



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES EN
PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA CANDIDATOS A
CIRUGÍA BARIÁTRICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA GENERAL EXPERIMENTAL

P R E S E N T A :

EVA SÁNCHEZ TALAMANTES

Directora de Tesis: Dra. Rosa Martha Meda Lara

Miembro del Comité: Mtra. Rocío Páez Gómez

Miembro del Comité: Mtra. Irma Zaldivar Martínez

Suplente: Dra. Patricia Andrade Palos

Suplente: Mtro. Andrés Palomera Chávez



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Con la inigualable satisfacción de alcanzar una meta:

Gracias a todos por su apoyo

Eva Sánchez Talamantes

CONTENIDO

I.	RESUMEN.....	5
II.	INTRODUCCION.....	6
III.	JUSTIFICACION.....	8
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
V.	OBJETIVOS.....	12
VI.	MARCO TEORICO	
	1. Psicología de la Salud como marco de referencia en el estudio....	13
	1.1. La evaluación psicológica en psicología de la salud	
	2. Obesidad.....	24
	3. Contexto histórico-social de la obesidad en México.....	29
	4. Cirugía de obesidad	32
	4.1 Técnicas quirúrgicas	
	4.2 Riesgos de la cirugía	
	4.3 Criterios de selección de pacientes	
	5. Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la obesidad.....	41
	6. Estilos de vida y hábitos de alimentación.....	48
	7. Personalidad y salud.....	61
	7.1 Autoconcepto	
	7.2 Imagen corporal	
	8. Afrontamiento.....	79
	8.1 Afrontamiento y cirugía	
	9. Factores psicosociales y enfermedad.....	86

VII. MATERIAL Y METODO

1. Diseño del estudio.....	88
2. Universo y muestra	88
3. Criterios de Inclusión.....	88
4. Criterios de eliminación.....	88
5. Tamaño de la muestra.....	88
6. Instrumentos utilizados.....	88
6.1 Entrevista semiestructurada	
6.2 Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-2)	
6.3 Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ)	
6.4 Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)	
6.5 Cuestionario de Autoconcepto (AF5)	
7. Procedimiento general para la recolección de datos.....	91
8. Operacionalización de variables.....	92
9. Análisis Estadístico.....	93
10. Consideraciones Éticas.....	93

VIII. RESULTADOS.....94

IX. DISCUSION.....130

X. CONCLUSIONES.....149

XI. BIBLIOGRAFIA.....155

XII. ANEXOS

1. Formato de Consentimiento Informado.....	170
2. Entrevista semiestructurada	172

I. RESUMEN

La obesidad constituye un problema de salud grave. El objetivo de este estudio es detectar y relacionar factores psicosociales en un grupo de pacientes con obesidad mórbida (IMC>40), candidatos a cirugía bariátrica. Se presenta una valoración de la autopercepción de su estado de salud, de los hábitos y conducta alimentaria, del autoconcepto, la imagen corporal y de los rasgos de personalidad, así como de las prácticas de consumo de productos comerciales para perder peso, de la motivación y expectativas hacia la cirugía.

Metodología: Se estudiaron 31 sujetos, se utilizó una entrevista semiestructurada ex profeso para este estudio y se aplicaron los siguientes tests: MMPI-2, OQ, EDI-2 y AF5.

Resultados: Se identificó que estos sujetos no tienen autopercepción de enfermedad, ni de lo grave que es la obesidad mórbida. Poseen una dieta no balanceada con déficit en el consumo de frutas y verduras y un elevado consumo de refrescos y “productos chatarra”. Se identificaron conductas alimentarias de sobreingesta, elevada presencia de antojos, de la búsqueda de comer como regulación emocional y tendencia a la bulimia. Presentan una imagen corporal deficiente, insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez; autoconcepto pobre sobre todo en la dimensión del autoconcepto físico. Se identificaron elevaciones en las escalas de hipocondría (Hs) y en la de histeria (Hi). Existen diferencias en el análisis por sexo y edad.

Conclusiones: No se encontró un trastorno psiquiátrico específico, pero se identifican factores de riesgo para un buen pronóstico de la cirugía bariátrica: la comorbilidad con trastornos de personalidad (pasivo-agresiva y dependiente), trastornos de la imagen corporal, el autoconcepto, trastornos de la conducta alimentaria (sobreingesta y conductas bulímicas). La falta de autopercepción de enfermedad es factor de riesgo para la adherencia al tratamiento médico/psicológico, complicando así su recuperación y el éxito de la cirugía.

II. INTRODUCCION

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se asocia a riesgo para la salud. Su diagnóstico se basa en el cálculo del índice de masa corporal (IMC) [Peso (kg)/Talla² (m)] y, de acuerdo a su severidad, se clasifica en obesidad leve o sobrepeso, obesidad moderada, severa y mórbida (OMS, 1992).

La cirugía bariátrica o cirugía de obesidad, es indicada para aquellos pacientes que tienen un $IMC \geq 40$ es decir obesidad mórbida. Este tipo de cirugía constituye hasta la fecha el único procedimiento probado como efectivo para el tratamiento de este padecimiento. Estos procedimientos básicamente consisten en eliminar el exceso de peso modificando la absorción normal de los alimentos en el tubo digestivo (técnicas malabsortivas), otras consisten en disminuir considerablemente el tamaño del estómago y la capacidad gástrica (técnicas restrictivas).

La necesidad de realizar evaluaciones psicológicas para los candidatos a cirugía bariátrica fue reconocido por el National Institutes of Health en 1991, aunque también se reconoció la falta de indicadores clínicos objetivos que guiaran la selección de estos pacientes, persistiendo esta limitación hasta la fecha. Se ha recomendado el abordaje de un equipo multidisciplinario a fin de identificar las variables psicológicas y psiquiátricas de riesgo, así como evaluar entre otras cosas el nivel de información del paciente, su motivación y la capacidad para participar en el tratamiento y lograr un apego terapéutico de largo plazo. La recomendación más completa para las evaluaciones proviene de la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (2004), la cual indica que el propósito de la evaluación psicológica para los candidatos a cirugía bariátrica, es identificar factores de riesgo y formular recomendaciones para el paciente y el cirujano que mejoren el pronóstico y que conduzcan a buenos resultados.

La cirugía bariátrica implica un cambio radical en el estilo de vida, e implica una modificación forzada del comportamiento, donde la cirugía (evento quirúrgico) representa solo un elemento en ese proceso. Más de la mitad de los pacientes con obesidad extrema candidatos a cirugía bariátrica presentan alguna psicopatología

asociada principalmente a los trastornos depresivos y de ansiedad (Herpertz y cols. 2004). Aunque no existe un tipo único de personalidad del obeso, si se han identificado como rasgos característicos, una baja autoestima, menor control de impulsos, rasgos de personalidad pasivo-agresiva, tendencia a la somatización y negación, con pensamiento catastrófico y con un bajo nivel de cooperación (Lykouras 2008; Guisado 2002; Gerbrand 2006).

En el presente estudio los sujetos tuvieron que completar una serie de entrevistas clínicas y una batería de pruebas psicológicas, que permitieron conocer aspectos sociodemográficos, hábitos alimentarios, consumo de sustancias, la percepción del estado de salud, las conductas previas (tratamientos) para perder peso, así como las motivaciones y expectativas hacia la cirugía. Asimismo se identificaron variables de personalidad, de autoconcepto e imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria en esta muestra de pacientes que asisten al servicio de cirugía laparoscópica del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

III. JUSTIFICACIÓN

La obesidad es considerada en la actualidad, una epidemia en gran parte del mundo. En Estados Unidos el 65% de la población presenta sobrepeso y un tercio es portadora de obesidad (Flegal 2002). Aproximadamente 12.5 millones se encuentran afectados, de éstos alrededor de cuatro millones tienen obesidad mórbida, la cual interfiere directamente con la salud y el bienestar.

En México, la Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2000 encontró que la obesidad en los adultos mexicanos creció del 21.5%, en 1993 a 23.7% en el 2000, y el aumento del sobrepeso en este periodo casi duplico los hallazgos de 1993. (Álvarez 1997).

La Encuesta Nacional Salud y Nutrición 2006, revela que desde la infancia se están presentando cifras altas de sobrepeso y obesidad. De acuerdo con la distribución del índice de masa corporal ($IMC=kg/m^2$) para la edad, el 26% de los escolares y uno de cada tres adolescentes en México presentan exceso de peso, es decir la combinación de sobrepeso mas obesidad. En mayores de 20 años de edad la prevalencia de sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25$) se han incrementado de manera alarmante; actualmente 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres mexicanos tienen exceso de peso.

De acuerdo a la misma encuesta, en el estado de Jalisco, la prevalencia de sobrepeso en preescolares se ubico en 5.4%. La prevalencia sumada de sobrepeso mas obesidad se ubico en 27.7% (26.4% hombres y 29.3% mujeres) en escolares. Aun cuando la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el estado es menor a la prevalencia media nacional, en Jalisco una cuarta parte de los niños escolares padece sobrepeso y obesidad. En el grupo de adolescentes se encontró el 35.5% con exceso de peso, esta prevalencia es mayor a la observada en el ámbito nacional. La prevalencia de peso excesivo en adultos mayores de 20 años en Jalisco fue de 69% (73.3% mujeres y 63.8% hombres). Por otra parte, Jalisco se ubico por encima de la media nacional en la prevalencia del diagnóstico médico de diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, padecimientos asociados al sobrepeso y la obesidad.

Las alteraciones metabólicas asociadas a la obesidad, condicionan mayor riesgo de desarrollar ciertas patologías, tales como síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, problemas osteoarticulares, insuficiencia pulmonar, infertilidad y algunos tipos de cáncer.

Adicionalmente, los costos económicos asociados a la obesidad son de gran magnitud. En 1995, en Estados Unidos los gastos médicos por obesidad alcanzaron más de 70 millones de dólares (Colditz 1999).

La obesidad es un serio padecimiento nutricional asociado a morbimortalidad física, psicosocial, y a una disminución significativa de la expectativa de vida. El deterioro de la calidad de vida, la discriminación y problemas de autoestima, son otros aspectos de gran importancia.

Diferentes estudios han demostrado que solamente el 10% de los pacientes que padecen obesidad mórbida pueden conseguir control de su sobrepeso con el tratamiento convencional; al ser tratados con dietas estrictamente supervisadas y terapia conductual, presentan pérdida de peso, pero no sostenida, es decir, los efectos de la dieta, el ejercicio, los fármacos y la terapia conductual sobre la obesidad severa, son de corto tiempo y tienen un rango de duración de 10 semanas a un año; es decir, el tratamiento médico no quirúrgico ha fallado para mantener un control de peso a largo plazo en alrededor del 90% de los pacientes (Martin 1995). Estas fallas ocasionan deterioro físico y psicológico; es en este punto donde el tratamiento quirúrgico debe de ser considerado para estos pacientes.

Diversos estudios (Larsen 1990; Papageorgiou 2002; Gerbrand 2006), han señalado la necesidad de realizar una valoración psicológica y psiquiátrica previa, de los candidatos a cirugía de obesidad, sin embargo, no hay un consenso para estas evaluaciones, pero se conoce que el éxito de la cirugía depende en gran parte de la capacidad de los pacientes para comprender la trascendencia de la cirugía, dar su consentimiento, modificar su estilo de vida y de sus recursos de afrontamiento.

En nuestra población no existen estudios publicados que exploren estos aspectos y desconocemos que características psicológicas tiene este grupo poblacional, su

coincidencia con la literatura internacional y su efectividad como predictores de una buena respuesta ante el reto que representa la cirugía de obesidad.

Este estudio se realizó en el Hospital Civil Juan I. Menchaca, en el Servicio de Cirugía Laparoscópica, ya que este cuenta con un programa de cirugía de obesidad con un abordaje multidisciplinario.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México es el segundo país con mayor población con exceso de peso en el mundo. Actualmente 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres mexicanos tienen exceso de peso (ENSANUT, 2006) Existe una preocupación importante en el sistema de salud mexicano para tratar de controlar estos índices de obesidad, a través de programas de mantenimiento de un peso sano; sin embargo, hay un porcentaje importante de pacientes con obesidad mórbida, donde los tratamientos habituales (nutricional y conductual) han fallado y que requieren de un tratamiento más eficaz, como ha demostrado ser la cirugía bariátrica, para tratar de evitar o controlar la expresión de comorbilidades. Por otra parte, la atención médica para estos pacientes representa una erogación importante de recursos para el sistema de salud, por las enfermedades asociadas, además del impacto negativo en la calidad de vida de quien la padece.

El estudio de esta población es trascendente, porque se presume que ciertas características psicológicas y sociales del paciente, influyen en el éxito de la cirugía. En nuestro país este tipo de estudios no existen.

La obesidad mórbida es un padecimiento que permite y requiere de una visión multidisciplinaria del sujeto y exige la realización de un diagnóstico y manejo integral. Este es un campo nuevo para la psicología y representa un reto para el psicólogo de la salud.

