entorno familiar claramente desfavorable, vómitos psicógenos, Trastorno por atracón, Hiperfagia en los trastornos mentales, Retraso mental (siempre que haya un buen soporte socio-familiar).

Plan terapéutico y áreas de trabajo.

Tras la entrevista psicológica, se le solicitará que firme un consentimiento informado (ANEXO PSI 2 Consentimiento Informado).

Se le administrará una batería de test psicológicos (ANEXOS PSI 3-9 Cuestionarios Psicología) para evaluar cuál es su nivel de ansiedad, depresión, calidad de vida, relación con la comida y rasgos de personalidad. En la siguiente tabla se presentan estas herramientas e evaluación tipo Test:

Nombre del cuestionario	Mide
ANEXO PSI 3: STAI E/R CUESTIONARIO ANSIEDAD ESTADO/RASGO . Mide nivel de ansiedad (C.D. Spielberger, R.L.Gorsuch y R.E. Lushene, 1982)	Ansiedad estado Ansiedad rasgo
ANEXO PSI 4: BDI (Beck Depression Inventory) (Aaron Beck, 2011)	Depresión
ANEXO PSI 5: SF-36 CUESTIONARIO DE SALUD (Ware JE y Sherbourne CD, 1992)	Mide la calidad de vida percibida por el paciente
ANEXO PSI 6: BITE (Bulimic investigatory test,	Comportamientos bulímicos

Edinburgh) (M. Herderson y C.P.L. Freeman, 1987)	
ANEXO PSI 7: TFEQ (Three Factor Eating Questionnaire) (Stunkard y Messick, 1985)	Desinhibición alimentaria Restricción alimentaria Nivel de hambre
ANEXO PSI 8: BSQ-34 (Body Shape Questionnaire) (Cooper et. al. 1987)	Distorsión cognitiva sobre la propia figura corporal
ANEXO PSI 9: CUESTIONARIO NEO-PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado (Paul T. Costa Jr. y Robert R. McCrae, 1992. Versión en español de M.D. Avia, 1994, 2000)	Neuroticismo Extraversión Apertura a la experiencia Responsabilidad Amabilidad



Evaluación nutricional

Los pacientes tras ser atendidos, por el médico y por la psicóloga, finalizan su evaluación en el área de nutrición.

Las herramientas utilizadas *antes de la intervención quirúrgica y en las visitas postcirugía* son:

- Historia dietética o perfil dietético del paciente (ANEXO NUT1).
- Hoja antropométrica en papel y en base de datos (peso inicial, talla, IMC, sobrepeso inicial, peso ideal, % de grasa corporal, kg de adiposidad, circunferencia de la cintura, circunferencia de la cadera, peso al inicio de la dieta líquida pre-quirúrgica, peso tras dieta líquida pre-quirúrgica, % de Sobrepeso Perdido (%SPP)). (ANEXO NUT2).
- Cinta métrica
- Monitor de grasa corporal Omron
- Impedanciómetro Tanita

La *evaluación de la ingesta alimentaria y la educación nutricional* se realizan mediante:

- Registro alimentario semanal. (ANEXO NUT11).
- Álbum fotográfico de alimentos para calcular el tamaño de las raciones ingeridas por el paciente.
- Platos de diversos tamaños
- Báscula para pesar alimentos
- Álbum de fotografías de etiquetados alimentarios (producción propia) para educación nutricional
- Álbum de fotografías de menús reales para educación nutricional



Equipo IntraObes. Congreso Mundial IFSO 2019

5. Tratamiento quirúrgico

Algoritmo IntraObes

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria

5. Tratamiento quirúrgico

6. Manejo perioperatorio
7. Seguimiento y control de calidad
8. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

Las indicaciones de cirugía bariátrica y metabólica que aplicamos para elegir las técnicas en nuestro algoritmo se ajustan a las recomendaciones IFSO-SECO y pueden consultarse en el punto 2 de este protocolo.

Las contraindicaciones para la cirugía bariátrica son:

- Trastornos psicopatológicos importantes y no controlados (por ejemplo TCA activo con criterios + DSMIV-R, DSMV).
- Alcoholismo o drogadicción (cumple criterios de abuso de sustancias DSMIV-R, DSMV)
- Patología subyacente grave (excepto las relacionadas con la obesidad) como neoplasias o enfermedades sistémicas.
- Episodios isquémicos cerebrales y/ o cardíacos recientes.
- Déficits nutricionales.
- Expectativas no realistas ante la cirugía
- Escaso compromiso con el programa y por tanto poca probabilidad de modificar sus hábitos de vida.
- Entorno familiar o social no favorable.
- Cociente intelectual bajo que impida la comprensión de las consecuencias de la intervención.
- Embarazo y período de lactancia. Desaconsejado el embarazo durante el período de pérdida de peso.

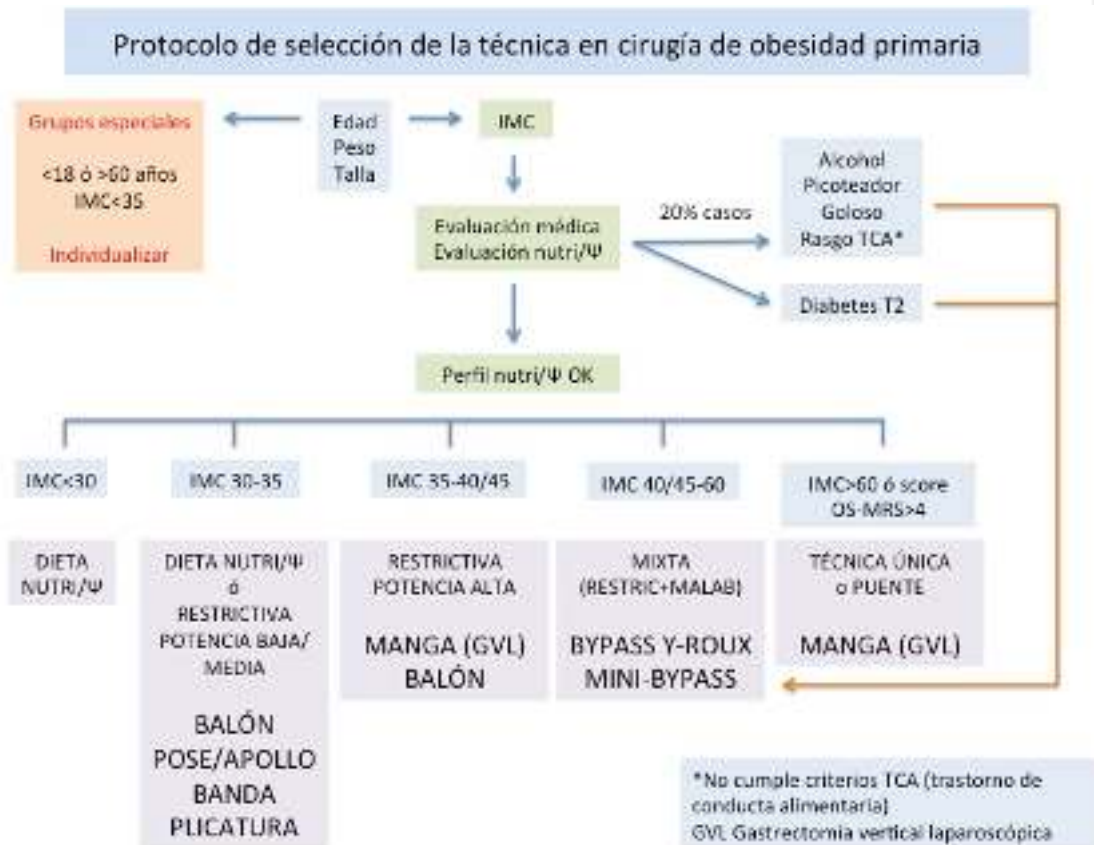
Selección de la técnica: motivación del algoritmo

Parece haber un consenso internacional en que la técnica *gold standard* en cirugía bariátrica es el bypass gástrico con reconstrucción Y de Roux. Dado que es la más testada, todas las demás deben ser comparadas con ella para ser evaluadas.

Sin embargo, también parece claro que hacer *una sola técnica bariátrica*, -o lo que es lo mismo- hacer a todos los pacientes la *misma técnica*, puede no ser una buena estrategia, ya que existe una amplia variabilidad entre pacientes y un abanico de técnicas disponibles aceptadas por los consensos internacionales. Utilizar una sola técnica puede llevar a operar con técnicas donde la relación beneficio-riesgo es dudosa (por ejemplo adolescentes o IMC de 35 kg/m^2) o donde la efectividad puede ser discutible (por ejemplo bypass Y-Roux en $\text{IMC} > 60$ o pérdidas insuficientes de peso en pacientes ya operados con BPGYR).

La primera mención que hemos encontrado de un algoritmo de técnicas bariátricas es de Buchwald (16), en el que se mencionan técnicas clásicas como la gastrectomía vertical bandeada o la derivación biliopancreática.

El algoritmo que sigue nuestro Equipo en estos momentos para elegir la técnica quirúrgica depende del IMC, la edad, las comorbilidades, el riesgo quirúrgico y el perfil nutricional y psicológico y se resume en la imagen que presentamos a continuación:



Técnicas no quirúrgicas

Balón Intragástrico (BIG)

El BIG es una técnica bariátrica restrictiva intervencionista NO quirúrgica. Se trata de un globo de silicona que se coloca mediante endoscopia en el interior del estómago (aunque en la actualidad ya hay 2 modelos ingeribles). Habitualmente se rellena con 500-700 cc de suero coloreado con azul de metileno.

Produce un doble efecto:

- Plenitud precoz postingesta.
- Disminuye la velocidad de vaciamiento del estómago (que contribuye a la disminución de la ingesta)

Proceso de colocación

- Evaluación clínica por el Equipo Multidisciplinar: estudio personalizado del perfil psicológico y dietético; historia clínica.
- Entrega y explicación de las pautas nutricionales y de medicación que debe de llevar antes y después de la colocación (líquidos fríos isotónicos, omeprazol y ondansetron sublingual y supositorios de buscapina hasta adaptación al balón). Posteriormente 1 omeprazol/día hasta la retirada y tolerancia progresiva durante 4 semanas.
- Acudir al hospital 1 hora antes de la colocación del BIG. 6 horas de ayunas. 3 días previos dieta líquida. Ingreso ambulatorio
- Colocación en la sala de endoscopias mediante sedación. Llenado con 500-700 cc de suero fisiológico coloreado con 1 ampolla de metileno. El volumen de llenado se decide según el IMC del paciente y su altura.
- Recuperación de la sedación anestésica, tolerancia oral y alta.

El Balón Intragástrico sólo puede estar en el estómago durante **6 meses**.

Proceso de retirada

- Entrega y explicación de las pautas nutricionales y de medicación que debe de llevar antes y después de la extracción. 3 días antes dieta líquida.
- Acudir al hospital 1 hora antes de la extracción. 6 horas de ayunas. Ingreso ambulatorio
- Retirada en la sala de endoscopias mediante sedación. A criterio de anestesia en casos seleccionados intubación para proteger vía aérea.
- Recuperación de la sedación anestésica, tolerancia oral y alta.



Técnicas no quirúrgicas

Método Apollo

El método Apollo es una técnica barátrica restrictiva intervencionista NO quirúrgica. Se trata de un plicatura endoscópica realizada por un endoscopista acreditado para su realización por el proveedor. Es una técnica en desarrollo con resultados disponibles solo a 1-2 años. La indicamos sólo en casos que rechazan otras técnicas con IMC 30-35. Produce una tubulización gástrica así como un acortamiento del estómago, generando saciedad precoz. Nuestro equipo no realiza Método Pose.

Proceso de realización

- Evaluación clínica por el Equipo Multidisciplinar: estudio personalizado del perfil psicológico y dietético; historia clínica.
- Entrega y explicación de las pautas nutricionales y de medicación que debe de llevar antes y después de la técnica (líquidos fríos isotónicos, omeprazol y ondansetron

sublingual y supositorios de buscapina hasta adaptación del estómago). Posteriormente 1 omeprazol/día durante 1 mes.

- Tránsito esófago-gástrico de control pre-técnica (para comparar con el post)
- Acudir al hospital 1 hora antes de la técnica. 6 horas de ayunas. 3 días previos dieta líquida. Ingreso 1 noche.
- Colocación en quirófano con anestesia general. Registro meticuloso de número y localización de suturas.
- Control TEGD-Rx a la semana de la técnica.
- 4 semanas de dieta progresiva. Reposo 5 días. Control intensivo farmacológico de náuseas-vómitos.



Técnicas quirúrgicas

Abordaje laparoscópico y "Técnica bariátrica ideal"

El abordaje laparoscópico permite realizar cualquiera de las intervenciones bariátricas recomendadas en los consensos nacionales e internacionales. Reduce significativamente las complicaciones de pared (infecciones y eventraciones), el dolor postoperatorio y las complicaciones respiratorias, favoreciendo una más rápida recuperación.

El cirujano debe poseer la experiencia y el equipamiento necesarios para realizar el procedimiento por vía laparoscópica y convertir y completar el mismo por laparotomía en caso necesario.

La técnica ideal en cirugía bariátrica es aquella que cumple las siguientes características (recomendaciones SECO, 7):

- Segura: Morbilidad <7%, mortalidad <0,5%, índice de reintervenciones en función de la técnica <10-20% para BPGYR, <40-50% banda gástrica, <5% cruce duodenal y derivación biliopancreática. No hay en estas recomendaciones una cifra recomendable para la GVL.
- Efectiva: pérdida del sobrepeso superior al 50% y que beneficie al menos al 75% de los pacientes.
- Duradera: que el beneficio obtenido persista al menos 5 años o, mejor durante un período de seguimiento ilimitado.
- Reproducible por la mayoría de los cirujanos (con fácil curva de aprendizaje).
- Que implique una buena calidad de vida: ingesta adecuada, sin vómitos, ni diarreas.
- Con pocos efectos secundarios, tales como déficit de proteínas, vitaminas o minerales.
- Reversible.

Nuestro equipo, basándose en **estándares de calidad** y en los **consensos de las sociedades científicas**, ha seleccionado y realiza cuatro intervenciones quirúrgicas, todas ellas por vía laparoscópica, con el fin de poder adaptarnos a los distintos tipo de pacientes: plicatura gástrica, gastrectomía vertical laparoscópica, bypass gástrico con reconstrucción Billroth II y bypass gástrico con reconstrucción Y de Roux.

Por sus malos resultados a medio-largo plazo nuestro equipo ya no implanta banda gástrica ajustable por laparoscopia.

Datos técnicos comunes a todas la intervenciones:

- Paciente en posición de litotomía.
- El acceso a la cavidad peritoneal se hace con visión directa y utilizamos 5 trócares de 10-12 mm. El subxifoideo se reserva para el retractor hepático. El abordaje se realiza con el paciente horizontal. Empleamos trócares sin cuchilla.
- Realizado el neumoperitoneo, el paciente se coloca con antitrendelenburg de 30°.
- El cirujano se coloca entre las piernas y el cirujano ayudante a la izquierda del paciente.
- Utilizamos un “finger” articulado para la disección inicial roma del ángulo de Hiss y para comprobar posteriormente cuando se considere necesario que tenemos disecado completamente el fundus gástrico.
- Empleamos sellador térmico (tipo Ligasure), dado que estamos más cómodos que con el disector ultrasónico. Usamos el sellador térmico de 10 mm en las técnicas donde se sella y secciona todo el epiplón menor (plicatura y GVL) y de 5mm en las técnicas en las que buscamos disección más fina y menor potencia de sellado (BPGYR y miniBP).
- Empleamos sonda tutor de 32F en plicatura y de 36F en GVL, miniBP y BPGYR.
- Empleamos grapadoras robotizadas de última generación.
- Empleamos cargas bariátricas de triple línea de última generación en función del punto de grapado y el tipo de paciente (podemos subir un nivel de profundidad de carga en varones con IMC elevados y en cirugías de revisión, perdiendo hemostasia pero ganando en sellado)
- Todas las técnicas son testadas en su estanqueidad mediante un doble test de metileno por sonda y gas por sonda y suero en cavidad.
- En los bypass, antes del cierre manual de las anastomosis comprobamos meticulosamente la hemostasia. No empleamos, por tanto, grapadoras circulares mecánicas en las anastomosis de los bypass.
- Realizamos –para prevenir hernias internas a medio-largo plazo- cierre con material no reabsorbible de los ojales mesentérico y transmesocólico.
- Solemos emplear la vía supramesocólica en la mayoría de casos de bypass.
- Si es necesario para disminuir tensión en la anastomosis abrimos con el termosellador el epiplón mayor.

- Realizamos cierre aponeurótico manual con pasahilos de los trócares de línea media. En los casos de puerto único el cierre aponeurótico umbilical es imprescindible.
- Dejamos drenaje en todos los bypass y sólo en las GVL o plicaturas donde haya habido un sangrado significativo. Empleamos drenajes no aspirativos.
- Antes de finalizar, revisamos toda la cavidad y los orificios de los trócares al retirarlos para controlar la hemostasia.
- El refuerzo manual de la GVL y la sutura manual de la cara anterior de los bypass lo realizamos con material reabsorbible (sutura barbada).



Técnicas quirúrgicas

Plicatura gástrica

La plicatura gástrica es una técnica restrictiva consistente en la sutura laparoscópica de la curvatura mayor del estómago desde 2-4 cm de píloro hasta el ángulo de Hiss sobre una sonda tutor incluso más pequeña que la que empleamos para la GVL. Para la plicatura empleamos 32 F, para la GVL 36F.

Comenzamos con un sellado-sección de epiplón menor y de vasos cortos hasta dejar acceso libre al pilar izquierdo del diafragma.

Para la plicatura, realizamos dos planos con material no reabsorbible 3/0 con la sonda tutor pasada hasta duodeno. El primer plano con sutura continua hasta incisura angularis. El segundo plano con puntos sueltos y 5 nudos cambiados adaptándonos a la anatomía del paciente buscando la mejor tubulización posible con un calibre homogéneo.



Técnicas quirúrgicas

Gastrectomía Vertical Laparoscópica

Realizamos sellado-sección de epiplón menor desde 2-4 cm de píloro y, pegados a curvatura mayor, hasta ángulo de Hiss. Sellado-sección de vasos cortos hasta visualizar pilar izquierdo del diafragma. Revisión meticulosa de hemostasia de la zona. Paso de sonda 36 F hasta duodeno. Desde 4 cm de píloro grapado sobre sonda hasta ángulo de Hiss separándonos 2 cm en unión esófagogástrica (orejuela de seguridad).

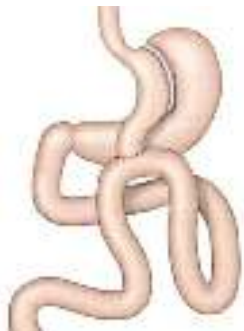
Extracción del estómago por el trócar de trabajo del lado izquierdo del paciente.

Sutura transfixiva-invaginante con sutura reabsorbible barbada de toda la línea de grapado. Control de estanqueidad como se ha referido previamente.

En los casos en que en la endoscopia previa se ha descrito hernia de hiato de más de 3 cm o se aprecia en el acto operatorio, disección de la zona, y exéresis de lipoma herniario. Cierre de pilares con material no reabsorbible si el espacio es > 2 cm con sonda tutor colocada.

En general no dejamos drenaje.

Control de cavidad, de hemostasia y de hemostasia de trócares. No fijamos el epiplón menor.



Técnicas quirúrgicas

Mini-bypass gástrico (bypass gástrico con reconstrucción Billroth II)

El minibypass gástrico es un bypass con reconstrucción Billroth II con gran implantación en Europa. Puede ser útil en pacientes mayores y en cirugía metabólica.

Con el paciente horizontal y óptica 0° seleccionamos el asa a anastomosar con una distancia de 250 cm desde el ángulo de Treitz. Pasamos una cinta de algodón y dejamos el asa abandonada en cavidad. La distancia puede variarse en función del IMC del paciente, edad y si padece DMT2. A mayor IMC, menor edad y presencia de DMT2 la distancia puede aumentarse hasta 300 cm o reducirse a 200 cm en caso contrario.

Con el paciente en antiTrendlemburg 30° y óptica 30° se realiza un primer disparo horizontal desde curvatura menor con carga de 30 mm azul 2 cm por encima de incisura angularis y posteriormente en sentido vertical se confecciona reservorio gástrico tubulizado sobre tutor 36 F con endogia azul de 60 mm. Se refuerza con sutura barbada reabsorbible estómago remanente y reservorio gástricos. Testamos el reservorio con gas/agua.

Antes de confeccionar el reservorio disecamos con el finger y el ligasure de 5 mm el ángulo de Hiss y a menudo realizamos exéresis del lipoma de esa zona en la que acabará el grapado del reservorio. Este gesto simplifica el final de la confección del reservorio.

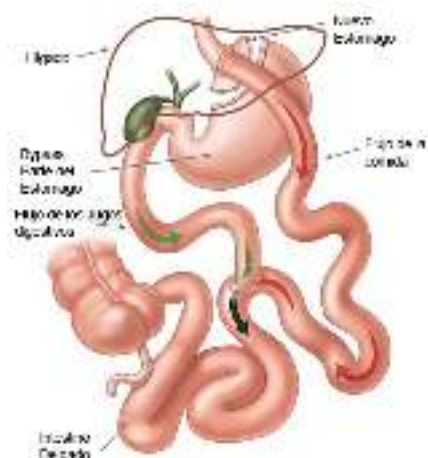
Subimos el asa marcada traccionando de la cinta y previa apertura de reservorio y yeyuno hacemos un grapado con carga endogia azul de 30 mm laterolateral. Posteriormente comprobamos que la sonda tutor pasa hacia ambas direcciones del asa y con la sonda colocada en la dirección más conveniente cerramos el ojal con sutura manual reabsorbible 3/0 puntos sueltos o continúa barbada. Previamente damos dos puntos sueltos en las esquinas de la anastomosis para que sirvan de referencia.

Doble test de estanqueidad con extremo de sonda a mitad de reservorio (metileno y gas/agua)

Si es necesario abrimos el epiplon mayor con ligasure para subir el asa (1 de cada 5 casos).

Drenaje no aspirativo. Revisión de hemostasia, de toda la cavidad y hemostasia de trócares.

Cierre manual del puerto de la óptica en línea media.



Técnicas quirúrgicas

Bypass gástrico Y-Roux

El bypass gástrico es la técnica gold standard y es la que más realizamos junto a la GVL.

En los BPGYR *bariátricos* confeccionamos un asa biliar de 1 m y una alimentaria de 2,5 m (distal). Longitudes de asa alimentaria menores parecen guardar relación con una mayor incidencia de recuperación de peso a medio plazo.

En los BPGYR *metabólicos* confeccionamos un asa biliar de 2m y un asa alimentaria de 1,5-2 m ya que esa distancia de asa biliar parece guardar relación con un mejor control metabólico.

Realizamos en primer lugar una anastomosis gastroyeyunal sobre la distancia del asa biliar, testamos la anastomosis y posteriormente seccionamos yeyuno. Después medimos y confeccionamos el pie de asa Y Roux. Antes de decidir que haremos la anastomosis gastroyeyunal supramesocólica comprobamos que sube sin tracción al espacio supracólico.

Con el paciente horizontal y óptica 0° seleccionamos el asa a anastomosar con una distancia de 1 m en BPGYR bariátrico y 2 m en BPGYR metabólico (desde ángulo de Treitz). Pasamos una cinta de algodón y dejamos el asa abandonada en cavidad.

Con el paciente en antitrendlemburg 30° y óptica 30° se realiza un primer disparo horizontal desde curvatura menor con carga de 30 mm azul entre el 2° y 3° vasos gástricos, y posteriormente en sentido vertical se confecciona reservorio gástrico tubulizado sobre tutor 36 F con endogía azul de 60 mm. Se refuerza con sutura barbada reabsorbible estómago remanente y reservorio gástricos. Testamos el reservorio con gas/agua.

Antes de confeccionar el reservorio disecamos con el finger y el ligasure de 5 mm el ángulo de Hiss y a menudo realizamos exéresis del lipoma de esa zona en la que acabará el grapado del reservorio. Este gesto simplifica el final de la confección del reservorio.

Subimos el asa marcada traccionando de la cinta y previa apertura de reservorio y yeyuno hacemos un grapado con carga endogía azul de 30 mm laterolateral. Posteriormente comprobamos que la sonda tutor pasa hacia ambas direcciones del asa y con la sonda colocada en la dirección alimentaria cerramos el ojal con sutura manual reabsorbible 3/0 puntos sueltos o continua barbada. Previamente damos dos puntos sueltos en las esquinas de la anastomosis para que sirvan de referencia.

Doble test de estanqueidad con extremo de sonda a mitad de reservorio (metileno y gas/agua).

Sección de asa biliar a 3 cm de anastomosis con carga blanca. Refuerzo de ambos cabos con barbada reabsorbible.

Medimos 1,5-2,5 m de asa alimentaria (según sea BPGYR metabólico o bariátrico) y montamos con carga blanca una anastomosis laterolateral yeyuno-yeyunal. Comprobamos la hemostasia en su interior. Sutura del orificio con sutura reabsorbible continua con especial cuidado de que el paso por la anastomosis permanezca amplio.

Cierre del ojal mesentérico con material no reabsorbible 3/0.

Si es necesario abrimos el epiplon mayor con ligasure para subir el asa (1 de cada 5 casos).

Drenaje no aspirativo. Revisión de hemostasia, de toda la cavidad y hemostasia de trócares.

Cierre manual del puerto de la óptica en línea media.

6. Manejo perioperatorio

Es el protocolo médico previo y posterior a la cirugía. Su seguimiento estricto mejora la seguridad del paciente.

Documentos utilizados en el manejo perioperatorio:

ANEXO MED 1: ANAMNESIS BARIÁTRICA Y METABÓLICA
ANEXO MED 2: SOLICITUD DE ESTUDIO PREOPERATORIO
ANEXO MED 3: CHECK LIST INTRA OBES
ANEXO MED 4: PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DE CIRUGÍA
ANEXO MED 5: MANEJO PERIOPERATORIO- FAST TRACK BARIÁTRICO
ANEXO MED 6: PLAN DE CONTINGENCIAS (Fuente:17)
ANEXO MED 7: RECOMENDACIONES MÉDICAS AL ALTA Y A LARGO PLAZO

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico

6. Manejo perioperatorio

7. Seguimiento y control de calidad
7. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

7. Seguimiento y control de calidad

Objetivos generales del seguimiento

La técnica quirúrgica es sólo un elemento más del tratamiento multidisciplinar para conseguir una pérdida de peso significativa y mantenida en el tiempo así como controlar o resolver sus comorbilidades. El

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico

6. Manejo perioperatorio

7. Seguimiento y control de calidad

8. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

objetivo del programa bariátrico es modificar la forma de comer y el estilo de vida del paciente.

Debemos por tanto proporcionarle herramientas complementarias a la cirugía que le permitan modificar su forma de comer e incrementar la actividad física.

En estas visitas se deben considerar los aspectos psicológicos y los problemas nutricionales, así como la evolución del peso y la patología asociada o molestias/complicaciones que puedan aparecer.

Algunas de las consultas de seguimiento nutricional y/o psicológico pueden ser realizadas en forma de talleres (ver en anexos los programas de seguimiento).

El seguimiento postoperatorio a largo plazo implica a los diferentes miembros de todo un equipo multidisciplinario (Cirujanos Bariátricos, Psicólogos Clínicos, Dietistas-Nutricionistas, Endocrinólogo, Entrenador Deportivo y otros especialistas según lo requiera el paciente, con especial hincapié en el Endocrinólogo en los casos de cirugía Metabólica)

El paciente se beneficiará –dentro del contexto del manejo de un Equipo Multidisciplinar integrado- de consejos psicológicos, nutricionales, seguimiento analítico, ajuste de la medicación y detección y tratamiento precoz de complicaciones.

Las técnicas con componente malabsortivo y la cirugía metabólica requieren controles específicos de parámetros nutricionales (perfiles bioquímicos, hormonales o vitamínicos, proteinograma, depósitos de hierro, etc.) y de control de la DMT2 (glucemia basal, HbA1c, filtrado glomerular) respectivamente. Otras pruebas complementarias como endoscopia, estudio Rx GD o ecografía pueden ser requeridas según la indicación clínica o como parte de un protocolo preestablecido.

Funciones del comité bariátrico

Una vez por semana realizamos reuniones de 1-2 horas de duración de los diferentes especialistas implicados en el tratamiento, para analizar el funcionamiento correcto del programa de tratamiento, problemas clínicos que pueden surgir y establecer las pautas de actuación más adecuadas para cada paciente.

Los objetivos de estas reuniones son:

- Establecer si el paciente cumple los criterios ser incluido en el programa de cirugía bariátrica.
- Discutir la técnica más adecuada para cada caso en función de su perfil médico, nutricional y psicológico.
- Revisar conjuntamente la evolución de los casos recientes.
- Desarrollar trabajos de investigación que permitan mantener al equipo actualizado en los avances en cirugía bariátrica.
- Actualización de los protocolos de tratamiento (quirúrgico, psicológico y dietético) que utiliza el equipo.

7. Seguimiento y control de calidad

Seguimiento cirugía bariátrica

Objetivos del seguimiento de cirugía bariátrica

- Detección y manejo precoz de complicaciones postoperatorias a corto plazo –días- (ej. infección de herida), medio plazo –meses- (ej. estenosis, kinking, dumping) o a largo plazo –años- (ej. pérdida insuficiente de peso, recuperación, úlceras anastomóticas, diarrea crónica post bypass, hernia interna, eventraciones).
- Control del estado de salud general del paciente (estado nutricional, psicológico, hábitos alimentarios y estilo de vida saludable).
- Suplementación con vitaminas y minerales y controles analíticos periódicos.
- Valoración de la satisfacción del paciente con el tratamiento
- Manejo de crisis (por ejemplo, paciente que recupera peso rápidamente, entra en crisis y “desaparece” de la consulta).

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico
6. Manejo perioperatorio

7. Seguimiento y control de calidad

8. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

Plan de revisiones de Cirugía Bariátrica		
Nº visita	Moment o	Qué se hace
1	Día 7-10	Retirada puntos Control heridas y estado general Se pauta polivitamínico, hierro, calcio y vitamina D

2	Día 30	Control de antropometría Control de tolerancia alimentaria (adaptación a la dieta, hábitos alimentarios, posibles intolerancias, vómitos, dolor abdominal, diarrea) Cumplimentación del tratamiento (plan alimentación, suplementación, actividad física) Comorbilidades: evolución y manejo del tratamiento Control de complicaciones (por ej. RGE, alteraciones del ritmo intestinal, alteraciones en la tolerancia alimentaria, etc)
Año 1 (Visitas 3-7)	Cada 1,5 meses	Los mismos controles en cada visita que en el apartado anterior Valoración nutricional clínico-analítica: analítica de control completa (perfiles lipídico, hepático, tiroideo, del hierro, eje calcio-P, con 25OHVitD, PTHi, B12, Ac fólico, vitaminas A, E y Zinc) los meses 4 y 8 Año 1 densitometría: si sale alterada posteriormente control anual
Año 2 (Visitas 8-10)	Cada 3 meses	Los mismos parámetros de control de las revisiones del año 1 Analítica cada 6 meses
Año 3 y sucesivos	Anual	Los parámetros ya descritos Control analítico

7. Seguimiento y control de calidad

Seguimiento psicología

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico
6. Manejo perioperatorio

7. Seguimiento y control de calidad

8. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

Objetivos del seguimiento psicológico post-quirúrgico

- Valorar alteraciones en la percepción de la imagen corporal que puedan conllevar incluso alteraciones en la conducta alimentaria
- Evaluar trastornos de ansiedad y trastornos del sueño, por ser la psicopatología más frecuente después de una intervención quirúrgica.
- Evaluar posibles trastornos confusionales y/o agitación psicomotriz.

