 

**Registro Nacional y Acreditación de Centros de cirugía bariátrica**

**Programa de Mejora continua en Cirugía bariátrica y metabólica (PMCCBM)**

**Área Salud Mental**

1. ¿Se realiza **psicodiagnóstico bariátrico prequirúrgico/valoración psicológica** en su equipo?          SÍ                                            NO

*(Enumere los instrumentos utilizados para recolectar datos, por ej.: batería de tests, entrevista dirigida, entrevista abierta, individual o grupal, con participación de la familia,etc.)* ……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

1. ¿Realiza preparación psicológica prequirúrgica?        SÍ                                  NO

*(Describa brevemente. Por ej.: psicoterapia individual y/o grupal, talleres informativos, talleres psicológicos grupales, grupos de reflexión, intervenciones en la red social de apoyo, etc.)*

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

1. ¿**Se trabaja en el espectro emocional dentro de la conducta alimentaria** del paciente candidato?                SÍ                                            NO

*(Describa brevemente. Por ej.: recursos para el manejo de la ansiedad y la angustia, recomendaciones pre y posquirúrgicas, talleres psicoeducativos/psicoeducación, psicoprofilaxis quirúrgica, etc.)*

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. ¿Se realiza tratamiento psicoterapéutico y/o psiquiátrico?

SÍ                            NO

Especifique:

1. ¿Realiza entrevistas hospitalarias, acompañamiento al quirófano y/o pase de sala?

SÍ                             NO

Especifique:

6. ¿Con qué frecuencia asiste el paciente a **control psicológico** luego de la cirugía?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mensual | Trimestral | Semestral | Anual |
| 0-6 meses | □ | □ | □ | □ |
| 7-12 meses | □ | □ | □ | □ |
| 2do año | □ | □ | □ | □ |
| Luego del 2do año | □ | □ | □ | □ |

7. ¿Realiza control y seguimiento psicológico posquirúrgico?     SÍ        NO

*(Describa brevemente. Por ej.: consultas psicológicas individuales, psicoterapia individual y/o grupal, talleres informativos, talleres psicológicos grupales, grupos de reflexión, intervenciones en la red social de apoyo, etc.)*

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………