Preguntas de Investigación:

1. ¿Cuál es la percepción del estado de salud de los candidatos a cirugía bariátrica?
2. ¿Existe relación entre los hábitos alimentarios, el consumo de sustancias y el consumo de productos comerciales para perder peso?
3. ¿Cuáles son las motivaciones y expectativas hacia la cirugía bariátrica?
4. ¿Existe relación entre la percepción del estado de salud, hábitos de salud, conducta alimentaria y la imagen corporal?
5. ¿Qué variables psicológicas caracterizan a estos pacientes?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Relacionar variables personales y sociales en un grupo de pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las variables por grupo de edad y sexo
2. Identificar la percepción del estado de salud
3. Comparar los hábitos alimentarios, el consumo de sustancias y el consumo de productos comerciales para perder peso.
4. Correlacionar la percepción del estado de salud y la motivación para la cirugía
5. Correlacionar hábitos de salud, conducta alimentaria y la imagen corporal con la percepción del estado de salud.
6. Correlacionar la percepción de la imagen corporal con el autoconcepto.
7. Correlacionar la percepción del estado de salud con las variables psicológicas.

VI. MARCO TEORICO

1. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD COMO MARCO DE REFERENCIA EN ESTE ESTUDIO.

La Psicología de la Salud considera la dimensión psicosocial en el proceso de salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. Resulta obligado desde este marco, la evaluación de los factores psicosociales involucrados en el proceso de enfermar, así como aquellos factores que son consecuencia de la enfermedad. Son de interés todos los aspectos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud a la población (Martín, 2003).

La aparición de síntomas estimula la búsqueda de ayuda médica y entre los factores que pueden desencadenarla se han mencionado una crisis interpersonal que sirve para llamar la atención, los síntomas son vistos como signos previos de enfermedades graves que son amenazantes por su naturaleza (ejemplo dolor) o que ponen en riesgo una actividad social importante. Sin embargo, el intervalo de tiempo que media entre el inicio de los síntomas y la decisión del paciente de buscar ayuda médica es variable.

En este proceso inciden factores sociopsicológicos de diferentes tipos: valores, creencias individuales y familiares, diferencias económicasociales, situación social concreta en la que aparecen los síntomas, diferencias de sexo y edad, pero muy importantes resultan los problemas psicológicos relacionados con la percepción de la enfermedad, como las atribuciones y los estigmas.

Las atribuciones de grupos poblacionales e individuales con respecto a la salud y a formas específicas de enfermedad, constituyen las llamadas representaciones sociales de las enfermedades. Estas variables psicosociales influyen en el proceso de búsqueda de ayuda médica. Las enfermedades poseen un conjunto de atributos formados a partir de las interacciones sociales que contienen juicios acerca de la relevancia de los síntomas, la frecuencia de aparición, la visibilidad, el carácter

amenazante, y la reversibilidad (Martin, 2003). Algunos de esos atributos son denigrantes, los llamados estigmas, que fomentan determinadas actitudes hacia los pacientes que las padecen y otorgan un distintivo a las relaciones interpersonales y al rol social de estos. Como ejemplo podemos citar las infecciones de transmisión sexual, el SIDA, cáncer, la obesidad, etc.

Cuando la enfermedad es diagnosticada, también se puede identificar el papel que juegan los aspectos psicosociales. Se reconocen en primer lugar, las creencias del paciente asociadas a la percepción de amenaza a la salud o a las consecuencias ocasionadas por una enfermedad y a la estimación del riesgo de enfermarse, asimismo, se asocia a la creencia de la persona de ser capaz de llevar a cabo la respuesta necesaria y por último a la creencia de que la respuesta será eficaz (Rodríguez, 1995).

Otros aspectos que deben ser tomados en cuenta son la motivación del paciente por la salud, las características de sus procesos cognitivos y las redes de apoyo social con que cuenta, aspectos indispensables para favorecer el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Las múltiples variables que pueden estar asociadas al cumplimiento del tratamiento médico, han sido estudiadas por diversas disciplinas (medicina, psicología, sociología, salud pública); la mayoría de éstas investigaciones se han centrado en las características personales y sociodemográficas del paciente, así como en su sistema de valores, creencias y actitudes (DiMatteo y cols., 1993).

En los primeros estudios sobre adherencia terapéutica, se encontró que algunas características personales y demográficas (edad, sexo, status socioeconómico, raza o religión) no parecían tener poder explicativo (Cluss y Epstein, 1985). Sin embargo, cuando algunos de estos factores fueron combinados, o relacionados con otros, la asociación con la adherencia resulto mas clara. Considerando el factor edad, se ha encontrado que en niños con cáncer, los problemas de cumplir con procedimientos específicos, tales como usar antibióticos correctamente, fueron mayores para los más jóvenes, aunque estos procedimientos son controlados por los padres, la edad del niño hizo la diferencia. Entre niños y adolescentes diabéticos, los adolescentes muestran menos adherencia a sus dietas especiales

que los niños mas pequeños (Jonson, 1992). En pacientes hipertensos en edades comprendidas entre 35 y 84 años, la toma de los medicamentos es más alta para aquellos con edades entre 65 y 74 años y mas baja entre aquellos que superan los 75 años.

La influencia del sexo y otros aspectos socioculturales también depende de las circunstancias. Por ejemplo la alta preocupación de las mujeres por bajar de peso parece interferir con el uso de medicamentos para controlar el azúcar en la sangre (Polonsky y otros 1994), el nivel educativo se cree que tiene un efecto directo en la conducta, debido a la influencia de la percepción en la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras de la enfermedad y el tratamiento.

Un acercamiento psicosocial al cumplimiento del tratamiento, tendría como meta comprender la esporádica disposición del paciente a internalizar el cumplimiento de la conducta recomendada, cuando sale de la influencia del médico (Rodin, 1982). La mente del paciente no es una tabla en blanco en la cual el médico prescribe medidas de protección o tratamiento para la salud. Cualquier cosa que el medico le comunique al paciente acerca del régimen para su cuidado, no solamente es filtrada a través del sistema de creencias que posee el paciente sobre la salud, sino que además, se ve afectada por las expectativas de otras personas acerca de la conducta de ese paciente. Estas creencias y normas sociales, por tanto, conforman el contexto sobre el cual recaen los intentos del médico por influenciar el cumplimiento de lo que prescribe. Debe entenderse entonces que hay factores psicológicos y sociales que operan de manera compleja para inducir la obediencia al tratamiento, y que el fracaso en lograr un cumplimiento total del mismo indica un fracaso en la intención de lograr cambios de actitudes y conductas (D'Anello, 2006).

De acuerdo con el modelo de creencias sobre la salud, para que se cumpla con el régimen médico, los pacientes deben verse como vulnerables a la enfermedad y deben creer que la enfermedad es realmente seria, además deben de estar convencidos de que el tratamiento será efectivo y verlo como alternativa viable para establecer control sobre la enfermedad; además, debe percibir que el costo del control de la enfermedad no es tan alto comparado con los beneficios y, finalmente,

deben sentirse motivados para mejorar su estado general de salud (Becker y Rosentok, 1984). Es decir que, los pacientes que no se sienten amenazados por el problema de salud o evalúan que los costos que conlleva el tratamiento sobrepasan los beneficios, muy probablemente no cumplirán el tratamiento

Algunas investigaciones (Weinstein, 1984) sugieren que ciertos pacientes mantienen creencias irracionales que pueden afectar la adherencia, ya que existe la tendencia a sesgar por exceso de optimismo, los juicios acerca de los riesgos de la salud, esto significa que muchas personas que ven amenazada su salud, tienden a creer que son menos susceptibles a contraer una enfermedad determinada que el resto de las personas. La distorsión cognitiva puede también afectar la adherencia al tratamiento, por ejemplo, personas propensas a hacer generalizaciones acerca de experiencias relacionadas con su salud, evalúan las recomendaciones médicas como innecesarias, dada una experiencia pasada objetivamente irrelevante “esta recomendación no me sirvió cuando tenía tal enfermedad, por lo que no debe ser útil ahora”. De igual forma los pacientes con tendencia a hacer inferencias irracionales acerca de efectos comunes, pero displacenteros del tratamiento, tienden a desvalorizar las recomendaciones del médico “un medicamento que me hace sentir cansado no puede ser bueno para mí” (Christensen, Moran y Wiebe, 1999).

Otro enfoque llamado “El modelo del sentido común de la representación de la enfermedad” (Levental y Diefenbach, 1991), asume que cada persona posee su propia teoría sobre la enfermedad y que dicha representación influencia su ajuste a la enfermedad, a través del impacto sobre las formas de afrontamiento, el cumplimiento del régimen de tratamiento y la autoevaluación. Dependiendo de los estímulos internos y externos, el paciente “construye” su modelo de la enfermedad el cual abarca desde el diagnóstico, los síntomas, la duración, las causas y consecuencias, hasta los planes de acción para la curación. En relación con esto último, se ha encontrado que los pacientes que creen que el tratamiento elimina los síntomas y, por tanto, cura la enfermedad de base, dejan de cumplirlo una vez que los síntomas desaparecen. En este sentido la comprensión de la “construcción” que

el paciente hace de su enfermedad es un elemento crítico a considerar cuando se evalúa la adherencia al tratamiento.

Otra teoría sobre la adherencia es la teoría sobre la autodeterminación (Ryan y Deci, 2000). En esta se distinguen dos formas de regulación conductual: 1) la autónoma: cuando las personas experimentan un verdadero sentido de voluntad y actúan debido a la importancia personal de la conducta; y 2) la controlada: las personas se sienten presionadas, ya sea por fuerzas externas o intrapsíquicas. Se ha señalado que la regulación autónoma de la conducta sería el mejor predictor de la adherencia.

Un estudio realizado por Williams y cols. (1998), reveló que cuando los proveedores de un programa de pérdida de peso (medicamente supervisado) fueron percibidos como propiciadores de autonomía, los pacientes atendieron el programa mas regularmente y evidenciaron mayor mantenimiento de perdida de peso durante los 23 meses siguientes. Este tipo de hallazgo es importante debido a las implicaciones que tiene para los programas de intervención dirigidos a incrementar la adherencia a los tratamientos.

El compromiso del paciente ha sido otra variable asociada al cumplimiento del tratamiento médico. Compromiso es el grado en el cual el paciente sigue las recomendaciones de tratamiento. En algunos programas destinados a mejorar la adherencia, se ha encontrado que compromisos verbales o escritos han resultado en mayor adherencia (Putnam y cols., 1994).

La teoría de la autoeficacia (Bandura, 1987) hace referencia a las creencias en las propias capacidades para producir los resultados deseados, de que se pueden producir los efectos esperados mediante las propias acciones.

Con relación a las variables asociadas al tratamiento, se ha observado que la complejidad del mismo (numero de medicamentos, frecuencia del consumo, combinación de diferentes tipos de intervención, efectos colaterales, etc.) facilitan los errores y omisiones en su cumplimiento. Cuando más complejas son las demandas peor será la tasa de adhesión (Sarafino, 1998). Del mismo modo se ha demostrado que las tasas de adhesión se deterioran con el transcurso del tiempo, asimismo cuando se trata de un tratamiento farmacológico, los posibles efectos

colaterales de los medicamentos al actuar como un estímulo aversivo puede producir un descenso en la conducta de adhesión.

También se ha reconocido, que una serie de rasgos de las enfermedades y los síntomas que las acompañan parecen estar relacionados con la adherencia o la falta de adherencia al tratamiento. Un rápido alivio de los síntomas desagradables al seguir las prescripciones médicas incrementa la adhesión; por el contrario, esta será menor cuando las recomendaciones terapéuticas son de tipo profiláctico, es decir, que deben realizarse en ausencia de síntomas que suponen un claro malestar (Macia y Méndez 1998).

En el contexto de la obesidad mórbida, específicamente en la valoración requerida para los candidatos a cirugía bariátrica, se ha señalado la importancia de incluir variables distintas a la psicopatología, llamando la atención hacia aspectos psicosociales entre los que se incluyen el apoyo social, sensibilidad interpersonal, satisfacción marital, dieta (los últimos intentos), la evidencia de cambios en el estilo de vida y el conocimiento acerca de la cirugía, sus riesgos y los cambios de comportamiento necesarios para el éxito de la pérdida de peso postoperatoria; de la misma forma, los acontecimientos estresantes de vida, y la situación socioeconómica también deben ser evaluados (Bauchowitz y cols. 2005).

1.1 La evaluación psicológica en psicología de la salud

Algunos estudios (Baum y Posluszny, 1999), han reconocido un variado sistema de factores como, rasgos de personalidad, diferencias individuales, sistema de creencias y actitudes, comportamientos, cadenas de soporte social y ambiental que pueden afectar, y aun desencadenar problemas de salud. Estos estudios sobre la salud y el comportamiento sugieren que los procesos psicológicos y los estados emocionales influyen la etiología y el progreso de las enfermedades y contribuye a la resistencia o vulnerabilidad a la enfermedad.

Los factores psicosociales o de comportamiento ejercen influencia sobre la salud o la enfermedad en tres formas básicas (Krantz, Grunberg, Baum, 1985). Primero, algunas de estas influencias incluyen cambios biológicos directos que ocurren de forma paralela, anterior, posterior, o se manifiestan como parte de una reacción

emocional o de comportamiento estándar. En tal dimensión, las interacciones con el medio ambiente proporcionan al organismo una cantidad de estimulación que, cuando es adecuada desencadena procesos de adaptación y promueven el desarrollo físico y mental (McDonald y cols, 2005).

Una segunda forma por la cual la salud y enfermedad son influenciadas, hace referencia a comportamientos que conducen a riesgos o protegen contra ellos. Aquellos comportamientos que aumentan la salud, son actividades que traen beneficios o que protegen a las personas contra las enfermedades; contrariamente, los comportamientos que deterioran la salud, son considerados insalubres. Dieta y ejercicio, pueden ayudar a minimizar condiciones subyacentes a las enfermedades cardiovasculares, a la obesidad y el cáncer; estos elementos son frecuentemente citados como comportamientos protectores. Por otra parte, el uso del tabaco y del alcohol está asociado a cambios biológicos en los pulmones, corazón y otros sistemas corporales que parecen predisponer a las enfermedades, y se consideran comportamientos que deterioran la salud. De la misma manera, el uso de drogas, la actividad sexual de alto riesgo y otros comportamientos potencialmente dañinos son importantes mediadores de procesos de enfermedad (Baum y Posluszny, 1999; Oxford y Cols., 2001; Reynoso y Seligson, 2002).