El seguimiento psicológico postquirúrgico se realizará a partir de las 48-72 horas después de la intervención.

El registro de las sesiones se anota en papel (ANEXO PSI 10 Hoja de seguimiento) y en base de datos online (ANEXO PSI 11 Registro información pacientes en base de datos online).

La frecuencia de las visitas será de un mes y medio tras la intervención quirúrgica, durante el primer año.

En la 2ª visita, al mes y medio después de la cirugía, se valorará si existe o no trastorno psiquiátrico, si existen vómitos y sus características, y se apoyarán las recomendaciones de la consulta de nutrición.

La 3ª visita se realizará a los tres meses de la intervención quirúrgica. En ella se tendrá en cuenta la pérdida de peso obtenida, los hábitos alimentarios y de salud, así como el estado de ánimo del paciente. Se le proporcionará al paciente el Manual de Psicología en función de las necesidades que presente el paciente (ANEXO PSI 12 Manual Psicología).

De la 4ª visita a la 6ª se realizará cada mes y medio y se valorará lo mismo que en la tercera.

La 7ª visita se realizará al año de la intervención. En ella además de valorar lo anterior, se verá si existen o no vómitos o trastornos en los hábitos alimentarios y de salud. Por otro lado, se volverán a repetir todos los tests y cuestionarios del principio, menos el de personalidad (ANEXOS PSI 3-8 Cuestionarios Psicología).

De la 8ª a la 9ª visita, se realizarán cada 6 meses. En todas las visitas se valorará la existencia de patología psiquiátrica y vómitos. A los 24 meses y 36 meses tras la intervención, se volverán a repetir los mismos cuestionarios que en la séptima visita.

A partir de los 24 meses las sesiones serán anuales, a no ser que el paciente requiera asistencia psicológica con mayor frecuencia.

Tabla 1. Resumen visitas post-intervención psicología

Número de visitas	Momento tras la cirugía	A valorar
1ª	48-72 horas	Trastorno confusional. Trastorno de ansiedad. Trastorno del sueño. Vómitos.
2ª	40-45 días	Trastorno psiquiátrico. Vómitos Ajuste expectativas pérdida de peso.
3ª	3 meses	Igual que en la anterior, añadiendo: Manejo hábitos alimentarios Ejercicio físico
4ª-6ª	Cada mes y medio hasta los 12 meses	Misma valoración que en el anterior
7ª	12 meses	Misma que en el anterior, añadiendo: Repetición de todos los tests y cuestionarios del principio, salvo el de personalidad.
8ª-10ª	Cada 6 meses hasta los 24 meses.	Igual que la 7ª Alta si no existe patología

A partir de la 3ª visita se le dará al paciente el manual de psicología (PSI 12 Manual de apoyo psicológico), el cual se trabajará en función de las necesidades psicológicas del mismo. Las áreas que se tratan en este manual, son:

1. Fase educativa
2. Modificación de hábitos
3. Control de estímulos
4. Conducta alimentaria
5. Estrategias para comer fuera de casa
6. Influencia de los pensamientos
7. Aumentando el ejercicio físico
8. Las caídas
9. Trabajando para que los hábitos adquiridos, sean permanentes

Se realizarán revisiones de psicología anualmente una vez el paciente reciba el alta. En estas revisiones se valorará el estado psicológico y alimentario del paciente, con preguntas abiertas y cuestionarios (PSI 3-8 Cuestionarios de psicología).

7. Seguimiento y control de calidad

Seguimiento de área de nutrición

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico

6. Manejo perioperatorio

7. Seguimiento y control de calidad

8. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

Objetivos del seguimiento nutricional post-quirúrgico

- Acompañar al paciente durante todo el proceso de modificación de hábitos alimentarios (ANEXO NUT10).
- Detectar y tratar posibles déficits nutricionales.
- Realizar la toma de medidas antropométricas (ANEXO NUT2) en cada visita para medir la evolución del paciente, su adherencia a las pautas dietéticas y el éxito de la cirugía.
- Analizar los registros alimentarios semanales de los pacientes para encontrar posibles carencias o hábitos poco saludables y orientar de una forma adecuada la educación nutricional (ANEXO NUT11).
- Evaluar la tolerancia alimentaria tras la cirugía bariátrica (ANEXO NUT12), y de acuerdo a los resultados, dirigir la educación alimentaria y corregir la conducta a la hora de comer.
- Estimular la realización de ejercicio físico diario.-
- Recordarle al paciente que la suplementación de vitaminas y minerales debe ser de por vida (de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica).
- Estimular un estilo de vida saludable.

Herramientas empleadas durante el seguimiento nutricional

- Materiales mencionados anteriormente
- Hojas de seguimiento.
- Cumplimiento del tratamiento (registro alimentario semanal –ANEXO NUT11-, evolución antropométrica –ANEXO NUT2-)
- Educación nutricional.
- Test de Suter (24) (test de evaluación de tolerancia alimentaria)-ANEXO NUT12-.
- Registro en papel y base de datos.

Frecuencia de las visitas

Dos visitas pre-operatorias. Visitas telefónicas semanales post-operatorias y visitas presenciales quincenales durante los dos primeros meses. Posteriormente, el seguimiento es mensual durante el primer año, y trimestrales durante el segundo año. Después de los 24 meses tras la cirugía las visitas son anuales o según las necesidades específicas del paciente.

Seguimiento dietético nutricional Clínica IntraObes					
	Semanal 1er mes	Quincenal dos 1ros meses	Mensual 1er año	Trimestral 2do año	Anual
Antropometría*	X	X	X	X	X
Tolerancia alimentaria	X	X	X	X	X
Cumplimiento tratamiento dietético	X	X	X	X	X
Cumplimiento suplementación	X	X	X	X	X
Modificación de hábitos alimentarios	X	X	X	X	X
Promoción de la actividad física	X	x	x	x	x
Revisión analítica de control		x	x	x	x
Antropometría*: peso, talla, IMC, circunferencia cintura y cadera, % grasa corporal, Kg de grasa, %SPP.					



Ejemplo de paciente operado de Bypass Y Roux con una pérdida de 77,8% del sobrepeso tras 2 años de seguimiento.

7. Seguimiento y control de calidad

Seguimiento de endocrinología

El endocrinólogo en su seguimiento realiza las siguientes funciones:

- Control de los niveles de glucemia basal y HbGlicA1
- Adaptación de la medicación a dichos niveles
- Control de la evolución de la afectación de los órganos diana (el primer año cada 6 meses y posteriormente cuando lo considere necesario controles de filtrado glomerular, proteinuria, fondo de ojo y evaluaciones del sistema cardiovascular: ecodoppler MMII, test de esfuerzo, ecocardiografía coppler, etc, siempre que se considere indicado).

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico
6. Manejo perioperatorio

7. Seguimiento y control de calidad

8. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

7. Seguimiento y control de calidad

Manejo preparador físico

Antes de la cirugía el preparador físico examina 4 áreas del paciente:

1. Introducción

- 2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
- 3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
- 4. Evaluación preoperatoria
- 5. Tratamiento quirúrgico
- 6. Manejo perioperatorio

7. Seguimiento y control de calidad

- 8. Actividad docente e investigadora
- 9. Bibliografía
- 10. Anexos

1. Estado de entrenamiento. Consiste en una evaluación cardiovascular donde la frecuencia cardíaca en reposo, con la deambulación suave y un test de recuperación desde ejercicio submáximo son esenciales. Puede realizarse de acuerdo con el Instituto de Medicina Deportiva de nuestro hospital un test de esfuerzo midiendo el O₂ consumido y el CO₂ espirado para compararlo con una prueba semejante al año.
2. Historia clínica y registro de actividad física previa, lesiones y limitaciones funcionales para el ejercicio.
3. Evaluación de flexibilidad-elasticidad de cada articulación.
4. Evaluación de resistencia. Determinación de cuánta actividad física es capaz de realizar el paciente antes de la técnica.

Durante la preparación el paciente debe realizar al menos 1 hora diaria durante 14 días de actividad aeróbica, fundamentalmente andando o en agua para evitar la carga del sobrepeso.

Después de la técnica el paciente recibe un programa de entrenamiento personalizado basado en una monitorización constante de su actividad y frecuencia cardíaca (pulsera de frecuencia cardíaca y actividad conectada a aplicación móvil del paciente que nosotros también registramos de forma simultánea).

Se le conmina fundamentalmente a deambular (cinta o bici) con sesiones de 60-70 minutos y frecuencias cardíacas del 65-80 % de frecuencia cardíaca máxima (frecuencia de quema de grasas) 3-4 veces por semana.

Se le recomienda que no realice los 3 primeros meses ejercicios de intensidad (por ej pesas o fútbol).

Posteriormente se combinan ambos tipos de ejercicios.

Los pacientes que así lo desean reciben un entrenamiento personalizado a domicilio por parte de nuestra entrenadora que incluye ejercicios aeróbicos, de elasticidad, y cuando se considera seguro con intervalos de alta intensidad.

7. Seguimiento y control de calidad

Parámetros de Control de Calidad

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico

6. Manejo perioperatorio

7. Seguimiento y control de calidad

8. Actividad docente e investigadora
9. Bibliografía
10. Anexos

Siguiendo las recomendaciones de la SECO los parámetros de control de calidad que utilizamos son 10.

Por orden de "potencia" en la información que proporcionan son:

Parámetros de Control de Calidad en Cirugía Bariátrica y Metabólica usados por IntraObes (SECO-SEEDO)		
Indicador	Recomendación 1	Recomendación 2
1. BAROS	>6 a 1 AÑO	>6 a 5 AÑOS
2. PESO	Abandonar %SPP Usar % EIMCP e IMC esperado (para informar al paciente) Utilizamos también de manera complementaria (cálculo automatizado en base de datos) % IMC esperado perdido % PTP	Utilizamos %SPP y %EIMCP habitualmente Se recomienda: En términos generales EIMCP >50% año 1 BPGYR %SPP 63-72% 1 año 74-80% 2 años 65-87% 3 años GVL %EIMCP A 1 año: 78% (IMC<40) hasta 67% (IMC>60) A 3 años: 60 hasta 100%
3. DMT2	HbGlicA1 <6% Glucemia basal normal DURANTE 1 AÑO (AL MENOS)	TASAS REMISIÓN BPGYR 1 año 75-90% 2 años 79% 3 años 72% GVL 1 año 47% (IMC<35)- 87% (IMC>35)
4. HTA	TA<140-80 mmHg	Resolución

COMORBILIDADES

		>70% casos a 2 años	
5. DISLIPEMIA	cLDL < 100 mg/dL cHDL > 40 H / >50 M TG < 150 mg/dL	Resolución >70% casos a 2 años	
6. SAOS	<5 apneas- hipopneas/hora (PSG)	Control PSG sistemático postcirugía	
7. SD METABÓLICO	Criterios CINTURA H>102, M>88 TG >150 cHDL H<40, M<50HTA TAS>130, TAD>85 GLUCEMIA BASAL > 100	"Buen control metabólico" HbGlicA1 < 7% TG < 150 cHDL > 40 H, >50 M cLDL < 100 TA < 140/80 (con/sin tratamiento coadyuvante)	
MORBILIDAD		Recomenda ble	Tolerable
	Complicaciones graves generales	<7%	<10%
	TEP	<1%	<1,5%
	Fístulas	<1%	<4%
	Hernias internas	<2%	<3%
MORTALIDAD	Recomendable < 0.5 % Razonable < 1% UTILIZAR ESCALAS DE RIESGO OS-MRS (ref D Maria)		
CIRUGÍA REVISIONAL	Def: reintervenciones diferidas por pérdida insuf. de peso o complicaciones Rangos recomendables BPGYR 10-20%, GVL 25-54%, BGAL 40-50%, DBP/SD 5% LA CIRUGÍA DE REVISIÓN DEBE SER REALIZADA POR EQUIPOS EXPERIMENTADOS Y/O ACREDITADOS		

8. Actividad Docente e Investigadora

Docencia y acuerdos con Universidades

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico
6. Manejo perioperatorio
7. Seguimiento y control de calidad

8. Actividad docente e investigadora

9. Bibliografía
10. Anexos

- El Dr Escartí es profesor-doctor asociado de la Universidad católica de Valencia. Es codirector del Máster "Equipos Multidisciplinares de Obesidad" dirigido a nutricionistas, psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, grados en educación física y ciencias del deporte y médicos generales en la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir (UCV) durante el curso 2016-2017. En el próximo curso lectivo dicho Máster se trasladará a la Universidad Europea de Madrid como curso semipresencial en el campus de Valencia.

- Los nutricionistas y psicólogo sanitario del equipo han sido profesores invitados de este Máster.

- En cuanto a docencia en Psicología IntraObes tiene firmado desde 2010 un convenio con la Universidad Católica de Valencia, San Vicente Mártir (UCV) y con la Universidad de Valencia, para la realización de prácticas formativas de alumnos que cursan el Grado de Psicología, desde 2010 hasta la actualidad 2016.

- En cuanto a docencia en Nutrición IntraObes tiene firmado desde 2010 un convenio con la Universidad de Valencia, para la realización de prácticas formativas de alumnos que cursan el Grado de Nutrición Clínica.

8. Actividad Docente e Investigadora

Publicaciones

ARTÍCULOS DE REVISTA

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Objetivos del programa psicológico y nutricional
4. Evaluación preoperatoria
5. Tratamiento quirúrgico
6. Manejo perioperatorio
7. Seguimiento y control de calidad

8. Actividad docente e investigadora

9. Bibliografía
10. Anexos

Breton, E. Cancer, C. Mellado, V. Abilés, J. Avilés, **M. A. Escartí**, R. Ginés, V. Álvarez, N. Paez, C. Velasco, L. Pavón, M. Miras, M. Martínez Olmo, J. M. Culebras, R.-A. Mazure, I. Balón Intragástrico en el Tratamiento de la Obesidad. **Grupo de trabajo OBESMINVA de la SENPE**. Nutr. Hosp. 24 (2) 2009.

Consentimiento informado en el balón intragástrico avalado por SENPE, SEEDO, SEN y SECO; aspectos médico-legales. V. Abilés, M. A. Martínez Olmos, **M. A. Escartí**, I. Bretón, E. Cáncer, N. Pelaez, V. Álvarez, J. M. Culebras,

R. A. Mazure; **Grupo de Trabajo OBESMINVA de la SENPE**. Nutr. Hosp. 27 (2) 2012.

MA Escartí, N Garriga, G Pou, R Giner, I Rubió. Banda gástrica ajustable en 580 casos con seguimiento a 48 meses. BMI Julio 2013, 3.1.8.3 (44-47). www.bmilatina.com

Rubió I, Marqués, JM, Mangas I, Martínez N, Clemente G, **Escartí MA**. Los candidatos a cirugía bariátrica con obesidad mórbida presentan un perfil diferente a los pacientes con un IMC más bajo. 6.1.6 (916-919), Marzo 2016. www.bmilatina.com

Rubió I (*), **Escartí MA (*)**, Marqués, JM (*), Belencoso S (*), Martínez N (**), Clemente G (**), Los pacientes con obesidad mórbida refieren un peor autoconcepto y mayor deterioro social. 6.3.18 (1289-1292), Noviembre 2016. www.bmilatina.com

Márquez Álvarez JM, **Escartí Usó MA**, Rubio Gavidia I, Mangas I, **Martínez N **Clement G. Fracaso dietético, oscilaciones de peso y motivo de la cirugía en pacientes bariátricos. 6.2.9 (815-819). Junio 2016. www.bmilatina.com.

Escartí MA, Belencoso S, Rubió I. Late versus early gastric erosion in adjustable gastric banding: two different processes?. Obes Surg. 2015 Sep;22(9):1437-44. doi: 10.1007/s11695-012-0667-3.

Márquez JM, **Escartí MA**, Rubió I. Tolerancia alimentaria: evolución a 6 y 12 meses tras la cirugía bariátrica y su relación con el porcentaje de sobrepeso perdido. (Aceptado para su publicación en bmi latina diciembre 2016).

Consenso español de práctica clínica en balón gástrico basado en la experiencia de 20.000 casos: Espinet Coll Eduardo, del Pozo García Andrés J., Turró Arau Román, Nebreda Durán Javier, Cortés Rizo Xavier, Serrano Jiménez Andrés, **Escartí Usó Miguel Ángel**, Muñoz Tornero María, Carral Martínez David, Bernabéu López Jaime, Sierra Bernal Cristian, Martínez-Ares David, Espinel Díez Jesús, Marra-López Valenciano Carlos, Sola Vera Javier, Sanchis Artero Laura, Domínguez Jiménez José Luis, Carreño Macián Ramiro, Juanmartiñena Fernández José Francisco, Fernández Zulueta Arnulfo, Consiglieri Alvarado Claudia, Grecco Eduardo, Bezerra Silva Lyz, Galvao Neto Manoel. **Spanish Intragastric Balloon Consensus Statement (SIBC): practical guidelines based on experience of over 20 000 cases.** Rev Esp Enferm Dig 2022. doi: 10.17235/reed.2022.9322/2022.

ESTANCIAS FORMATIVAS

Julio 2007 (4 semanas). Hôpital Européen Georges Pompidou (París). Unidad de Cirugía Bariátrica (Prof. Chevalier). Bypass gástrico laparoscópico y Cirugía de Revisión.

Septiembre 2009 (4 semanas). Hospital Clínico de Frankfurt. Drs Weiner y Blanco. Cirugía de Bypass Gástrico y Cirugía de Revisión.

Diciembre 2013 (3 semanas). Hospital Universitario Virgen de la Victoria y Hospital Parque San Antonio (Málaga). Dr. Manuel García Caballero. Cirugía Metabólica (bypass gástrico de anastomosis única)

PONENCIAS

Ponente en Mesa Redonda "Nuevas perspectivas en Obesidad" dentro de la Jornada "Abordaje Integral de los Trastornos de la Conducta Alimentaria" coordinada por Rosa María Baños Rivera. Universidad de Valencia. Noviembre 2013.

OTROS MÉRITOS

Miembro fundador del Grupo OBESMINVA (Grupo de Técnicas Mínimamente Invasivas de la Obesidad apoyado por diferentes sociedades científicas relativas a la obesidad y su tratamiento quirúrgico) desde 2006 hasta la actualidad.

Revisor BMI latina desde 2016.

Acreditación para implantar LAP-BAND concedida por Dr R. Weiner en 2003.

COMUNICACIONES

RUBÍO I, ESCARTÍ MA, PÉREZ S, GINER AM "Propuesta de una herramienta como método de identificación de psicología en pacientes con patrones alimentarios alterados, previa cirugía bariátrica". Primer congreso médico-quirúrgico de la obesidad, 11º Congreso de la sociedad española para el estudio de la obesidad SEEDO Madrid 14 y 15 de marzo 2013.

ESCARTI MA, GARRIGA N, POU G, GINER R, RUBÍO I. Banda gástrica ajustable en 580 casos con seguimiento a 48 meses. 11º Congreso de la sociedad española para el estudio de la obesidad SEEDO Madrid 14 y 15 de marzo 2013. Comunicación Oral.

ESCARTI MA, POU G, GARRIGA N, GINER R, RUBIÓ I. Complicaciones del reservorio gástrico proximal en una serie de 580 bandas gástricas consecutivas. Congreso Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad 2013. Comunicación Oral.

GINER ROMEO AM, ESCARTI USO MA, RUBIO GAVIDIA I, GARRIGA N. Intolerancia alimentaria y cambios organolépticos tras cirugía bariátrica en función del tipo de técnica. Congreso Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad 2013. Comunicación Oral.

ESCARTI MA, RUBIO I, MARQUEZ J, MANGAS I. ¿4,1% de esófago de Barret en manga gástrica a 4 años?. XVII Congreso nacional de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas y de la Sección de Obesidad de la AEC. Vitoria Gasteiz, 27-29 de Mayo/2015. Comunicación oral.

RUBIO I, MARQUEZ JM, MANGAS I, MARTINEZ N, CLEMENTE G, SANZ J, ESCARTI MA. Los pacientes con obesidad mórbida refieren menor ansiedad que los pacientes con un IMC más bajo. XVII Congreso nacional de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas y de la Sección de Obesidad de la AEC. Vitoria Gasteiz, 27-29 de Mayo/2015. Comunicación oral.

RUBIO I, PEREZ S, MARQUEZ JM, MANGAS I, ESCARTI MA. Personalidad de los pacientes bariátricos con conductas de atracón. XVII Congreso nacional de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas y de la Sección de Obesidad de la AEC. Vitoria Gasteiz, 27-29 de Mayo/2015. Comunicación oral.

ESCARTI MA, GARRIGA N, POU G, MARQUEZ J, MANGAS I. Importancia de la sonda de calibración en las estenosis gastroyeyunales de bypass. XVII Congreso nacional de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas y de la Sección de Obesidad de la AEC. Vitoria Gasteiz, 27-29 de Mayo/2015. Comunicación póster.

MÁRQUEZ JM, RUBIÓ I, ESCOÍ S, MANGAS I, ESCARTÍ MA. ¿Qué relación guarda el grado de obesidad preoperatorio y la historia de la obesidad del paciente? resultados en 307 pacientes bariátricos". XVII Congreso nacional de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas y de la Sección de Obesidad de la AEC. Vitoria Gasteiz, 27-29 de Mayo/2015. Comunicación póster.

ESCARTÍ MA, RUBIÓ I, MÁRQUEZ JM, MANGAS I. "Erosión gástrica tardía, peritonitis subaguda por banda infectada e infección de puerto. ¿qué relación guardan estas tres entidades entre sí?". XVII Congreso nacional de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas y de la Sección de Obesidad de la AEC. Vitoria Gasteiz, 27-29 de Mayo/2015. Comunicación oral.

ESCARTÍ MA, RUBIÓ I, MÁRQUEZ JM, MANGAS I. "Prevención de la erosión gástrica tardía en la banda gástrica ajustable". XVII Congreso nacional de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas y de la Sección de Obesidad de la AEC. Vitoria Gasteiz, 27-29 de Mayo/2015. Comunicación oral.

RUBIÓ I, MÁRQUEZ JM, MANGAS I, MARTÍNEZ N, CLEMENTE G, SANZ J, ESCARTÍ MA. "Los pacientes con obesidad mórbida refieren menor ansiedad que los pacientes con un imc más bajo". XVII Congreso nacional de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas y de la Sección de Obesidad de la AEC. Vitoria Gasteiz, 27-29 de Mayo/2015. Comunicación póster.

MÁRQUEZ ÁLVAREZ JM, ESCARTÍ USÓ MA, RUBIÓ GAVIDIA I, MANGAS. I. "Tolerancia alimentaria: evolución a 6 y 12 meses tras la cirugía bariátrica y su relación con el porcentaje de sobrepeso perdido". 18º Congreso Nacional de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas y de La Sección de Obesidad de la AEC. IV Reunión Ibérica de la Obesidad, Barcelona, 21-23 de Junio/2016. Comunicación oral.

ESCARTÍ MA, RUBIÓ I, MÁRQUEZ JM, MANGAS I. "Resultados a dos años de la cirugía de revisión de banda gástrica en 148 casos: gastrectomía vertical vs bypass gástrico". 18º Congreso Nacional de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas y de La Sección de Obesidad de la AEC. IV Reunión Ibérica de la Obesidad, Barcelona, 21-23 de Junio/2016. Comunicación oral.

RUBIÓ I, ESCARTÍ MA, MÁRQUEZ JM, MANGAS I. "Los pacientes con obesidad mórbida refieren un peor autoconcepto y mayor deterioro social". 18º Congreso Nacional de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas y de La Sección de Obesidad de la AEC. IV Reunión Ibérica de la Obesidad, Barcelona, 21-23 de Junio/2016. Comunicación póster.

ESCARTÍ USÓ MA, POU SANTONJA G, MUÑOZ CAMARENA JM, YOICE CIACCIA, RUBIÓ GAVIDIA I, CASAS MOYA R, AUSINA BADIA MP, GARROTE GIMENO AC, BELENCOSO RODRIGO S. Gastrectomía vertical laparoscópica (GVL): los hallazgos endoscópicos de reflujo gastroesofágico (RGE) mejoran a medio plazo. Congreso SECO 2017. Comunicación oral.

CASAS MOYA R, ESCARTÍ USÓ MA, RUBIÓ GAVIDIA, AUSINA BADIA MP, GARROTE GIMENO AC, BELENCOSO RODRIGO S. Protocolo de call center de atención al paciente en una Unidad Especializada de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Aceptada Congreso SECO 2017. Comunicación oral.

ESCARTÍ USÓ MA, POU SANTONJA G, MUÑOZ CAMARENA JM, YOICE CIACCIA, RUBIÓ GAVIDIA I, CASAS MOYA R, AUSINA BADIA MP, GARROTE GIMENO AC, BELENCOSO RODRIGO S. Protocolo de manejo de la inclusión de banda en nuestra unidad: nuestra experiencia. Congreso SECO 2017. Comunicación oral.

Miguel Ángel Escartí, Javier Pacheco, Lluch Escudero, Ana Celeste Garrote, Isabel Rubió. CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN: LA ESCALA OS-MRS ES POCO ÚTIL PARA PREDECIR COMPLICACIONES. OTRAS VARIABLES PARECEN TENER MÁS VALOR PREDICTIVO. 20º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas y de la Sección de la Obesidad de la AEC. V Reunión Ibérica de Obesidad - SECO 2018. Palma de Mallorca. Comunicación médica oral número 131.

Miguel Ángel Escartí, Javier Pacheco, Isabel Rubió, Lluch Escudero, Ana Celeste Garrote. ELECCIÓN DE LA TÉCNICA BARIÁTRICA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL MAYOR A 40: LA REALIDAD ES TERCA. 20º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas y de la Sección de la Obesidad de la AEC. V Reunión Ibérica de Obesidad - SECO 2018. Palma de Mallorca. Comunicación médica oral número 169.

Escartí M, Pacheco J, Escudero LI, Aspas S, Garrote A, Bordallo A, Torres A. HLA HOSPITALS (MONCLOA-MADRID, LA VEGA-MURCIA, VISTAHERMOSA-ALICANTE, SAN CARLOS-DENIA) (SPAIN). After the adjustable gastric band, is the gastrectomy sleeve the failed technique of the next few years?. 24 IFSO World Congress y XXI Seco Congress. Madrid 2019. Oral presentation PO-684.

Escartí M, Pacheco J, Escudero LI, Aspas S, Garrote A, Bordallo A, Torres A. HLA HOSPITALS (MONCLOA-MADRID, LA VEGA-MURCIA, VISTAHERMOSA-

ALICANTE, SAN CARLOS-DENIA) (SPAIN). 5 years results of bariatric revisional surgery after adjustable gastric band. 24 IFSO World Congress y XXI Seco Congress. Madrid 2019. Oral presentation PO-615.

Asistencia y participación en mesa redonda al XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, y de la sección de Obesidad de la Asociación Española de Cirujanos (Toledo 25-27 de mayo de 2022).

Trabajos realizados por el Grupo Nacional Español de Balón Intragástrico en 2022

Eduardo Espinet Coll, Andrés J. Del Pozo García, Román Turró Arau, Javier Nebreda Durán, Xavier Cortés Rizo, Andrés Serrano Jiménez, **Miguel Ángel Escartí Usó**, María Muñoz Tornero, David Carral Martínez, Jaime Bernabéu López, Cristian Sierra Bernal, David Martínez Ares, Jesús Espinel Díez, Carlos Marra-López Valenciano, Javier Sola Vera, Laura Sanchís Artero, José Luís Domínguez Jiménez, Ramiro Carreño Macián, José Francisco Juanmartiñena Fernández, Arnulfo Fernández Zulueta 44 Congreso Nacional de Endoscopia Digestiva, celebrado en A Coruña del 17 al 19 de noviembre de 2022. Comunicación Oral: **Estudio multicéntrico de seguridad del balón intragástrico en todas sus modalidades. Encuesta Nacional de Balón Intragástrico (Gettemo- SEED'22).**

Eduardo Espinet Coll, Andrés J. Del Pozo García, Román Turró Arau, Javier Nebreda Durán, Xavier Cortés Rizo, Andrés Serrano Jiménez, **Miguel Ángel Escartí Usó**, María Muñoz Tornero, David Carral Martínez, Jaime Bernabéu López, Cristian Sierra Bernal, David Martínez Ares, Jesús Espinel Díez, Carlos Marra-López Valenciano, Javier Sola Vera, Laura Sanchís Artero, José Luís Domínguez Jiménez, Ramiro Carreño Macián, José Francisco Juanmartiñena Fernández, Arnulfo Fernández Zulueta 44 Congreso Nacional de Endoscopia Digestiva, celebrado en A Coruña del 17 al 19 de noviembre de 2022. Póster Electrónico: **Descripción de los principales aspectos económicos y legales relacionados con el balón intragástrico en España. Encuesta Nacional de Balón Intragástrico (ENMBI, Gettemo-SEED'22).**

Eduardo Espinet Coll, Román Turró Arau, **Miguel Ángel Escartí Usó**, Cristian Sierra Bernal, Andrés Serrano Jiménez, David Carral Martínez, Carlos Marra-López Valenciano, María Muñoz Tornero, Jaime Bernabéu López, Javier Nebreda Durán 44 Congreso Nacional de Endoscopia Digestiva, celebrado en A Coruña del

17 al 19 de noviembre de 2022. Póster Electrónico: **Balón intragástrico ingerible Elipse®. El balón que no requiere de endoscopia ... pero sí de endoscopista. Encuesta Nacional multicéntrica de Balón Intragástrico (ENMBI, Gettemo-SEED'22).**

Consenso español de práctica clínica en balón gástrico basado en la experiencia de 20.000 casos: Espinet Coll Eduardo, del Pozo García Andrés J., Turró Arau Román, Nebreda Durán Javier, Cortés Rizo Xavier, Serrano Jiménez Andrés, **Escarfí Usó Miguel Ángel**, Muñoz Tornero María, Carral Martínez David, Bernabéu López Jaime, Sierra Bernal Cristian, Martínez-Ares David, Espinel Díez Jesús, Marra-López Valenciano Carlos, Sola Vera Javier, Sanchis Artero Laura, Domínguez Jiménez José Luis, Carreño Macián Ramiro, Juanmartiñena Fernández José Francisco, Fernández Zulueta Arnulfo, Consiglieri Alvarado Claudia, Grecco Eduardo, Bezerra Silva Lyz, Galvao Neto Manoel. **Spanish Intragastric Balloon Consensus Statement (SIBC): practical guidelines based on experience of over 20 000 cases. Rev Esp Enferm Dig 2022.** doi: 10.17235/reed.2022.9322/2022.

ASISTENCIA A CURSOS Y CONGRESOS DE ESPECIAL RELEVANCIA

Congresos SECO desde 2005 hasta 2022 (excepto 2010 y 2017 por problemas familiares en ambos casos). Último celebrado en Toledo en 2022. Próximo en La Palmas (Mayo 2023).

Congresos Mundial IFSO: Buenos Aires 2008. Hamburgo 2011. Londres 2017. Madrid 2019. Miami 2022.

Frankfurter Meeting (Noviembre) Dr Weiner. Años 2007, 2009 y 2012.

Curso Internacional de Cirugía Laparoscópica Bariátrica y Metabólica (Dr Pujol Gebelli, Barcelona) años 2012 y 2016.

Curso de Cirugía Bariátrica (Dr Ruiz de Adana). Hospital de Getafe 2011 y 2022. (7ª REUNIÓN DE CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA Y OBESIDAD Hospital Universitario de Getafe, 4-5 de octubre de 2022. Cirugía en directo profesor Kelvin Higa. Asistente.)

Curso Internacional de Cirugía Metabólica (Dr Manuel García Caballero). Málaga 2013.

8. Bibliografía

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Evaluación preoperatoria
4. Tratamiento quirúrgico
5. Manejo perioperatorio
6. Seguimiento y control de calidad
7. Actividad docente e investigadora

8. Bibliografía

9. Anexos

1. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca) Cir Esp 2004;75:312-4 - DOI: 10.1016/S0009-739X(04)72328-3.
2. Díez del Val I, Martínez Blázquez C. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica y metabólica (Declaración de Vitoria-Gasteiz). Consultado 3-2017 en http://seco.org/images/stories/seco/Cronicas_congreso/Declaracion_de_Vitoria_Geiz_Definitivo.pdf
3. Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS) Obes Surg. 1998 Oct;8(5):487-99.
4. Ibarzábal A, Domínguez-Adame E, Socas M et cols. Indicadores y criterios de calidad en cirugía bariátrica: recomendaciones oficiales de la Asociación Española Cirujanos (AEC) y Sociedad Española de Cirugía de Obesidad.(SECO).

http://seco.org/images/stories/seco/Indicadores_y_Criterios_de_Calidad_en_Cirugia_Bariatrica_Diciembre2015.pdf
5. Martín Duce A, Díez del Val I. eds. Cirugía de la Obesidad Mórbida. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. 1ª edición. Madrid. Arán ediciones, 2007
6. Ruiz de Adana JC, Sánchez Santos R. Eds. Cirugía de la Obesidad Mórbida. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos . 2ª edición. Madrid. Arán ediciones: 2012.
7. Declaración SECO-SEEDO sobre el tratamiento actual de la obesidad grave en España (13-10-2015).
http://seco.org/images/stories/seco/Cronicas_congreso/Tratamiento_actual_de_la_obesidad_grave_en_Espana_Declaracion_SECO_SEEDO2015.pdf
8. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB et cols. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient-2103 update: consponsored by American Association of Clinical Endocrinologist, The Obesity Society and American Society for Metabolic & bariatric surgery. SOARD 9 (2013) 159-191.
9. Brethauer SA, Kim J, El Chaar M. et cols. Standardized outcomes reporting in metabolic and bariatric surgery. SOARD 11 (2015) 489-506.
10. Brethauer SA, Kothari S, Sudan R. et al. Review article. Systematic review on reoperative bariatric surgery. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Revision Task Force. Surgery for Obesity and Related Diseases (2014).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2014.02.014> .
11. NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. Ann Intern Med 1991; 115:956-961.
12. Marcuello C, Calle-Pascual AC, Fuentes M. et al. Evaluation of Health-Related Quality of Life according to Carbohydrate Metabolism Status: A Spanish Population-Based Study (Di@bet.es Study). International Journal of Endocrinology. Volume 2012 (2012), Article ID 872305, 6 pages.
<http://dx.doi.org/10.1155/2012/872305>.

13. Buchwald H, Estok R, Faharbach K et al. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *Am J Med.* 2009 Mar; 122(3), 248-256.
14. Sjöström CD, Lissner L, Wedel H et al. Reduction in incidence of diabetes, hypertension and lipid disturbances after intentional weight loss induced by bariatric surgery: the SOS Intervention Study. *Obes Res.* 1999; 7:477-84.
15. Propuesta de posicionamiento de las sociedades SECO-SEEN-SEEDO-SED sobre la cirugía metabólica en la diabetes mellitus tipo-2. <http://seco.org/images/stories/seco/pdfs/consenso.pdf>.
16. Buchwald H: A bariatric surgery algorithm. *Obes Surg* 2002; 12: 733-746.
17. Ruiz de Adana JC, Villalonga Puy R, del Arco Galán C. Eds. Urgencias del paciente con antecedentes de cirugía bariátrica: referencias-clave para el médico de guardia. 1ª edición. Sociedad Española de Cirugía de Obesidad y Enfermedades Metabólicas. Campus virtual www.campuseco.org. Manual del curso "online". Madrid 2016.

Bibliografía del área de psicología

18. Herrera, Miguel Ángel Rubio. Manual de obesidad mórbida. 2005.
19. Baile, J. I.; González, M. J. Intervención psicológica en obesidad. Ediciones Pirámide, Madrid 2013.
20. Morales, María Isabel. Obesidad y trastorno por atracón: Ensayo para comprender y tratar la obesidad. Editorial Grupo 5, 2015.
21. Calderón, M. J., Ayensa, J. I. Tratando obesidad: Técnicas y estrategias psicológicas. Ediciones Pirámide, 2014.
22. Raich, R. M. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Ediciones Pirámide, 1994.
23. Pampillón N, Reynoso C, Solimano M, et al. Actualización del consenso argentino de nutrición en cirugía bariátrica. *Actualización en Nutrición* Vol. 17 N°1, Marzo de 2016.
24. Suter M, Calmes J-M, Paroz A, Giusti V. *Obes Surg* 2007; 17, 2-8.
25. Martínez D, Salvador JL, Escrig-Sos J. Pérdida de peso preoperatoria en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Recomendaciones basadas en la evidencia. *Cir. Esp.* 2012; 90(3): p. 147-155.
26. Garaulet M. La terapia de comportamiento en el tratamiento dietético de la obesidad y su aplicación en la práctica clínica. *Rev Esp Obes.* 2006; 4(4):205-220.
27. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes.* 2007; 5(3): 135-75.
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Elsevier Masson; 2013.
29. Mechanick JL, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity.* 2013 Mar-Apr;19(2):337- 72. doi: 10.4158/EP12437.GL.

30. Le Mont D, et al. Suggestion for the Pre-Surgical Psychological Assessment of Bariatric Surgery Candidates. ASMBS Allies Health Science Section Ad-Hoc Behavioral Health Committee. 2004.
31. Gumbs AA, Pomp A., y Gagner M. Revisional Bariatric Surgery for Inadequate Weight Loss. *Obesity Surgery*. 2007; 17(9): 1137-1145
32. Piñeiro B., et al. Síndrome de atracones nocturnos: situación actual de un trastorno alimentario poco conocido. *Rev Esp Obes*. 2006; 4(1): 24-32
33. Ambwani S, Boeka AG, Brown JD, Byrne TK, Budak AR, Sarwer DB, et al. Socially desirable responding by bariatric surgery candidates during psychological assessment. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2013 Mar-Apr; 9(2), 300-305. doi: 10.1016/j.soard.2011.06.019. Epub 2011 Jul 18.
34. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, et al. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. *Obesity surgery*, 2012 Jan; 22(1), 70-89. doi: 10.1007/s11695-011-0472-4.
35. Salwen JK, Hymowitz GF, O'Leary KD, Pryor AD, Vivian D. Childhood verbal abuse: a risk factor for depression in pre-bariatric surgery psychological evaluations. *Obesity surgery*. 2014 Sep; 24(9): 1572-1575. doi: 10.1007/s11695-014-1281-3.
36. Bhatti JA, Nathens AB, Thiruchelvam D, Grantcharov T, Goldstein BI, Redelmeier DA. Self-harm emergencies after bariatric surgery: a population-based cohort study. *JAMA surgery*. 2016 Mar; 151(3), 226-232. doi: 10.1001/jamasurg.2015.3414.
37. Geraldo MDSP, Fonseca FLA, Gouveia, MRDFV, Feder D. The use of drugs in patients who have undergone bariatric surgery. *International journal of general medicine*. 2014; 7, 219.
48. King WC, Chen JY, Mitchell JE, Kalarchian MA, Steffen KJ, Engel SG, et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *Jama*. 2012; 307(23), 2516-2525. doi:10.1001/jama.2012.6147.

9. Anexos

MED Cirujano Bariátrico
PSI Psicólogo
NUT Nutricionista

1. Introducción
2. Objetivos de la Cirugía Bariátrica y Metabólica
3. Evaluación preoperatoria
4. Tratamiento quirúrgico
5. Manejo perioperatorio
6. Seguimiento y control de calidad
7. Actividad docente e investigadora

8. Bibliografía

9. Anexos

Anexos Cirujano Bariátrico

ANEXO MED 1: ANAMNESIS BARIÁTRICA Y METABÓLICA

ANEXO MED 2: SOLICITUD DE ESTUDIO PREOPERATORIO

ANEXO MED 3: CHECK LIST INTRAOBES

ANEXO MED 4: PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DE CIRUGÍA

ANEXO MED 5: MANEJO PERIOPERATORIO- FAST TRACK BARIÁTRICO

ANEXO MED 6: PLAN DE CONTINGENCIAS

ANEXO MED 7: RECOMENDACIONES MÉDICAS AL ALTA Y A LARGO PLAZO

ANEXO MED 1: ANAMNESIS BARIÁTRICA Y METABÓLICA

ANAMNESIS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA

DATOS PERSONALES	Edad años	Fecha 1ª visita ____/____/____
Apellidos.....	Nombre	
IMC (1decim)	PESO (1decim)	ALTURA m (3decim)

Comorbilidades MENORES ☐ ERGE ☐ TVP/TEP/FLEBI ☐ HIPOTIR ☐ ASMA ☐ GOTA ☐ ALT SEX ☐ ALT MENST ☐ INFERTIL	Comorbilidades MAYORES ☐ DMT2 ☐ SAOS ☐ HTA ☐ CARDIOPATIA ☐ HIPERLIPID ☐ ARTROPATIA ☐ AFECT Ψ ☐ INFERTILIDAD	Fármacos/tto ☐ ADO's ☐ INSULINA ☐ CPAP ☐ AntiHTA ☐ T4
Tº evolución de comorbilidades _____ Dosis de fármacos _____ Otras comorbilidades MENORES _____ OTROS antecedentes MÉDICOS _____ Antecedentes QUIRÚRGICOS _____		ALERGIAS ☐ SI ☐ NO Especificar _____

HISTORIA DE SU OBESIDAD		
Años de evolución de obesidad ____ años	Peso máximo ____ kg	Δ Peso 1 año ____
¿Ha hecho dietas con control médico? ☐ SI ☐ NO TIPO _____		

PERFIL NUTRICIONAL		
☐ GRANDES CANTIDADES	☐ PICOTEADOR/DESORDENADO	☐ DULCES
☐ ALCOHOL	☐ RASGO ATRACÓN	☐ INGESTA NOCTURNA
Otros _____		

TÉCNICA RECOMENDADA y ELEGIDA TÉCNICA RECOMENDADA POR NOSOTROS ☒ TÉCNICA ELEGIDA POR EL PACIENTE ☒ Discusión de la indicación _____ _____	CUADRO DE TÉCNICAS Restrictiva temporal ☐ Balón ☐ Apollo Restrictiva definitiva ☐ Plicatura ☐ Manga Mixta ☐ BPGYR ☐ MiniBP ☐ Cirugía METABÓLICA ☐ Cirugía REVISIÓN
--	---

Firma del profesional _____

ANEXO MED 2: SOLICITUD DE ESTUDIO PREOPERATORIO

Estudio Preoperatorio de Cirugía Bariátrica/Metabólica

ESTUDIO Y CONSULTA PREANESTÉSICA **BÁSICA**¹EL PACIENTE INGRESA EL DÍA ANTES DE LA CIRUGÍA EN AYUNAS DE 6 H.

Paciente <60 años y IMC<45 y sin antecedentes anestésicos de interés, no patología respiratoria, cardiovascular o de otro tipo significativa o inestable y que puede caminar ½ hora seguida. No otros antecedentes significativos (por ejemplo déficits de coagulación, etc).

☐ Estudio preoperatorio BÁSICO

☐ Consulta PREANESTÉSICA

Analítica: hemograma, glucosa, urea,

Doc. Cons. Inf. anestesia

urea, potasio, coagulación, GTP

Cruzar y reservar [2] hematíes

Electrocardiograma

Rx simple de tórax

ESTUDIO Y CONSULTA PREANESTÉSICA **AVANZADA**EL PACIENTE ACUDE A CONSULTA DE ANESTESIA 10 DÍAS ANTES

Paciente >60 años o IMC>45 o antecedentes anestésicos o de patología cardíaca en tratamiento, respiratoria obstructiva, restrictiva o mixta, de coagulación, etc significativos. NOTA: los pacientes DMT2 son preparados por nuestro endocrinólogo con glucemias <150 mg/dL al menos 15 días antes de la cirugía

☐ Consulta preanestésica BÁSICA (Nota: en esta consulta el cruce de sangre no podrá hacerse porque caduca)

☐ Valoración y/o solicitud de pruebas específicas de evaluación de riesgo anestésico que el anestesiólogo considere (*Nota: en estos casos solemos hablar previamente con anestesia y comentamos el caso*)

1. Fuente: <http://www.aecirujanos.es/es/secciones/seccion-gestion-calidad/proyectos-desarrollados-gestion-calidad/122268-2-protocolo-evaluacion-preoperatoria-cirugia-programada-desarrollado-asociacion-espanola-cirujanos-colaboracion-sociedad-espanola-anestesiologia-reanimacion>

Estudios “específicos” que solicitamos conforme al Protocolo IntraObes

Nuestro Equipo por protocolo, conforme a las recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (Manual SECO 2ª edición) solicita las siguientes **exploraciones complementarias “especiales”**

DIAGNÓSTICO o ANTECEDENTE	Paciente CIRUGÍA OBESIDAD	Paciente CIRUGÍA METABÓLICA	Cardiológico	Respiratorio
PRUEBA SOLICITADA 1ª ELECCIÓN	Gastroscoopia + Test HP Ecografía abdominal Analítica: perfil lipídico, tiroideo, Fe, ferritina, IST, transferrina proteínas totales, ácido úrico Si bypass (malabsorción): ADEMÁS Acido fólico, vitamina B12, calcio, fósforo, vitamina D, parathormona	Glucemia, Insulina HbGlicA1c, Péptido C Creatin., Filtra. glomerular Fondo de ojo Orina: microalbum/creatinina	Eco-cardio Doppler	Pruebas Funcionales respiratorias Gasometría
PRUEBA 2ª ELECCIÓN	Rx tracto digestivo superior, TAC	Valorar Péptido C estimulado con glucagón	Test esfuerzo en jóvenes con DMT2 mal controladas	Valorar Polisomnografía Valorar retomar uso CPAP
Informe a los especialistas correspondientes en casos especiales: cardiólogo, neumólogo, endocrinólogo, etc.				

Preparación “específica” Protocolo IntraObes

Nuestro Equipo por protocolo, conforme a las recomendaciones del Manual SECO 2ª edición y la evidencia científica disponible realiza las siguientes **“medidas de preparación a la intervención”**

OBJETIVO	PÉRDIDA DE PESO PREOPERATORIA	DIABÉTICOS TIPO 2	Actividad aeróbica y fisio respiratoria	Fármacos y tóxicos
MEDIDA DE PREPARACIÓN	Dieta líquida IMC < 40 10 días IMC 40-50 14 días IMC 50 Plazos según pérdida y riesgo anestésico (cuanto más tiempo mejor) (bajan el 10% exceso de peso)	14 días antes de la cirugía objetivo glucemia < 150 mg/dL (como máximo) (Se la controlamos diariamente y le ajustamos el tratamiento)	Incentivador espiratorio 10x10 sesiones día Andar/nadar 2x30' cada día Fumar 1/3 de lo normal (No dejar del todo salvo 6 semanas antes de la cirugía)	Dejar antiagregantes 14 d Paso sintron a HBPM 3 d (control INR y consulta a hematología) Retirada metformina 3 d antes (pautar otros ADO's o insulina) Retirada anti HTA 2 días antes Traer CPAP al hospital Traer antidepresivos Mantener hormona tiroidea e hipolipemiantes

Dr. Miguel Ángel Escartí Usó

Cirujano Bariátrico y Metabólico C° 4646/15595

escarti@intraobes.com

T +34 667 594 108

ANEXO MED 3: CHECKLIST INTRAOBES

CHECKLIST INTRAOBES

Paciente D/Dña _____

Fecha técnica ____/____/____

Técnica _____

Ciudad _____

Cirugía de Obesidad

- ☐ Datos completos del paciente incluidos móvil y mail (obligatorio)
- ☐ Seguro de complicaciones contratado
- ☐ Hoja de Evaluación Médica
- ☐ Hoja de Evaluación Psicológica
- ☐ Hoja de Evaluación Nutricional

Preoperatorio

- ☐ Analítica reciente con coagulación
- ☐ Rx tórax
- ☐ EKG
- ☐ Endoscopia (al menos 10 días antes cirugía)
- ☐ Test HP (al menos 10 días antes cirugía)
- ☐ Consentimiento informado **firmado** (al menos **48 h antes** técnica)
- ☐ Contrato **firmado** (al menos **48 h antes** de cirugía)
- ☐ Preparación entregada
- ☐ Orden de Ingreso entregada
- ☐ Evaluación preanestésica
- ☐ Quirófano reservado
- ☐ Ayudante avisado
- ☐ Anestesista avisado

Cirugía de Diabetes (*además de todo lo anterior*)

- ☐ Visita endocrinología
- ☐ Pruebas específicas realizadas (Péptido C, HbGlicA1, etc)

Profesional que cumplimenta el check list _____

Fecha ____/____/____

ANEXO MED 4: PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DE CIRUGÍA

Paciente _____

Fecha ____/____/____

Protocolo de PREPARACION para la cirugía bariátrica/metabólica

Duración de la preparación ____ días

Fecha inicio preparación ____/____/____

Fecha técnica ____/____/____

1. Dieta **LÍQUIDA** (según pauta de nuestra nutricionista)



2. Mejora de la función **RESPIRATORIA**



Realice cualquier **ACTIVIDAD AERÓBICA** 2 veces al día, media hora cada vez (andar, elíptica, bicicleta)



Ejercicios respiratorios **SOPLANDO** con "Incentivador espiratorio" (por ej marca respiflow, "boca abajo") o hinchando globos 10 series de 10 veces cada serie (total 100 hinchados al día). Levantará 2 de las 3 bolitas (la tercera es la de control). Manténgalas levantadas tantos segundos como pueda.



REDUZCA EL CONSUMO DE TABACO. Fume no más de un tercio de lo que fumaba. No deje de fumar completamente antes de la intervención o hágalo completamente al menos 6 semanas antes.

3. En los casos en que sea necesario, **CONTROLE SU TENSIÓN ARTERIAL Y SU GLUCEMIA CON FRECUENCIA**, tómese la medicación recomendada y avísenos si presenta cifras alteradas. La glucemia deberá estar en valores en ayunas inferiores a 200 mg/dl (mejor si <150) en los días previos a la cirugía. Si tiene CPAP pautada haga uso de ella.

Abandone los antiagregantes (ej ácido acetil salicílico, o marcas como disgren o plavix (clopidogrel) 15 días antes de la cirugía.

Algunos antidiabéticos como las sulfonilureas (Daonil, euglucon, amaryl) deben abandonarse 2 días antes de la cirugía. Debe comunicarnos toda la medicación que toma.

Dr. Miguel Ángel Escartí Usó
Cirujano Bariátrico y Metabólico C° 4646/15595
escarti@intraobes.com

ANEXO MED 5: MANEJO PERIOPERATORIO- FAST TRACK BARIÁTRICO

Manejo Perioperatorio Cirugía Bariátrica/Metabólica

FAST-TRACK BARIÁTRICO

Antes de la cirugía

Cirugía electiva en las mejores condiciones posibles

- o Identificar comorbilidades
- o Mejorar anemia, hipertensión y diabetes. Pérdida del 10% exceso de peso preoperatoria
- o Conocer y mejorar -si es necesario- el estado nutricional
- o Mejorar ventilación (actividad física, disminución tabaco, rehabilitación respiratoria.)
- o Conocer tubo digestivo y resto del abdomen

Al ingreso en hospital

- HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 1 DOSIS SUBCUTÁNEA (ej clexane 40 mg)
- MEDIAS DE COMPRESIÓN MIEMBROS INFERIORES
- Ayunos 6 horas (por el momento no incluimos en el protocolo las ayunos cortas con soluciones de carbohidratos)

Durante la cirugía

Cirugía mínimamente invasiva

Uso de analgésicos, fluidos y anestésicos apropiados

- Restricción de líquidos
- Restricción de analgésicos opiáceos
- Anestésicos y antieméticos pensando en recuperación fast-track

Después de la cirugía

Objetivo: Minimizar dolor, íleo e inmovilización

Líquidos 4 horas post

Movilización precoz (2-4 horas post)

Rehabilitación respiratoria precoz (4 horas post)

Retirada de sondas y drenajes en el postoperatorio inmediato (urinaria 4 horas post, drenaje 24 horas)

PROTOCOLO INTRAOBES

DÍA 0

PREOPERATORIO

- Ayunas 6 horas
- Clexane 40 mg 1 ampolla subcutánea
- Medias o vendaje compresivo MMII

INTRAOPERATORIO

- Sonda urinaria
- No dejar SNG
- Sistema compresión mecánica MMII
- Drenaje no aspirativo (sólo en los casos que consideramos necesario en GVL, PLG, en todos los casos de BPGYR, miniBPG y cirugía revisión)

POSTOPERATORIO (preferiblemente no utilizar bombas de infusión)

- Fluidoterapia 1500 cc suero fisiológico IV/24 h*
- Analgesia: Nolutil IV/8 h + Enantyum IV/8 h. Rescate paracetamol 1 gr IV
- Antibioterapia: Preoperatoria y 24h post.
 - o Intraoperatorio 2 gr IV augmentine (+1,5 gr IV metronidazol si bypass)
 - o Postoperatorio 1 gr augmentine IV cada 8 horas
- Pantoprazol 20 mg IV (valorar ranitidina intraoperatorio)
- Antiemético: primperan IV cada 8 horas. Rescate zofran 8mg IV
- Clexane 40 mg SC/24 horas
- Antes de dormir loracepam 1 mg oral sublingual (masticado) con un sorbo de agua

A LAS 6 HORAS DE CIRUGÍA

LEVANTAR A SILLÓN, RETIRAR SONDA URINARIA, INICIO TOLERANCIA A LÍQUIDOS FINOS Y FRÍOS, FISIOTERAPIA RESPIRATORIA (RESPIFLOW)

DÍA 1

Si tolera, vía heparinizada. Antes de quitar vía IV pasar pantoprazol IV y 1 gr augmentine.

Resto del día líquidos fríos (1 sorbo cada 10 minutos), nolutil 1 ampolla bebida cada 6 horas, deambular, clexane 40 SC. Fisioterapia respiratoria

DÍA 2

Si tolera bien y molestias controladas, con temperatura y frecuencia cardíaca normal. Alta.

ANEXO MED 6: PLAN DE CONTINGENCIAS

El plan de contingencias IntraObes incluye las siguientes medidas:

1. Checklist: repasar checklist el día antes del ingreso con especial hincapié en consentimientos informados
2. Equipo (24h/365días)
 - a. Al menos 2 miembros del Equipo localizados telefónicamente por el hospital y por el propio paciente (por si uno de ellos no tuviera el teléfono operativo)
 - b. Al menos 1 cirujano del equipo a menos de 1 hora del hospital
 - c. Capacidad de todo el equipo (2 cirujanos, 1 enfermera) para reoperar al paciente en 2,5 horas (en caso de complicación cataclísmica habría que contar con los recursos disponibles o derivarlo a otro centro)
3. Hospital
 - a. Si es posible, que cuente con cirujano de guardia de presencia física
 - b. Con laboratorio/banco de sangre/quirófanos de alta tecnología 24/365
4. Esquema a seguir

intraObes
Cirugía de la Obesidad y de la Diabetes



ANEXO MED 7: RECOMENDACIONES MÉDICAS AL ALTA Y A LARGO PLAZO

Recomendaciones Médicas

Al alta

- Curas diarias de la herida con cristalmina o betadine.
- Controles cada 8 horas de temperatura (con termómetro) y de frecuencia cardíaca (con tensiómetro) durante 10 días. Si $>37,5^{\circ}\text{C}$, >105 ppm, supuración o sangrado por heridas, vómitos de repetición, dolor abdominal, de hombro o espalda –o cualquier otra duda- contacte con nosotros inmediatamente (667 594 108 / 699 909 336)
- Dieta líquida estricta según protocolo nutricionista, bebiendo 1 través de dedo cada 10 minutos los primeros 5 días
- Fármacos recomendados:
 - CLEXANE 40 MG/1 AMPOLLA SUBCUTÁNEA/DÍA DURANTE 10 DÍAS
 - OPIRÉN FLAS 15 MG 1 COMPRIMIDO MASTICADO AL DÍA DURANTE 10 DÍAS
 - GELOCATIL SOLUCIÓN DE 1 GR ORAL CADA 8 HORAS, 3 DÍAS.
- Deambular progresivamente

A largo plazo

- Siga meticulosamente las recomendaciones de progresión de dieta, y posteriormente sobre hábitos alimentarios a largo plazo
- Haga ejercicio siguiendo las recomendaciones de nuestra entrenadora personal
- SUPLEMENTOS: Debe tomar los siguientes suplementos de vitaminas y minerales
 - SUPRADYN GUMMY 2 AL DÍA MASTICADOS
 - MASTICAL D 1 AL DÍA MASTICADO
 - FERROGRADUMET 1 CÁPSULA AL DÍA SEPARADA DE COMIDAS Y OTROS SUPLEMENTOS
 - HIDROFEROL 0.266 1 AMPOLLA ORAL CADA 2 SEMANAS

En función de su evolución clínica y los análisis de control tal vez le pautemos otros suplementos diferentes o añadidos.

ANEXO PSI 1: ENTREVISTA INICIAL DE PSICOLOGÍA

PACIENTE:
Fecha Unidad:

Edad:
Fecha Psicología Clínica:

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

E. Civil: Hijos:
Nivel estudios: Profesión:

2. MOTIVO DE LA CONSULTA: PROBLEMA ACTUAL

IMC: Peso: Técnica:

3. DETERIOROS ASOCIADOS AL PROBLEMA ACTUAL.

Físicos:

Psicológicos:

4. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

COMIENZO Y EVOLUCIÓN DEL SOBREPESO

1. ¿Cuándo comenzó el problema de sobrepeso?
2. ¿Has tenido oscilaciones fuertes en el peso, o por el contrario, te has mantenido más o menos siempre igual?
3. Si has tenido oscilaciones:
 - ¿De cuántos kilos han sido?
 - ¿Cuánto tiempo te lleva pasar de un peso a otro?
 - ¿A qué crees que son debidas?
4. En general, ¿a qué crees que es debido tu sobrepeso?

TRATAMIENTOS ANTERIORES

5. ¿Qué has hecho hasta ahora para intentar reducir peso por ti mismo/a?
6. Especifica los tratamientos controlados que has seguido. ¿Sigues alguno actualmente?
7. ¿Cuánto tiempo se mantuvieron esos resultados después de finalizar el

tratamiento?

8. ¿Por qué crees que fracasaron los tratamientos anteriores?

9. ¿Estás tomando algún medicamento para reducir peso? ¿Cuál?

10. ¿Por qué crees que este programa va a ser distinto? ¿Qué es lo que te atrae de él?

5. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS ANTERIORES Y TRATAMIENTOS.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS/PSICOLÓGICOS

Episodios anteriores:

Tratamientos y efectividad:

Hospitalizaciones:

Medicación:

PROBLEMAS ACTUALES:

Diagnóstico:

Sintomatología:

Tratamiento:

6. HISTORIA FAMILIAR (MÉDICA Y PSICOLÓGICA).

PADRES

HERMANOS

PAREJA E HIJOS

OTROS FAMILIARES

GENOGRAMA

7. HISTORIA MÉDICA

Antecedentes médicos

Estado médico actual

Consumo de sustancias: tabaco ☐ alcohol ☐ otras drogas ☐
Frecuencia: _____

8. HISTORIA PERSONAL

Ambiente familiar

Matrimonio e hijos

Educación

Hobbies y tiempo libre

Situación en el momento actual

Otros datos biográficos de interés

9. PERSONALIDAD

10. PSICOPATOGRAMA

Actitud, apariencia y conducta durante la entrevista

Afecto y regulación emocional

Curso y contenido del pensamiento

Percepción

Control de impulsos y tolerancia a la frustración

Funciones somáticas

11. PATRÓN ALIMENTARIO

11.1 N° Comidas al día y cantidad aproximada

	1 No hago	2 Ligera	3 Normal	4 Fuerte
Desayuno				
Media mañana o almuerzo				
Comida				
Merienda				
Cena				

11.2. Fuera de estas comidas principales picoteo? (Rodear la respuesta elegida)

1. Varias veces al día 2. A diario 3. Alguna vez por semana 4. Nunca

Momento del día:

Mientras cocina:

Por la mañana/ tarde

Estando solo/a en casa.

Después de cenar: resopón

Ingesta nocturna: se levanta por las noches a comer.

11.3. Conducta al comer

Velocidad

Saciedad-plenitud

11.4. Reacciones emocionales. Relación emoción- conducta alimentaria

Enfado, rabia

Aburrimiento

Ansiedad

Tristeza

Alegría

Otros

11.5. INGESTA COMPULSIVA. Sensación de pérdida de control y afectación física y emocional.

Tipo y cantidad de comida ingerida:

Frecuencia: Diaria____ Semanal____ Mensual____

Lugar y duración del episodio:

Consecuencias físicas, sociales y emocionales del atracón

Ideas, emociones y conducta antes, durante y después del atracón.

Ejemplo de episodio:

11.6. VÓMITOS AUTOPROVOCADOS

Frecuencia: diaria____ semanal____ mensual____

Duración y tiempo que pasa desde finalizar la comida

Realizados con o sin atracón

12. IMAGEN CORPORAL

Influencias del pasado

Cada cuánto comprueba su peso

Evitaciones (piscina, playas, mirarse al espejo...)

13. EJERCICIO FÍSICO Y ACTIVIDAD HABITUAL

14. VALORACIÓN GLOBAL DEL PACIENTE

14.1 ¿SE CONSIDERA APTO PARA REALIZAR TRATAMIENTO?

SI.

14.2 NO. Justificación.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD
TRASTORNO AFECTIVO
TRASTORNO DE ANSIEDAD
TRASTORNO POR ADICCIÓN
TRASTORNO POR ATRACÓN
BULIMIA NERVIOSA
OTROS

PLAN TERAPÉUTICO Y ÁREAS DE TRABAJO

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the user to write the therapeutic plan and work areas. The box is positioned below the section header and occupies a significant portion of the page.