La modificación de comportamientos, como dejar de fumar, cuidar la alimentación, controlar el estrés, practicar actividades físicas con regularidad, dormir un número de horas adecuado, acudir periódicamente al médico, pueden contribuir a mejorar la salud e incluso a reducir la mortalidad (Ribeiro, 1998).

Una tercera forma de influencia del comportamiento sobre la salud y la enfermedad de acuerdo a Baum y Posluszny (1999), es la que se observa por medio de conductas asociadas a la enfermedad o a la posibilidad de enfermar. Empezando por la detección temprana, estas influencias incluyen prevención secundaria, vigilancia, detección e interpretación de síntomas, la obtención de cuidados médicos rápidos y efectivos y la acción en conformidad con el tratamiento, vigilancia o medidas de prevención.

La elaboración de este modelo básico de salud y comportamiento se desarrolló para ayudar a explicar la comorbilidad de los problemas de salud física y mental y

la etiología y progresión del cáncer y de enfermedades relacionadas con el estrés y el estilo de vida.

En los últimos treinta años, abordajes de comportamiento han sido aplicados a una variedad de enfermedades y condiciones como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, HIV y obesidad, (Montgomery, 2004). La psicología de la salud y la medicina del comportamiento buscaban prevenir y controlar enfermedades, actualmente incluye aspectos de intervenciones cognitivas, hoy se busca no solo modificar el ambiente de los pacientes y su respuesta a estímulos, sino que se intenta cambiar sus pensamientos, creencias, sentimientos y actitudes respecto a la salud. Si el paciente sabe por ejemplo, que sus creencias lo están llevando a emociones y comportamientos desadaptados y que pueden favorecer enfermedades, tendrá la posibilidad de actuar para aminorar esta influencia. El trabajo psicológico y el abordaje cognitivo de comportamiento tienen como objetivo, que el individuo logre una reestructuración de sus cogniciones disfuncionales, desarrolle estrategias positivas de afrontamiento del estrés y elimine hábitos y conductas de riesgo.

La detección temprana de problemas de comportamiento y/o disturbios psicológicos o psiquiátricos en pacientes inmersos en ambientes médicos puede significar una gran diferencia con respecto al tipo y calidad de la atención ofrecida al paciente, así como con respecto a la disminución del sufrimiento y de los costos operacionales de las instituciones de salud.

El desarrollo de protocolos de evaluación de pacientes es fundamental para establecer guías de tratamiento más eficaces. La información general para una evaluación elemental, está relacionada con el estado general del paciente, con los cambios ocurridos desde el principio de la enfermedad y con su evolución, sobre todo con relación al tipo de afrontamiento de situaciones y enfermedad anteriores. (Montgomery, 2004)

Existen diferentes visiones sobre los objetivos y pasos de una evaluación psicológica en ambientes de salud, sin embargo, Belar y Deardorff (1995) han presentado un modelo de las principales metas de evaluación de un psicólogo de la salud en ambientes hospitalarios, repartidos en dominios (biológico/físico,

afectivo, cognitivo y de comportamiento) y en unidades (paciente, familia, sistema de salud y contexto sociocultural):

Metas biológicas: incluye la evaluación de aspectos como la naturaleza, localización, y frecuencia de los síntomas, tipos de tratamientos recibidos y sus características (ejem. los altamente invasivos), información de signos vitales y exámenes (ejem. presencia de alcohol en la sangre), además de información genética y procedimientos médicos anteriores a la intervención.

Metas afectivas: evaluación de los sentimientos del paciente sobre el cuadro y la situación de salud, mantenimiento de funciones como percepción, memoria, inteligencia, tipo de modelo de evaluación de la situación (creencias), percepción de control de la situación (locus de control), capacidad de evaluación de costo/beneficio de opciones de tratamiento, expectativas sobre intervenciones.

Metas comportamentales: reacciones del paciente, tales como expresiones, signos de ansiedad (postura, contacto) estilos de comportamiento frente a la interacción (hostil, ansioso), conductas de riesgo o conductas protectoras.

La evaluación propuesta por estos autores, también debe tener en consideración las peculiaridades del sistema de salud, así como los soportes sociales/familiares que el paciente recibe, con el fin de contextualizar el tipo de evaluación psicológica y, consecuentemente, el tipo de intervención específico. Además, destacan que los cuestionarios pueden ser de gran valía en economía de tiempo y/o como direccionadores en entrevistas más específicas; los diarios son importantes para la recuperación de la información sobre comportamientos y pensamientos que abordan la salud, y se utilizan como línea base, a pesar de que existan dudas sobre su calidad psicométrica. Es posible realizar las observaciones de forma semiestructurada durante las visitas o estructurada con situaciones de role-playing filmadas; las medidas psicofisiológicas son adecuadas cuando se utilizan técnicas de biofeedback.

Por otra parte, se ha señalado la importancia de utilizar instrumentos con calidad psicométrica comprobada (Karel 2000; Belar y Deardorff 1995). Es posible dividir algunos instrumentos en amplio y estrecho espectro, siempre teniendo en consideración variables como el objetivo de la evaluación psicológica, contexto en

el que se inserta, tiempo disponible del profesional y paciente, entrenamiento del profesional, características del cuadro del paciente, entre otras.

Las medidas de amplio espectro se refieren a instrumentos que intentan evaluar características de personalidad del paciente, como el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI2. Los instrumentos de estrecho espectro serían los más específicos para una determinada condición o situación, tal es el caso del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2), el Cuestionario de sobreingesta alimentaria (OQ) y el de Autoconcepto (AF5), utilizados en este estudio.

Algunos protocolos de evaluación psicológica en ambientes de salud, pueden ser considerados como guías de evaluación para especialidades y servicios con características específicas, como el área de cardiología, nefrología, o más dirigidos como en el caso de la cirugía bariátrica, la cual requiere de un abordaje psicológico pre y postoperatorio de largo plazo. Asimismo, son útiles estos protocolos en la evaluación y seguimiento de pacientes con condiciones psicológicas secundarias a la presencia de otras enfermedades, en desórdenes psicofisiológicos asociados a problemas de salud, en evaluaciones relacionadas al apego terapéutico, así como en programas de ayuda para pacientes y familiares en el desarrollo de estrategias de afrontamiento a enfermedades crónico-degenerativas, modificación de comportamientos de riesgo, etc.

Según Matarazzo (1990), la evaluación psicológica es más adecuada cuando no se limita solamente al uso de test psicológicos, sino que es complementada por la entrevista clínica enfocada al problema (la cual en sí misma es una forma de evaluación), con la observación sistemática de comportamiento, intercambio de información con equipos de salud (enfermeras, médicos, trabajo social, etc.), entre otras estrategias.

Los protocolos de evaluación psicológica en ambientes médicos, también deben considerar para lograr la identificación de las causas del problema del paciente, que hay una interrelación entre condiciones crónicas de salud, intervenciones farmacológicas, factores psicológicos, sociales y económicos. Siendo así, la calidad de la evaluación depende en gran parte de la habilidad del evaluador para recoger

y relativizar las distintas variables sobre el estado de salud (Schneider y Amerman, 1997).

Podríamos decir que la evaluación, forma parte del quehacer cotidiano de la psicología de la salud, ya sea que se opte por alternativas psicométricas, conductuales o psiquiátricas (identificación de patologías mentales DSM IV), ya que todas en el fondo, buscan recolectar información del proceso clínico psicológico asociado con el problema de salud que les llevo a recurrir a la atención del equipo de salud. Es importante mencionar que la mayoría de las veces, el paciente de psicología de la salud no llega por consulta directa al psicólogo, es decir no hay una demanda directa de atención, sino que es derivado por otros profesionales médicos o no médicos a través de interconsultas, lo cual condiciona de entrada la actuación del psicólogo y el proceso de evaluación que se requiere, presentando con frecuencia resistencia o rechazo a la intervención del psicólogo, generalmente esto se subsana cuando el psicólogo establece una base motivacional empática, para que el paciente acepte la evaluación y el posterior tratamiento tenga predictores de éxito. Es a partir del motivo de consulta e interconsulta, que se derivan las primeras variables que interesa evaluar, con miras a definir los objetivos terapéuticos de acuerdo a las prioridades del proceso clínico.

Entendida la salud y la enfermedad como estados determinados por múltiples factores etiológicos, genéticos, bioquímicos, de comportamiento, psicodinámicos y socioambientales que, pueden interactuar de formas complejas y que requieren de una comprensión especializada, se justifica la construcción e implementación de guías y procedimientos de manejo, y la validación y aplicación de instrumentos psicológicos, que puedan apoyar la evaluación psicológica en el contexto de la salud (Nunes, García y Alba 2006).

2. LA OBESIDAD

La obesidad es definida como un exceso de tejido adiposo en el organismo, que afecta tanto al tejido subcutáneo, como a los órganos internos; y se presenta por una ingesta de calorías que sobrepasa el gasto calórico de una persona (Halpern 2004). Habitualmente se clasifica, atendiendo al índice de masa corporal (IMC), definido como la relación del peso (kg) dividida por el cuadrado de la talla (m). (Ver tabla 1)

La etiología de la obesidad es multifactorial, destacando una predisposición genética. En estudios en gemelos monocigóticos y dicigóticos criados juntos y separados que presentan un IMC igual al de sus padres biológicos, se observó que los cambios individuales en la composición del IMC, distribución y depósito de grasa corporal después de periodos de sobrealimentación comparten un componente genético similar (Juárez 2001). La distribución de la grasa corporal es consistente con la herencia poligenética, pero no es la regla, por la presencia de un gen o genes mayores para la superobesidad. Estos hallazgos son aplicables a rangos completos de masa corporal en pacientes que van de extremadamente delgados a obesos severos (Vidal 1996).

La regulación de la expresión del gen de la obesidad en el tejido adiposo subcutáneo abdominal fue investigado usando un método de transcripción de reversa competitiva, método para cuantificar el nivel de RNAm de leptina, (del griego leptós: adelgazar). Hasta ahora se ha determinado que la administración de esta proteína en ratas disminuye su peso corporal, al disminuir el apetito y la ingestión de alimento, así como aumento del gasto energético basal y la actividad motora; la expresión del gen de la obesidad no está regulada por la insulina u otros factores metabólicos relacionados al ayuno (Sugerman 1987).

Los factores no genéticos también son importantes: ratas no obesas alimentadas con “comida rápida” se tornaron obesas; por otro lado, las ratas obesas alimentadas con comida estándar de laboratorio serán obesas pero alimentadas con “comida rápida” serán super-obesas.

Recientes estudios han demostrado un componente genético en la obesidad entre el 25 y el 50 % de los casos (ASMBS 2005). Aparentemente, los factores genéticos

jugarían un papel mas importante en la obesidad de inicio en la infancia, presentando una mayor refractariedad al tratamiento y a la perdida de peso, con mayor tasa de patología psiquiátrica, con distribución de la grasa de forma generalizada afectando a tronco y extremidades, mientras que los factores psicológicos influirían más en la obesidad de inicio en la edad adulta (reflejo extremo del aumento fisiológico de la grasa que se produce con la edad, en estos casos se relaciona mas con situaciones estresantes, de forma que el enfermo comería en un intento por calmar su malestar psicológico, con aumento de grasa en tronco, respetando extremidades).

Los estudios epidemiológicos han demostrado una prevalencia mayor de obesidad en clases socioeconómicas bajas, particularmente entre mujeres. Los inmigrantes a países desarrollados de países no desarrollados se tornan obesos. Lo cual muestra que el componente genético no es indispensable. De tal forma que los factores genéticos, psicológicos y ambientales están involucrados en el desarrollo de la misma y uno no es excluyente de los otros.

Otro factor posible es el haber sufrido abuso psicológico, físico o sexual. La conducta alimentaria es una conducta aprendida y aunque la obesidad y la deformidad de la figura hacen al paciente menos atractivo física y sexualmente, los pacientes obesos severos no muestran en general una problemática psicológica fuera de lo común. Algunos de los problemas psicosociales incluyen deterioro de la imagen corporal, disminución de la aceptación a estudios superiores, discriminación en el empleo y tratamiento irrespetuoso por la profesión médica. Los aspectos psicosociales de la obesidad son tan importantes como la mayoría de las condiciones patológicas mayores que acompañan a esta enfermedad (Vidal 1996).

El estilo de vida moderno, con una importante disminución de la actividad física, juega un rol al menos tan importante como la dieta. La tendencia en algunos marcadores de inactividad (número de autos por hogar, horas frente a la televisión y/o computadora) muestran un aumento paralelo al incremento de las tasas de obesidad.