ANEXO PSI 2: Consentimiento informado

A continuación, encontrará una serie de cuestionarios que forman parte de un **protocolo de evaluación** de la unidad, que le pediremos que **cumplimente antes de la visita con la Psicóloga Clínica**, y así disponer de esta información en la primera entrevista.

Para cumplimentar cada cuestionario, lea atentamente las instrucciones y conteste según lo indicado. Verá que cada cuestionario le pide información referida a tiempos diferentes. En algunos se le preguntará sobre el momento actual, otros respecto a la última semana, y otros requieren ser contestados en función de su estado general. Por eso es importante que **lea las instrucciones antes de cumplimentarlos**.

Si tiene alguna duda, deje la pregunta en blanco y **coméntela** durante la entrevista.

A lo largo de su tratamiento, y una vez finalizado éste (a los 12 meses, 2 años y 3 años) le pediremos que vuelva a rellenar algunos de estos cuestionarios, excepto el de personalidad. Sus respuestas nos servirán para evaluar los cambios en el proceso y, si nos autoriza a ello, para utilizarlo con fines de investigación siempre de forma anónima. Le agradeceríamos que indique si está de acuerdo en que incorporemos sus respuestas a una base de datos, firme al final de esta hoja.

- ☐ Permiso que mis datos sean utilizados de forma anónima para fines de investigación.
- ☐ No permito que mis datos sean utilizados de forma anónima para fines de investigación.

Fdo:

ANEXO PSI 3: Cuestionario STAI E/R ansiedad estado/rasgo (C.D. Spielberger, R.L.Gorsuch y R.E. Lushene, 1982).

A/E: PD: 30 +..... -.....=.....
A/R: PD: 21 +..... -.....=.....

NOMBRE Y APELLIDOS.....

▪ **FECHA ADMINISTRACIÓN:**
.....

▪ **EDAD:**

▪ **SE**
X

O 1. Varón

▪ **2. Mujer**

INSTRUCCIONES A-E

A continuación, encontrará una serie de frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

		Nad a	Algo	Bastant e	Mucho
1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

- Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases-

INSTRUCCIONES A-R

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	Me siento bien	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26	Me siento descansado	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30	Soy feliz	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33	Me siento seguro	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ANEXO PSI 4: Cuestionario BDI de depresión (Aaron Beck, 2011):

NOMBRE Y APELLIDOS.....

A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también.

1	1 No me siento triste 2 Me siento triste 3 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo 4 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2	1 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro 2 Me siento desanimado de cara al futuro 3 Siento que no hay nada por lo que luchar 4 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3	1 No me siento como un fracasado 2 He fracasado más que la mayoría de las personas 3 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro 4 Soy un fracaso total como persona
4	1 Las cosas me satisfacen tanto como antes 2 No disfruto de las cosas tanto como antes 3 ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas 4 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo
5	1 No me siento especialmente culpable 2 Me siento culpable en bastantes ocasiones 3 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones 4 Me siento culpable constantemente
6	1 No creo que esté siendo castigado 2 Siento que quizá esté siendo castigado 3 Espero ser castigado 4 Siento que estoy siendo castigado
7	1 No estoy descontento de mí mismo 2 Estoy descontento de mí mismo 3 Estoy a disgusto conmigo mismo 4 Me detesto
8	1 No me considero peor que cualquier otro 2 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores 3 Continualmente me culpo por mis faltas 4 Me culpo por todo lo malo que sucede
9	1 No tengo ningún pensamiento de suicidio 2 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré 3 Desearía poner fin a mi vida 4 me suicidaría si tuvieses oportunidad
10	1 No lloro más de lo normal 2 Ahora lloro más que antes 3 Lloro continuamente 4 No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga
11	1 No estoy especialmente irritado 2 Me molesto o irrito más fácilmente que antes 3 Me siento irritado continuamente 4 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban

12	1 No he perdido el interés por los demás 2 Estoy menos interesado en los demás que antes 3 He perdido gran parte del interés por los demás 4 he perdido todo el interés por los demás
13	1 Tomo mis propias decisiones igual que antes 2 Evito tomar decisiones más que antes 3 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes 4 Me es imposible tomar decisiones.
14	1 no creo tener peor aspecto que antes 2 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo 3 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo 4 Creo que tengo un aspecto horrible
15	1 Trabajo igual que antes 2 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo 3 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo 4 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea
16	1 Duermo tan bien como siempre 2 No duermo tan bien como antes 3 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir 4 me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir
17	1 No me siento más cansado de lo normal 2 Me canso más que antes 3 Me canso en cuanto hago cualquier cosa 4 Estoy demasiado cansado para hacer nada
18	1 Mi apetito no ha disminuido 2 No tengo tan buen apetito como antes 3 Ahora tengo mucho menos apetito He perdido completamente el apetito

ANEXO PSI 5: Cuestionario de salud SF-36 (Ware y Sherbourne, CD, 1992):

NOMBRE Y APELLIDOS.....

1.- En general, usted diría que su salud es:

- ☐ Excelente
 ☐ Muy buena
 ☐ Buena
 ☐ Regular
 ☐ Mala

2.- ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparado con la de hace un año?

- ☐ Mucho mejor ahora que hace un año
 ☐ Algo peor ahora que hace un año
☐ Algo mejor ahora que hace un año
 ☐ Mucho peor ahora que hace un año

- ☐ Más o menos igual que hace un año

3.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita nada
a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	☐	☐	☐
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	☐	☐	☐
c) Coger o llevar la bolsa de la compra	☐	☐	☐
d) Subir varios pisos por la escalera	☐	☐	☐
e) Subir un solo piso por la escalera	☐	☐	☐
f) Agacharse o arrodillarse	☐	☐	☐
g) Caminar un kilómetro o más	☐	☐	☐
h) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	☐	☐	☐
i) Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	☐	☐	☐
j) Bañarse o vestirse por sí mismo	☐	☐	☐

4.- Durante las últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? SI NO
- b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? SI NO
- c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? SI NO
- d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ej, le costó más de lo normal)? SI NO

5.- Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional? SI NO
- b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? SI NO
- c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? SI NO

6.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- ☐ Nada ☐ Un poco ☐ Regular ☐ Bastante ☐ Mucho

7.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- ☐ No ninguno ☐ Sí, muy poco ☐ Sí, un poco
☐ Sí, moderado ☐ Sí, mucho ☐ Sí, muchísimo

8.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- ☐ Nada ☐ Un poco ☐ Regular ☐ Bastante ☐ Mucho

9.- Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) se sintió lleno de vitalidad?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) estuvo muy nervioso?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) se sintió calmado y tranquilo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) tuvo mucha energía?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f) se sintió desanimado y triste?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g) se sintió agotado?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h) se sintió feliz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i) se sintió cansado?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10.- Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

- ☐ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Algunas veces ☐ Sólo alguna vez ☐ Nunca

ANEXO PSI 6: Cuestionario BITE test de investigación en bulimia de Edimburgo (M. Herderson y C.P.L. Freeman, 1987).

Nombre y apellidos.....EDAD.....

FECHA:

1. ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria? SI/NO
2. ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta? SI/NO
3. ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez? SI/NO
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen? SI/NO
5. ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo? Si/NO

6. Si la respuesta es "SI" "¿Con qué frecuencia?"

Días alternos	2-3 veces/semana	Un día a la semana	Alguna vez	Una vez
---------------	------------------	--------------------	------------	---------

7. ¿Utiliza alguno de los métodos para perder peso?

	Nunca	Raramente	1 vez semana	2-3 veces semana	Diariamente	2-3 veces/día	5 vec/día
Pastillas adelgazar							
Diuréticos							
Laxantes							
Provocar vómito							
Una vez							

8. ¿Se ve su vida diariamente gravemente afectada por su forma de comer? SI/NO

9. ¿Cree usted que la comida "domina" su vida? SI/NO

10. ¿Le ha ocurrido alguna vez "comer y comer" hasta que las molestias físicas le obligan a parar? SI/NO

11. ¿Existen momentos en los cuales solo puede pensar en la comida? SI/NO

12. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado? SI/NO

13. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone? SI/NO

14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de "comer, comer y comer"? SI/NO

8. ¿cuándo se siente ansioso tiene tendencia a comer demasiado? SI/NO
9. ¿La idea de engordar le aterroriza? SI/NO
10. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento rápidamente (fuera de las horas de comida)? SI/NO
11. ¿Se siente avergonzado por sus hábitos alimentarios? SI/NO
12. ¿Le preocupa no tener control sobre "cuanto" come? SI/NO
13. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien? SI/NO
14. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de la comida? SI/NO
15. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come? SI/NO
16. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene con lo que come? SI/NO
17. ¿Se da alguna vez "atracones" de grandes cantidades de comida? SI/NO
18. Si es así, cuando termina de atracarse ¿se siente usted "miserable"? SI/NO
19. ¿Se da usted "atracones" únicamente cuando está solo? SI/NO
20. ¿Con que frecuencia ocurren estos atracones?

Raramente	1/mes	1/semana	23/semana	Diariamente	2-3/día
-----------	-------	----------	-----------	-------------	---------

ANEXO PSI 7: TFEQ THREE-FACTOR EATING QUESTIONNAIRE – Cuestionario de tres factores de alimentación (Stunkard y Messick, 1985).

PARTE I

		v	r
1	Cuando huelo un filete recién hecho o veo un trozo jugoso de carne, me resulta muy difícil no comérmelo, incluso si acabo de comer.		
2	Habitualmente como demasiado en situaciones sociales, como en fiestas o reuniones de amigos.		
3	Habitualmente estoy tan hambriento/a que como más de tres veces al día		

4	Cuando he consumido las calorías que me tocan, me siento bien como para no comer más.		
5	Hacer dieta es demasiado duro para mí porque paso demasiada hambre.		
6	Tomo trozos pequeños de comida como método para controlar mi peso.		
7	A veces hay cosas que saben tan bien que continuo comiendo aun cuando ya no tengo hambre.		
8	Como siempre tengo hambre, a veces me gustaría que mientras como, un experto me dijera si ya he comido suficiente o si puedo tomar algún alimento más.		
9	Cuando me siento ansioso/a, me pongo a comer.		
10	La vida es demasiado corta para preocuparse por la dieta.		
11	Puesto que mi peso sube y baja, más de una vez he intentado comer menos cantidad de comida.		
12	A menudo me siento tan hambriento/a que tengo que comer algo.		
13	Cuando estoy con alguien que está comiendo demasiado, yo también suelo comer grandes cantidades.		
14	Tengo bastante idea acerca de la cantidad de calorías que contienen los alimentos más comunes.		
15	Algunas veces cuando empiezo a comer me parece que no puedo parar.		
16	Me resulta fácil dejar algo de comida en el plato.		
17	En ciertos momentos del día, tengo hambre porque me he acostumbrado a comer a esa hora.		
18	Si como alimentos no permitidos mientras estoy a dieta, luego como menos durante un periodo de tiempo para compensar el exceso.		
19	Cuando estoy con alguien que está comiendo, con frecuencia me hace sentir el hambre suficiente como para comer yo también.		
20	Cuando me siento triste, frecuentemente me excedo comiendo.		
21	Disfruto demasiado comiendo como para estropearlo contando calorías o vigilando mi peso.		

22	Cuando veo un verdadero manjar, siento tanta hambre que tengo que comer inmediatamente.		
23	Aunque no esté realmente lleno/a, con frecuencia paro de comer para limitar la cantidad que como.		
24	Tengo tanta hambre que a menudo mi estómago parece un pozo sin fondo.		
25	Mi peso apenas ha cambiado en los últimos diez años.		
26	Estoy siempre tan hambriento/a que me cuesta parar de comer antes de acabar toda la comida del plato.		
27	Cuando me siento solo/a, me consuelo comiendo.		
28	Conscientemente me controlo en las comidas para no ganar peso.		

TFEQ - PARTE II

Instrucciones: Por favor, responde a las siguientes preguntas rodeando el número que está encima de la respuesta que consideres más apropiada a tu caso.

37. ¿Con qué frecuencia haces dieta en un esfuerzo consciente por controlar tu peso?

1	2	3	4
Raramente	Algunas veces	Habitualmente	Siempre

38. ¿Afectaría a tu forma de vivir una fluctuación de peso de 2 kgs??

1	2	3	4
En nada	Levemente	Moderadamente	Muchísimo

39. ¿Con qué frecuencia sientes hambre?

1	2	3	4
Sólo en las comidas	Algunas veces entre comidas	Frecuentemente entre comidas	Casi siempre

40. ¿Sentirte culpable por comer demasiado te ayuda a comer menos?

1	2	3	4
Nunca	Raramente	A menudo	Siempre

41. ¿Sería difícil para ti parar de comer a mitad de la cena y no comer durante las próximas cuatro horas?

1	2	3	4
Fácil	Ligeramente difícil	Moderadamente difícil	Muy difícil

42. ¿Eres consciente de lo que estás comiendo?

- | | | | | |
|--|------|-------------|---------------|----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Nada | Ligeramente | Moderadamente | Extremadamente |
43. ¿Con qué frecuencia evitas comprar comidas tentadoras?
- | | | | | |
|--|------------|-----------|---------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Casi nunca | Raramente | Habitualmente | Casi siempre |
44. ¿Es probable que compres alimentos bajos en calorías?
- | | | | | |
|--|---------------|----------------------|------------------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Poco probable | Ligeramente probable | Moderadamente probable | Muy probable |
45. ¿Comes moderadamente cuando estás con otros y te excedes cuando estás solo/a?
- | | | | | |
|--|-------|-----------|----------|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Nunca | Raramente | A menudo | Siempre |
46. ¿Es probable que comas lentamente para reducir la cantidad de comida que tomas?
- | | | | | |
|--|---------------|----------------------|------------------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Poco probable | Ligeramente probable | Moderadamente probable | Muy probable |
47. ¿Te saltas el postre cuando ya no tiene más hambre?
- | | | | | |
|--|-------|-----------|----------|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Nunca | Raramente | A menudo | Siempre |
48. ¿Cuándo quieres comer menos, es probable que lo consigas?
- | | | | | |
|--|---------------|----------------------|------------------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Poco probable | Ligeramente probable | Moderadamente probable | Muy probable |
49. ¿Continúas atracándote incluso cuando no tienes hambre?
- | | | | | |
|--|-------|-----------|---------|------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Nunca | Raramente | A veces | Al menos una vez a la semana |
50. En una escala de 0 a 5, donde 0=no restricción en la ingesta (comer todo lo que quieras, cuando quieras) y 5=restricción total (constante limitación en la ingesta y nunca caer en la tentación) ¿Qué puntuación te darías a ti mismo/a?

ANEXO PSI 8: BSQ-34 BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (Test de Imagen Corporal). Mide la distorsión cognitiva sobre la propia figura corporal (Cooper et. al. 1987).

NOMBRE: _____ FECHA: _____

EDAD: _____ Peso actual: _____ Talla: _____ Sexo: _____

Nos gustaría conocer cómo se ha sentido usted acerca de su apariencia DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS. Por favor, lea cada pregunta y marque con una cruz la opción apropiada. Por favor, responda a todas las preguntas.

	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuente-mente	General-mente	Siempre
1. ¿Te has sentido aburrid/o de darle vueltas al tema de tu forma física?						
2. ¿Has estado tan preocupado /a por tu figura que has sentido que debería ponerte a dieta?						
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o trasero son desproporcionados respecto al resto de tu cuerpo?						
4. ¿Te preocupa el hecho de llegar a ser gordo o más gordo?						
5. ¿Te preocupa el hecho de que tu carne no esté lo suficientemente prieta?						
6. ¿Sentirte lleno (tras una comida copiosa) te ha hecho sentirte gordo?						
7. ¿Te has sentido tan mal acerca de tu figura que has llegado a llorar?						
8. ¿Has evitado correr porque tus carnes se mueven/ bambolean?						
9. ¿Estar con mujeres delgadas te ha hecho ser consciente de tu propia figura?						
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se esparzan cuando te sientas?						
11. ¿Te hace sentir gorda incluso comer una pequeña cantidad de alimentos?						

	Siempre	General- mente	Frecuente- mente	A veces	Rara vez	Nunca
12. ¿Has sido consciente de la figura de otras mujeres y has comparado la tuya con un resultado desfavorable?						
13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentrarte (p.ej. mientras ves la televisión, lees, escuchas una conversación)?						
14. ¿Estar desnudo/a, como cuando tomas un baño, te ha hecho sentir gordo/a?						
15. ¿Has evitado llevar ropa que te hacen particularmente consciente de la forma de tu cuerpo?						
16. ¿Te has imaginado cortando áreas gordas de tu cuerpo?						
17. ¿Te ha hecho sentir gordo/a comer dulces, pasteles u otras comidas ricas en calorías?						
18. ¿Has evitado eventos sociales (p.ej. fiestas) porque te has sentido mal acerca de tu figura?.						
19. ¿Te has sentido excesivamente grande y redondeado?						
20. ¿Te has sentido avergonzado por tu cuerpo?						
21. ¿La preocupación por tu físico te ha llevado a hacer dieta?						
22. ¿Te has sentido más contenta/o con tu físico cuando tu estómago ha estado vacío (p.ej. por la mañana)?						
23. ¿Has pensado que tienes la forma que tienes porque te falta auto-control?						
24. ¿Te preocupa que los demás vean grasa						

alrededor de tu cintura o estómago?						
25. ¿Has sentido que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que tú?						
26. Has vomitado para sentirte más delgada/o?.						

	Siempre	General-mente	Frecuente-mente	A veces	Rara vez	Nunca
27. ¿Cuándo estás en compañía te ha preocupado ocupar demasiado espacio? (p.ej. sentada/o en el sofá, o en un asiento del autobús?)						
28. ¿Te ha preocupado que tu piel sea celulítica?						
29. ¿Ver tu reflejo (p.ej. en un espejo) te ha hecho sentir mal por tu físico?						
30. ¿Has pinchado áreas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay en ellas?						
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente podría ver tu cuerpo (p.ej. vestuarios, duchas públicas)?						
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada/o?						
33. ¿Has sido particularmente consciente de tu físico cuando estás con otras personas?						
34. ¿La preocupación sobre tu forma te hace sentir que deberías hacer ejercicio?						

ANEXO PSI 9: CUESTIONARIO NEO-PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado (Paul T. Costa Jr. y Robert R. McCrae, 1992. Versión en español de M.D. Avia, 1994, 2000).

Por Favor, antes de comenzar, lea cuidadosamente estas instrucciones. Marque sus contestaciones en la hoja de respuestas y escriba solamente en el lugar que se le indica. No escriba nada en este cuadernillo

Este inventario consta de 240 frases. Lea cada frase con atención y marque en la hoja de respuestas la alternativa que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con lo que dice la frase. Señale:

- 0 si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella
- 1 si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella
- 2 si la frase es tan cierta como falsa, si no puede decidirse, o si Vd. se considera neutral en relación con lo que se dice en ella
- 3 si la frase es frecuentemente cierta, si está de acuerdo con ella
- 4 si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella

No hay respuestas correctas o incorrectas, y no se necesita ser un experto para contestar a este Cuestionario. Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.

Dé una respuesta a todas las frases. Observe que en la hoja de respuestas los espacios para contestar están numerados, y asegúrese de que marca cada respuesta en el espacio correspondiente al número adecuado. Si se equivoca o si cambia de opinión, borre completamente lo que haya escrito primero.

ESPERE, NO PASE LA PÁGINA HASTA QUE SE LO INDIQUEN

Recuerde:

0: total desacuerdo

1: desacuerdo

2: neutral

3: acuerdo

4: totalmente de acuerdo

- 1. No soy una persona que se preocupe mucho 0 1 2 3 4
- 2. La mayoría de la gente que conozco me cae muy simpático 0 1 2 3 4
- 3. Tengo una imaginación muy activa 0 1 2 3 4
- 4. Tiendo a ser cínico y escéptico respecto a las intenciones de los demás 0 1 2 3 4
- 5. Se me conoce por mi prudencia y sentido común 0 1 2 3 4
- 6. Con frecuencia me irrita la forma en que me trata la gente 0 1 2 3 4
- 7. Huyo de las multitudes 0 1 2 3 4
- 8. Los aspectos estéticos y artísticos no son muy importantes para mí 0 1 2 3 4
- 9. No soy astuto ni disimulador 0 1 2 3 4
- 10. Prefiero dejar abiertas posibilidades más que planificarme todo de antemano 0 1 2 3 4
- 11. Rara vez me siento solo o triste 0 1 2 3 4
- 12. Soy dominante, enérgico y defiendo mis opiniones 0 1 2 3 4
- 13. Sin emociones fuertes la vida carecería de interés para mí 0 1 2 3 4
- 14. Algunas personas creen que soy egoísta y egocéntrico 0 1 2 3 4
- 15. Trato de realizar concienzudamente todas las cosas que se me encomiendan 0 1 2 3 4
- 16. Al tratar con los demás siempre temo hacer una patochada 0 1 2 3 4
- 17. Tanto en el trabajo como en la diversión tengo un estilo pausado 0 1 2 3 4
- 18. Tengo unas costumbres y opiniones bastante arraigada 0 1 2 3 4
- 19. Preferiría cooperar con los demás a competir con ellos 0 1 2 3 4
- 20. No me enfado por nada, soy un poco pasota 0 1 2 3 4
- 21. Rara vez me excedo en algo 0 1 2 3 4
- 22. A menudo anhele tener experiencias emocionantes 0 1 2 3 4
- 23. Con frecuencia disfruto jugando con teorías o ideas abstractas 0 1 2 3 4
- 24. No me importa hacer alarde de mis talentos y logros 0 1 2 3 4
- 25. Soy bastante bueno en organizarme para terminar las cosas a tiempo 0 1 2 3 4
- 26. Con frecuencia me siento indefenso y quiero que otro resuelva mis problemas 0 1 2 3 4
- 27. Literalmente, nunca he saltado de alegría 0 1 2 3 4

28. Considero que dejar que los jóvenes oigan a personas cuyas opiniones son polémicas sólo puede confundirles o equivocarles 0 1 2 3 4
29. Los líderes políticos deberían ser más conscientes del lado humano de sus programas 0 1 2 3 4
30. He hecho bastantes tonterías a lo largo de mi vida 0 1 2 3 4
31. Me asusto con facilidad 0 1 2 3 4
32. No me gusta mucho charlar con la gente 0 1 2 3 4
33. Intento que todos mis pensamientos sean realistas y no dejar que vuele la imaginación 0 1 2 3 4
34. Creo que la mayoría de la gente tiene en general buena intención 0 1 2 3 4
35. No me tomo muy en serio mis deberes cívicos, como ir a votar 0 1 2 3 4
36. Soy una persona apacible 0 1 2 3 4
37. Me gusta tener mucha gente alrededor 0 1 2 3 4
38. A veces me quedo total mente absorto en la música que escucho 0 1 2 3 4
39. Si es necesario, estoy dispuesto a manipular a la gente para conseguir lo que quiero 0 1 2 3 4
40. Tengo mis cosas bien cuidadas y limpias 0 1 2 3 4
41. A veces me parece que no valgo absolutamente nada 0 1 2 3 4
42. A veces no soy capaz de defender mis opiniones todo lo que debiera 0 1 2 3 4
43. Rara vez experimento emociones fuertes 0 1 2 3 4
44. Trato de ser cortés con todo el que conozco 0 1 2 3 4
45. A veces no soy tan formal ni tan fiable como debiera 0 1 2 3 4
46. Rara vez me siento cohibido cuando estoy con gente 0 1 2 3 4
47. Cuando hago cosas, las hago con energía 0 1 2 3 4
48. Creo que es interesante aprender y desarrollar nuevas aficiones 0 1 2 3 4
49. Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario 0 1 2 3 4
50. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada 0 1 2 3 4
51. Me cuesta resistirme a mis deseos 0 1 2 3 4
52. No me gustaría pasar las vacaciones en los centros de juegos de las Vegas 0 1 2 3 4
53. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas 0 1 2 3 4
54. Prefiero no hablar de mis éxitos o de mí mismo 0 1 2 3 4
55. Pierdo mucho tiempo hasta que me pongo a trabajar 0 1 2 3 4
56. Creo que soy capaz de enfrentarme a la mayoría de mis problemas 0 1 2 3 4
57. A veces he experimentado una intensa alegría o arrebató 0 1 2 3 4
58. Considero que las leyes y normas sociales deberían cambiar para reflejar las necesidades de un mundo cambiante 0 1 2 3 4
59. Soy duro y poco sentimental en mis actitudes 0 1 2 3 4
60. Pienso muy bien las cosas antes de tomar una decisión 0 1 2 3 4
61. Rara vez me siento con miedo o ansioso 0 1 2 3 4
62. Se me conoce como una persona cálida y cordial 0 1 2 3 4
63. Tengo mucha fantasía 0 1 2 3 4
64. Creo que la mayoría de la gente se aprovecharía de uno si se la dejara 0 1 2 3 4
65. Me mantengo informado y por lo general tomo decisiones inteligentes 0 1 2 3 4
66. Me consideran colérico y de genio vivo 0 1 2 3 4
67. En general prefiero hacer las cosas solo 0 1 2 3 4
68. Me aburre ver ballet clásico o danza moderna 0 1 2 3 4
69. Aunque quisiera, no podría engañar a nadie 0 1 2 3 4
70. No soy una persona muy metódica 0 1 2 3 4
71. Rara vez estoy triste o deprimido 0 1 2 3 4
72. A menudo he sido un líder en los grupos en que he estado 0 1 2 3 4
73. Cómo siento sobre las cosas es algo importante para mí 0 1 2 3 4
74. Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador 0 1 2 3 4
75. Pago mis desudas puntualmente y en su totalidad 0 1 2 3 4
76. En ocasiones he estado tan avergonzado que he querido esconderme 0 1 2 3 4
77. Probablemente mi trabajo sea lento pero constante 0 1 2 3 4
78. Cuando encuentro la manera de hacer algo, me aferro a ella 0 1 2 3 4
79. Me resulta difícil expresar rabia, aunque lleve razón 0 1 2 3 4

80. Cuando empiezo un programa para mejorar algo mío, lo habitual es que lo abandone a los pocos días 0 1 2 3 4
81. Me cuesta poco resistir a una tentación 0 1 2 3 4
82. A veces he hecho cosas por mera excitación, buscando emociones 0 1 2 3 4
83. Disfruto resolviendo problemas o rompecabezas 0 1 2 3 4
84. Soy mejor que la mayoría de la gente, y estoy seguro de ello 0 1 2 3 4
85. Soy una persona productiva que siempre termina su trabajo 0 1 2 3 4
86. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar 0 1 2 3 4
87. No soy un alegre optimista 0 1 2 3 4
88. Considero que deberíamos contar con las autoridades religiosas para tomar decisiones sobre cuestiones morales 0 1 2 3 4
89. Hagamos lo que hagamos por los pobres y los ancianos, nunca será demasiado 0 1 2 3 4
90. En ocasiones, primero actúo y luego pienso 0 1 2 3 4
91. A menudo me siento tenso e inquieto 0 1 2 3 4
92. Mucha gente cree que soy algo frío y distante 0 1 2 3 4
93. No me gusta perder el tiempo soñando despierto 0 1 2 3 4
94. Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna 0 1 2 3 4
95. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer 0 1 2 3 4
96. No se me considera una persona quisquillosa o de mal genio 0 1 2 3 4
97. Si estoy solo mucho tiempo, siento mucha necesidad de la gente 0 1 2 3 4
98. Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza 0 1 2 3 4
99. Ser absolutamente honrado no es bueno para hacer negocios 0 1 2 3 4
100. Me gusta tener cada cosa en su sitio, de forma que sepa exactamente dónde está 0 1 2 3 4
101. A veces he sentido una sensación profunda de culpa o pecado 0 1 2 3 4
102. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros 0 1 2 3 4
103. Rara vez pongo mucha atención en mis sentimientos del momento 0 1 2 3 4
104. Por lo general trato de pensar en los demás y ser considerado 0 1 2 3 4
105. A veces hago trampas cuando me entretengo con juegos solitarios 0 1 2 3 4
106. No me avergüenzo mucho si la gente se ríe de mí y me toma el pelo 0 1 2 3 4
107. A menudo siento como si estuviera explotando de energía 0 1 2 3 4
108. Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países 0 1 2 3 4
109. Si alguien no me cae simpático, se lo digo 0 1 2 3 4
110. Trabajo mucho para conseguir mis metas 0 1 2 3 4
111. Cuando como las comidas que más me gustan, tiendo a comer demasiado 0 1 2 3 4
112. Tiendo a evitar las películas demasiado violentas y terroríficas 0 1 2 3 4
113. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas 0 1 2 3 4
114. Trato de ser humilde 0 1 2 3 4
115. Me cuesta forzarme a hacer lo que tengo que hacer 0 1 2 3 4
116. En situaciones de emergencia mantengo la cabeza fría 0 1 2 3 4
117. A veces reboso felicidad 0 1 2 3 4
118. En mi opinión, las distintas ideas sobre lo que está bien y lo que está mal que tienen otras sociedades pueden ser válidas para ellas 0 1 2 3 4
119. Los mendigos no me inspiran simpatía 0 1 2 3 4
120. Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias 0 1 2 3 4
121. Rara vez me inquieta el futuro 0 1 2 3 4
122. Disfruto mucho hablando con la gente 0 1 2 3 4
123. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades 0 1 2 3 4
124. Cuando alguien es agradable conmigo, me entran recelos 0 1 2 3 4
125. Estoy orgulloso de mi sensatez 0 1 2 3 4
126. Con frecuencia acabo sintiéndome a disgusto con las personas con las que tengo que tratar 0 1 2 3 4
127. Prefiero los trabajos que me permiten trabajar solo, sin que me molesten los demás 0 1 2 3 4

128. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí 0 1 2 3 4
129. Detestaría que alguien pensara de mí que soy un hipócrita 0 1 2 3 4
130. Parece que nunca soy capaz de organizarme 0 1 2 3 4
131. Cuando algo va mal, tiendo a culpabilizarme 0 1 2 3 4
132. Con frecuencia, los demás cuentan conmigo para tomar decisiones 0 1 2 3 4
133. Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos 0 1 2 3 4
134. No se me conoce por mi generosidad 0 1 2 3 4
135. Cuando me comprometo a algo, siempre se puede contar conmigo para llevarlo a término
0 1 2 3 4
136. A menudo me siento inferior a los demás 0 1 2 3 4
137. No soy tan vivo ni tan animado como otras personas 0 1 2 3 4
138. Prefiero pasar el tiempo en ambientes conocidos 0 1 2 3 4
139. Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar 0 1 2 3 4
140. No me siento impulsado a conseguir el éxito 0 1 2 3 4
141. Rara vez cedo a mis impulsos momentáneos 0 1 2 3 4
142. Me gusta estar donde está la acción 0 1 2 3 4
143. Me gusta hacer rompecabezas de los que te cuesta bastante resolverlos 0 1 2 3 4
144. Tengo una opinión muy alta de mí mismo 0 1 2 3 4
145. Cuando empiezo un proyecto, casi siempre lo termino 0 1 2 3 4
146. Con frecuencia me resulta difícil decidirme 0 1 2 3 4
147. No me considero especialmente alegre 0 1 2 3 4
148. Considero que la fidelidad a los propios ideales y principios es más importante que tener una mentalidad abierta 0 1 2 3 4
149. Las necesidades humanas deberían estar siempre por delante de consideraciones económicas 0 1 2 3 4
150. A menudo hago cosas siguiendo el impulso del momento 0 1 2 3 4
151. Me preocupo con frecuencia por cosas que podrían salir mal 0 1 2 3 4
152. Me resulta fácil sonreír y ser abierto con desconocidos 0 1 2 3 4
153. Si noto que mi mente comienza a divagar y a soñar, generalmente me ocupo en algo y empiezo a concentrarme en una tarea o actividad alternativa 0 1 2 3 4
154. Mi primera reacción es confiar en la gente 0 1 2 3 4
155. No parece que haya tenido éxito completo en algo 0 1 2 3 4
156. Es difícil que yo pierda los estribos 0 1 2 3 4
157. Preferiría pasar las vacaciones en una playa muy frecuentada que en una cabaña aislada en el bosque 0 1 2 3 4
158. Ciertos tipos de música me producen una fascinación sin límites 0 1 2 3 4
159. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero 0 1 2 3 4
160. Tiendo a ser algo quisquilloso en el orden 0 1 2 3 4
161. Tengo una baja opinión de mí mismo 0 1 2 3 4
162. Preferiría ir a mi aire a ser el líder de otros 0 1 2 3 4
163. Rara vez me doy cuenta del humor o de las emociones que existen en cada ambiente
0 1 2 3 4
164. A la mayoría de las personas que conozco les caigo simpático 0 1 2 3 4
165. Me atengo de forma estricta a mis principios éticos 0 1 2 3 4
166. Me siento a gusto en presencia de mis jefes u otras figuras de autoridad 0 1 2 3 4
167. Habitualmente me parece tener prisa 0 1 2 3 4
168. A veces hago cambios en la casa, sólo para probar algo diferente 0 1 2 3 4
169. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear 0 1 2 3 4
170. Me esfuerzo por conseguir aquello para lo que estoy capacitado 0 1 2 3 4
171. A veces como tanto que me pongo malo 0 1 2 3 4
172. Adoro la excitación de las montañas rusas en los parques de atracciones 0 1 2 3 4
173. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana 0 1 2 3 4
174. Pienso que no soy mejor que los demás, independientemente de cuál sea su condición
0 1 2 3 4
175. Cuando un proyecto se pone demasiado difícil, me siento inclinado a empezar uno nuevo
0 1 2 3 4

176. Puedo comportarme bastante bien en una crisis 0 1 2 3 4
177. Soy una persona alegre y animosa 0 1 2 3 4
178. Me considero de mentalidad abierta y tolerante con los estilos de vida de los demás
0 1 2 3 4
179. Creo que todos los seres humanos merecen respeto 0 1 2 3 4
180. Casi nunca tomo decisiones precipitadas 0 1 2 3 4
181. Tengo menos miedos que la mayoría de la gente 0 1 2 3 4
182. Tengo unos fuertes lazos emocionales con mis amigos 0 1 2 3 4
183. De niño rara vez me divertía jugando a ser otra persona (policía, padre, profesor, etc.)
0 1 2 3 4
184. Tiendo a pensar lo mejor de la gente 0 1 2 3 4
185. Soy una persona muy competente 0 1 2 3 4
186. A veces me he sentido amargado y resentido 0 1 2 3 4
187. Las reuniones sociales normalmente me resultan aburridas 0 1 2 3 4
188. A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda
emoción o excitación 0 1 2 3 4
189. A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero 0 1 2 3 4
190. No soy compulsivo sobre la limpieza 0 1 2 3 4
191. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza 0 1 2 3 4
192. En las conversaciones tiendo a ser el que más habla 0 1 2 3 4
193. Me parece fácil simpatizar, sentir yo lo que sienten los demás 0 1 2 3 4
194. Me considero una persona caritativa 0 1 2 3 4
195. Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez
0 1 2 3 4
196. Si he dicho o hecho algo mal a una persona, me cuesta mucho poder enfrentarme a ella de
nuevo 0 1 2 3 4
197. Mi vida lleva un ritmo rápido 0 1 2 3 4
198. En vacaciones prefiero volver a un sitio conocido y fiable 0 1 2 3 4
199. Soy cabezota y testarudo 0 1 2 3 4
200. Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago 0 1 2 3 4

ANEXO PSI 10: Hoja de seguimiento.

Nombre del paciente _____

Número de página (de esa especialidad) _____

HOJA DE SEGUIMIENTO (obligatoria fecha y firma reconocible o cuño)

Fecha	Seguimiento (situación clínica, recomendaciones, tratamientos, pruebas solicitadas)

ANEXO PSI 11: Registro informático pacientes en base de datos online.

intraObes

Datos Personales

Nombre Apellido:
 Apellido:
 Nombre:
 Código:
 Dirección:
 Teléfono:
 Correo electrónico:
 Profesión:
 Sexo:
 Vigencia:

Teléfono:
 Email 1:
 Email 2:
 Fecha nacimiento:
 Fecha 1ª visita:
 Edad:
 Sexo:
 Rol:
 Rol:
 Rol:
 Rol:
 Rol:

(*) Campos obligatorios

Buscar

© 2012 intraObes - Todos los derechos reservados

MANUAL DE APOYO PSICOLÓGICO

1) FASE EDUCATIVA

➤ ¿Por qué tenemos exceso de peso?

La obesidad es una condición que implica exceso de grasa. La principal razón de este exceso es un balance energético desequilibrado: el número de calorías que el cuerpo consume sobrepasa las necesidades energéticas. La energía que no se usa no se desaprovecha, sino que se guarda en forma de grasa. La solución para deshacerse de este exceso implica cambiar la cantidad de energía que se ingiere o la que se gasta. Lo aconsejable es proponerse ambas cosas: no sólo disminuir el número de calorías que se ingiere, sino también aumentar la cantidad de energía que se gasta en las actividades diarias.

➤ ¿Por qué comemos más?

Existen varias razones por las que las personas comen más de lo que necesitan; entre ellas destacamos:

- Por aprendizaje: muchas personas han aprendido a comer en exceso desde la niñez simplemente porque sus padres lo hacían. De este modo, se aprende a comer de más de niño y a considerarlo normal.
- Porque surge la ocasión: se puede comer sin hambre porque se ven o se huelen alimentos apetecibles que se consumen, aunque no se tenga hambre en ese momento. Del mismo modo, determinados acontecimientos (como banquetes, comidas/cenas sociales, etc.) pueden llevar a una persona a ingerir más alimentos de los que realmente necesita para colmar su hambre.
- Como mecanismo compensatorio: se puede aprender a comer más de lo necesario como medio para controlar emociones negativas (ansiedad, depresión, tristeza, aburrimiento...) Muchas personas han aprendido a disminuir o controlar este tipo de emociones comiendo alimentos que les gustan especialmente, aunque no tengan hambre.

➤ Errores frecuentes en la dieta

Los errores más frecuentes en la dieta cuando se trata de perder peso suelen ser:

- Comer en exceso: comer copiosamente en las comidas formales, picotear entre horas o ambas cosas.

- Consumir alimentos muy calóricos.
- Hacer dietas muy rígidas o muy bajas en calorías que pueden propiciar atracones compulsivos.
- Saltarse comidas, que favorece que la persona afronte su siguiente comida con excesiva hambre.
- Desterrar por completo los alimentos proteicos de origen animal: al ingerir un exceso de carbohidratos, el organismo tiene energía "fácil" y no tiene, por tanto, necesidad de usar grasa.
- Abusar de los alimentos light: a menudo no tienen tan pocas calorías como prometen y, sobre todo, no son sanos, están muy manipulados y contienen sustancias tóxicas.
- Ser demasiado estricto u obsesionarse: perder peso es un proceso más o menos largo y conviene prepararse para cometer errores.
- No beber suficiente agua: beber agua mineral abundante facilita el proceso de usar la grasa acumulada como energía.
- Consumir alcohol: el alcohol tiene casi el doble de calorías que los carbohidratos y las proteínas.
- No tener en cuenta las calorías que provienen de los líquidos, especialmente de los refrescos, por el azúcar añadido.
- Comer demasiado poco durante demasiado tiempo: cuando el organismo recibe muy pocas calorías durante períodos muy prolongados, se adapta y desciende el ritmo metabólico, dificultando así la pérdida de peso.
- Comer en exceso alimentos con poco valor biológico: el abuso de alimentos muy procesados (conservas, congelados, platos precocinados, bebidas muy elaboradas) proporcionan energía, pero cuentan con escaso aporte nutricional.
- Limitar la ingesta calórica a un número muy reducido de alimentos (por ej.: comer sólo pescados a la plancha y ensaladas) Aunque en los primeros días suelen ser eficaces, se vuelven rápidamente monótonas, la motivación desciende y se abandonan.
- Utilizar dietas de incompatibilidades: este tipo de dietas defienden que, al combinar ciertos alimentos, las calorías engordan más. Este concepto no tiene ninguna base científica y facilitan, con frecuencia, seguir dietas insanas.
- Tomar diuréticos o laxantes. Los diuréticos pueden hacer que una persona pierda líquido, y así su peso baja, pero no pierde grasa.
- No incluir en el plan de reducción de peso el aumento de ejercicio

físico.

Muy probablemente, la diferencia principal entre las personas con sobrepeso y las que no lo tienen se centre en aspectos psicológicos.

Frecuentemente se dice que una persona tiene una gran fuerza de voluntad cuando ha superado algún problema; en este sentido, puede parecer que la fuerza de voluntad supone una capacidad interior innata: o se tiene o no se tiene, y si no se tiene, no hay nada que hacer. Esta manera de pensar es la responsable de que un gran porcentaje de esfuerzos de autocontrol no den sus frutos o sean abandonados con relativa rapidez. Lo que habitualmente se entiende por fuerza de voluntad no es otra cosa que habilidades de autocontrol. La motivación que lleva a una persona a ejercer habilidades de autocontrol parece ser una combinación de varios factores, entre los que destacan por su importancia:

- El valor del cambio anticipado (por ejemplo: la salud, la apariencia personal, la aceptación social, etc.).
- La confianza en su capacidad de control.

Si una persona da una alta valoración a algún cambio y tiene confianza en que el cambio se pueda realizar, su motivación es, generalmente, fuerte. Conviene resaltar que uno de los factores más importantes en la motivación personal es lo que la persona se dice a sí misma. Quien guarda una dieta puede influir enormemente en su motivación con sólo cambiar el contenido de sus monólogos privados. Así, alguien que piensa continuamente “esto no va a funcionar” puede, de hecho, disminuir su propia motivación para intentarlo (este aspecto de la influencia de los pensamientos es tratado en mayor profundidad más adelante) El que una persona pueda ejercer alguna influencia sobre su propia motivación es un hecho muy importante que conviene tener presente.

2) MODIFICACIÓN DE HÁBITOS

El control de peso constituye un esfuerzo que requiere mucho empeño; ese control requiere típicamente de un fuerte empeño durante un período de tiempo. Exige dedicación y persistencia. Aunque vigilar el peso requiere esfuerzo, puede tener éxito.

Existen razones para la falta de éxito que es importante comprender y tener en cuenta. El problema no es la falta de esfuerzo: el lema de que “el esfuerzo es igual al resultado” quizá se exprese mejor como “el esfuerzo apropiado equivale al resultado deseado”. El problema de que esfuerzos reiterados en el control de peso (siguiendo numerosas dietas

y/o tratamientos médicos a lo largo de años) no hayan dado los resultados deseados no hay que buscarlo en la magnitud de los esfuerzos sino en el enfoque que se les da:

- a. En primer lugar, quizá se ha enfocado erróneamente el peso como un problema y no como un producto, como una causa y no como un efecto colateral. Se hace fácil considerar el peso como un problema, no como un producto secundario; sin embargo, el peso no es el problema: no se puede manipular kilogramos directamente, sólo es capaz de manipular sus patrones de conducta: aquí es donde radica el verdadero problema. La diferencia esencial entre personas con sobrepeso y personas que no lo tienen consiste en sus hábitos alimentarios y de actividad física. En la medida en que los kilos distraen a la persona en la tarea de evaluar e identificar sus hábitos problemáticos, lo apartan de la pérdida permanente de peso y de su efectivo control de peso.
- b. En segundo lugar, si se comete el error de enfocar el peso como el origen del problema, es probable que también se cometa el error de considerar la pérdida de peso como la solución. Ahora bien ¿qué hay de malo en eso? Después de todo, si se tiene unos kilos de más, un control de peso acertado incluye ciertamente la pérdida de una parte del mismo. Pero la diferencia fundamental entre las personas que consiguen controlar su peso y las que no lo logran radica en sus habilidades de autocontrol. Las personas que alcanzan el éxito en su control de peso tienen éxito en el autocontrol: se concentran en mejorar sus hábitos alimentarios y de ejercicio físico, y no en perder peso: se preocupan más acerca de sus hábitos alimentarios que de los números en la báscula. Confían justificadamente en que el cambio en sus costumbres conducirá a la pérdida y al control permanente de peso.

Cuando se ha fracasado en los esfuerzos por bajar peso, la historia del empeño de cada persona por reducirlo revela, con mucha probabilidad, un énfasis exagerado en perder y una falta del mismo en cambiar sus hábitos. Existen hábitos importantes y problemáticos en el elevado consumo de calorías: dónde, cuándo, qué, cuánto y por qué. El éxito se basa menos en contar y restringir calorías que en cambiar los hábitos involucrados en el consumo de las mismas. La sustitución es del negativo ("no coma eso") por el positivo ("haga esto para comer menos")..

Este cambio hacia el positivo puede ser mucho más importante de lo que parece a primera vista: si el énfasis es negativo ("no coma" o "coma menos") se caracterizará por el sacrificio, los esfuerzos estarán dedicados ante todo a la restricción y el foco de atención estará en los "no".

En el autocontrol se hace hincapié en la acción, no simplemente en la restricción. La persona que tiene éxito en su autocontrol se propone comer apropiadamente: evalúa y modifica sus hábitos para que le ayuden a comer y a hacer ejercicio juiciosamente.

Por tanto, para triunfar en el esfuerzo por regular el peso conviene concentrarse en hábitos, no en kilogramos: ha de insistir en el cambio de hábitos, no tanto en la pérdida de peso. Y el cambio de hábitos requiere tiempo; una pérdida rápida de peso es señal de que no se está cambiando hábitos duraderos. La modificación de hábitos de toda una vida requiere, no obstante, algo más que buenas intenciones. Se necesita un esfuerzo concentrado y el desarrollo de habilidades efectivas.

3) CONTROL DE ESTÍMULOS

El objetivo del Control de Estímulos consiste en planificar el medio social y físico en el que se desenvuelve una persona, a fin de cambiar aquellos aspectos que le llevan al consumo de alimentos innecesario. Se trata, por tanto, de ejercer el control sobre aquellos estímulos que están determinando la aparición de dicho comportamiento, interviniendo antes de que éste tenga lugar.

Para que este control sea personalizado, se debe, en un primer momento, identificar aquellos estímulos que desencadenan o preceden al comportamiento que se desea cambiar. Para ello, es aconsejable responder las cuestiones planteadas anteriormente:

- dónde se come
- cuándo se come
- qué se come
- cuánto se come
- por qué se come

En líneas generales, las principales estrategias utilizadas para el control de estímulos en los tratamientos dirigidos a la disminución de peso son las siguientes:

- comer despacio:
 - cortar los alimentos en porciones muy pequeñas
 - después de introducir un bocado en la boca, dejar los cubiertos sobre la mesa y no volver a cogerlos hasta no haber ingerido el bocado anterior
 - masticar muy bien cada bocado
 - si es necesario, a mitad de la comida, parar unos 5 minutos para darle tiempo al estómago a “notar” la comida
- comer menos:
 - procurar servir la comida en platos algo más pequeños de lo habitual

- no mezclar dos alimentos en la boca
- servir los platos en la cocina y procurar no sacar a la mesa fuentes, ensaladas o sopas
- comer en primer lugar lo que más le guste a la persona
- comer siempre en el mismo lugar de la casa
- comer pautadamente, con un horario regular
- eliminar cualquier distracción durante las comidas (ver la T.V., leer, etc.)
- intentar preparar la comida cuando no se tenga hambre
- tratar de que los alimentos que habitualmente constituyen los picoteos estén situados en lugares poco accesibles o, al menos, poco visibles
- si hay sobremesa, no dejar restos de alimentos sobre la mesa, especialmente postres
- al hacer la compra: planificar (confeccionar lista) a priori lo que se va a comprar y hacer, tanto esta planificación como la compra, sin hambre
- reducir la compra de alimentos que no haya que cocinar previamente y que, por tanto, sean muy "picables"
- si se come o cena fuera de casa, intentar ir a lugares en los que no suponga un problema pedir alimentos relativamente bajos en calorías.

En esta sesión, se estudia cómo el acto de comer y beber está controlado por numerosos estímulos, tanto internos (contracciones gástricas, sensación de hambre, etc.) como externos (hora del día, visión de la comida, lugar donde se come, etc.). Además, aprenderemos qué hacer para no ser "víctimas" de ellos.

Hambre versus apetito. El hambre es una sensación física en el estómago que a veces va acompañada de una sensación de mareo y que aparece cuando se llevan varias horas sin comer- al menos tres o cuatro, dependiendo de la cantidad comida previamente. El apetito, sin embargo, es un deseo o impulso de comer ante determinados estímulos. Vamos a considerar algunos estímulos que llevan a incrementar el apetito.

1. Ciertos tipos de alimentos. ¿Quién no tiene debilidad por algún alimento que curiosamente nunca resulta bajo en calorías? Por ahí va el dicho de que todo lo bueno engorda. El que nos gusten unos alimentos sobre otros tiene su origen en lo que hemos aprendido y estamos acostumbrados a comer desde pequeños. ¡Los ingleses no pueden entender cómo no les gustan tanto los churros –esa masa frita! -, o cómo podemos siquiera llevarnos a la boca los sesos, criadillas, el rabo de toro...

2. La cantidad. ¡Ya dice el refrán que "para el comer y el rascar basta con empezar...!". Aquí entra de nuevo el apetito, es decir, cuando el estómago tiene ya una sensación

de satisfacción y, sin embargo, seguimos comiendo. El comer es a veces automático y muchas veces seguimos comiendo aun cuando ya podríamos para porque en realidad estamos satisfechos. Es importante aprender a decir cuando nos sentimos así "ya tengo suficiente".

3. Horario: La mayoría de nosotros tenemos un horario irregular de comidas. A veces comemos cuando estamos tan hambrientos que engullimos todo lo que se nos presenta y otras veces comemos, "picamos" o bebemos (sobre todo bebidas alcohólicas) sin hambre o sin sed, sólo porque es la hora del aperitivo.

4. Sitios y actividades. A algunos os ocurrirá que no coméis siempre en un sitio fijo, sino que lo hacéis en diferentes lugares que os impulsan a comer por el simple hecho de estar allí. Por ejemplo, entrar en un bar, en una pastelería... De la misma forma, muchos os habréis "pillado" comiendo o picando frutos secos cuando estáis viendo TV, estudiando, preparando la comida... También es muy habitual comer cuando se sale con amigos porque "¿Qué otra cosa se puede hacer en la calle?" Todos estos estímulos externos nos hacen sentir apetito o predisposición a comer. Esto es así porque cualquier estímulo o situación que se asocia repetidamente con el acto de comer adquiere las propiedades de inducir el hambre. Es como la conducta de fumar. Hay situaciones en las que uno no puede "evitarlo" aunque quiera, ocurre de forma automática. Por eso es importante que os deis cuenta de cuáles son vuestras "situaciones de alto riesgo" que os llevan a comer de forma no controlada.

4) CONDUCTA ALIMENTARIA:

Los siguientes consejos muestran una forma de comer que calmará vuestra sensación de hambre más rápidamente. Muchas personas suelen comer deprisa, sin detenerse hasta que lo engullen todo. Esto es un mal hábito por dos razones: primera, la comida que se está ingiriendo tarda más tiempo en ser absorbida ya que el estómago tiene que "trabajarla" más, y, por tanto, la sensación de hambre tarda más tiempo en desaparecer; segunda, no da tiempo a saborear y disfrutar de la comida.

1. Llevad a la boca trozos pequeños de comida, bajad el cubierto y no lo volváis a llenar de comida hasta que no os hayáis tragado lo que tenéis en la boca. De esta forma aumentará automáticamente el tiempo empleado en comer.
2. Si al principio os cuesta trabajo bajar los cubiertos a la mesa después de cada bocado, procurad hacerlo de forma progresiva. Comenzad haciéndolo

cada tres o cuatro bocados hasta llegar a una proporción de 1 a 1.

3. Masticad despacio, paladeando cada bocado, disfrutando de la comida.
4. Dejad de comer de vez en cuando, aprended a controlarlos.
5. Procurad comer en compañía y utilizad estos descansos para charlar. Los que disponéis de pareja podéis hacer las comidas con ella. Aunque no quiera adelgazar, aprender a comer despacio le vendrá muy bien, tanto para su estómago como para su paladar.
6. Siempre que podáis comenzad la comida con una ensalada, os reducirá el apetito.
7. Durante la comida procurad beber lo menos posible. No es cierto que el agua durante las comidas engorde. El agua no tiene calorías. Lo que ocurre es que el alimento seco ayuda a que uno se sienta saciado y, por tanto, la sensación de hambre desaparecerá antes si no bebéis. Lo que sí ayuda a calmar el hambre es beber antes de comer. Además, se recomienda beber entre uno y dos litros de agua diarios.
8. Tomad la menor cantidad posible de azúcar. Tiene un gran valor energético y aunque disminuye momentáneamente el apetito lo aumenta más tarde.

Aunque estas actividades parezcan un tanto tediosas, recordad que estamos tratando de sustituir un hábito por otro. Para que el comer despacio se convierta en un hábito es necesario practicar las actividades sugeridas una y otra vez hasta que queden perfectamente establecidas.

4.1) Ejercicio de Alimentación Consciente (Mindfulness)

Objetivo: toma de conciencia del alimento a través de los 5 sentidos (vista, tacto, olfato, oído, gusto) para reducir la velocidad de ingesta y saborear el alimento.

Preparación: para este ejercicio se necesita un alimento (una fruta, uva pasa, galleta...).

Terapeuta:

"Imagínate que eres un científico en una misión de exploración de un nuevo planeta.

Tu nave ha aterrizado y has descubierto que el planeta parece ser de polvo y piedra, y nadie ha visto todavía ninguna forma de vida. Los alimentos en la nave están acabándose y todo el mundo empieza a sentir hambre. Te han pedido que explores el planeta en busca de algo que sea comestible.

Mientras investigas, encuentras un pequeño objeto en el suelo y lo recoges.

Pones el alimento en tu mano. Vas a investigarlo con las únicas herramientas de que dispones, tus cinco sentidos. No tienes ni idea de qué objeto se trata. Nunca lo habías visto antes.

Primero investigas con los ojos explorando su color, forma y textura exterior ¿Qué ves?

Luego lo exploras con el olfato: acerca el objeto hacia tu nariz y huélelo, refrescando la nariz.

Muévelo entre los dedos notando su forma y textura y luego acércalo a tu oído, quizás escuches el sonido que hace al moverlo entre tus dedos.

De nuevo huélelo y llévalo hacia tu boca, observando si segregas saliva antes de introducir el objeto en tu boca.

Una vez lo has introducido, observa los movimientos que se producen en tu boca para romper el alimento. Explora con tu boca su textura, forma, sabor conforme masticas el objeto. Te recomendamos que lo hagas siempre de forma Atenta, con la mente en modo consciente.

Una vez tu cuerpo se prepare para tragarlo, sigue con tu atención su trayectoria hasta llegar al estómago. “

5) ESTRATEGIAS PARA COMER FUERA DE CASA

Muchos habéis comentado las salidas a comer en la calle como las peores situaciones para mantenerse firme en los objetivos de la dieta.

Algunos consejos al respecto:

1 ¡Cuidado con la carta! Se suelen presentar unos platos tentadores aderezados con salsas exóticas riquísimas en calorías disfrazadas. Disfrazadas por que como es una “salsa” uno no se para a considerar qué lleva, la mayoría están hechas a base de mahonesa, mantequillas y quesos ricos en gras. Si no sabes qué lleva un plato determinado, pregúntalo.

2 ¡Cuidado con los menús del día! El menú del día sale más económico que cada uno de los platos por separado y si además os gusta lo que ofrecen en él parece razonable pedirlo. Pero no es tan razonable si consideráis que suelen llevar dos o tres platos y puede que tengáis suficiente con uno. Si es así, entonces os está saliendo más caro y, además, ¿quién se deja luego uno de ellos si ya están pagados?

3 ¡Cuidado con los postres! Para muchas personas los postres constituyen la auténtica tentación. Después de todo, ¿Por qué no permitirse uno un lujo de vez en cuando? No os engañéis con ese razonamiento. Procurad llegar a los postres

ya satisfechos, para eso pedid una ensalada acompañando vuestra comida. NO se trata de que "nunca" os podáis permitir comer un postre apetitoso, pero hacedlo sólo si habéis previsto de antemano conseguir esas calorías extras y veis que os lo podéis permitir.

4 ¡Cuidado con las bebidas! Cuesta mucho trabajo no tomar un buen vino con la cena o una cerveza con los amigos. Recordad, sin embargo, que el alcohol contiene sólo calorías sin valor nutritivo alguno. Haced con él igual que con los postres o dulces, tomadlo sólo cuando de antemano hayáis previsto que os lo podéis permitir. Cuando esto sea así, procurad al menos no tomar licores fuertes. De todos modos, no olvidéis que lo que realmente cuesta trabajo es sólo el momento de no pedirlo.

5 ¡Cuidado con la cesta del pan! En vuestra casa sólo ponéis delante el pan que os vais a comer, pero en muchos sitios os dejarán toda una cestita llena de panecillos sabrosos. Lo prudente está en coger sólo un trocito y no ¡toda la cesta!

¡Algunos estaréis pensando que "muchos cuidados son éstos!", y que a ver si os vais a amargar un día que salís fuera de casa. Esto es completamente falso, como probablemente terminaréis "amargados" es inflándoos de comer y viendo luego lo que habéis ganado en calorías. No queremos que ocurra ni una cosa ni la otra.

Podéis permitiros tantas concesiones como creáis convenientes. Lo tenéis que decidir vosotros. Si las calorías que ganáis en una buena cena fuera de casa están controladas, planeadas y además uno asume las consecuencias, ¡pues adelante!

El comer platos menos ricos en calorías no supone que uno no lo vaya a pasar tan bien. Olvidaros de la comida y concentraros en la conversación con vuestros amigos.

Prestadle atención a vuestros B, sobre todo a los de las "excusas" y a los de "todo-nada". Si, de todas formas, y a pesar de esto "os pasáis", ¡cuidado con lo que viene después! El dejaros bombardear por "sobre generalizaciones", "etiquetas", "deberes" y demás B negativos, sólo os hará sentir culpables, desmoralizados. La culpa es un sentimiento absurdo porque lo hacho ya está hecho. No es tan grave tomarse 3000 calorías en una cena como dar una respuesta negativa a este hecho. Las calorías, a lo sumo, te harán coger gramos que puedes perder esforzándote un poco. Las actitudes negativas te pueden llevar a abandonar.

6) INFLUENCIA DE LOS PENSAMIENTOS

El comer es, con frecuencia, una respuesta a estímulos internos: pensamientos (cogniciones) y emociones. Numerosas investigaciones en el campo de la Psicología han demostrado la influencia que el modo de pensar tiene en las emociones y acciones que se llevan a cabo. Según la Teoría A-B-C, el hecho de que una persona no pueda manejar sus emociones negativas y las acciones consecuentes a tales emociones, no se debe tanto a las situaciones que vive, como al modo en que éstas son interpretadas: los pensamientos e imágenes mentales afectan a la manera en que una persona se siente y se comporta.

En las personas que tienen sobrepeso, las principales cogniciones que les llevan a fracasar en sus intentos de reducir peso y modificar hábitos poco saludables son las que a continuación se detallan:

- los deberías: exigencias inflexibles que la persona se autoimpone; ejemplos: “no debo faltar nunca a la dieta”, “debo perder peso todas las semanas”, “no debería haberme comido ese pastel”;
- los extremos: pensamientos de todo-nada; ejemplos: “ya que no he sido capaz de no probarlo, “qué más da”, me lo como todo”, “nada de lo que haga para perder peso me va a ayudar”;
- el fatalismo: creer firmemente que las cosas no pueden cambiar; ejemplos: “otros programas no dieron resultado así que éste tampoco lo dará”;
- el catastrofismo: exagerar las consecuencias de nuestros actos o de lo que se está experimentando; ejemplos: “es horrible que no consiga mi objetivo”, “que horror: toda la semana sacrificándome y no he perdido más que medio kilo”;
- el no poder: convencerse de que se es incapaz de realizar alguna conducta o de no llevar a cabo alguna acción; ejemplos: “no puedo dejar de pensar en el pastel que tengo en la nevera”, “no puedo resistir entrar en una pastelería cuando paso delante de ella”;
- las excusas: argumentos que la persona se da para llevar a cabo o no determinadas acciones; ejemplos: “total, por un día que me salte la dieta...mañana empezaré”, “me como este trozo de tarta y mañana no almuerzo”, “no tengo tiempo para hacer todas las tareas del programa”;
- la sobre generalización: a partir de un simple hecho o acontecimiento aislado, la persona concluye que siempre va a ocurrir de la misma manera, es decir, generaliza a otros hechos o acontecimientos; ejemplos: una persona picotea un día y concluye “siempre estoy picoteando”;
- la etiquetación: es una variante de la sobre generalización que consiste en considerar un error puntual como una característica permanente de la persona, es decir, como una etiqueta que colgará de ella el resto de su vida;

ejemplos: "soy un vago", "no tengo fuerza de voluntad".

¿Habéis identificado tener alguno o varios de ellos? Todos estos pensamientos o auto frases son exagerados y negativos, porque no corresponden a la realidad o no se pueden probar, y por otro lado llevan a sentimientos de ansiedad, desgana, irritabilidad... Quizá algunos de ellos como, por ejemplo, "es terrible cuando me sacrifico toda la semana y no pierdo peso" no os parezcan tan exagerados. Veremos por qué lo son y cómo podemos cambiarlos por otros que nos lleven a sentirnos mejor y a no abandonar.

Todos estos tipos de auto frases negativas suelen darse juntas en muchos casos.

Por ejemplo, ante una bandeja de pasteles nos decimos "bueno, por uno no pasa nada" (excusas), después pasamos a "ya que más da que siga" (todo-nada) y al final "no debería haberlo hecho" (deber) "ya he echado la semana por alto" (sobre generalización), ¡"qué idiota soy!" (etiquetas).

REGISTRO DEL ABC

Este registro consiste en anotar en la columna A aquellas situaciones en las que os decís ciertas cosas (B) que os llevan a caer en "tentaciones" (C). Por ejemplo:

A: Me encuentro con unos amigos y me invitan a una caña

B: ¡Bah!, por una no pasa nada.

C: Me siento despreocupado y me tomo una caña con su correspondiente tapa.