En la clasificación de sobrepeso y obesidad aplicable tanto a hombres como mujeres en edad adulta, propuesto por el comité de expertos de la Organización

Mundial de la Salud (OMS) (Tabla 1), el punto de corte para definir la obesidad es de un valor de IMC=30 kg/m², limitando el rango para la normalidad de valores de IMC entre 18,5-24,9 kg/m², y el sobrepeso a valores de IMC entre 25-29,9 kg/m², y la obesidad grave o mórbida con IMC >40. La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (Tabla 2) especifica dos categorías para la obesidad mórbida: 40-49,9 kg/m² (“obesidad mórbida”) y ≥ 50 kg/m² (“superobesidad mórbida”), ya que desde el punto de vista quirúrgico tiene implicaciones a la hora de seleccionar la técnica más apropiada. La Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (ASBS) y la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) incluyen una tercera categoría, la correspondiente a IMC ≥ 60 kg/m².

Tabla1. Clasificación del Peso de Acuerdo al IMC y al Riesgo de Comorbilidad en Adultos (OMS)

Clasificación	IMC (Kg/m ²)	Riesgo de Comorbilidad
Bajo peso	<18.5	Bajo
Normal	18.5-24.9	Bajo
Sobrepeso	25.0-29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30.0-34.9	Moderado
Obesidad grado II	35.0-39.9	Grave
Obesidad grado III (mórbida)	>40.0	Muy grave

El término obesidad mórbida fue descrito por Van Itallie (1980), refiriéndose al grado de obesidad que es crónica, incurable, grave y potencialmente mortal, con tendencia epidémica. Estos pacientes no solo presentan un mayor riesgo de padecer enfermedades graves asociadas como se ha mencionado, sino que además se acompaña de una menor expectativa de vida y una mala calidad de vida. La obesidad mórbida a diferencia de la anorexia y la bulimia nerviosa, no se considera un trastorno psiquiátrico; se trata de una enfermedad física con un gran riesgo para la salud.

Tabla 2. Clasificación de la obesidad. Sociedad Española Para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)

Valores límite de IMC (kg/m ²)	
Peso insuficiente	< 18.5
Peso normal	18.5-24.9
Sobrepeso grado I	25-26.9
Sobrepeso grado II (pre-obesidad)	27-27.9
Obesidad tipo I	28-34.9
Obesidad tipo II	35-39.9
Obesidad tipo III (mórbida)	40-49.9
Obesidad tipo IV (superobesidad)	50-59.9
Obesidad tipo V (super-superobesidad)	≥ 60

En padecimientos cardiovasculares, la obesidad mórbida (grado III) esta asociada a un incremento en la mortalidad, con particular elevación cuando se asocia a distribución de la obesidad visceral, como parte del síndrome plurimetabólico, es decir, las enfermedades cardiovasculares representan la comorbilidad más frecuentemente asociada a obesidad mórbida.

La hipertensión arterial (HTA) esta presente en el 25% a 55% de los obesos mórbidos, en este grado de obesidad se aumenta el riesgo de hipertensión 16 veces (Adami y cols., 1998). La obesidad mórbida es responsable de un incremento del 52% de la tasa de mortalidad en los hombres y del 62% en las mujeres respecto a sujetos con peso normal. La asociación entre el aumento de peso y diabetes esta bien establecida. Cerca del 90% de los pacientes con diabetes tipo 2 son obesos o tienen sobrepeso (Lamarche 1998; Garrido 2004). La asociación de este tipo de obesidad, con otras neoplasias es sensiblemente superior como sucede con el cáncer de endometrio y mama en la mujer, a medida que aumenta el índice de masa corporal, especialmente después de la menopausia; también existen evidencias de relación entre cáncer de útero y de ovario con la obesidad. Como consecuencia de todo ello, la mortalidad por cualquier causa se incrementa con el IMC (Rubio y cols., 2004)

Los individuos no fumadores con IMC ≥ 30 kg/m² a los 40 años de edad tienen una expectativa de 6-7 años menos de vida que sus homólogos en peso normal. Si además fuman, la esperanza de vida es 13-14 años menor. Los máximos años de vida perdidos corresponden a individuos de raza blanca entre 20 y 30 años y con

IMC > 45 kg/m²: 13 años para hombres y 8 años para mujeres. En el caso de los hombres esto representa un 22% de reducción en la expectativa de vida. Se puede afirmar que la obesidad se asocia a una disminución de la esperanza de vida similar a la que se produce entre los fumadores, dicho de otra manera, la obesidad es la primera causa prevenible de mortalidad después del tabaco (Rubio y cols. 2004).

Tabla 3. Comorbilidades mayores y menores de la obesidad mórbida

Mayores	Menores
Diabetes tipo 2	Colelitiasis
SAOS/SHO	Reflujo gastroesofágico
HTA	Esteatosis hepática
Enfermedad cardiovascular	Alteraciones menstruales
Osteartropatía severa en articulaciones	Infertilidad
Dislipemia	Incontinencia urinaria de esfuerzo
	Varices
	Hipertensión intracraneal benigna

SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; SHO: síndrome de Hipoventilación obesidad;
HTA: hipertensión arterial.

3. CONTEXTO DE LA OBESIDAD EN MÉXICO.

México se encuentra en un proceso de desarrollo y de cambios socioculturales acelerados, en gran medida asociado a su creciente incorporación a la comunidad económica internacional. Estudios recientes registran que más de la mitad de la población tiene sobrepeso y más del 15% es obeso. Esta situación se ha relacionado con la transición demográfica, epidemiológica y nutricional que explica cambios importantes en la cultura alimentaria del país. Históricamente en México, el principal problema de salud relacionado con la nutrición hasta principios y mediados del siglo pasado, era la desnutrición. Nuevos estudios han documentado que en México, la desnutrición continua siendo un problema de salud pública ya que se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad infantil; otros trabajos revelan que la obesidad en México, va en franco ascenso. En Chile, Perú y México, la cifra es alarmante, ya que uno de cada cuatro niños de 4 a 10 años de edad tiene sobrepeso o presenta obesidad. En la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA-2000) registró que en mujeres de 20 a 59 años de edad, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 36.1% y 28.1% y en los hombres del mismo grupo etáreo de 40.9% y 18.6%. De acuerdo a la encuesta Nacional de Nutrición (2006), en mayores de 20 años de edad la prevalencia de sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25$) se han incrementado de manera alarmante; actualmente 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres mexicanos tienen exceso de peso.

Indudablemente México ha sufrido cambios demográficos muy importantes. Anteriormente la población rural del país era del 75 al 80% del total y la urbana era solo del 20 al 25%. Para la mitad del siglo XX estas condiciones se habían invertido. Otros factores asociados son la adopción de estilos de vida poco saludables y los acelerados procesos de urbanización en los últimos años, coincidiendo con modificaciones con el perfil epidemiológico y de los patrones alimentarios; advirtiéndose que el incremento de la obesidad tiende a desplazarse hacia los grupos con nivel socioeconómico bajo. Sin embargo las características de la obesidad podrían ser diferentes entre los individuos mas pobres y mas ricos del mismo país.

Para analizar esa diferencia, se ha examinado la acción de factores de diferente naturaleza, como los genético-adaptativos, planteando la hipótesis del “genotipo del ahorro”, la cual se refiere a que los obesos pobres podrían haber desarrollado un mecanismo de adaptación metabólica. Esta hipótesis postula, que en las poblaciones expuestas a periodos de hambruna el organismo se acostumbra a guardar y metabolizar menos nutrientes como una forma de protección, cuando esos grupos logran disponer de alimentos en forma regular, el organismo tiende a almacenar energía en forma de grasa, expresándose finalmente como obesidad.

Entre los cambios observados en México, que pueden tener una connotación negativa en los habitantes, están aquellos asociados con la dieta y la nutrición, ya que se ha observado que en las últimas décadas, la población mexicana está teniendo una modificación en sus patrones de alimentación, caracterizada por un consumo creciente de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio, entre otros nutrientes. Asociado a estos cambios, se ha observado un aumento en las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, como la diabetes y la obesidad entre otras.

Por otra parte, la revolución industrial facilitó drásticos cambios a partir del desarrollo en el procesamiento de alimentos (mecanización de la producción alimenticia, tecnologías de conservación, transporte, intermediarios, etc.). La sociedad actual orientada por procesos mercantiles dirigidos a estimular la economía consumista, la industria alimentaria interviene a través de diferentes instrumentos, entre los que destaca la publicidad para introducir un concepto nuevo de alimento y dieta; a través de esas estrategias, nos indican que debemos comer, al margen de las diferencias culturales, sin consideración ni respecto a la salud de la población. Los alimentos son tratados en el mercado como mercancías y no como nutrientes. Hoy no comemos lo que queremos si no lo que nos quieren vender y no nos venden lo que alimenta sino lo que produce ganancias: leche en polvo como sustituto de la leche materna, refrescos y comida chatarra. Con la alimentación industrial, no sabemos el origen exacto de lo que comemos y las modificaciones que sufrió (aditivos, edulcorantes, etc.).

Los productos de baja calidad son dirigidos a los sectores con menor poder adquisitivo. Cuanto mas bajo es el poder de compra del publico al que se dirige, mas alto es el contenido de grasas, azucares y aditivos. Generalmente los productos industrializados que se consumen en circunstancias de antojo se dirigen a la población con menor capacidad económica y son relativamente más caros y menos recomendables desde el punto de vista nutricional que otros similares (Fausto, 2006).

La disminución de la actividad física también ha contribuido a la tendencia creciente en la frecuencia de la obesidad. Se ha observado una tendencia al comportamiento sedentario promovido por la mecanización creciente tanto de los medios de transporte como de las actividades, cambios en el uso del tiempo libre, modificación de horarios de trabajo, incorporación de las madres a la fuerza de trabajo, la inseguridad, etc., serian algunos de los factores asociados a un menor gasto de energía (Montero, 2001).

Los niños tampoco han escapado de este fenómeno; los reducidos espacios de vivienda y los pocos lugares dedicados a la actividad física que se observan en las grandes ciudades, donde se concentra la mayoría de la población dificultan y desalientan el que los niños practiquen la actividad física; a esto tenemos que agregar que a diferencia de países bien desarrollados, en las escuelas mexicanas no se le da la importancia al deporte como parte integral del desarrollo humano. Además, cabe señalar que el ambiente de agresividad e inseguridad que se vive en las zonas periféricas urbanas (con mayor marginación), impide que la población con menos recursos, practique ejercicios físicos en forma sistemática, asimismo, los habitantes de estas colonias suelen recibir menos información sobre los beneficios del ejercicio para la salud y la calidad de vida (Vázquez y cols., 2008)

4. CIRUGÍA DE OBESIDAD (CIRUGÍA BARIÁTRICA)

El tratamiento quirúrgico de la obesidad surgió en la década de los 50, cuando se observó que la exclusión del intestino delgado por cirugía o trauma, provocaba en el paciente una pérdida de peso importante. Estos resultados tempranos solo reportaron como complicación diarrea por transgresiones a la dieta. Estudios subsecuentes documentaron la existencia de malestar perianal por diarrea, alteraciones hidroelectrolíticas, dolor tipo cólico, sobrepoblación bacteriana en el segmento intestinal excluido, insuficiencia hepática con cirrosis y muerte. Esta morbimortalidad se consideró a este procedimiento como muy drástico para el tratamiento de la obesidad y fue abandonado. Posteriormente se realizaron trabajos experimentales en animales, modificándose la técnica, pero presentando comorbilidades importantes sobre todo la insuficiencia hepática la cual se presentaba en los primeros 18 meses de la cirugía con una mortalidad del 50%, por lo cual estos procedimientos se abandonaron en la década de 1980 (Juárez 2001). Con el paso de los años las técnicas fueron perfeccionadas. El concepto de cirugía restrictiva gástrica para obesidad mórbida fue acuñado por Mason e Ito en 1967 y en 1977 Alden introdujo el concepto de engrapado del estómago. En 1979 Pace y Gómez reportaron por separado las primeras series de gastroplastías engrapadas. En 1981 McLean reporta los primeros resultados de cuatro modificaciones de restricción gástrica horizontal (Juárez 2001). Desde entonces y hasta la actualidad ha habido grandes avances en las técnicas quirúrgicas. Dada la mortalidad y los riesgos médicos que conlleva la obesidad mórbida, se considera que el tratamiento de elección es quirúrgico.

La obesidad es un proceso crónico, multifactorial y que actualmente carece de tratamiento curativo. El tratamiento dietético junto a modificaciones del estilo de vida, ejercicio y terapia conductual, así como el tratamiento coadyuvante con fármacos, consiguen pérdidas de peso alrededor del 10% a mediano plazo (Miller, Koceja, Hamilton, 1997; Arterburn, Crane, Veenstra, 2004), que sin duda contribuyen a mejorar algunas de las comorbilidades asociadas a la obesidad; sin embargo, a largo plazo estos tratamientos pueden tener resultados desalentadores

en sujetos con obesidad mórbida, ya que prácticamente la totalidad de los que han intentado perder peso vuelve a recuperarlo en un plazo inferior a 5 años (Wadden et al., 1989).

Debido a los fallos en el tratamiento dietético y la limitada eficacia de los tratamientos farmacológicos en estas situaciones, se han buscado alternativas terapéuticas capaces de reducir las comorbilidades severas asociadas a la obesidad. Hasta ahora, la cirugía bariátrica es el único tratamiento que puede mejorar estas expectativas a largo plazo (> 5 años) en pacientes con obesidad mórbida. (Rubio y cols., 2004)

Cuando se comparan los procedimientos quirúrgicos frente a los no quirúrgicos en el tratamiento de la obesidad mórbida, se confirma que la cirugía es un tratamiento altamente efectivo costo-beneficio porque disminuye el peso entre 23-37 kg tras dos años de seguimiento y persiste con una diferencia de 21 kg después de 8 años de evolución, con mejoría de las comorbilidades y de la calidad de vida de los pacientes (Rubio y cols., 2004; Van Hout et al., 2006).