Lo peor es que ahí no acaba la cosa. El haber caído en "tentaciones" se convierte ahora en una situación A ante la que volvéis a decir ciertas cosas "agradables" sobre vosotros mismos B que os llevan ya a comer y/o beber de forma incontrolada C. Continuando con el ejemplo:

A: Me he tomado la caña y la tapa

B: No debería habérmela tomado, ya lo he estropeado todo, qué poca fuerza de voluntad tengo.

C: Me siento culpable. Me tomo dos cañas más con sus respectivas tapas.

¿Cómo hacer este registro?

Es muy difícil darse cuenta de lo que uno se dice ante determinadas situaciones o actuaciones. Uno se "pilla" haciendo cosas que no quería hacer y sintiéndose mal por ellas y no sabe ni siquiera cómo ha ocurrido. Veréis en el ejemplo que muchas veces la causa de lo que uno hace está en lo que uno se dice ante una situación determinada. ¿Cómo es esto?, te estarás preguntando ahora, "yo me tomé las cañas porque me encontré con unos amigos que me invitaron". ¿De verdad fue ésta la razón?, ¿Qué crees que hubiera ocurrido si en lugar de decirte "Bah, por una no pasa nada", te hubieras dicho "mejor me tomo una sin alcohol y sin la tapa") ... ¿Y si después de tomártela en

lugar de haberte dicho "no debería habérmela tomado, ..." te hubieras dicho" bueno, ya me la he tomado... no pasa nada, ahora es mejor que pare"?... ¿Sigues pensando que son los amigos los que te han hecho tomar copas?, ¿o es lo que tú te dices a ti mismo

¿Para qué sirve todo esto?

Una vez aprendas con este método a identificar rápidamente qué te dices a ti mismo en situaciones de "alto riesgo" que te llevan a caer en tentaciones, en cuanto se te presente la situación cogerás al vuelo tus B y ya no pasarás a los C. Sin embargo, antes de que esto ocurra es necesario que sepas exactamente cuáles son esos B.

A SITUACIONES	B AUTOFRASES NEGATIVAS (% de creencia)	C SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS NEGATIVOS

Modificando auto-frases negativas: el deber

En cuanto escribáis en vuestros B los "deberes" y esto os haga sentir culpables y desanimados a seguir adelante, pararos un momento a pensar sobre qué pasaría si los cambiaseis por los siguientes: "hubiera sido mejor si...", "la próxima vez voy a estar más alerta para evitar hacerlo"... Incluid esto en una nueva columna D y a continuación anotad cómo os sentís al deciros los D. Aquí tenéis ejemplos de cómo podéis hacerlo:

A SITUACIONES	B AUTOFRASES NEGATIVAS (% de creencia)	C SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS NEGATIVOS	D AUTOFRASES POSITIVAS (% de creencia)	E SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS POSITIVAS
Me he pasado toda la tarde bebiendo cañas y tapeando	No debía haberlo hecho, 90%	Culpable y desanimado. Abandona el programa durante varios días.	Hubiera sido preferible no hacerlo porque ahora si quiero perder peso me costará más, 70%	Un poco culpable por haberme dejado llevar. Resuelto a arreglarlo. Cumpliré los

				objetivos el resto de la semana
--	--	--	--	---------------------------------

Como podéis ver, en los B y en los D hemos incluido el porcentaje de creencia. ¿Qué significa esto? Significa que indiquéis hasta qué punto os creéis lo que estáis diciendo en B y en D. Porque no consiste simplemente en decírselo, sino en creérselo. Al principio de deciros D no os lo creeréis con tanta fuerza como los B. Esto es normal, porque durante mucho tiempo os habéis creído casi en un 100% vuestros B. Sin embargo, veréis que cuanto más los cuestionéis menos os los iréis creyendo.

¿Qué cómo se cuestionan? Interrogándolos: “¿Cómo que no “debía”, ¿para qué no “debía”?... ¡Ah! Para engordar, porque no quiero engordar. Pero no hay ninguna ley que me penalice por estar gordo, luego es que prefiero, no que debo...” Ahí es donde os sale el D: “hubiera sido preferible...”. No seáis indulgentes con vuestros B, interrogároslos, atacadlos sin piedad. Cuanto más duramente lo hagáis más rápidamente irá cayendo el porcentaje de creencia.

Modificando auto-frases negativas: todo-nada
--

Pensamos en extremos cuando consideramos que si las cosas no son perfectas en un 100% entonces no valen nada. Es una forma absurda de pensar porque el 100% no existe, la realidad está en algún punto del continuo todo-nada. Por muy poco por mucho que tengamos alguna característica es imposible estar en el 0 o en el 100. A esta forma de pensar se le llama también blanco-negro porque supone erróneamente que si una cosa no es de una determinada manera entonces tiene que ser justo de la manera opuesta, sin matices.

B	D
No he sido capaz de no probarlo, ya qué más da que me atiborre	¿Cómo que qué más da? Es verdad que lo he probado, pero eso no es igual que si me atiborrara. No da lo mismo 10 que 20.
Total, de perdidos al río	Ni hablar, puede que ya haya ganado 172 kilo, pero si sigo así ganaré 2 kilos.
Soy una negación para el deporte	¿Una negación? Es verdad que no soy muy bueno, pero tengo dos brazos y dos piernas, luego puedo aprender

Si no pierdo peso todas las semanas mi esfuerzo no sirve para nada

Eso no es verdad, puede que no pierda una semana peso, pero a la larga habré perdido varios kilos.

Modificando auto-frases negativas: el "no puedo"

Ésta es otra de las ideas absurdas que se nos presentan. Lo es porque no es realista decir no puedo, en todo caso tendrá que decir no quiero. ¿Habéis visto acaso una mano yéndose sola hacia un pastel, cogiéndolo y llevandoselo a la boca? No, uno siempre elige el llevarse o no un pastel a la boca.

Este tipo de pensamientos se presentan sobre todo cuando comemos por apetito en vez de por hambre. Vamos a ver algunos de los principales "no puedo" y cómo podemos discutirlos y sustituirlos por auto frases o pensamientos más positivos:

B	D
No puedo dejar de pensar en lo buenos que están los pasteles	¿Quién dice que no puedo? Sí, me gustaría comerme uno, pero prefiero no hacerlo. Comerlo me lleva pocos minutos y quitarme luego las calorías que me aportar, muchas horas
Me lo ofrecen y no puedo rehusar	¿Por qué no puedo? Solamente tengo que decir "no, gracias", y mantenerme firme en eso. El problema es ¿quiero o no quiero?
No puedo resistir el pasar por esa pastelería y no entrar	¿Es que mis pies van a echar a correr hacia ella? Puedo hacerlos andar hacia delante y pasar de largo
No puedo resistir el servirme otra cucharada más	¡Claro que puedo! Sólo tengo que retirar la dichosa fuente de en medio.

Además, podéis hacer frente a vuestras "tentaciones" de otras formas:

1. Desviando la atención de la comida a otras actividades.
 - a. Podéis hablar con la persona que tenéis al lado de algo que no tenga que ver con la comida.
 - b. Podéis dejar la habitación e iros a otra parte a hacer algo.
 - c. Podéis "pasar de largo" e iros a ver escaparates. ¿Qué no sean de comida!...

Algunos pensaréis: "esto no sirve si no puedo marcharme y además no tengo con quién hablar, como por ejemplo cuando estoy en la cocina haciendo alguna tarea". ¡Falso! La atención se puede desviar sin moverse uno del sitio

donde está. Por ejemplo, se puede “contar” lo que se está haciendo o los objetos que hay en la habitación, o se puede pensar en las cosas agradables que se van a hacer el fin semana, o en las compras a realizar... Es cuestión de usar la imaginación.

2. Con la imaginación. Por ejemplo, podéis imaginaros en la playa con la figura que vais a tener si seguís con el programa. ¡Ojo!, sin imágenes imposibles. También podéis imaginar cualquier escena que os relaje.

Modificando auto-frases negativas: el “fatalismo”

Llamamos así a las ideas irracionales de que el pasado determina el presente y el futuro, es decir, que si las cosas han sido de una determinada manera no pueden cambiar y siempre serán así.

B	D
No creo que este programa vaya a servirme porque antes intenté otro y no me dio resultado	¿Cómo puedo concluir que porque uno no diera resulta éste tampoco lo vaya a dar? Éste aporta información que el otro no tenía, y, además, ahora estoy más decidida trabajar de firme.
¿Cómo puedo esperar adelgazar si siempre he estado gordo/a?	Siempre no he estado igual de gordo/a. Ha habido veces que he estado más gordo que otras. Cuando me privo un poco adelgazo. Aunque no consiga llegar a estar como un “fideo”, si aprendo hábitos sanos me podré mantener en los kilos que pierda.
Esto no tiene remedio. Toda mi familia es obesa, así es que se trata de un problema genético.	Aunque sea verdad que me cuesta más trabajo que a otros mantenerme delgado/a, si pongo medios para ello sé que lo conseguiré.

24 Podéis ver que las auto-frases en B llevan a actitudes de pasividad y de abandono a la menor dificultad. Si queréis perseverar en vuestros esfuerzos, en cuanto os sintáis así pararos a pensar qué frases de este tipo os estáis diciendo y bombardeadlas con D.

Modificando auto-frases negativas: sobre generalización y etiquetación.

La sobre generalización consiste en convertir un solo suceso en una serie de sucesos repetidos. Esto es, si nos ocurre algo desagradable lo interpretamos como un “destino” o un “sino” que nos persigue.

Una forma extrema de sobre generalización son las etiquetas. Esto es, nos centramos en algo que solemos hacer para concluir que tenemos una característica determinada tan arraigada como nuestro sexo o nuestra estatura. Así cometemos fallos y decimos que somos unos inútiles o unos tontos, fracasamos en algo y decimos que somos unos fracasados, sentimos pereza y decimos que somos unos vagos. Las etiquetas no sólo nos las colocamos a nosotros mismos sino también a los demás. Lo único que conseguimos con ellas es agresividad contra nosotros mismos (que muchas veces se convierte en depresión) o contra los demás. Esta agresividad y frustración es normal porque evidentemente si una persona “es” algo no puede dejar de serlo.

B	D
Siempre estoy picando	¿Siempre? Siempre no es verdad. He picado hoy pero ha habido veces que no lo he hecho. Es verdad que pico con mucha frecuencia, voy a ver qué trucos puedo aprender para dejar de hacerlo.
No tengo fuerza de voluntad	Eso es una auténtica tontería. ¿Qué significa que “no tengo fuerza de voluntad” ¿Qué me cuesta trabajo? ¿Qué a veces caigo? Nadie dijo que fuera fácil, ni que nunca fuera a caer. Si dejo de creermelo esa patraña de la fuerza de voluntad y si acepto que es difícil, y que tal vez caeré a veces, cada vez lo haré mejor.

Ojo cuando sintáis rabia contra vosotros mismos o contra los demás, o cuando os sintáis deprimidos. Averiguar qué “nunca-siempre” o qué “etiquetas” os estáis diciendo, y duro con ellas.

Modificando auto-frases negativas: el “horror”

El horror comienza cuando ocurren las cosas que a uno no le gustaría que ocurrieran. Por ejemplo, a uno no le gustaría enfermar, tener que trabajar, engordar... Como veis por los ejemplos, hay dos tipos de horrores. Unos son sucesos realmente adversos (enfermar, morir...) que no se pueden evitar. Otros, sin embargo, son situaciones que para muchas personas son desagradables o suponen cierto malestar (trabajar, estudiar,

intentar adelgazar) pero que son necesarios si se quieren conseguir ciertas cosas (dinero, títulos, buena figura).

Hablando del primer tipo de "horror", Ellis en una ocasión preguntó a uno de sus alumnos que le dijeran cuál era la cosa más horrorosa que le podía pasar a uno. Uno de ellos le contestó: "que te pase por encima una apisonadora". A lo que Ellis replicó "hay algo aún más horroroso" "¿qué es?", preguntaron sus alumnos. "Que te pase aún más despacio", contestó Ellis. Las cosas son malas, desagradables, no deseadas, pero "horrorosas" son solamente si así nos lo creemos. ¿Cómo si no se explica que un paralítico en una silla de ruedas pueda reírse? ¿Qué un enfermo de cáncer pueda bromear?... El horror sólo lo creamos nosotros, lo cual no quiere decir que no debamos poner todos los medios para que no ocurran las cosas.

En cuanto al segundo tipo de "horror" es lo que muchos autores llaman "baja tolerancia a la frustración", es decir, no "aguantar" que las cosas no salgan como uno quiere o que uno se tenga que fastidiar un poco si quiere conseguir ciertas cosas. Realmente sería estupendo que con muy poco esfuerzo nos salieran bien las cosas, pero la realidad es que por mucho que nos gustaría, esto no suele ocurrir. Generalmente cuanto más alto es el logro más hay que luchar por conseguirlo, y a veces ni aun así se consigue. Si las cosas ya son duras, ¿por qué hacerlas aún peores exigiendo que la realidad sea distinta de cómo es?... Mejor aceptar la idea de que cuando se consigue algo fácilmente es un "regalo", no es lo "normal". De esta forma no os sentiréis "horrorizados" cuando algo no os salga bien y seguiréis trabajando para conseguir vuestro objetivo.

B	D
Llevo toda la semana sacrificándome y no he conseguido perder peso. Esto es horrible	¿Dónde está el "horror"? NO es lo que yo desearía, pero no es horrible. Hubiera sido mucho mejor dejar algunos kilos, pero por mi gráfica de peso veo que voy consiguiéndolo poco a poco.
Es horrible tener que hacer todas estas tareas	No es horrible, sólo es fastidioso, pero el que algo quiere algo le cuesta.
Es horrible tener una tendencia a la obesidad	Bueno, así están las cosas. Por mucho que me moleste no se va a arreglar. Lo único que puedo hacer es tener cuidado para no descontrolarme.

Es terrible no tener una pareja que me ayude	No, sólo es una contrariedad, pero de todas formas lo estoy haciendo bien yo solo/a.
--	--

Modificando auto-frases negativas: las "excusas"

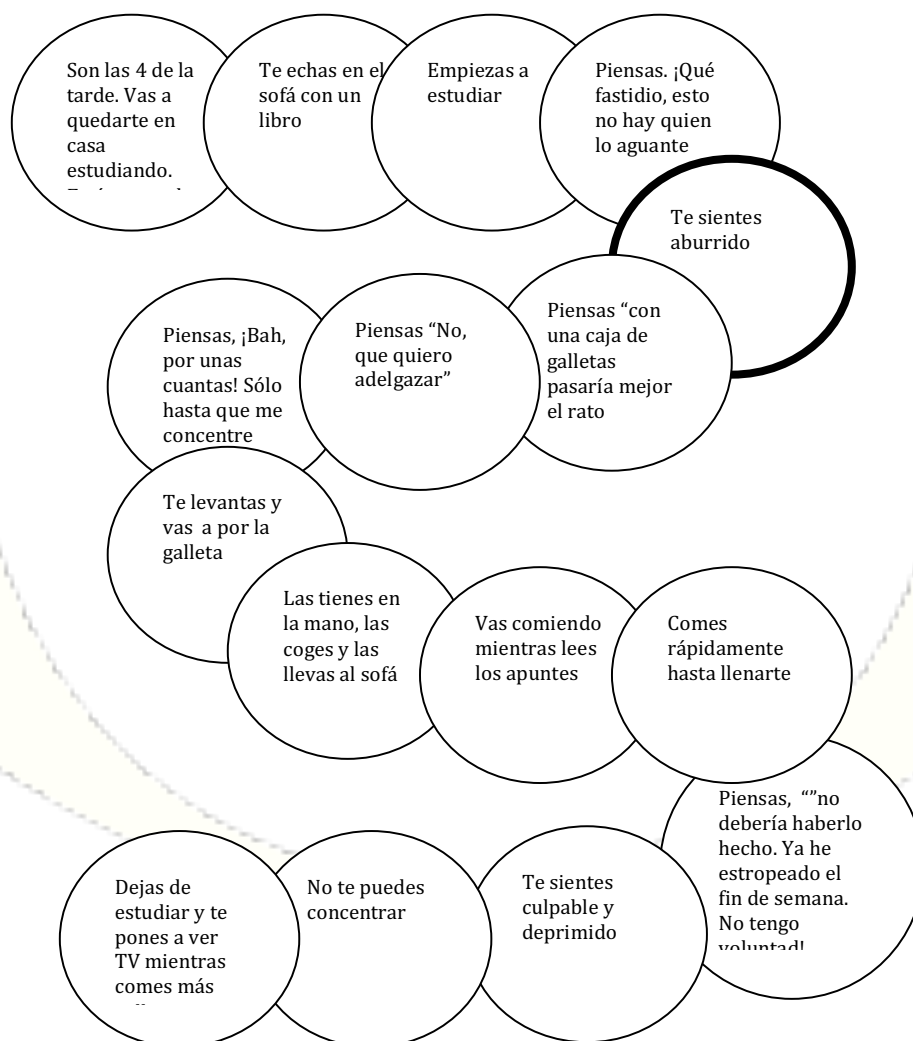
Las "excusas" son auto-frases que nos decimos posponer el hacer algo que nos resulta molesto. De esta forma nos convencemos de que ahora no podemos pero que luego, más tarde, mañana, vamos a empezar. Lo malo es que ese "mañana" no llega nunca. Con las excusas también nos convencemos de que no pasa nada por una vez, de que es un día especial... Lo malo es que siempre es "fiesta".

B	D
Total, por uno no pasa nada	Sí que pasa. Pasa que me meto muchas calorías en el cuerpo que luego me cuesta perder y que además me relajo tanto que me como más de uno
Bueno, como hoy tengo una fiesta... empezaré mañana	No, puedo empezar hoy. Puedo disfrutar de la fiesta igual sin atiborrarme de comer y beber.
Es que ahora tengo tanto trabajo que no tengo tiempo de hacer las tareas	Tengo mucho trabajo, pero eso no es excusa. ¿Es que no tengo tiempo para comer? Pues las tareas las voy haciendo mientras cómo.

Como esperamos que ya entendáis, las cosas no ocurren aisladamente, sino que son el resultado final de una serie de acontecimientos.

Por ejemplo, cogiendo una de las situaciones que presentábamos en otro momento: "La de haberse tomado cinco cañas con sus correspondientes tapas y sentirse culpable". ¿Cómo se había llegado a esta situación? Ibas por la calle, te encontrabas a un amigo, era la hora del aperitivo, entrabais en un bar, el amigo pedía cerveza y tú te decías que por una no pasa nada, él te invitaba, así es que luego tú quisiste invitarle a él, tu amigo sugirió ir a otro bar que tenía muy buenas tapas, tú te decías que ¡total, ya lo habías estropeado todo!...

Como vemos, cada una de estas conductas es un eslabón que conduce a una conducta final, formando así una cadena conductual. Si la cadena se rompiera en un eslabón determinado, la conducta final no llegaría a ocurrir. A veces nos sentimos como si los acontecimientos nos arrastraran y al final, casi sin darnos cuenta, hacemos cosas que no teníamos pensado hacer. Sin embargo, las cadenas no nos caen encima, se mete uno voluntariamente y también si uno quiere puede salir de ellas. Lo importante es saber cómo. Ejemplo de cadena conductual: Imaginad que estáis en vuestra casa un sábado por la noche, os pensáis quedar toda la tarde estudiando. Termina el día, habéis estudiado muy poco y, sin embargo, os habéis comido una caja entera de galletas. ¿Qué ha ocurrido? Vamos a ver qué posibles eslabones os han llevado ahí.



Rompiendo cadenas conductuales:

Las cadenas se componen de conductas (empezar a estudiar, ir a coger las galletas...), de pensamientos ("bah, por unas galletas") y de sentimientos (aburrimiento, culpabilidad...). Probablemente se os hayan ido ocurriendo ideas de

cómo romper esa cadena en cada uno de sus eslabones. Vamos a poner todas esas ideas juntas.

Eslabón	Estrategias
1. Toda una tarde de sábado estudiando	1.1. Estudiar sólo hasta una hora determinada y después salir a divertirse
2. Estás cansado	2.1. Te echas un rato antes de empezar a estudiar 2.2. Te das una ducha 2.3. Te tomas un café cargado
3. Te echas en el sofá con un libro	3.1. Te sientas en la mesa en la que acostumbras estudiar
4. Piensas: "Qué fastidio, ¿esto no hay quien lo aguante"!	4.1. Piensas: "Bueno, a ver cómo hago esto más ameno. Una vez que empiece ya no me costará tanto trabajo. Si estudio 4 o 5 horas antes de salir, me voy a sentir muy bien". 4.2. Pones en práctica técnicas de estudio: notas, auto-preguntas...
5. Te sientes aburrido	5.1. Te distraes un rato hablando con tu compañero/a 5.2. Llamas por teléfono a alguien 5.3. Oyes música 5.4. Continúas aplicando las técnicas de estudio
6. Piensas: "con unas galletas pasaría mejor el rato"	6.1. Piensas: "puede que sea verdad, pero también me metería unas cuantas calorías en el cuerpo. Puedo pasar sin galletas" 6.2. Desvías la atención centrándola de nuevo en el estudio 6.3. Separas el hambre del apetito

	6.4. Piensas “puedo picar otros productos bajos en calorías: zanahoria, manzana...”
7. Piensas: “Bah, por unas cuantas, sólo hasta que me concentre	7.1. Piensas: “Esa es la típica excusa. Unas cuantas llevan a varias”. 7.2. Desvías la atención 7.3. Esperas 5 minutos hasta que pase el deseo 7.4. Te imaginas en la playa después de adelgazar
8. Te levantas y vas a por las galletas	8.1. Te levantas a hacer otras actividades 8.2. Subes y bajas las escaleras 8.3. Vas a coger productos bajos en calorías
9. Tienes las galletas a mano	9.1. No tienes las galletas en casa porque: - no las incluiste en la lista de la compra - tu pareja no te las compró - fuiste al supermercado después de comer y venciste la tentación de comprarlas - compraste sólo alimentos bajos en calorías 9.2. No tienes las galletas accesibles porque: - las tienes precintadas - las guardas en las estanterías más altas y no puedes alcanzarlas fácilmente
10. Coges las galletas y te las llevas al sofá	10.1. Te las comes en el lugar donde siempre comes
11. Te las comes mientras estudias	11.1. No haces nada más mientras comes

12. Te las comes rápidamente hasta que estás lleno	12.1 Sólo coges las que te vas a comer 12.2. Te las comes despacio 12.3. Haces pausas entre galleta y galleta 12.4. Te las comes de una en una
13. Te sientes culpable porque piensas: "No debía haberlo hecho. Ya he estropeado el fin de semana. No tengo voluntad".	13.1. Piensas: "Ya están aquí los "deberes", la "sobregeneralización" y las "etiquetas", todas juntitas". 13.2. Las disputas desdramatizando, como ya sabes hacer. 13.3. Las sustituyes por frases más realistas y positivas que te llevan a una decisión firme de compensar e incrementar el control en vez de a sentimientos estériles de culpabilidad.
14. No te puedes concentrar	14.1. Utilizas técnicas de concentración 14.2. Dejas de estudiar algún tiempo. 14.3. Desvías la atención a otras actividades
15. Te pones a ver TV mientras comes más galletas	15.1. No comes en otros sitios más que en la mesa 15.2. Te vas a dar una vuelta 15.3. Te pones a hacer la colada de la semana 15.4. Escribes la cadena conductual y las estrategias que puedes utilizar la próxima vez.

En las estrategias hemos utilizado lo que hemos venido aprendiendo en las sesiones: Normas conductuales sobre el control estímular, la compra y el almacenamiento de la comida, la forma y el estilo de comer; estrategias cognitivas como la sustitución de B y D, la desviación de la atención, la fantasía; y la sustitución de unas actividades por otras. Cualquier tipo de actividad es apropiado para romper la cadena siempre que sea:

- o fácilmente accesible
- o capaz de competir con la urgencia de comer.
- o incompatible con la conducta de comer.

Como habéis visto por los ejemplos, las actividades alternativas pueden ser de dos tipos:

- a) actividades placenteras (oír música, conversar, dormir...)
- b) actividades necesarias (ducharse, hacer la colada, llamar por teléfono...). Os puede ayudar dejar algunas de estas actividades para cuando necesitéis romper las cadenas que llevan a las conductas de comer.

Otra forma efectiva de romper cadenas consiste en introducir demoras entre eslabones, es decir, dejar pasar un tiempo entre eslabones consecutivos. Probablemente os ha pasado alguna vez que cuando “aguantáis” una urgencia para comer ésta termina desapareciendo.

Como habéis observado por el ejemplo, las cadenas no son simples. Muchas veces van dobles como en este caso donde la cadena que llevaba a comer iba junto con la que llevaba a estudiar (o a no estudiar en este caso). Al romper una podemos también romper la otra que no nos interesa. Por eso, si el hábito de estudiar y picar al mismo tiempo (o cualesquiera otros) están muy arraigados, es conveniente sustituir en principio el comer productos altos en calorías por otros bajos en calorías (las manzanas y las zanahorias que poníamos en nuestro ejemplo).

Finalmente, enfatizar algunos principios en la ruptura de cadenas que deben ser recordados:

- Hay que romper las cadenas por sus eslabones más débiles. Esto es, por aquellos que nos resulten más fáciles de cambiar por pensamientos o conductas alternativas.
- Conectado con lo anterior está el principio de romper la cadena cuanto antes. Efectivamente, resulta más fácil de romper si está en sus inicios que si ya se ha disparado y faltan ya pocos eslabones para el final.

7) AUMENTANDO EL EJERCICIO FÍSICO

Además de gastar calorías, el ejercicio físico nos aporta otras ventajas:

1. Es saludable para el organismo. Se ha comprobado que es muy beneficioso para prevenir los infartos de miocardio, la diabetes, la hipertensión arterial, los niveles altos de colesterol...
2. Aumenta el bienestar psíquico.
3. Anima a seguir con la dieta: Nos da una sensación de superación y de confianza en

nosotros mismos que nos hace sentirnos capaces de conseguir nuestro objetivo de perder peso.

4. Disminuye el apetito. Esto es especialmente cierto cuando se hace ejercicio antes de comer. Si sientes que te lo aumenta es probablemente porque estás obsesionado con la idea de comer, más que porque realmente tengas hambre.
5. Aumenta la tasa metabólica. De esta forma tu organismo usa más energía para su funcionamiento, esto es, quema más calorías y acumula menos grasa.
6. Aumenta la belleza del cuerpo. Si solamente pierdes peso disminuyendo la comida corres el riesgo de perder también musculatura, con lo que la carne se queda flácida. Por eso para mantener su firmeza necesitas también hacer ejercicio.
7. Mantiene las pérdidas de peso por más tiempo. Hay muchos estudios que demuestran que las personas que hacen dieta y ejercicio conservan sus pérdidas de peso durante más tiempo que las que no lo hacen.

Aumentando el caminar:

La clave del éxito es ir incrementando poco a poco el tiempo dedicado e ir sintiéndose a gusto con ese aumento. Para sentirse a gusto con alguna actividad es necesario que ésta sea un pasatiempo más que una obligación.

Así, puede ser realmente agradable después de todo un día de trabajo, encerrados en una oficina o en la casa, salir a que os dé el aire fresco, a sentir vuestro cuerpo en movimiento. Para los que tengáis pareja, puede además ser un motivo para comunicaros. Para los que prefiráis pasear solos, podéis elegir entre distraeros con las cosas que vais viendo (escaparates, la gente...) o simplemente aprovechar el paseo como un rato para estar con vosotros mismos. También podéis ir escuchando música.

Aumentad vuestro paseo con el objetivo de llegar hasta una hora, pero recordad, hacedlo poco a poco sintiéndos a gusto con cada aumento, si no es así haced el aumento más pequeño. Lo importante es que sea gratificante para vosotros y que lo hagáis diariamente.

Estilo de vida activo:

La mayor parte de vosotros estáis caminando aproximadamente una hora diaria. Es un buen paso para cambiar una vida sedentaria. Además de ello, es importante incorporar más actividad al estilo de vida.

Un estilo de vida activo es distinto a ejercicio físico programado. Supone cambiar una serie de hábitos cotidianos. Por ejemplo, estamos acostumbrados a ir a cualquier sitio en coche, a coger siempre ascensor... Esto es precisamente lo que pretendemos modificar.

Algunas sugerencias:

- Siempre que puedas camina. Por ejemplo: ve caminando al trabajo o bájate del

autobús una parada antes y camina esa distancia hasta el trabajo, ve a recoger a los niños al colegio caminando, ve a comprar a un supermercado más retirado...

- Aparca el coche más lejos, aparte de que tendrás menos problemas de aparcamiento aprovecharás para andar ese trayecto
- Utiliza las escaleras. Olvídate del ascensor, sube y baja las escaleras siempre que vayas a cualquier sitio. Si vives en una planta demasiado alta deja el ascensor unos cuantos pisos más abajo y sube el resto andando. En 10 minutos subiendo escaleras se queman 146 calorías.
- Aprovecha todas las tareas que tengas que hacer en la casa. ¡Haciendo las camas también se queman calorías!

Ejercicio físico programado:

Consideraciones para elegir bien el tipo de actividad programada que uno quiere hacer.

- Elegid algo que podáis hacer. Cada uno conoce sus posibilidades según sus condiciones físicas. Elegir jugar al fútbol o al baloncesto de entrada puede ser un objetivo muy poco realista si uno no ha hecho deporte nunca. Sería mucho mejor empezar montando en bicicleta, nadando... Si estas actividades más "suaves" tampoco son posibles por el clima, tráfico, falta de facilidades... siempre podéis apuntaros a un gimnasio o, más barato, podéis correr a vuestro ritmo.
- Elegid algo que os guste. Aunque el deporte no os entusiasme, siempre habrá algo que os guste un poco más. Empezad por eso y veréis cómo al poco tiempo os gusta mucho más que al principio. Eso ocurrirá porque además os estáis sintiendo mucho mejor físicamente. A quien no le guste practicar ningún deporte puede que le guste el baile. Ésta es una forma de hacer ejercicio, tan buena como otra.
- Haced del deporte una buena ocasión para hacer amistades. Hay gente que le gusta hacer deporte solo, pero otras personas se animan mucho más cuando están con amigos. Animad a algún amigo a aprender baile, hacer aeróbic...

8) LAS CAÍDAS

¿Cómo hacer frente a las caídas?

Vamos a aclarar conceptos tales como “caídas”, “recaídas” y “pérdida total de lo conseguido”.

Las caídas son inevitables, casi todos las habréis tenido a lo largo del programa. Consisten en tomar más calorías de lo previsto en alguna ocasión o algún día. ¿Qué podemos hacer con ellas? Vamos a intentar dos cosas: primero, que tengáis las menos posibles; y segundo, y más importante, que no adoptéis actitudes negativas frente a ellas una vez que las hayáis tenido. Estas actitudes sólo os llevarían a recaer.

¿Qué significa recaer?: Cuando uno abusa del comer o del beber y deja el ejercicio durante varios días hasta llegar a incrementar su peso de nuevo decimos que ha recaído. Si el peso llega a ser igual o superior a aquel con el que empezó el programa, entonces la pérdida ha sido total.

Tenemos que poner en marcha todas nuestras estrategias y lo antes posible para evitar que esta situación ocurra. Para ello vamos a trabajar en las caídas de forma que no se conviertan en recaídas.