Los criterios iniciales para establecer una indicación quirúrgica del tratamiento de la obesidad fueron tradicionalmente establecidos cuando el peso excedía 45 kg o el 100% del peso ideal. A partir de 1991, un comité de expertos del National Institutes of Health (NIH) americano consideró que un paciente con obesidad debería ser candidato a cirugía bariátrica cuando el IMC fuese ≥ 40 kg/m² o $\text{IMC} \geq 35$ kg/m² con la presencia de problemas médicos serios (De Maria 2007). Existen sin embargo, situaciones que en razón de su riesgo-beneficio se deben plantear individualmente en el contexto del equipo multidisciplinario. El paciente y sus familiares deben conocer que los procedimientos quirúrgicos a los que va a ser sometido son considerados técnicas de cirugía mayor y de alto riesgo, entre otros motivos por las comorbilidades que la enfermedad misma conlleva.

La mortalidad de la cirugía bariátrica es del 1-2% y la morbilidad quirúrgica se encuentra alrededor del 10% (Rubio y cols., 2004). También deben conocer que se trata de una cirugía funcional que altera la anatomía del aparato digestivo, produciendo, en algunos casos, grados variables de malabsorción intestinal y que, en ocasiones, no son técnicas reversibles. El paciente debe entender que aunque

los beneficios estéticos son importantes, no son el objetivo principal de la cirugía, tampoco es la meta alcanzar el peso ideal, que por otro lado sólo se consigue en algo más de la mitad de los casos (Garrido 2004). La cirugía de la obesidad es una cirugía compleja, no exenta de complicaciones, cuyo objetivo es reducir significativamente las comorbilidades asociadas y mejorar el bienestar de los pacientes.

Además, debido a las alteraciones nutricionales derivadas de las diferentes técnicas quirúrgicas, es necesario realizar un seguimiento médico del enfermo a largo plazo, probablemente de por vida, para detectar y tratar los trastornos nutricionales asociados.

4.1 Técnicas Quirúrgicas

La cirugía bariátrica tiene como objetivo corregir o controlar la patología asociada a la obesidad mórbida y mejorar la calidad de vida del paciente, a través de una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo y con un mínimo número de complicaciones.

En la actualidad se practican tres tipos de técnicas quirúrgicas: (Fig.A)

1. Técnicas restrictivas, que tienen por objetivo limitar la ingestión de alimentos mediante la reducción de la cavidad gástrica a menos de 30 ml, es decir disminuyen la capacidad mecánica del estómago, para producir saciedad temprana y prolongada, tal es el caso de la gastroplastia vertical en banda (técnica de Mason) o la laparoscopia gástrica bandeada, que reduce la capacidad del estómago a una pequeña bolsa de 15 ml. De elección en obesidades mórbidas simples (Rubio y cols., 2004).

2. Técnicas que además de disminuir la capacidad de la parte proximal del estómago, producen malabsorción: bypass gástrico o gastroenteroanastomosis (en Y de Roux), en el cual se engrapa una pequeña parte de la zona proximal del estómago (de 15 ml de capacidad) que se une con el intestino. Se utiliza cuando existe una obesidad severa o cuando existen complicaciones tras una gastroplastia. Esta técnica es de elección en obesos mórbidos.

3. Técnicas mixtas que combinan características de los grupos previos, entre las que se encuentran el cortocircuito biliopancreático y las que unen una gastroplastia vertical anillada con un bypass gástrico. De elección en obesos extremos (Guisado et al., 2002).

4.2 Riesgos de la Cirugía

Como cualquier cirugía mayor, el by pass gástrico conlleva riesgos, como sangrado, infección y una reacción adversa a la anestesia. Los posibles riesgos específicos para esta cirugía incluyen:

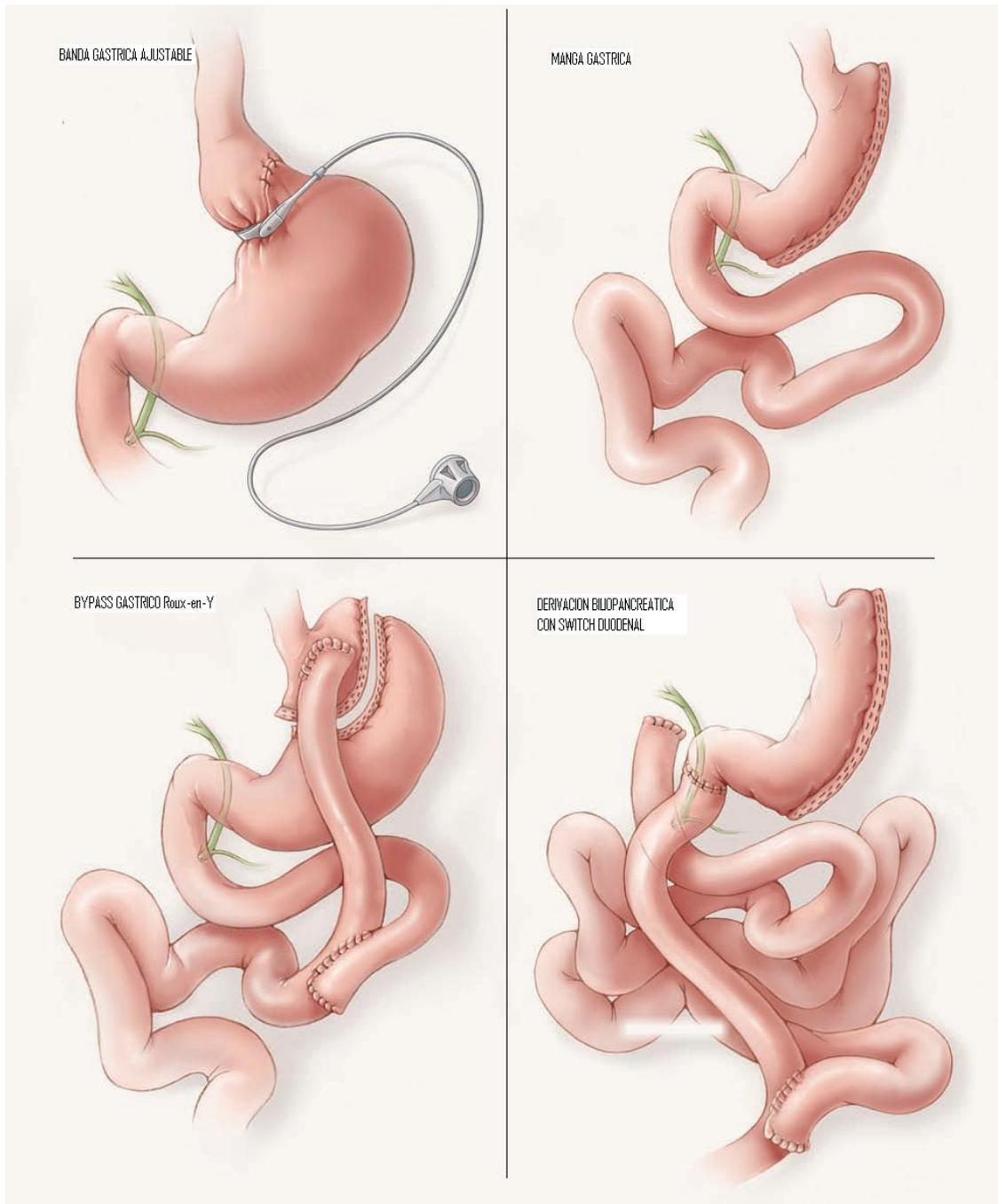
Riesgo de muerte: En diferentes estudios se han reportado tasas de mortalidad asociadas a cirugía bariátrica entre 0.1% a 2%. Se ha encontrado que algunos factores que incrementan estas tasas son edad avanzada del paciente, obesidad severa (IMC \geq 50) y la presencia de comorbilidades médicas (ASMBS 2005; Garrido, 2004).

Tromboembolismo pulmonar: Los pacientes con obesidad mórbida tienen más probabilidades de presentar coágulos sanguíneos en las piernas, lo cual es peligroso, ya que estos pueden viajar y alojarse en los pulmones, causando un embolismo pulmonar, es una condición grave que daña el tejido pulmonar y puede causar la muerte (ASMBS 2005).

Falla a nivel de la anastomosis: Se da cuando hay una fuga en una de las líneas de grapas en el estomago en el periodo postoperatorio. Muchos de los casos se solucionan con el tiempo, sin embargo, la fuga puede ser lo suficientemente grave como para requerir una cirugía de emergencia (Garrido, 2004).

Síndrome de Dumping: ocurre con el by pass gástrico, es una serie de síntomas que pueden incluir náuseas, rubor, hinchazón, debilidad, fatiga y diarrea severa, los cuales se dan generalmente tras el consumo de alimentos con alto contenido de Azúcar y/o grasa. El dumping se produce en aproximadamente el 50% a 70% de los pacientes con by pass gástrico. La aversión a sufrir de dumping puede ser un factor que contribuye a una mayor pérdida de peso en comparación con bandas gástricas (Sugerman, Starkey, Birkenhauer, 1987; Sugerman, Londres, Kellum, 1989).

FIG. A



N ENGL J MED 356;21 WWW.NEJM.ORG MAY 24, 2007
Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

Desnutrición. Algunos pacientes sometidos a cirugía bariátrica sufren de malnutrición. Los problemas mas comunes y graves parecen ser la vitamina B12, hierro y la deficiencia de ácido fólico, de calcio y vitamina D, otras deficiencias vitamínicas parecen ser menos comunes. La mayoría de los casos de desnutrición entre estos pacientes parece corregirse con modificación de la dieta o adhesión de suplementos vitamínicos (Fujioka 2005).

Molestias gastrointestinales. La mala adherencia a la dieta postoperatoria también puede dar lugar a molestias gastrointestinales, incluyendo náuseas, vómitos, dolor de estómago. De uno a dos tercios de los pacientes informan vómitos postoperatorios, aunque estos se producen con mayor frecuencia durante los primeros meses postoperatorios, aunque puede continuar durante varios años, tras lo que puede ser asociada con la desnutrición. Los pacientes pueden vomitar espontáneamente debido a la intolerancia alimentaria o pueden auto-inducir el vomito para aliviar las molestias (el vomito autoinducido no se considera un signo de bulimia si no es motivada por el deseo de compensar la ingesta excesiva de calorías o por un excesivo temor a ganar peso) (Andersen T, Larsen 1989).

Desorden de alimentación: Específicamente la ingesta compulsiva de alimentos y el comer nocturno son relativamente comunes entre los candidatos a la cirugía bariátrica. El trastorno alimentario por atracón (BED) se caracteriza por el consumo de una cantidad excesiva de alimentos en un periodo corto de tiempo (es decir aproximadamente 2 horas), con el reporte del paciente de un sentimiento de pérdida del control durante el episodio. El síndrome de comedor nocturno (NES) se define como un retraso circadiano en el patrón de comer, el consumo de alimentos es > 25% del total de la ingesta diarias después de la cena y/o mas de dos ingesta nocturnas (despertarse durante el periodo de sueño para comer). La ingesta preoperatorio puede estar relacionada con menor pérdida de peso o con recuperar el peso dentro de los dos primeros años después de la cirugía (Hsu, Sullivan, Benotti, 1997; Kalarchian y cols., 2002). Estos resultados no solo pueden atribuirse a la sobreingesta sino también al estiramiento de la bolsa gástrica, lo que permitiría aumentar la ingesta con el paso del tiempo. En los pacientes que son comedores nocturnos antes de la cirugía, se ha encontrado que continúan con esa conducta

tras ser operados además, se asocia a esta conducta un mayor índice de masa corporal y menor satisfacción de la cirugía (Adami y cols.,1998).

Insatisfacción con la imagen corporal. La masiva pérdida de peso observada con la cirugía bariátrica se asocia con mejoras significativas en la imagen corporal (Latner, Wetzler, Goodman, Glinski, 2004). Sin embargo, muchos pacientes que pierden grandes cantidades de peso, refieren insatisfacción con la imagen corporal asociada a la pérdida de peso, ya que la piel de los senos, abdomen, muslos, brazos, etc., se vuelve flácida mostrándose como grandes colgajos. Más del 66% de los pacientes postcirugía considera el exceso de piel como una consecuencia negativa de la cirugía. Esta insatisfacción motiva a muchas personas a solicitar la cirugía plástica.

Abuso de sustancias. La mayoría de los estudios que han examinado la relación entre el IMC y el trastorno por abuso de sustancias, han encontrado tasas mas bajas entre los individuos obesos. Scout y colaboradores encontraron que las probabilidades de un trastorno por uso de alcohol fueron un 40% inferior en obesos frente a personas de peso normal en la población general de EEUU. En una muestra de candidatos a cirugía bariátrica <2% cumplieron con los criterios para un trastorno por abuso de sustancias.

Actualmente no existe evidencia empírica de que la cirugía bariátrica incrementa el riesgo de uso indebido de sustancias u otras conductas adictivas. Por lo tanto “la adicción a la transferencia” (idea de que los paciente que se someten a cirugía pueden desarrollar adicciones para sustituir la “adicción” a los alimentos) no puede considerarse un resultado común de la cirugía bariátrica. Sin embargo, es posible que los candidatos a cirugía bariátrica se encuentren en mayor riesgo de uso problemático de sustancias. Los estudios que han encontrado mayor riesgo de muerte por suicidio después de la cirugía bariátrica, también han encontrado un riesgo elevado por muerte accidental (Adams y cols., 2007; Omalu y cols., 2007); se desconoce cuantas de esas muertes fueron accidentes relacionados con abuso de sustancias.