Evitando las caídas.

Como hemos dicho, vamos a procurar en primer lugar tener las menos posibles. Para ello vamos a poner en práctica la técnica de resolución de problemas. Este proceso tiene cuatro etapas:

1. Observación y definición del problema.

Lo primero que tenéis que hacer es observar y anotar todas aquellas situaciones que sean de “alto riesgo”, es decir, situaciones en las que os cueste más trabajo resistir el impulso de comer, por ejemplo, cuando alguien os ofrece algo, en fiestas y comidas fuera, en bares con amigos, cuando estáis aburridos, ansiosos... Si el problema es muy complejo, divididlo en las conductas o eslabones que os llevan al resultado final.

2. Generación de soluciones

Pensad y escribid todas las formas o alternativas que se os curran para vencer el impulso de comer en esas situaciones. Como visteis en las cadenas conductuales, ésta sería la parte correspondiente al apartado de “estrategias”.

No tenéis que generar estrategias rebuscadas. A veces el simple hecho de dejar pasar el tiempo hace que el impulso pase. ¿Os resulta esto raro? Probablemente creéis que no os vais a poder librar de él hasta que no quede satisfecho. Sin embargo, esto no es cierto, si uno aguante, el impulso empieza a decrecer hasta que desaparece, ¡haced la prueba!

También es cierto que muchas veces uno se enzarza en una lucha con uno mismo por vencer ese impulso que termina en una derrota sonada. Antes de

meterse en ese círculo vicioso es mejor cortar por lo sano y pasar a hacer otras actividades. Generad tanteas cómo se os ocurran, no importa en principio que no puedan realizarse fácilmente. Estamos ahora en una fase de producir cantidad no calidad, así es que cuantas más soluciones se os ocurran mejor.

3. Toma de decisiones y creación de un plan

Ahora ya sí hay que seleccionar de todas las soluciones que anotasteis en la etapa anterior las que veáis más fáciles de hacer y os gusten más, las que mejor os vengan a vosotros. Bien, ya sabemos qué estrategias nos vienen mejor a cada uno de nosotros para cortar un eslabón, ¿hemos solucionado el problema? No, "saber" no es suficiente, es necesario "hacer" y hacer la estrategia seleccionada tantas veces que a uno le salga ya de forma automática, sin esfuerzo, esto es, que se convierta en un hábito.

¿Cómo se hace esto? Utilizando el deseo de comer como una señal (imaginaos que se enciende una luz roja o que suena un timbre) para hacer la estrategia que ya tenéis preparada sin pensar en nada más y repitiéndola cuantas más veces mejor hasta que se haga tan rápidamente que uno no sea ya consciente del esfuerzo. Pero en un principio sí, al principio uno tiene que decirse: "mi señal, ¿qué tengo que hacer?" y hacerlo inmediatamente.

Por ejemplo, tú has decidido que cuando vayas a una fiesta y se acerque el camarero ofreciéndote comida, ante el deseo de coger algo vas a decir "No, gracias" e inmediatamente te vas a alejar de él para buscar a algún amigo con quien charlar. Pues bien, en cuanto el camarero te ofrezca la bandeja... "¡mi señal!!, ya estás buscando con la mirada a alguien con quien charlar y te diriges hacia allí.

4. Evaluación y feedback

Una vez en la situación, poned en marcha todo vuestro plan. Si éste tiene éxito, analizad qué elementos fueron más decisivos para hacerlo triunfar y quedároslos como definitivos, desechando aquellos que sirvieron de poca ayuda. Si no ha tenido éxito y habéis caído vamos a ver a continuación qué podéis hacer.

Haciendo frente a las caídas.

Vamos a suponer que vuestro plan fracasa y que, continuando con el ejemplo, os encontráis poco menos que comiéndos la bandeja que el camarero os ofrecía. Lo más importante ahora es la actitud que toméis ante ese hecho. Si os dejáis vencer por los B irracionales que os llevan a sentimientos de fracaso, impotencia, desánimo, culpabilidad... lo más probables es que lleguéis a lo que queremos evitar: las recaídas. Pero recordad que incluso si caéis en éstas, aún le podéis poner remedio antes de que

se conviertan en pérdida total. Para hacer frente a las caídas, existen 6 pasos. Vamos a verlos.

1. Distanciaros de la escena.

Tan pronto como os “pilléis” en una caída, pararos, dejad todo lo que estéis haciendo y examinad la situación. ¿Qué está ocurriendo para que no estéis siguiendo los planes que os habíais trazado? Intentad mirar la situación como lo haría un observador.

2. Buscad vuestros B.

¿Qué os estáis diciendo que os ha hecho abandonar esos planes? ¿Queréis realmente abandonarlos o son sólo excusas? Si esto es así, ¡cuidado!. ¡Ya sabéis lo que pasa si luego os sentís culpables. Como dice el refrán: “A lo hecho, pecho”. La peor actitud es ponerse ansioso o culparse por la caída. Recordad que caídas se tiene que dar y que lo importante es superarlas.

3. Recordad los progresos

Mirad hacia atrás para ver todo lo que habéis luchado y todo lo que habéis conseguido, ¿merece la pena echarlo todo por la borda? Recuerda de nuevo tus objetivos.

4. Volved a utilizar las técnicas de resolución de problemas

En lugar de culparos, analizad objetivamente cuál es la situación en la que habéis caído, por qué no os han servido vuestras alternativas, qué otras podéis proponeros y cuál o cuáles son las mejores dada la situación.

5. Saltad a la acción

Una vez decidido qué se va a hacer, hacedlo sin más. No esperéis, cuanto antes paséis a la acción, antes solucionaréis el problema

6. Pedid ayuda

Los que tengáis pareja pedídsela a ella, los que no la tengáis podéis pedirla a otros amigos.

9) TRABAJANDO PARA QUE LOS HÁBITOS ADQUIRIDOS, SEAN PERMANENTES

Cuatro claves os pueden ayudar a conseguir esto: practicad, estad alertas, haced ejercicio, hacedle frente a las caídas.

1. La práctica es necesaria. No podéis decir: “ya tengo los hábitos, ya no me hace falta practicar más”. Tened en cuenta que los antiguos hábitos los habíais practicado durante toda vuestra vida.
2. Estad alerta. Alerta a esas situaciones de alto riesgo. Tened siempre presente vuestras técnicas de resolución de problemas.
3. Haced ejercicio. Aunque el ejercicio en sí no adelgace, sí ayuda a

mantener una buena forma física y una buena figura. Además, las investigaciones sobre la obesidad lo han señalado como uno de los factores más relevantes en la predicción del mantenimiento de los logros.

4. Haced frente a las caídas. A pesar de procurar tener las menos caídas posibles, normalmente las vais a tener. Es también probable que algunos de vosotros al cabo de un tiempo, ganéis algo de peso. Fijaos que lo realmente importante es retomar entonces los hábitos que habéis aprendido ahora, con lo que en poco tiempo volveréis a controlar de nuevo vuestro peso.

Anexos nutrición

ANEXO NUT 1: Perfil dietético en obesidad..

Datos personales

Apellidos _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Trabajo _____ Sedentario / Activo

IMC _____ Peso _____ Talla _____ GET _____

Actividad Física

Aeróbica / Anaeróbica

A diario

4 veces/semana < 4 veces/semana

No realiza

Perfil dietético

Alergia / Intolerancia alimentaria _____

Aversion alimentaria _____

C. Nocturno
C. Desordenado

C. Compulsivo
C. Emocional

C. Snack
Refrescos

C. Dulces
Ayunos

C. Volumen

Recordatorio de 24 horas

Desayuno
Media mañana
Comida

hora _____

Contenido _____

Merienda
Cena

PERFIL DIETÉTICO EN OBESIDAD

Mastica poco y rápido los alimentos Sí No

Agua al día < 2 vasos 2-4 vasos 4-6 vasos 6-8 vasos >8 vasos

Líquidos durante las comidas Sí No

Alcohol Sí No Consumo diario Semanal Ocasional
Cerveza Vino Combinados Cava Otros.

Restaurantes que frecuenta cuando come fuera de casa
Chino Italiano Tapas Menú Hamburguesas

Quién hace la compra paciente pareja padres hijos

Quién cocina paciente pareja padres hijos

Técnicas culinarias Frito Plancha Hervido/Vapor Horno

Frecuencia de consumo de alimentos:

Lácteos (desnatados, semidesnatados, enteros)

Diario 3/4 semana 1-2 semana Cada 15 días Nunca

Carnes (blancas, rojas)

Diario 3/4 semana 1-2 semana Cada 15 días Nunca

Pescados (blancos, azules) y mariscos

Diario 3/4 semana 1-2 semana Cada 15 días Nunca

Huevo

Diario 3/4 semana 1-2 semana Cada 15 días Nunca

Legumbres

Diario 3/4 semana 1-2 semana Cada 15 días Nunca

Pasta

Diario 3/4 semana 1-2 semana Cada 15 días Nunca

Arroz

Diario 3/4 semana 1-2 semana Cada 15 días Nunca

Pan

Diario 3/4 semana 1-2 semana Cada 15 días Nunca

Verduras

Diario 3/4 semana 1-2 semana Cada 15 días Nunca

Frutas

Diario 3/4 semana 1-2 semana Cada 15 días Nunca

ANEXO NUT 2: Hoja antro

Fecha nacimiento

Illegible

C. CADERA

C. CINTURA



Peso objetivo final dieta (-10%SP): % de cumplimiento:

[illegible]

ANEXO NUT 3: Cambios propuestos al paciente antes de la cirugía.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

1. Intentar desayunar todos los días.
2. Hacer 5 tomas al día preferiblemente con alimentos ricos en proteínas y bajos en grasa y azúcar (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena)
3. Disminuir el tamaño de las raciones en cada plato.
4. Limitar las comidas fuera de casa a 1 por semana.
5. Aumentar la ingesta de frutas, vegetales y cereales integrales en su dieta diaria.
6. Evitar la ingesta de postres y dulces. Puede darse un permiso por semana.
7. Disminuir la ingesta de grasa (seleccionar los lácteos desnatados o bajos en grasa). Utilizar sólo 3 cucharas pequeñas de aceite de oliva virgen extra para aderezar y preparar todos los alimentos del día. Evitar alimentos fritos y embutidos grasos.
8. Aumentar la actividad física (caminar, nadar, subir escaleras, montar en bicicleta...).
9. Evitar bebidas carbonatadas y azucaradas.
10. Evitar las bebidas alcohólicas.
11. Practicar masticar mucho y despacio cada bocado de comida (entre 20-30 veces).
12. Beber a pequeños sorbos evitando grandes tragos.
13. No beber durante las comidas. Evitar beber durante 30 minutos antes y hasta 30 minutos después.
14. Intentar caminar 1 hora al día y bajar peso antes de la cirugía.
15. Escribir en una hoja lo que come y bebe durante el día, se llama Registro Alimentario.

ANEXO NUT 4: Dieta Líquida Pre-Cirugía Bariátrica.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha inicio dieta: _____ Peso inicio dieta: _____ Peso objetivo final
dieta (-10%SP): _____ Fin de dieta preparatoria: _____

La pérdida de peso preoperatoria está asociada a una disminución del tamaño del hígado y de la grasa intra-abdominal, lo que facilita el acto quirúrgico y disminuye el tiempo operatorio y la pérdida sanguínea. Por ello, reduce el riesgo de complicaciones a corto plazo.

Usted deberá tomar esta dieta hipocalórica de textura líquida los _____ días previos a la cirugía.

Debe evitar los líquidos concentrados y densos calóricamente, bebidas gaseosas y bebidas excitantes (ejemplos: té, café o bebidas colas).

Si podrá tomar:

- Sustitutivo de comidas OPTIFAST BATIDO: _____ sobres al día (1g proteína/kg de peso saludable/día).
- Caldo casero DESGRASADO: de verdura, pollo (sin piel) y pescado.
- Zumo de fruta natural pasado por colador.
- Infusiones (manzanilla o poleo).
- Agua SIN GAS (1.5 – 2 litros de agua al día).
- Puede endulzar los líquidos con edulcorantes no calóricos (ejemplo: sacarina).
- Lácteos DESNATADOS (leche desnatada y yogurt líquido tipo “Actimel 0%).
- Bebidas isotónicas sin azúcar: Aquarius zero/Isostar.

PRODUCTO SUSTITUTIVO DE COMIDAS RECOMENDADO ANTES DE LA CIRUGÍA:

- Optifast batido (Caja/9 sobres, diluir cada sobre en 200 ml de agua). Sabores: vainilla, chocolate, café o fresa (número de cajas _____).

PRODUCTO SUSTITUTIVO DE COMIDAS RECOMENDADO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA:

- Meritene Extra (Bote por 450 g/9 dosis, diluir 5 cucharas medidoras 50 g en 200 ml/leche desnatada). Sabores: vainilla y chocolate (_____ botes).
- Meritene Neutro (Caja/7 sobres para reconstituir con 200 ml de caldos desgrasados o con zumos naturales o leche desnatada). Número de cajas: _____.

Los batidos sustitutivos de comidas recomendados los puede comprar en farmacia o parafarmacias. Son de composición segura y muy eficaz.

MENÚ TIPO:

Desayuno	1 Batido de Optifast y 200 ml de zumo natural colado
----------	--

½ Mañana	1 Vaso de 200 ml de leche desnatada o 200 ml de yogurt líquido desnatado sin azúcar añadido.
Comida	Una taza de caldo desgrasado + 1 Batido de Optifast + 1 yogurt líquido desnatado sin azúcar o 1 zumo natural colado (200 ml).
Merienda	1 Batido de Optifast + infusión de manzanilla
Cena	Una taza de caldo desgrasado + 1 batido de Optifast + 1 yogurt líquido desnatado sin azúcar.

En caso de que no pudiera preparar los caldos en casa, puede comprarlos ya preparados en Brik, por ejemplo: Gallina Blanca (carne de ternera o pollo), Hacendado (de pollo o pescado o verduras), Knorr (pollo o verduras) o Aneto (de pollo o verduras o pescado).

ANEXO NUT 5: Registro alimentario semanal:

Paciente:

Periodo:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Observaciones
Desayuno								
1/2 Mañana								
Comida								
Merienda								
Cena								
Entre horas								

Nota: Escribir las cosas tan pronto como sea posible. Especificar el tamaño de las raciones, técnica culinaria (al horno, plancha, frito, vapor...), aderezos y grasas utilizadas. En observaciones, escribir si quedó satisfecho, lleno o con hambre, o cualquier sensación que considere importante (dolor, intolerancia, gases, vómito...).

ANEXO NUT 6: Protocolo Dietético en Gastrectomía Vertical.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Por favor lea estas pautas dietéticas, de su cumplimiento depende su estado de salud los siguientes días y meses.

Después de la operación es importante cumplir con las indicaciones sobre comidas y bebidas, para que la nueva estructura del estómago cicatrice por completo. El objetivo alimentario es prevenir las complicaciones, garantizar una adecuada tolerancia a la dieta y evitar las deficiencias nutricionales. Se trata de ir progresando la consistencia de la dieta, desde una dieta líquida tras la intervención hasta una dieta con alimentos sólidos en la que se vayan incorporando todos los grupos de alimentos.

Es necesario progresar la alimentación a un ritmo correcto, evitando que esta progresión sea demasiado rápida (lo que dificulta la tolerancia) o demasiado lenta (lo que conduce a dietas insuficientes, monótonas o poco variadas).

Estas nuevas pautas requieren una reeducación de hábitos alimentarios que en este caso será más fácil por la disminución importante de la sensación de hambre que conlleva la cirugía en "manga gástrica o tubo gástrico".

Las fases de la dieta están compuestas por varias texturas de alimento (dieta líquida, triturada fina, triturada gruesa-blanda y sólida) con objetivo definido.

Pasado mes y medio comienza una dieta sólida equilibrada y variada adecuada a su estilo de vida. Es importante consolidar el cambio de hábito alimentario adquirido durante las primeras semanas del postoperatorio y asistir a todas las consultas programadas por el equipo profesional de cirugía bariátrica.

Durante las primeras semanas debe beber al menos 1-2 litros de líquido al día (incluidos los suplementos dietéticos) de lo contrario se puede observar deshidratación con los consiguientes efectos secundarios como sequedad de la boca, cefaleas, mareos, halitosis, etc.

NORMAS DE CONDUCTA ALIMENTARIA:

1. Durante los primeros 15 días debe beber pequeños volúmenes máximo 75-100ml en cada toma (la medida de una taza de café a medio vaso de agua) a sorbos muy pequeños o con cuchara pequeña. Necesita beber cada 30 minutos. No distinga los horarios de desayuno, comida y cena.
2. Cuando ya coma alimento sólido debe hacer entre 5 y 7 comidas de escaso volumen al día, separadas por intervalos nunca inferiores a 2-3 horas.
3. Las comidas no deben durar menos de 30 minutos. Este tiempo es considerado el necesario para alcanzar la sensación de saciedad tras la ingesta.

4. Como hábito, debe aprender a beber los líquidos a pequeños sorbos de 1 a 2 dedos de líquido (del tamaño de 30-50ml).
5. Debe servir pequeñas raciones en cada plato de comida, un plato pequeño, medio plato grande o un cuenco pequeño será más que suficiente.
6. Es importante masticar mucho y despacio los alimentos para triturarlos antes de tragarlos y así evitar la formación de bolas de alimento difíciles de digerir.
7. Puede tener algún vómito si no mastica suficiente, si come o bebe demasiado rápido o con ansiedad, si come más cantidad de alimento de la necesaria o si presenta alguna intolerancia a un alimento en concreto.
8. Debe dejar de comer o beber al empezar a notar sensación de saciedad. Su estómago desde ahora es muy pequeño.
9. Es importante aprende a reconocer la cantidad de alimento o ración que puede ingerir en cada comida.
10. Debe hidratarse entre las tomas del día. No beba líquido mientras come, su nuevo estómago no tiene tanta capacidad. Debe dejar paso a la comida primero para asegurar una buena nutrición.
11. Debe practicar la "dieta seca" que significa no beber líquidos 30 minutos antes y 30 minutos después de cada comida principal.
12. Caminar todos los días 1 hora y practicar algún ejercicio de acuerdo a su condición física, varias veces por semana.
13. Evitar inclinarse o acostarse en un sofá o en la cama justo después de comer.
14. Debe evitar alimentos con alta densidad calórica, ejemplos: nata, mayonesa, salsa bechamel, salsa carbonara, cremas pasteleras, chocolates y derivados, helados, postres, azúcares y dulces, bollería industrial y casera, pastelería, gominolas, frutos secos, pates, embutidos grasos (chorizo, longaniza, salami, salchichón, mortadela, salchichas...).
15. Evitar aliños fuertes, picantes e irritantes y aperitivos salados tipo snacks (patatas chips, galletitas, palomitas, pipas, gusanitos...).
16. Evitar las bebidas carbonatadas (refrescos, colas, gaseosas, agua con gas...).
17. Evitar el alcohol de alta y baja graduación (por su contenido calórico y efecto tóxico).

ALIMENTACIÓN DE TRANSICIÓN:

Textura	Duración	Tipo de alimento	Objetivo
Dieta líquida	2 semanas	Agua, leche desnatada, yogur líquido desnatado, caldos desgrasados, zumos naturales, infusiones, suplemento nutricional	Evitar Deshidratación evitar pérdida vitamínica y mineral
Dieta triturada fina	2 semanas	Agua, leche y derivados desnatados, determinadas verduras, sémolas, suplemento nutricional	Evitar deshidratación y pérdida de nutrientes
Dieta triturada gruesa/blanda	1-2 semanas	Purés de verduras con proteína animal (carnes, huevos y pescados) y texturas blandas y jugosas	Inicio a la masticación Inicio dieta seca
Dieta sólida	En adelante	Liberalizado casi por completo. Dieta equilibrada.	Normalizar el proceso de digestión

Textura Líquida

Durante los 2-3 primeros días líquidos fríos.

Contraindicados: líquidos concentrados y densos, bebidas gaseosas y bebidas estimulantes (ejemplos: café, té).

ALIMENTOS INDICADOS:

- Suplemento nutricional: 3 batidos al día (disuelto en leche desnatada):
 - Meritene Extra (BOTE/450g/9 tomas, diluir 50 g en 200-250 ml de leche desnatada). Presentaciones sabor vainilla, chocolate.
 - Meritene Neutro (Caja/7 sobres para diluir con 200-250 ml de caldos desgrasados o con zumos naturales o leche desnatada) □ Caldo casero desgrasado: de verdura, pollo sin piel y pescado.
- Zumo natural de fruta colado sin azúcar añadido.

- Infusión (manzanilla o poleo).
- Agua sin gas y bebidas isotónicas sin azúcar (Aquarius Zero, Isostar Free).
- Edulcorante no calórico (ejemplo: sacarina).
- Leche desnatada y yogur líquido desnatado sin azúcar añadido (Ejemplo: Actimel 0%).

Menú ejemplo:

Desayuno	1 batido de Meritene Extra disuelto en leche desnatada
Media mañana 1	1 vaso de zumo natural sin azúcar añadido
Media mañana 2	Infusión (edulcorada)
Comida	Caldo desgrasado con Meritene Neutro diluido + 1 yogur líquido desnatado sin azúcar añadido
Merienda 1	Yogur líquido desnatado sin azúcar añadido
Merienda 2	Zumo de fruta natural sin azúcar añadido
Cena	Batido de Meritene Extra diluido en leche desnatada.

En caso de que no pudiera preparar los caldos en casa, puede escogerlos ya preparados en brik. Ejemplos: Gallina Blanca (Carne de Ternera-Pollo), Hacendado (Casero de pollo, pescado, verduras), Knorr (Pollo, verduras), Aneto (pollo, verduras, pescado).

Textura Triturada Fina

Se Introducen: yogures desnatados sin azúcar de textura cremosa, sémolas y verduras no filamentosas y sin piel (patata, calabaza, calabacín, cebolla y zanahoria). Debe evitar: Acelga, alcachofa, apio, brócoli, berro, cardo, coles, repollo, chirivía, endibia, escarola, espárragos, espinacas, guisantes, habas, judía verde, lechuga, puerros, remolacha...

Preparar la ración con pequeñas cantidades de verdura para observar la cantidad que tolera. Sirva la comida en un cuenco pequeño, no en plato hondo ni grande. Recuerde cocer bien las verduras y triturarlas. Debe parar de comer en el momento en que se sienta satisfecho, no lleno. Recuerde que debe hidratarse adecuadamente durante el día (1.5-2 litros de líquido/día).

Para aumentar el contenido de proteína, puede poner dos claras de huevo en cada plato de comida y cena, en el caso de no tolerancia o aversión a los suplementos proteicos recomendados.

Menú Ejemplo:

Desayuno	1 batido de Meritene Extra diluido en leche desnatada
Media mañana 1	1 vaso de leche desnatada o 2 yogures desnatados
Media Mañana 2	1 vaso de zumo natural sin azúcar añadido
Comida	Crema de verduras cocidas sin piel+ 1 cuchara pequeña de aceite + 1 pizca de sal (puede añadirle 2 claras de huevo cocinadas y trituradas dentro de la crema). 1 yogur desnatado
Merienda	1 batido de Meritene Extra diluido en leche desnatada
Cena	Caldo con sémola (1 o 2 cucharas soperas) + 2 claras de Huevo cocinadas y trituradas dentro del caldo o con Meritene Neutro.

En caso de no poder preparar la comida casera, puede escoger preparados en brik de crema (son más grasas). Marca Gallina Blanca, Hacendado (Pollo-Verduras, Calabacín-Champiñones) Knorr (Hortalizas-Verduras), Don Simón (Natural Espinacas), etc.

Textura Triturada Gruesa/Blanda

Para dosificar los alimentos utilice una balanza de cocina. Aunque le suponga un esfuerzo, deberá respetar los pesos de los alimentos indicados si desea obtener resultados positivos.

Ya no es necesario tomar los sobres de suplemento proteico. Para preparar los purés utilice patata, cebolla, zanahoria, calabaza, calabacín, judía verde redonda y tomate. Cocer bien las verduras junto a la carne, pescado o huevo y triturarlas o pisarlas con tenedor. No tome ensalada (verdura cruda) todavía no está preparado.

Menú Ejemplo:

Desayuno	1 vaso de leche desnatada + Ej.: Eko/café descafeinado. + 1 rebanada de Pan de molde tostado o biscote. + 1 cuchara pequeña de aceite y tomate.
Media mañana	1 pieza pequeña de fruta madura sin piel

Comida	Puré de verduras peladas: patata, tomate, cebolla, zanahoria y judía redonda (50g) + 1 cuchara pequeña de aceite + pizca de sal. Debe añadir en la misma cocción: Carne magra (100g): pechuga/muslo de pollo o Pescado blanco sin espinas y sin piel (100g) o 1 huevo (previamente hervido).
Merienda 1	1 pieza pequeña de fruta madura sin piel.
Merienda 2	Lácteo desnatado (yogur o leche o queso fresco desnatado de burgos o queso batido 0% materia grasa).
Cena	1-2 rebanadas de pan tostado/biscotes + 1 cuchara pequeña de aceite y tomate rallado con: Queso desnatado tipo Burgos (75g) o atún al natural (en migajas) o 1 huevo revuelto/tortilla o 2 lonchas finas de fiambre magro (jamón york o fiambre de pollo o pavo 0% materia grasa) + Yogur desnatado.

Textura Sólida

Servir los alimentos en plato de postre o en un cuenco pequeño. Debe aprender a identificar la sensación de saciedad y parar de comer en el momento en que esté satisfecho, no lleno. Vaya reconociendo la cantidad de ración que tolera.

Menú Ejemplo:

Desayuno	Lácteo desnatado (leche o 2 yogures) + 1 rebanada de pan de molde tostado o 2 biscotes + 1 cuchara pequeña de aceite/tomate.
Media mañana	Fruta madura sin piel (masticada) 1 pieza pequeña.
Comida	Forma de cocinado: asado, la plancha, hervido, al vapor, papillote, horno. Plato Único: Pollo o pescado y verdura cruda o cocinada junto con arroz, pasta, legumbres...
Merienda 1	1 pieza de fruta madura y sin piel.
Merienda 2	Yogur desnatado y sin azúcar o una tarrina pequeña de queso fresco desnatado o queso batido 0% materia grasa.

Cena	Verdura cruda o cocinada acompañada con: Pescado blanco o azul (100g) o carne magra de ternera (80-100g) en filete fino o picado o pollo o pavo sin piel (100 g) o 1 huevo + 1 rebanada de pan tostado/de barra/biscote
------	--

ANEXO NUT 7: Protocolo Dietético En Bypass Gástrico.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Por favor lea estas pautas dietéticas, de su cumplimiento depende su estado de salud los siguientes días y meses.

Después de la operación es importante cumplir con las indicaciones sobre comidas y bebidas, para que la nueva estructura del estómago y del intestino cicatrice por completo. El objetivo alimentario es prevenir las complicaciones, garantizar una adecuada tolerancia a la dieta y evitar las deficiencias nutricionales. Se trata de ir progresando la consistencia de la dieta, desde una dieta líquida tras la intervención hasta una dieta con alimentos sólidos en la que se vayan incorporando todos los grupos de alimentos.

Es necesario progresar la alimentación a un ritmo correcto, evitando que esta progresión sea demasiado rápida (lo que dificulta la tolerancia) o demasiado lenta (lo que conduce a dietas insuficientes, monótonas o poco variadas).

Estas nuevas pautas requieren una reeducación de hábitos alimentarios que en este caso será más fácil por la disminución importante de la sensación de hambre que conlleva el Bypass Gástrico.

Las fases de la dieta están compuestas por varias texturas de alimento (dieta líquida, triturada fina, triturada gruesa-blanda y sólida) con objetivo definido.

Pasado mes y medio comienza una dieta sólida equilibrada y variada adecuada a su estilo de vida. Es importante consolidar el cambio de hábito alimentario adquirido durante las primeras semanas del postoperatorio y asistir a todas las consultas programadas por el equipo profesional de cirugía bariátrica.

Durante las primeras semanas debe beber al menos 1-2 litros de líquido al día (incluidos los suplementos dietéticos) de lo contrario se puede observar deshidratación con los consiguientes efectos secundarios como sequedad de la boca, cefaleas, mareos, halitosis, etc.

NORMAS DE CONDUCTA ALIMENTARIA:

1. Durante los primeros 15 días debe beber pequeños volúmenes máximo 75-100ml en cada toma (la medida de una taza de café a medio vaso de agua) a sorbos muy pequeños o con cuchara pequeña. Necesita beber cada 30 minutos. No distinga los horarios de desayuno, comida y cena.
2. Cuando ya coma alimento sólido debe hacer entre 5 y 7 comidas de escaso volumen al día, separadas por intervalos nunca inferiores a 2-3 horas.
3. Las comidas no deben durar menos de 30 minutos. Este tiempo es considerado el necesario para alcanzar la sensación de saciedad tras la ingesta.
4. Como hábito, debe aprender a beber los líquidos a pequeños sorbos de 1 a 2 dedos de líquido (del tamaño de 30-50ml).
5. Debe servir pequeñas raciones en cada plato de comida, un plato pequeño, medio plato grande o un cuenco pequeño será más que suficiente.
6. Es importante masticar mucho y despacio los alimentos para triturarlos antes de tragarlos y así evitar la formación de bolas de alimento difíciles de digerir.
7. Puede tener algún vómito si no mastica suficiente, si come o bebe demasiado rápido o con ansiedad, si come más cantidad de alimento de la necesaria o si presenta alguna intolerancia a un alimento en concreto.
8. Debe dejar de comer o beber al empezar a notar sensación de saciedad. Su estómago desde ahora más pequeño.
9. Es importante aprende a reconocer la cantidad de alimento o ración que puede ingerir en cada comida.
10. Debe hidratarse entre las tomas del día. No beba líquido mientras come, su nuevo estómago no tiene tanta capacidad. Debe dejar paso a la comida primero para asegurar una buena nutrición.

11. Debe practicar la “dieta seca” que significa no beber líquidos 30 minutos antes y 30 minutos después de cada comida principal.
12. Caminar todos los días 1 hora y practicar algún ejercicio de acuerdo a su condición física, varias veces por semana.
13. Evitar inclinarse o acostarse en un sofá o en la cama justo después de comer.
14. Debe evitar alimentos con alta densidad calórica, ejemplos: nata, mayonesa, salsa bechamel, salsa carbonara, cremas pasteleras, chocolates y derivados, helados, postres, azúcares y dulces, bollería industrial y casera, pastelería, gominolas, frutos secos, pates, embutidos grasos (chorizo, longaniza, salami, salchichón, mortadela, salchichas...). Recuerde que el tipo de cirugía realizada comporta una malabsorción de parte de los alimentos grasos que ingiere. A mayor consumo de alimentos grasos y de aceites vegetales, mayores deposiciones diarreicas o con grasa puede presentar (esteatorrea).
15. Evitar aliños fuertes, picantes e irritantes y aperitivos salados tipo snacks (patatas chips, galletitas, palomitas, pipas, gusanitos...).
16. Evitar las bebidas carbonatadas (refrescos, colas, gaseosas, agua con gas...).
17. Evitar el alcohol de alta y baja graduación (por su contenido calórico y efecto tóxico).