4.3 Criterios de Selección de Pacientes

Las guías de práctica clínica en relación a los criterios de selección de pacientes para la cirugía, en su mayoría, siguen las recomendaciones propuestas a partir de 1991 por el National Institutes of Health, que a la vez ha sido respaldado por múltiples autoridades científicas como The National Heart, Lung, and Blood Institute, The American Society for Bariatric Surgery, The European Association for Endoscopic Surgery entre otras organizaciones. La propuesta es ofrecer esta alternativa de cirugía bariátrica a pacientes adultos (entre 18-60 años) con IMC ≥ 40 o un IMC ≥ 35 con complicaciones médicas asociadas a la obesidad, con fracasos previos de intentos de pérdida de peso, con ausencia de condiciones endocrinológicas concomitantes, con riesgos operatorios aceptables, sin alteraciones psicológicas y en quienes se pueda asegurar un seguimiento postoperatorio adecuado (LeMont, Morread, Parish, Reto, Ritz, 2004).

Contraindicaciones para la cirugía:

1. Desordenes afectivos, alcoholismo y abuso de drogas
2. Desordenes psiquiátricos: psicosis, trastorno de la personalidad
3. Falta de cumplimiento con el seguimiento
4. Enfermedad hepática avanzada
5. Retardo mental

Se ha descrito que para un buen resultado posquirúrgico es necesario un entorno social, familiar y de pareja adecuado e incluso algunos centros han llegado a afirmar que la falta de apoyo social debería de ser considerado una contraindicación para la cirugía (Guisado, Vaz, López-Ibor, Rubio, 2001; Hafner, Rogers, Watts, 1990; Van Hout, Verschure, Van Heck, 2005). No obstante, la mayoría de los equipos ponen sus propios criterios de exclusión.

Tabla 4. Criterios de selección de la cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida

- Edad: 18-55 años.
 - IMC: ≥ 40 kg/m² o ≥ 35 kg/m² con comorbilidades mayores asociadas, susceptibles de mejorar tras la pérdida peso.
 - Que la obesidad mórbida esté establecida al menos 5 años.
 - Fracasos continuados a tratamientos conservadores debidamente supervisados
 - Ausencia de trastornos endocrinos que sean causa de la obesidad mórbida
 - Estabilidad psicológica:
 - Ausencia de abuso de alcohol o drogas.
 - Ausencia de alteraciones psiquiátricas mayores (esquizofrenia, psicosis), retraso mental, trastornos del comportamiento alimentario (bulimia nerviosa).
 - Capacidad para comprender los mecanismos por los que se pierde peso con la cirugía y entender que no siempre se alcanzan buenos resultados
 - Comprender que el objetivo de la cirugía no es alcanzar el peso ideal
 - Compromiso de adhesión a las normas de seguimiento tras la cirugía
 - Consentimiento informado después de haber recibido toda la información necesaria (oral y escrita).
 - Las mujeres en edad fértil deberían evitar la gestación al menos durante el primer año poscirugía.
-

Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) 2004

5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DE LA OBESIDAD

En la década de los años 50, se describió la obesidad como un trastorno mental; sin embargo, en la actualidad se sabe que los factores psicológicos no explican del todo el desarrollo de esta enfermedad. Se han identificado algunas conductas psicopatológicas como la sobreingesta compulsiva de alimentos mediante atracones, llamado Binge Eating Disorder (BED) o trastorno por atracón para disminuir la ansiedad. Por otro lado se ha observado en estos pacientes, el antecedente de que los padres demostraban el afecto a los hijos durante la infancia, a través de los alimentos (Stunkard, Alliston, 2003). Actualmente las causas psicológicas de la obesidad siguen siendo poco claras y estas no han podido ser catalogadas dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) de la Organización Mundial de la Salud, ni en la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV).

La interacción psicosocial del paciente con obesidad mórbida se ve seriamente afectada por la condición de rechazo y estigma de que es objeto, vivimos en una sociedad obesofóbica. Desde edad temprana, son discriminados y son sujetos de calificativos peyorativos, como feos, flojos, sucios, etc. (Wadden, Sarver, 2006). El mismo autor confirma que además las mujeres son más susceptibles de desarrollar alteraciones del estado de ánimo y que mientras mas grave sea el cuadro depresivo asociado al BED, mayor será la obesidad.

Adolescentes y adultos obesos son discriminados en su vida académica y profesional de manera clara y ese preconceito de empobrecimiento social, cultural, económico y afectivo parecen estar directamente relacionados a la gravedad de la obesidad, esto es, cuanto mayor el IMC, mas problemas psicológicos (Taki, 2004). Ese desamparo alimenta más el riesgo de desencadenar cuadros psiquiátricos como depresión y trastornos ansiosos, abuso de alcohol, drogas y trastornos alimentarios.

Algunas investigaciones han documentado una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en los pacientes gravemente obesos, incluidos los trastornos de

alimentación, especialmente la sobreingesta, depresión, ansiedad y trastornos de la personalidad (Greenberg, Perna, Kaplan, Sullivan, 2005).

La mayoría de los estudios epidemiológicos señalan que los obesos tienen una peor calidad de vida, alteración en su imagen corporal, antecedente de abuso sexual en la infancia y una mayor frecuencia de trastornos de alimentación. El BED es el más prevalente de estos trastornos y se observa aproximadamente entre 19% y 33% de los obesos que acuden a cirugía, seguido por la bulimia nerviosa en un 1.6%. En un estudio de Glinski y cols., (2001), evaluaron a 115 pacientes obesos mórbidos que serían sometidos a cirugía de *by pass* gástrico. El 59% sufría de algún trastorno psiquiátrico, siendo los más frecuentes los trastornos de personalidad en un 36%, las alteraciones del ánimo 19% y trastornos de ansiedad en un 17%. Además estos pacientes tendían a ser negadores, impulsivos, somatizadores, presentaban dificultad para modular sus afectos y pensamiento dicotómico (todo o nada), junto a conductas autodestructivas y baja autoestima. (Bustamante, Williams, Vega, Prieto, 2006).

Los estudios clínicos de la conducta de los pacientes que solicitan cirugía bariátrica muestran que de un 20% a 60 % de estos presentan ansiedad preoperatoria. Algunos de las perturbaciones más comunes que presentan los candidatos son trastornos depresivos y distímicos. Los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social, se han diagnosticado hasta en un 48% de los candidatos. También se han encontrado en una minoría que presentan trastorno de abuso de sustancias. Basados en entrevistas clínicas y los criterios del DSM IV, arriba del 72% de los pacientes son diagnosticados con trastornos de personalidad, siendo los más comunes personalidad histriónica, limítrofe, esquizotípico, pasivo-agresivo (Guisado, Vaz, 2002).

Otros estudios muestran que los pacientes con obesidad mórbida muestran mayor presencia de síntomas depresivos comparados con pacientes que presentan un nivel de obesidad menor. Entre los candidatos a cirugía se suelen encontrar mayor síntomas de depresión en los más jóvenes, en las mujeres y las personas con pobre imagen corporal, deterioro de salud y calidad de vida, o una historia de severo desorden de alimentación. Aproximadamente 25% de los candidatos a

cirugía reporto tratamiento por un profesional de salud mental al tiempo de la cirugía y de un 12% al 38% reportaron usar medicación psiquiátrica. Entre el 3% y el 20% de los candidatos a cirugía han sido excluidos del tratamiento quirúrgico a causa de presentar complicaciones psiquiátricas. Aunque estudios mas viejos indican hasta un 50% de exclusión (Kalarchian, Marcus, Levine, et.al. 2007).

Algunos investigadores (Sarwer, Fabricatore, Jones-Corneille, et. al 2008) han utilizado el MMPI para evaluar las características de personalidad de los candidatos. Los resultados de la prueba mostraron que un 44% de los pacientes fueron categorizados como “funcionales”; el 31% como “neuróticos” (depresión y ansiedad social) y un 25% fueron caracterizados como “carácter desordenado”. También detectaron cuatro grupos de pacientes: 52% con una modesta elevación de de las subescalas de hipocondría e histeria, sugerente de desorden somatoforme; 20% con alto puntaje en la subescala de desviación psicopática; 17% con puntajes elevados en seis subescalas (hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, psicastenia y esquizofrenia), quienes fueron descritos como “emocionalmente perturbados”. Colectivamente estos estudios sugieren un alto grado de psicopatología en los candidatos a cirugía bariátrica, aunque se coincide en tomar estos resultados con reserva, debido a limitaciones metodológicas.

Algunos de los problemas metodológicos encontrados se relacionan con muestras pequeñas, la falta utilización de pruebas psicopatológicas validadas, y la ausencia de grupos de comparación. En un estudio reciente Kalarchian y cols., (2007), confirmaron una elevada prevalencia de diversos trastornos psiquiátricos en personas que buscan la cirugía bariátrica. 288 candidatos fueron evaluados con una entrevista clínica estructurada para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición; el 38% recibió un diagnóstico del Eje I. Los trastornos de ansiedad se encontraron en el 24% de los pacientes, 16% presentaron un trastorno del estado de ánimo y alrededor del 29% cumplieron con los criterios de un trastorno de la personalidad.

La gran mayoría de los programas de cirugía bariátrica en Estado Unidos requieren de una evaluación de salud mental antes de la cirugía. Si bien el objetivo de estas evaluaciones es la detección de psicopatología, también se ha sugerido que las

evaluaciones tienen un enfoque psicoeducativo. Este enfoque incluye una evaluación del comportamiento y los factores ambientales que pueden haber contribuido al desarrollo de la obesidad extrema, así como una evaluación de los posibles efectos de estos factores sobre la capacidad del paciente para lograr un apego terapéutico.

Los candidatos a cirugía bariátrica frecuentemente creen que la evaluación preoperatoria de salud mental esta diseñada para anular a los pacientes para la cirugía. Por lo tanto los pacientes pueden estar motivados para reducir al mínimo la angustia psicológica y tratan de dar una mejor imagen de si mismos durante la evaluación.

En realidad, a pocos pacientes se les niega rotundamente la cirugía bariátrica sobre la base de la evaluación de la salud mental (Fabricatore, Cramer, Wadden, et al. 2006; Zimmerman, Francione-Witt, Chelminski, et al. 2007). Esto suele ocurrir cuando el paciente presenta complicaciones importantes como uso de sustancias prohibidas, psicosis activa, bulimia nerviosa y depresión grave sin control o presenta incapacidad para comprender los efectos de la cirugía bariátrica. Los resultados más comunes de la evaluación preoperatoria en el 70 a 90% de los casos es la indicación de que se proceda con la cirugía.

Los pacientes que no son aptos para cirugía se les pedirá que se sometan a algún tipo de tratamiento: psiquiátrico, psicoterapéutico y/o un régimen de alimentación específico por un periodo de tiempo determinado y luego regresar para una nueva evaluación.

Los resultados de la cirugía bariátrica son impresionantes para la mayoría de las personas. Dentro de los 12-18 meses postoperatorios, las personas suelen perder del 20% al 35% del peso corporal inicial (Vidal, Auboeuf, De-Vos, 1996; ASMBS, 2005). La pérdida de peso esta asociada con mejoras significativas en la morbilidad y mortalidad (Vidal, Auboeuf, De-Vos, 1996; Van Hout, Van Oudheusden, Krasuska, et.al. 2006), y de igual forma se asocia con mejoras significativas en el estado psicosocial. La mayoría de las características psicosociales, incluidos los síntomas de la depresión y la ansiedad, la salud relacionada con la calidad de vida, la autoestima y la imagen corporal mejoran de manera espectacular durante el primer

año postoperatorio (Bocchieri, Meana, Fisher, 2002; Van Hout, Boekestein, Fortuin, et. al. 2006). A más largo plazo los resultados son en gran parte desconocidos.

Del mismo modo el impacto de la cirugía bariátrica sobre la psicopatología no está claro. Herpetz y cols., (2004) sugieren que la angustia psicológica secundaria a la obesidad, así como una significativa insatisfacción con la imagen corporal o la angustia por las limitaciones funcionales relacionadas con el peso, pueden facilitar la pérdida de peso después de la cirugía. En contraste, la presencia de psicopatología importante que es independiente del grado de obesidad, como la depresión mayor, los pacientes pueden inhibir la capacidad de hacer dieta y lograr los cambios de comportamiento necesarios para lograr el mayor éxito después de la cirugía.

Un estudio realizado en población española (Guisado, Vaz, López-Ibor, Rubio, 2001), refiere que la mayor pérdida de peso en una población de 100 pacientes sometidos a cirugía de obesidad, se asoció a un mayor predominio de rasgos de personalidad narcisista, de forma que el paciente tras la cirugía se preocupaba más por su apariencia y belleza y se motivó más en cuanto a la pérdida de peso. Si bien la mayoría de los estudios sugieren que los resultados psicosociales de la cirugía bariátrica son muy positivos esto no se puede generalizar. Al igual que algunos pacientes experimentan complicaciones médicas, algunos también experimentan pobres resultados psicológicos y de comportamiento.

Algunos estudios han identificado una relación entre la depresión, tendencias suicidas y la obesidad. En un estudio epidemiológico (Carpenter, Hasin, Allison, Faith, 2000) se encontró que mujeres obesas fueron significativamente más propensas a experimentar ideación suicida y hacer intentos de suicidio que las mujeres de peso normal. Curiosamente los hombres obesos reportaron menos pensamientos o comportamientos suicidas, que los hombres de peso normal. Este estudio sin embargo, no tomó en cuenta la gravedad de la obesidad. En las personas con obesidad extrema se ha encontrado de un 87 a 122% más de probabilidades de intento de suicidio que las personas en la población general (Dong, Li, Price, (2006).

Adams y cols., (2007), examinaron las causas de mortalidad y la muerte en 7925 pacientes postoperados de cirugía bariátrica con un promedio de 7 años y 7925 controles, quienes fueron agrupados por edad, sexo, e índice de masa corporal (IMC). Todas las causas de mortalidad se redujeron significativamente en pacientes sometidos a cirugía en comparación con los controles. Sin embargo casi el doble de pacientes (n=43), controles (n=24) murieron por suicidio. Aunque esta estadística no fue significativa la tendencia es preocupante y sorprendente.

Otros autores (Waters, Pories, Swanson, et. al. 1991), encontraron tres suicidios a la largo de 36 meses en 157 pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Por su parte Omalu y cols., (2007), reportaron tres suicidios en los primeros dos años después de cirugía bariátrica; señalaron que cada uno de los pacientes tenía un historial de depresión grave antes de la cirugía, el cual persistió a pesar del mantenimiento y la pérdida de peso de 25% a 41% de su peso inicial.

Dado el reconocimiento de los efectos saludables en general de la cirugía bariátrica sobre la angustia psicológica, los informes de suicidio después de la cirugía, parecieran en gran parte contradictorios. La limitada información sobre la relación entre la cirugía bariátrica y el suicidio, pone de relieve la importancia de garantizar que los pacientes que tienen trastornos psiquiátricos reciban una evaluación de salud mental antes y después de la cirugía.

Aproximadamente el 20% de la personas que se someten a cirugía bariátrica no llegan a la esperada pérdida de peso o empiezan a recuperar grandes cantidades de peso en los primeros años postoperatorios. Pacientes tanto con banda gástrica como bypass gástrico, comenzaron a recuperar peso entre el primer y segundo año postoperatorio. A los 10 años tras la cirugía aproximadamente el 10% de los pacientes sometidos a bypass gástrico y el 25% de los que se sometieron a banda gástrica mantenían menos del 5% de reducción del peso inicial. Esta pérdida de peso fuera de lo óptimo, es normalmente atribuida a la mala adherencia a la dieta postoperatoria o a una mala evolución de los hábitos de comer, y no a factores quirúrgicos (Sjöström, Narbro, Sjöström et. al. 2007)

Se ha encontrado que la adhesión a la dieta postoperatoria es deficiente, aumentando significativamente la ingesta calórica durante el periodo

postoperatorio. En un estudio se encontró que 38 pacientes que en su mayoría se les colocó la banda gástrica, consumían aproximadamente 2900 kcal/día antes de la cirugía, posteriormente se redujo a 1500 kcal/día a 6 meses de la cirugía, pero incrementaron a aproximadamente a 2000 kcal/día 10 años más tarde. Este aumento en la ingesta de calorías probablemente contribuyó a recuperar peso en estos pacientes, a partir del segundo año postoperatorio (Andersen, Larsen, 1989). La cirugía bariátrica requiere de seguimiento y regulación a lo largo de la vida. Los pacientes que se someten a bypass gástrico se recomienda verlos cada seis meses en los primeros 2 años postoperados y posteriormente cada año. Los ajustes de una banda gástrica pueden exigir citas de seguimiento cada 4-6 semanas en el primer año postoperatorio y citas trimestrales a través de los 3 primeros años. Estas visitas pueden ser utilizadas no solo para vigilar la pérdida de peso de los pacientes, sino el estado psicosocial, así como las cuestiones relacionadas con la adhesión a la dieta y la conducta de alimentación.

Informes clínicos han sugerido que un seguimiento no óptimo en cuanto a la frecuencia puede repercutir negativamente en la pérdida de peso. En un reciente estudio (Harper, Madan, Ternovits, Tichanski, 2007) se encontró que sólo el 40% de los pacientes regresaron a cada una de sus visitas anuales con el cirujano dentro de los primeros 4 años de la cirugía. Los que han regresado a la totalidad de sus citas de seguimiento perdieron significativamente más peso que aquellos pacientes que no regresaron, estos últimos recuperaron peso entre el primer y tercer año postoperatorio (Greenberg, Perna, Kaplan, Sullivan, 2005).

En nuestro servicio los pacientes sometidos a bypass gástrico son citados cada semana durante los primeros tres meses después de la cirugía y posteriormente cada mes hasta el primer año. Posteriormente de acuerdo a las necesidades detectadas en cada caso. Las citas incluyen a todo el equipo de salud, (médico, nutrición y psicología).

6. ESTILOS DE VIDA Y HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

La salud es un proceso que depende de los hábitos y costumbres que diariamente se practican, y del resultado de las acciones y los esfuerzos que también durante su vida cada persona hace por cuidarla y mejorarla.

El ser humano necesita a lo largo de su vida de una alimentación adecuada, hábitos de higiene personal, en el hogar y en la comunidad, actividad física y descanso para fortalecer y mantener el cuerpo, diversión y afecto para satisfacer necesidades mentales y espirituales, la ausencia de alguno de estos factores provoca daños, en ocasiones irreversibles a la salud del individuo.

Por otra parte, las malas condiciones de vida, las condiciones nocivas de trabajo, el alto grado de urbanización, la falta de servicios de salud pública adecuados, así como el hábito de fumar, los malos hábitos alimentarios, el consumo nocivo de alcohol, el sedentarismo, el bajo nivel escolar, el rechazo a medidas sanitarias preventivas y el aislamiento de amigos y familiares, representan "Factores de Riesgo", que actuando continua y gradualmente, influirán negativamente en el Proceso Salud-Enfermedad y si su influencia negativa opositora, supera(es decir: vence, predomina) la acción de los elementos protectores, se tendrá como resultado un deterioro progresivo del organismo humano y es por eso que se habla de la importante necesidad de cambiar o modificar a nivel individual y colectivo modos y estilos de vida (Senado, 1999).

La obesidad, o excesiva acumulación de grasa en el organismo, constituye uno de los mayores problemas a los que se enfrentan las sociedades modernas. El ser humano tiene mayor riesgo de volverse obeso cuando la población dispone de gran variedad de alimentos, incluyendo los de proceso industrial, y cuando la vida se hace más fácil, mecanizada y ociosa. Estos cambios en los estilos de vida propician el sedentarismo y, a su vez, el desequilibrio entre la energía que se ingiere y el gasto calórico necesario para satisfacer las necesidades metabólicas y de actividad física. Los grados muy marcados de obesidad como sabemos, acortan la esperanza de vida de los pacientes, mientras que en los aumentos moderados de peso se producen evidentes repercusiones negativas para la salud, además, los individuos

obesos sufren importantes problemas de relación, puesto que muchas veces experimentan rechazo social. Este rechazo se hace sentir desde la infancia y, con ello, se provoca una incidencia muy elevada de pérdida de autoestima y un número considerable de situaciones conflictivas.

La amplia penetración sociodemográfica de la obesidad en las poblaciones, junto a la extensión de la epidemia a países en vías de desarrollo, sugiere que los factores que la causan están íntimamente ligados al desarrollo social y económico y a través de determinados comportamientos relacionados tanto con la alimentación como con la actividad física (Gutiérrez y cols. 2006).

Sin duda, en este fenómeno de la obesidad, el estilo de vida ocupa un lugar protagónico en su aparición. Este hábito de vida basado fundamentalmente en la ingestión excesiva de alimentos y el sedentarismo es quien en este caso rompe el equilibrio salud- enfermedad para propiciar el desarrollo de la patología (Barcelo y Borroto 2001). Desde la concepción epidemiológica de Cristina Possas (1989) hace referencia al concepto de modo de vida “como una amplia y fundamental instancia determinante de los procesos de salud- enfermedad”.

El estilo de vida se puede definir como “el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una persona” (Rodríguez y García, 1995), el término designa la manera general de vivir. Así como no existe un estado ideal de la salud, no hay tampoco estilos de vida prescritos como óptimos para todos. La cultura, los ingresos, la vida familiar, la edad, la capacidad física, las tradiciones y el ambiente del hogar y el trabajo hacen que algunos modos y condiciones de vida sean atractivos, factibles y apropiados.

Las posibles pautas de conducta que pueden ser adoptadas por los miembros de una colectividad pueden estar determinadas, limitadas o ampliadas, por características personales, así como por la interacción con el entorno, en el sentido más amplio, es decir, los estilos de vida deben considerarse entonces en el contexto de las experiencias individuales y colectivas, así como en relación con las condiciones de vida.

Se considera que el estilo de vida es uno de los determinantes más importantes de la salud de una población. Ha sido bien establecida la importancia de la nutrición

apropiada y la actividad física para reducir las tasas de enfermedad y muerte de las enfermedades crónicas. Son causantes de muerte e incapacidad de forma importante la diabetes, la osteoporosis, la obesidad y los accidentes vasculares cerebrales (McGinnis, 1993).

El modo de vida de una persona puede dar lugar a patrones de conducta que son beneficiosos o perjudiciales para la salud. Estos patrones son influidos por una serie de factores que son sujeto de estudio e intervención.

La cultura a la cual pertenece la familia ejerce influencia en la elección de la alimentación, en las creencias religiosas, en las creencias políticas y en la mayoría de los valores y acciones. Los comportamientos saludables tienden a prevalecer en familias y hogares saludables. Las situaciones sociales y políticas intervienen también en temas relacionados con la salud.

Los problemas asociados con una dieta inadecuada; una lactancia materna equivocada; el sedentarismo y la obesidad, afectan a la mayoría de los segmentos de la población; sin embargo, puede haber diferencias marcadas en el impacto que estos problemas tienen en diferentes grupos de población.

Se sabe pues, que la “forma de vivir” tiene una relación directa con la salud, al grado de que la mortalidad se reduciría si las personas modificaran tan solo algunas de sus conductas, como el consumo de alcohol, dejar de fumar, consumir alimentos más saludables, hacer ejercicio, conducir de forma mas segura, etc.

El análisis de los estilos de vida ha cobrado mayor interés, toda vez que la prevalencia de enfermedades relacionadas a malos hábitos de comportamiento es mayor.

Debido a los riesgos de un estilo de vida inadecuado, muchas personas adoptan comportamientos protectores de la salud.

Los comportamientos de protección de la salud se incluyen dentro de las denominadas conductas de salud y tienen básicamente una función preventiva. El que una persona ejecute tales conductas protectoras pareciera depender sobre todo de factores motivacionales que, a su vez, dependen de la percepción que la persona tiene de la amenaza que la enfermedad representa para ella y de la eficacia que cree que la conducta tendrá para reducir la amenaza.

Las conductas protectoras de salud, se adquieren también, mediante procesos de aprendizaje, por la experiencia directa y por modelos sociales. Cuando las conductas se instalan en el repertorio comportamental de la persona, entonces se convierten en hábito. Así, aunque la conducta se hubiera adquirido gracias a refuerzos positivos contingentes, una vez que se hace habitual, dependerá menos de sus consecuencias que de claves ambientales con las que se ha asociado en el pasado. Es decir los hábitos de comportamiento son muy resistentes al cambio, por lo que se deben buscar conductas saludables tan pronto como sea posible y eliminar las conductas dañinas en cuanto aparezcan.

Hay factores determinantes de las conductas protectoras de la salud, uno de ellos es el aprendizaje a través de los modelos (aprendizaje vicario), que es una de las formas más importantes en el ser humano; aprendemos de modelos semejantes a nosotros mismos (Bandura, 1983). También las conductas protectoras están relacionadas con factores sociales, por ejemplo el apoyo social (reconocimiento, estatus) que la persona recibe en la ejecución y mantenimiento de la conducta de que se trate. Asimismo, los factores cognitivos tienen una función importante en la adquisición y mantenimiento de conductas de protección y promoción de la salud. Las personas valoran su estado de salud y toman decisiones acerca de su dieta, de fumar o no, de hacer ejercicio, etc., de acuerdo a sus creencias sobre las enfermedades, o sobre determinada enfermedad. Tales creencias son determinantes muy importantes de la conducta de la salud.

Se han desarrollado modelos para estudiar la relación entre las creencias y los comportamientos en salud. El Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model-HBM, Rosentock, 1966) es uno de los más aceptados.

De acuerdo con este modelo, deben revisarse los factores de la percepción de la gravedad, la percepción de la susceptibilidad y los signos para la acción, para explicar cómo las creencias influyen el cambio de comportamiento.

La persona debe considerar cuán severas son las consecuencias médicas y sociales si el problema se desarrolla o no se trata. Mientras más seria sea la creencia del efecto en la persona, hay mayor posibilidad para que ejecute una acción preventiva.

La persona evalúa la posibilidad de desarrollar problemas de salud, aquellos que se perciban como susceptibles al problema, tienen mayor probabilidad de ejecutar una acción preventiva. También, aquellos que reciben recordatorios o alertas acerca de un problema potencial de salud tienen mayor probabilidad de ejecutar una acción preventiva.

En el modelo de creencias sobre la salud incluye los factores demográficos, personales, estructurales y sociales que pueden influir en las conductas de salud; pero considera que estas variables intervienen a través de sus efectos sobre las motivaciones y percepciones subjetivas acerca de la salud que tenga el individuo, más que como causas directas de las acciones saludables (Becker M, Rosentok I. 1984).