Alimentación De Transición:

Textura	Duración	Tipo de alimento	Objetivo
Dieta líquida	2 semanas	Agua, leche desnatada, yogur líquido desnatado, caldos desgrasados, zumos naturales, infusiones, suplemento nutricional	Evitar Deshidratación evitar pérdida vitamínica y mineral
Dieta triturada fina	2 semanas	Agua, leche y derivados desnatados, determinadas verduras, sémolas, suplemento nutricional	Evitar deshidratación y pérdida de nutrientes

Dieta triturada gruesa/blanda	1-2 semanas	Purés de verduras con proteína animal (carnes, huevos y pescados) y texturas blandas y jugosas	Inicio a la masticación Inicio dieta seca
Dieta sólida	En adelante	Liberalizado casi por completo. Dieta equilibrada.	Normalizar el proceso de digestión

Textura Líquida:

Durante los 2-3 primeros días líquidos fríos.

Contraindicados: líquidos concentrados y densos, bebidas gaseosas y bebidas estimulantes (ejemplos: café, té).

ALIMENTOS INDICADOS:

- Suplemento nutricional: 3 batidos al día (disuelto en leche desnatada):
 - Meritene Extra (BOTE/450g/9 tomas, diluir 50 g en 200-250 ml de leche desnatada). Presentaciones sabor vainilla, chocolate.
 - Meritene Neutro (Caja/7 sobres para diluir con 200-250 ml de caldos desgrasados o con zumos naturales o leche desnatada) □ Caldo casero desgrasado: de verdura, pollo sin piel y pescado.
- Zumo natural de fruta colado sin azúcar añadido.
- Infusión (manzanilla o poleo).
- Agua sin gas y bebidas isotónicas sin azúcar (Aquarius Zero, Isostar Free).
- Edulcorante no calórico (ejemplo: sacarina).
- Leche desnatada y yogur líquido desnatado sin azúcar añadido (Ejemplo: Actimel 0%).

Menú ejemplo

Desayuno	1 batido de Meritene Extra disuelto en leche desnatada
Media mañana 1	1 vaso de zumo natural sin azúcar añadido
Media mañana 2	Infusión (edulcorada)
Comida	Caldo desgrasado con Meritene Neutro diluido + 1 yogur líquido desnatado sin azúcar añadido

Merienda 1	Yogur líquido desnatado sin azúcar añadido
Merienda 2	Zumo de fruta natural sin azúcar añadido
Cena	Batido de Meritene Extra diluido en leche desnatada.

En caso de que no pudiera preparar los caldos en casa, puede escogerlos ya preparados en brik. Ejemplos: Gallina Blanca (Carne de Ternera-Pollo), Hacendado (Casero de pollo, pescado, verduras), Knorr (Pollo, verduras), Aneto (pollo, verduras, pescado).

Textura Triturada Fina:

Se Introducen: yogures desnatados sin azúcar de textura cremosa, sémolas y verduras no filamentosas y sin piel (patata, calabaza, calabacín, cebolla y zanahoria). Debe evitar: Acelga, alcachofa, apio, brócoli, berro, cardo, coles, repollo, chirivía, endibia, escarola, espárragos, espinacas, guisantes, habas, judía verde, lechuga, puerros, remolacha...

Preparar la ración con pequeñas cantidades de verdura para observar la cantidad que tolera. Sirva la comida en un cuenco pequeño, no en plato hondo ni grande. Recuerde cocer bien las verduras y triturarlas. Debe parar de comer en el momento en que se sienta satisfecho, no lleno. Recuerde que debe hidratarse adecuadamente durante el día (1.5-2 litros de líquido/día).

Para aumentar el contenido de proteína, puede poner dos claras de huevo en cada plato de comida y cena, en el caso de no tolerancia o aversión a los suplementos proteicos recomendados.

Menú Ejemplo:

Desayuno	1 batido de Meritene Extra diluido en leche desnatada
Media mañana 1	1 vaso de leche desnatada o 2 yogures desnatados
Media Mañana 2	1 vaso de zumo natural sin azúcar añadido
Comida	Crema de verduras cocidas sin piel + 1 cucharita pequeña de aceite + 1 pizca de sal (puede añadirle 2 claras de huevo cocinadas y trituradas dentro de la crema). 1 yogur desnatado
Merienda	1 batido de Meritene Extra diluido en leche desnatada
Cena	Caldo con sémola (1 o 2 cucharas soperas) + 2 claras de huevo cocinadas y trituradas dentro del caldo o con Meritene Neutro.

En caso de no poder preparar la comida casera, puede escoger preparados en brik de crema (son más grasas). Marca Gallina Blanca, Hacendado (Pollo-Verduras-Calabacín-Champiñones) Knorr (Hortalizas-Verduras), Don Simón (Natural Espinacas), etc.

Textura Triturada Gruesa/Blanda:

Para dosificar los alimentos utilice una balanza de cocina. Aunque le suponga un esfuerzo, deberá respetar los pesos de los alimentos indicados si desea obtener resultados positivos.

Ya no es necesario tomar los sobres de suplemento proteico. Para preparar los purés utilice patata, cebolla, zanahoria, calabaza, calabacín, judía verde redonda y tomate. Cocer bien las verduras junto a la carne, pescado o huevo y triturarlas o pisarlas con tenedor. No tome ensalada (verdura cruda) todavía no está preparado.

Menú Ejemplo:

Desayuno	1 vaso de leche desnatada + Ej.: Eko/café descafeinado + 1 rebanada de Pan de molde tostado o biscote + 1 cuchara pequeña de aceite y tomate
Media mañana	1 pieza pequeña de fruta madura sin piel
Comida	Puré de verduras peladas: patata, tomate, cebolla, zanahoria y judía redonda (50g) + 1 cuchara pequeña de aceite + pizca de sal. Debe añadir en la misma cocción: Carne magra (100g): pechuga/muslo de pollo o Pescado blanco sin espinas y sin piel (100g) o 1 huevo (previamente hervido).
Merienda 1	1 pieza pequeña de fruta madura sin piel.
Merienda 2	Lácteo desnatado (yogur o leche o queso fresco desnatado de burgos o queso batido 0% materia grasa).
Cena	1-2 rebanadas de pan tostado/biscotes + 1 cuchara pequeña de aceite y tomate rallado con: Queso desnatado tipo Burgos (75g) o atún al natural (en migajas) o 1 huevo revuelto/tortilla o 2 lonchas finas de fiambre magro (jamón york o fiambre de pollo o pavo 0% materia grasa) + Yogur desnatado.

Textura Sólida:

Servir los alimentos en plato de postre o en un cuenco pequeño. Debe aprender a identificar la sensación de saciedad y parar de comer en el momento en que esté satisfecho, no lleno. Vaya reconociendo la cantidad de ración que tolera.

Menú Ejemplo:

Desayuno	Lácteo desnatado (leche o 2 yogures) + 1 rebanada de pan de molde tostado o 2 biscotes + 1 cuchara pequeña de aceite/tomate.
Media mañana	Fruta madura sin piel (masticada) 1 pieza pequeña.
Comida	Forma de cocinado: asado, la plancha, hervido, al vapor, papillote, horno. Plato Único: Pollo o pescado y verdura cruda o cocinada junto con arroz, pasta, legumbres...
Merienda 1	1 pieza de fruta madura y sin piel.
Merienda 2	Yogur desnatado y sin azúcar o una tarrina pequeña de queso fresco desnatado o queso batido 0% materia grasa.
Cena	Verdura cruda o cocinada acompañada con: Pescado blanco o azul (150g) o carne magra de ternera (80-100g) en filete fino o picado o pollo o pavo sin piel (100 g) o 1 huevo + 1-2 rebanada de pan tostado/de barra/biscote.

ANEXO NUT 8: Protocolo Dietético en Plicatura Gástrica.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Por favor lea estas pautas dietéticas, de su cumplimiento depende su estado de salud los siguientes días y meses.

Después de la operación es importante cumplir con las indicaciones sobre comidas y bebidas, para que la nueva estructura del estómago cicatrice por completo. El objetivo alimentario es prevenir las complicaciones, garantizar una adecuada tolerancia a la dieta y evitar las deficiencias nutricionales. Se trata de ir progresando la consistencia de la dieta, desde una dieta líquida tras la intervención hasta una dieta con alimentos sólidos en la que se vayan incorporando todos los grupos de alimentos.

Es necesario progresar la alimentación a un ritmo correcto, evitando que esta progresión sea demasiado rápida (lo que dificulta la tolerancia) o demasiado lenta (lo que conduce a dietas insuficientes, monótonas o poco variadas).

Estas nuevas pautas requieren una reeducación de hábitos alimentarios que en este caso será más fácil por la disminución importante de la sensación de hambre que conlleva la Plicatura Gástrica.

Las fases de la dieta están compuestas por varias texturas de alimento (dieta líquida, triturada fina, triturada gruesa-blanda y sólida) con objetivo definido.

Pasado mes y medio comienza una dieta sólida equilibrada y variada adecuada a su estilo de vida. Es importante consolidar el cambio de hábito alimentario adquirido durante las primeras semanas del postoperatorio y asistir a todas las consultas programadas por el equipo profesional de cirugía bariátrica.

Durante las primeras semanas debe beber al menos 1-2 litros de líquido al día (incluidos los suplementos dietéticos) de lo contrario se puede observar deshidratación con los consiguientes efectos secundarios como sequedad de la boca, cefaleas, mareos, halitosis, etc.

NORMAS DE CONDUCTA ALIMENTARIA:

1. Durante los primeros 15 días debe beber pequeños volúmenes máximo 75-100ml en cada toma (la medida de una taza de café a medio vaso de agua) a sorbos muy pequeños o con cuchara pequeña. Necesita beber cada 30 minutos. No distinga los horarios de desayuno, comida y cena.
2. Cuando ya coma alimento sólido debe hacer entre 5 y 7 comidas de escaso volumen al día, separadas por intervalos nunca inferiores a 2-3 horas.
3. Las comidas no deben durar menos de 30 minutos. Este tiempo es considerado el necesario para alcanzar la sensación de saciedad tras la ingesta.
4. Como hábito, debe aprender a beber los líquidos a pequeños sorbos de 1 a 2 dedos de líquido (del tamaño de 30-50ml).
5. Debe servir pequeñas raciones en cada plato de comida, un plato pequeño, medio plato grande o un cuenco pequeño será más que suficiente.
6. Es importante masticar mucho y despacio los alimentos para triturarlos antes de tragarlos y así evitar la formación de bolas de alimento difíciles de digerir.
7. Puede tener algún vómito si no mastica suficiente, si come o bebe demasiado rápido o con ansiedad, si come más cantidad de alimento de la necesaria o si presenta alguna intolerancia a un alimento en concreto.

8. Debe dejar de comer o beber al empezar a notar sensación de saciedad. Su estómago desde ahora es más pequeño.
9. Es importante aprende a reconocer la cantidad de alimento o ración que puede ingerir en cada comida.
10. Debe hidratarse entre las tomas del día. No beba líquido mientras come, su nuevo estómago no tiene tanta capacidad. Debe dejar paso a la comida primero para asegurar una buena nutrición.
11. Debe practicar la "dieta seca" que significa no beber líquidos 30 minutos antes y 30 minutos después de cada comida principal.
12. Caminar todos los días 1 hora y practicar algún ejercicio de acuerdo a su condición física, varias veces por semana.
13. Evitar inclinarse o acostarse en un sofá o en la cama justo después de comer.
14. Debe evitar alimentos con alta densidad calórica, ejemplos: nata, mayonesa, salsa bechamel, salsa carbonara, cremas pasteleras, chocolates y derivados, helados, postres, azúcares y dulces, bollería industrial y casera, pastelería, gominolas, frutos secos, pates, embutidos grasos (chorizo, longaniza, salami, salchichón, mortadela, salchichas...).
15. Evitar aliños fuertes, picantes e irritantes y aperitivos salados tipo snacks (patatas chips, galletitas, palomitas, pipas, gusanitos...).
16. Evitar las bebidas carbonatadas (refrescos, colas, gaseosas, agua con gas...).
17. Evitar el alcohol de alta y baja graduación (por su contenido calórico y efecto tóxico).

Alimentación De Transición:

Textura	Duración	Tipo de alimento	Objetivo
Dieta líquida	10 días	Agua, leche desnatada, yogur líquido desnatado, caldos desgrasados, zumos naturales, infusiones, suplemento nutricional.	Evitar Deshidratación evitar pérdida vitamínica y mineral.

Dieta triturada fina	10 días	Agua, leche y derivados desnatados, determinadas verduras, sémolas, suplemento nutricional.	Evitar Deshidratación y pérdida de nutrientes.
Dieta triturada gruesa/blanda	1-2 semanas	Purés de verduras con proteína animal (carnes, huevos y pescados) y texturas blandas y jugosas.	Inicio a la masticación. Inicio dieta seca.
Dieta sólida	En adelante	Liberalizado casi por completo. Dieta equilibrada.	Normalizar el proceso de digestión.

Textura Líquida

Durante los 2-3 primeros días líquidos fríos.

Contraindicados: líquidos concentrados y densos, bebidas gaseosas y bebidas estimulantes (ejemplos: café, té).

ALIMENTOS INDICADOS:

- Suplemento nutricional: 3 batidos al día (disuelto en leche desnatada):
 - Meritene Extra (BOTE/450g/9 tomas, diluir 50 g en 200-250 ml de leche desnatada). Presentaciones sabor vainilla, chocolate.
 - Meritene Neutro (Caja/7 sobres para diluir con 200-250 ml de caldos desgrasados o con zumos naturales o leche desnatada) □ Caldo casero desgrasado: de verdura, pollo sin piel y pescado.
- Zumo natural de fruta colado sin azúcar añadido.
- Infusión (manzanilla o poleo).
- Agua sin gas y bebidas isotónicas sin azúcar (Aquarius Zero, Isostar Free).
- Edulcorante no calórico (ejemplo: sacarina).
- Leche desnatada y yogur líquido desnatado sin azúcar añadido (Ejemplo: Actimel 0%).

Menú ejemplo:

Desayuno	1 batido de Meritene Extra disuelto en leche desnatada
Media mañana 1	1 vaso de zumo natural sin azúcar añadido
Media mañana 2	Infusión (edulcorada)
Comida	Caldo desgrasado con Meritene Neutro diluido + 1 yogur líquido desnatado sin azúcar añadido
Merienda 1	Yogur líquido desnatado sin azúcar añadido
Merienda 2	Zumo de fruta natural sin azúcar añadido
Cena	Batido de Meritene Extra diluido en leche desnatada.

En caso de que no pudiera preparar los caldos en casa, puede escogerlos ya preparados en brik. Ejemplos: Gallina Blanca (Carne de Ternera-Pollo), Hacendado (Casero de pollo, pescado, verduras), Knorr (Pollo, verduras), Aneto (pollo, verduras, pescado).

Textura Triturada Fina:

Se Introducen: yogures desnatados sin azúcar de textura cremosa, sémolas y verduras no filamentosas y sin piel (patata, calabaza, calabacín, cebolla y zanahoria). Debe evitar: Acelga, alcachofa, apio, brócoli, berro, cardo, coles, repollo, chirivía, endibia, escarola, espárragos, espinacas, guisantes, habas, judía verde, lechuga, puerros, remolacha...

Preparar la ración con pequeñas cantidades de verdura para observar la cantidad que tolera. Sirva la comida en un cuenco pequeño, no en plato hondo ni grande. Recuerde cocer bien las verduras y triturarlas. Debe parar de comer en el momento en que se sienta satisfecho, no lleno. Recuerde que debe hidratarse adecuadamente durante el día (1.5-2 litros de líquido/día).

Para aumentar el contenido de proteína, puede poner dos claras de huevo en cada plato de comida y cena, en el caso de no tolerancia o aversión a los suplementos proteicos recomendados.

Menú Ejemplo:

Desayuno	1 batido de Meritene Extra diluido en leche desnatada.
Media mañana 1	1 vaso de leche desnatada o 2 yogures desnatados.
Media Mañana 2	1 vaso de zumo natural sin azúcar añadido.

Comida	Crema de verduras cocidas sin piel+ 1 cuchara pequeña de aceite + 1 pizca de sal (puede añadirle 2 claras de huevo cocinadas y trituradas dentro de la crema). 1 yogur desnatado.
Merienda	1 batido de Meritene Extra diluido en leche desnatada.
Cena	Caldo con sémola (1 o 2 cucharas soperas) + 2 claras de huevo cocinadas y trituradas dentro del caldo o con Meritene Neutro.

En caso de no poder preparar la comida casera, puede escoger preparados en brik de crema (son más grasas). Marca Gallina Blanca, Hacendado (Pollo-Verduras-Calabacín-Champiñones) Knorr (Hortalizas-Verduras), Don Simón (Natural Espinacas), etc.

Textura Triturada Gruesa/Blanda:

Para dosificar los alimentos utilice una balanza de cocina. Aunque le suponga un esfuerzo, deberá respetar los pesos de los alimentos indicados si desea obtener resultados positivos.

Ya no es necesario tomar los sobres de suplemento proteico. Para preparar los purés utilice patata, cebolla, zanahoria, calabaza, calabacín, judía verde redonda y tomate. Cocer bien las verduras junto a la carne, pescado o huevo y triturarlas o pisarlas con tenedor. No tome ensalada (verdura cruda) todavía no está preparado.

Menú Ejemplo:

Desayuno	1 vaso de leche desnatada + Ej.: Eko/café descafeinado + 1 rebanada de Pan de molde tostado o biscote + 1 cuchara pequeña de aceite y tomate
Media mañana	1 pieza pequeña de fruta madura sin piel
Comida	Puré de verduras peladas: patata, tomate, cebolla, zanahoria y judía redonda (50g) + 1 cuchara pequeña de aceite + pizca de sal. Debe añadir en la misma cocción: Carne magra (100g): pechuga/muslo de pollo o Pescado blanco sin espinas y sin piel (100g) o 1 huevo (previamente hervido).
Merienda 1	1 pieza pequeña de fruta madura sin piel.
Merienda 2	Lácteo desnatado (yogur o leche o queso fresco desnatado de burgos o queso batido 0% materia grasa).

Cena	1-2 rebanadas de pan tostado/biscotes + 1 cuchara pequeña de aceite y tomate rallado con: Queso desnatado tipo Burgos (75g) o atún al natural (en migajas) o 1 huevo revuelto/tortilla o 2 lonchas finas de fiambre magro (jamón york o fiambre de pollo o pavo 0% materia grasa) + Yogur desnatado.
------	--

Textura Sólida

Servir los alimentos en plato de postre o en un cuenco pequeño. Debe aprender a identificar la sensación de saciedad y parar de comer en el momento en que esté satisfecho, no lleno. Vaya reconociendo la cantidad de ración que tolera.

Menú ejemplo:

Desayuno	Lácteo desnatado (leche o 2 yogures) + 1 rebanada de pan de molde tostado o 2 biscotes + 1 cuchara pequeña de aceite/tomate.
Media mañana	Fruta madura sin piel (masticada) 1 pieza pequeña.
Comida	Forma de cocinado: asado, la plancha, hervido, al vapor, papillote, horno. Plato Único: Pollo o pescado y verdura cruda o cocinada junto con arroz, pasta, legumbres...
Merienda 1	1 pieza de fruta madura y sin piel.
Merienda 2	Yogur desnatado y sin azúcar o una tarrina pequeña de queso fresco desnatado o queso batido 0% materia grasa.
Cena	Verdura cruda o cocinada acompañada con: Pescado blanco o azul (100g) o carne magra de ternera (80-100g) en filete fino o picado o pollo o pavo sin piel (100 g) o 1 huevo + 1 rebanada de pan tostado/de barra/biscote.

ANEXO NUT 9: Protocolo dietético en el Balón Intragástrico.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

El balón intragástrico es una técnica no quirúrgica que le permitirá bajar peso sin pasar hambre creándole una sensación de saciedad permanente. Se utiliza como herramienta de trabajo para modificar sus hábitos alimentarios durante el tiempo que lo lleve puesto. Debe aprovechar su ayuda y asistir a todas las visitas programadas por el equipo profesional de cirugía bariátrica, que le ayudará en ese proceso de modificación de hábitos.

Los primeros días la alimentación será a base de bebidas líquidas y cremosas. Pasada una semana, tomará textura triturada y algunos alimentos blandos y a los 15 días ya podrá tomar alimentos con textura sólida y llevará una dieta equilibrada y variada.

La duración de las texturas es relativa en cada paciente, dependiendo de la tolerancia al Balón Intragástrico.

Debe tomar los sobres de suplementos nutricionales propuestos los primeros 7-10 días, serán su refuerzo calórico y proteico para no tener debilidad muscular ni decaimiento general.

Normas De Conducta Alimentaria:

- Fíjese en la cantidad de alimento que debe tomar en cada comida, la nueva ración pasa a ser lo que cabe en un plato pequeño.
- Mastique lentamente el alimento antes de tragarlo, recuerde que la digestión comienza en la boca.
- Practique la "dieta Seca": No beba 30 minutos antes y hasta 1 hora después de cada comida principal.
- Deje de comer o de beber al empezar a notar la sensación de saciedad.
- No salte ninguna comida. Todas son importantes (5-6 tomas al día).
- Practique algún deporte o camine 1 hora al día.

Los sobres de suplemento nutricional los puede comprar en farmacias o parafarmacias.

- Meritene Extra (BOTE/450g/9 tomas, diluir 5 cucharas medidoras -50 g- en 200 ml de leche desnatada). Presentaciones sabor vainilla, chocolate.
- Meritene Neutro (Caja/7 sobres, reconstituir un sobre con 200 ml de caldos desgrasados o con zumos naturales o leche desnatada).

Alimentación De Transición:

Textura	Duración	Tipo alimento	Objetivo
---------	----------	---------------	----------

Líquida - triturada fina	1ª semana (3 primeros días tras cese de náuseas y vómitos).	Lácteos desnatados, caldos desgrasados, zumos naturales, cremas de verduras, suplemento nutricional indicado.	Evitar deshidratación y pérdida proteínica, vitamínica y mineral.
Triturada gruesa/blanda	2ª semana (si la tolerancia de las texturas anteriores es buena).	Verdura hervida con carnes, pescados cocinados muy suaves, frutas maduras sin piel.	Ingesta de texturas más consistentes e inicio a la masticación.
Sólida	3ª semana en adelante	Liberalizado casi por completo, siguiendo dieta sana, baja en grasa y en azúcares.	Normalizar el proceso digestivo en su totalidad.

1ª Semana dieta de textura líquida y triturada fina:

Comience los primeros días con las bebidas líquidas y frescas, si las tolera bien a los 5 días pase a tomar las bebidas más cremosas.

Menú Ejemplo:

Desayuno

Meritene Extra (diluir 5 cucharas medidoras en 200 ml de leche desnatada)

Media mañana

1 vaso de Zumo natural + Yogur líquido desnatado sin azúcar (ejemplo: "Actimel 0%")

Comidas y Cenas

Empiece siempre por líquido colado y si tolera bien siga la pauta los días siguientes a sopa y si tolera bien pase a puré fino

- Caldo desgrasado (1 taza)
- Puré fino de verdura (plato poco hondo)
- Sopa de sémola o fideos (1 cucharada)

+ Meritene Extra o Meritene Neutro (1 toma en comida y otra en cena).

Media tarde

2 Yogures líquidos desnatados.

2ª Semana: Dieta de textura triturada gruesa y blanda

Se suprime el suplemento nutricional. Puede utilizar 3 cucharas de aceite de oliva virgen extra para todas las preparaciones del día. Sirva las raciones de alimentos en un plato pequeño.

Dieta de 1200 kcal aproximadamente (valoración media de carbohidratos 49%, proteínas 24%, grasas 27%).

Desayuno

Lácteo desnatado (un vaso de leche desnatada o 2 yogures desnatados) con una de las siguientes opciones:

- Pan tostado (1-2 rebanadas) con aceite oliva (una cuchara pequeña) y tomate - 4-5 galletas tipo María

Media mañana

Infusión con sacarina + Fruta (1 pieza) comience primero tomándola sin piel y cuando la tolere bien, tómela también con piel.

Comidas

Primer plato:

- Verdura cocinada, los primeros días en puré, más tarde blanda (hervida) y finalmente cuando ya la tolere del todo bien, pase a textura sólida y cruda (ensalada). Hasta que no se lo indique la nutricionista no tome verdura cruda (ej: ensaladas)

Segundo plato, varíe cada día:

- Arroz con verduras y alimentos fuentes de proteína (pollo sin piel, conejo, pescados blancos...). Caldoso primero, cuando lo tolere bien pase a seco.
- Pasta suave con queso desnatado o atún al natural (ej: macarrón/espagueti con aceite de oliva, tomate natural, hierbas aromáticas...).
- Legumbre con verduras (sin embutido) + alimento proteico o cereal (ejemplos: garbanzos con espinacas y trozos de bacalao o lentejas con verduras y trozos de pollo sin la piel o garbanzos con verduras y arroz (todo en plato pequeño).

Merienda

Yogur desnatado sin azúcar o tarrina pequeña de queso fresco de burgos 0% materia grasa o tarrina de queso batido 0% materia grasa.

Cena

Primer plato:

- Verdura cocinada, los primeros días en puré, más tarde blanda (hervida) y finalmente cuando ya la tolere bien pase a textura sólida y cruda (ensalada). Ejemplo: verdura hervida con patata, cebolla, zanahoria y judía, acelga o espinaca...

Segundo plato, seleccione una de las siguientes opciones:

- Pollo o pavo sin piel (100 g).
- Pescado blanco (150 g) o azul (100 g): pescadilla, dorada, fletan, merluza, jurel, salmón, rape, lenguado, atún...
- Huevo (en tortilla, pasado por agua o revuelto).

Puede acompañar la cena con 1 rebanada de pan tostado o 2 biscotes.

Algunos alimentos y bebidas no recomendados:

1. Debe evitar alimentos con alta densidad calórica, ejemplos: nata, mayonesa, salsa bechamel, salsa carbonara, cremas pasteleras, chocolates y derivados, helados, postres, azúcares, golosinas y dulces, bollería industrial y casera, pastelería, gominolas, frutos secos, pates, embutidos grasos (chorizo, longaniza, salami, salchichón, mortadela, salchichas...).
2. Evitar aliños fuertes, picantes e irritantes y aperitivos salados tipo snacks (patatas chips, galletitas, palomitas, pipas, gusanitos...).
3. Evitar las bebidas carbonatadas (refrescos, colas, gaseosas, agua con gas...).
4. Evitar el alcohol de alta y baja graduación (por su contenido calórico y efecto tóxico).
5. Evitar el consumo de chicle (aumenta la ingesta de gas y la producción de ácido en el estómago).

ANEXO NUT 10: Recomendaciones alimentarias tras la cirugía bariátrica.

Nombres y apellidos del paciente: _____

Fecha: _____

- Reparta su alimentación en 5-6 comidas al día: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena (En algunos casos recena).
- Evite saltarse las comidas.
- Establezca horarios fijos para la alimentación.
- Coma sentado, despacio y mastique muy bien los alimentos. Evite distracciones durante las comidas del día.
- Entre bocado y bocado deje los cubiertos sobre la mesa.
- Controle el tamaño de las raciones tomando comidas de poco volumen, recuerde que ahora su sistema digestivo ha cambiado.

- Incluya y priorice el consumo de alimentos ricos en proteínas en cada una de las tomas del día (leche desnatada, queso desnatado, yogur desnatado, huevo, carne, pollo, pescado, marisco...).
- Tome de 2 a 3 piezas de frutas maduras al día.
- Hidrátese mediante líquidos sin azúcar y sin gas, preferentemente, agua o infusiones naturales.
- Evite comer y beber al mismo tiempo (mantenga un espacio mínimo de 30 minutos para beber antes y después de las comidas).
- Evite el azúcar y alimentos grasos.
- Retire toda la grasa visible de las carnes y la piel del pollo antes de cocinarlas.
- Cocine los alimentos de un modo sencillo: vapor, horno, papillote, hervido, microondas...
- Controle el consumo diario de aceite (máximo 3 cucharas de aceite de oliva al día), tanto para aliñar como para cocinar los alimentos.
- Aprenda a identificar la sensación de saciedad, deje de comer en el momento en que se sienta satisfecho. No forzar nunca la ingesta.
- Incluir un plato único en cada comida del día.
- Tenga a mano tentempiés más saludables: verduras, lácteos desnatados, fruta...
- Puede utilizar especias naturales para condimentar los alimentos (orégano, laurel, tomillo...).
- No debe consumir bebidas alcohólicas.
- Evite introducir dos alimentos nuevos al mismo tiempo, cada alimento debe probarse de forma individual para observar la tolerancia. Si algo no le sienta bien, dejar pasar unos días antes de probarlo de nuevo.
- Recuerde tomarse la suplementación diaria de vitaminas y minerales pautada por el médico.

ANEXO NUT 11: Registro alimentario semanal.

Paciente:

Periodo:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Observaciones
Desayuno								
1/2 Mañana								
Comida								
Merienda								
Cena								
Entre horas								

Nota: Escribir las cosas tan pronto como sea posible. Especificar el tamaño de las raciones, técnica culinaria (al horno, plancha, frito, vapor...), aderezos y grasas utilizadas. En observaciones, escribir si quedó satisfecho, lleno o con hambre, o cualquier sensación que considere importante (dolor, intolerancia, gases, vómito...).

ANEXO NUT 12

Cuestionario de Evaluación de Tolerancia Alimentaria tras Cirugía Bariátrica (Test de Suter)

(Puntuación ☐ >20 ☐ <20 Plan actuación _____)

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha: _____ Fecha de la cirugía: _____ Meses tras cirugía: _____ meses

Técnica: ☐ BPGYR-MiniBPG ☐ GVL ☐ PGL
 ☐ BGAL ☐ Otra: especificar _____

¿Cómo calificarías tu nivel de satisfacción respecto a la forma en que puedes comer actualmente?

☐ Excelente

☐ Buena

☐ Aceptable

☐ Mala Si mala o muy mala ¿Por qué? _____

☐ Muy mala

¿Cuántas comidas haces al día? _____

¿De las siguientes comidas, cuáles tomas? ☐ Desayuno ☐ Comida ☐ Cena

¿Cuál es tu comida principal? _____

¿Comes entre comidas? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuándo? ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche

¿Puedes comer de todo? ☐ Sí ☐ No

Más específicamente, ¿cómo comes?

Carne roja ☐ Fácilmente ☐ Alguna dificultad ☐ No como

Carne blanca (pollo, pavo) ☐ Fácilmente ☐ Alguna dificultad ☐ No como

Ensaladas ☐ Fácilmente ☐ Alguna dificultad ☐ No como

Verduras ☐ Fácilmente ☐ Alguna dificultad ☐ No como

Pan ☐ Fácilmente ☐ Alguna dificultad ☐ No como

Arroz ☐ Fácilmente ☐ Alguna dificultad ☐ No como

Pasta ☐ Fácilmente ☐ Alguna dificultad ☐ No como

Pescado ☐ Fácilmente ☐ Alguna dificultad ☐ No como

¿Hay otros alimentos que no toleres en absoluto? _____

¿Vomitas o regurgitas?

☐ Diariamente ☐ A menudo (>2 veces/semana) ☐ Rara vez ☐ Nunca