En muchos casos, la realización de las conductas preventivas no puede predecirse solo sobre la base de la vulnerabilidad o gravedad percibidas. Una persona se puede percibir muy vulnerable a una enfermedad y reconocer que las consecuencias serán serias, pero no sigue las conductas recomendadas simplemente porque los costos para realizarlas son demasiado altos, y no solo los costos económicos, sino, y quizás con mayor frecuencia los costos psicológicos, sociales o en términos de efectos secundarios. Existe un alto número de profesionales de la salud que fuman, fallan en el manejo del estrés, consumen dietas inadecuadas, altas en grasas, son sedentarios y actúan en otras formas no saludables. Ciertamente tienen conocimiento de los riesgos a la salud, pero su conocimiento no está conectado a la práctica.

Es decir, las razones por las cuales las personas se comportan en formas no saludables, pese a conocer los riesgos, son complejas y no fácilmente entendibles. El deseo al cambio es una condición en el proceso de cambio, pero la motivación no es el único elemento del proceso. La motivación debe ser combinada con el sentido común, el compromiso, y un entendimiento realista de la mejor manera de generar el cambio.

Tabla.5 Comportamientos de riesgo de salud

CONDUCTAS ALIMENTARIAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comer en exceso ▪ Dejar de comer (saltar comidas) ▪ Abusar de lo dulce o lo salado ▪ Comer demasiado rápido ▪ “Picar” entre comidas ▪ Efectuar un número inadecuado de comidas (ejemplo no desayunar) ▪ Abusar de alimentos grasos ▪ Tomar bebidas gaseosas ▪ No seguir una dieta equilibrada ▪ No vigilar el peso
DROGAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fumar ▪ Beber alcohol ▪ Consumir medicamentos sin prescripción médica ▪ Consumir drogas: cocaína, heroína, etc.
ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No llevar a cabo ningún tipo de ejercicio físico ▪ Realizar esfuerzos físicos bruscos ▪ Llegar al agotamiento físico
DESCANSO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasnchar ▪ Dormir pocas horas ▪ Dormir en exceso
HIGIENE PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No usar la ducha diariamente ▪ Descuidar la higiene del cabello, ojos, nariz, pies. ▪ No lavarse las manos antes de comer ▪ No cepillarse los dientes después de cada comida ▪ Descuidar la limpieza de la ropa
TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficiente organización del tiempo en el trabajo ▪ Falta de comunicación con los compañeros ▪ Participar en conflictos laborales ▪ Desarrollar una actividad laboral que genere insatisfacción ▪ Deterioro en la comunicación con mandos y/o empleados
PAREJA Y FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de comunicación ▪ Entablar discusiones frecuentes ▪ Incompatibilidad de aficiones para el tiempo libre ▪ No afrontar los problemas cotidianos
AMIGOS Y ENTORNO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No disponer de tiempo para las relaciones sociales ▪ Ruptura en la comunicación con vecinos y conocidos ▪ Desinterés por las actividades de tipo lúdico
RELACIONES SEXUALES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relaciones poco placenteras (insatisfacción sexual) ▪ Mala planificación de las relaciones sexuales ▪ Inestabilidad y falta de seguridad e higiene ▪ Promiscuidad sexual
OTROS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conducción temeraria de vehículos ▪ Falta de medidas de seguridad en el trabajo ▪ Comportamientos de riesgo doméstico (electricidad, productos tóxicos, etc.) ▪ Divorcio ▪ Desempleo

(Rodríguez Marín y García. Ciencias Psicosociales Aplicadas II. 1995)

Las personas que están preparadas para el cambio poseen el conocimiento, las actitudes, las habilidades, y los recursos internos y externos, que hacen que el cambio pueda ser una realidad. Para que una persona esté preparada para el cambio debe haber algunos pasos básicos y ajustes de pensamiento: el cambio de

creencias, actitudes, valores, acciones y comportamientos que se ha desarrollado desde la infancia es una tarea difícil. No es raro que aun las personas con una sólida voluntad, sepan que esta no es suficiente para guiarlos a través de los procesos que son necesarios para lograr cambiar el comportamiento.

Con relación a los hábitos de alimentación, el conocimiento sobre cómo y porqué se produce la obesidad es aún incompleto, pero está claro que el problema tiene su raíz en factores sociales, culturales, de comportamiento, fisiológicos, metabólicos y genéticos, y ésta generalmente se manifiesta desde etapas tempranas de la vida, lo cual hace suponer que el inicio de la alimentación, los contenidos, los hábitos, las emociones, el ambiente, etc., en el que se induce inicialmente al niño al mundo de la alimentación es determinante en la expresión de la obesidad.

Especialistas en nutrición (Vázquez y Romero, 2008) señalan que el objetivo de la alimentación en las etapas tempranas de la vida es asegurar la salud presente y futura de niños y adolescentes, desarrollando hábitos alimentarios saludables donde definen lineamientos de acuerdo a las necesidades de cada grupo etáreo:

Después de la etapa de lactante, los niños experimentan un desarrollo progresivo que está ligado al establecimiento de hábitos alimentarios, el periodo desde los 24 meses de edad hasta la pubertad se caracteriza por un crecimiento físico lento; la velocidad de crecimiento disminuye durante la etapa preescolar, el apetito es menor y la ingestión de alimentos parece irregular e impredecible. Los padres son responsables de proveer una variedad de alimentos nutritivos, estructurar los tiempos de comida y crear un ambiente que facilite la alimentación e intercambio social. Los niños deben de tener la responsabilidad de determinar cuanto comen. En este periodo los niños presentan desinterés por la comida, entonces incrementan su atención al ambiente en donde se llevan a cabo las comidas, interactúan y observan a otros niños y adultos, qué y cuándo comen y qué tipo de alimentos se consumen en momentos específicos; los hábitos y selección de alimentos son influenciados por una variedad de señales ambientales, incluyendo la hora del día, el tamaño de las porciones, la presión o restricción para comer y las preferencias y hábitos de alimentación de otros.

Los niños de 2 a 5 años de edad son reacios a comer nuevos alimentos, es responsabilidad de los padres el tener paciencia y ser persistentes al ofrecer al niño en repetidas ocasiones los nuevos alimentos y darles la oportunidad de que aprendan a conocerlos. Cuando los padres alientan el consumo de alimentos saludables, los niños pueden aprender a comerlos y disfrutarlos.

Los jugos de frutas y refrescos son consumidos cada día con mayor frecuencia y llegan a desplazar la leche en la dieta, es necesario restringir estas bebidas ya que de lo contrario impacta de forma negativa en la ingestión de nutrientes, particularmente el calcio, y se ha asociado el sobrepeso al exceso de energía por el consumo de este tipo de bebidas.

En el periodo escolar de los 8 a los 11 años de edad la conciencia de la auto-imagen corporal emerge y empiezan las comparaciones en cuanto al peso, en esta etapa, la enseñanza de los conceptos básicos de nutrición puede ser exitosa, además, las amistades y personas fuera de la familia pueden influir en las actitudes y la selección de alimentos. La televisión es otra fuente de influencia sobre lo que comen los niños, entre mayor tiempo vean televisión, es más probable que tengan mayor ingestión de energía, consuman mayor cantidad de bocadillos y refrescos y tengan más sobrepeso que los niños que ven televisión por menos tiempo. En esta etapa los niños tienen mayor libertad de elegir alimentos, y durante los años escolares comen al menos una comida al día fuera del hogar. Esta selección, así como la decisión de consumir bocadillos, impactan en la calidad de la dieta. Hay reportes de intentos de restringir energía, grasas o la ingestión de alimentos específicos en niños tan pequeños como de 8 años de edad, sin embargo, en general hay un acuerdo en que la restricción de alimentos no debe fomentarse, sino que los adultos ayuden a promover cambios hacia una alimentación saludable.

Un factor muy importante en la adquisición de buenos hábitos alimenticios es la ingesta diaria del desayuno, se considera determinante en un estilo de vida saludable, la omisión o la ingestión inadecuada del desayuno se ha asociado a pobre rendimiento escolar, los niños que lo omiten tienen una reducida ingestión de micro-nutrientes, y se ha visto que las niñas tienen mayor riesgo de omitirlo, tal vez atribuido a la insatisfacción con su imagen corporal y peso.

Para prevenir el sobrepeso es necesario que los padres estén atentos a los hábitos alimentarios de sus hijos, las acciones más relevantes en torno a la alimentación que pueden asumir de manera temprana son: optar por la alimentación al pecho materno, la introducción de alimentos sólidos y la limitación de bebidas endulzadas; decisiones relacionadas al estilo de vida, como fomentar la actividad física y limitar el tiempo frente al televisor.

La comida en familia es una experiencia que puede influir positivamente en la alimentación, ya que ésta práctica mejora la comunicación y los lazos familiares; además, mejora los hábitos de alimentación y reduce la ganancia excesiva de peso, disminuyendo la incidencia de obesidad. Otro factor de riesgo de sobrepeso se relaciona con las prácticas de alimentación de los padres, por ejemplo, los padres con frecuencia sirven a los niños porciones inadecuadamente grandes y se preocupan cuando los niños no consumen todo y aun más, se empeñan y presionan al niño para que ingieran su totalidad.

Durante la etapa escolar es necesario que el niño reciba educación nutricional con el fin de mejorar la calidad de los alimentos que se consumen, en lugar de enfocarse en restricciones dietéticas, pues los niños no deben someterse a dietas pasajeras; además, se recomienda un consumo moderado de grasas y 5 raciones de frutas y verduras al día, alimentos con alto contenido en fibra y evitar azúcares altamente refinados.

En la etapa de la pubertad (9-18 años de edad), caracterizada por una aceleración del crecimiento, cambios en la composición corporal y maduración sexual, los requerimientos nutricionales se ven incrementados notablemente y, la alimentación debe aportar la cantidad de energía, así como los macro y micronutrientes necesarios para el desarrollo, asimismo, es una etapa en la que se deben sentar y consolidar los hábitos alimenticios saludables. Es durante este tiempo donde surgen la mayoría de los trastornos alimentarios.

Sin embargo, a la complejidad de lograr el desarrollo de buenos hábitos de alimentación como lo refieren los expertos en nutrición, se le tiene que agregar el hecho de que en cada sociedad, la alimentación se construye a partir de un proceso de simbolización que caracteriza a los alimentos como comestibles, los

inserta en un sistema de preferencias y les establece las formas de preparación y su ocasión de consumo. Las preferencias por ciertos alimentos en desmedro de otros se presentan como rechazos (neofobias), temor a padecer enfermedades, asociación con experiencias agradables o desagradables vinculadas a ciertos alimentos, creencias, prejuicios, imitación, disponibilidad, poder adquisitivo, nivel socioeconómico, innovación, religión y cultura culinaria (De Garine y Vargas 1997). La complejidad del acto de comer hace necesario recurrir a métodos que se separan de las ciencias biológicas para poder interpretar los hábitos dietéticos superando la mera información cuantitativa de qué y cuánto se come para lograr una aproximación que permita saber porqué se come. En ese terreno, los discursos de ingesta, la oferta, la demanda y el ambiente cultural organizan/reorganizan los modos de vinculación con las ideas circulantes en torno al cuerpo, a la dieta y a la salud, configurando modelos de consumo derivados de una práctica heredada, así como de circunstancias particulares.

Por su parte los antropólogos, han enfatizado que, siendo los individuos miembros de una cultura y la cultura una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por la cultura. Entendiéndose por modos de alimentarse (cultura alimentaria), los hábitos alimentarios de una sociedad en particular, incluyendo preferencias y aversiones, practicas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos.

Desde el enfoque de la antropología, la alimentación es un proceso social que permite al organismo adquirir las “sustancias energéticas, estructurales y catalíticas necesarias para la vida” (De Garine y Vargas, 1997). Sin embargo, para que algo sea contemplado como alimento por un grupo humano, no basta con que se halle disponible en el entorno natural o en el mercado y que pueda ser digerido, absorbido y asimilado por nuestro cuerpo (sin producir daño), aportando los nutrimentos necesarios para la vida, sino que además sea reconocido como comestible en función de la ideología de un grupo social.

Los alimentos además de poseer el valor nutricio, son una estimación cultural, que juega un papel importante en los resultados finales de la elección de un patrón

dietético, es decir, las personas primero “piensan” los alimentos y si son clasificados por su mente y por su código cultural, los ingieren. Según Fischler (1995), comer es pensar: las personas tienen la necesidad de pensar constantemente su alimentación, de razonarla, ordenarla, organizarla, regularla; y si bien la alimentación humana necesita estar estructurada y normada, ésta a su vez estructura a los seres humanos.

Los estudios antropológicos sobre alimentación realizados en México han sido divididos en dos grupos: la antropología de la alimentación y la antropología de la nutrición, los primeros se enfocan en el análisis de los alimentos como una forma de comprender procesos sociales y culturales; y los segundos describen los componentes de la alimentación de determinados grupos sociales en relación con el estado nutricional de sus integrantes. Sobre estos estudios se destaca el tema de los hábitos, prácticas y costumbres alimentarias, los cuales están condicionados por la disponibilidad de los alimentos y son los que en su conjunto marcan las preferencias individuales y colectivas respecto a qué, cuándo, dónde, cómo, con qué y para qué se come y quién los consume.

En México al igual que en la mayoría de las sociedades, se institucionalizan tiempos formales para comer de acuerdo a los horarios establecidos (Vargas 1993) (desayuno, comida y cena); a las estaciones del año (pescado en la vigilia); lugares (caldo de camarón en las cantinas, buñuelos afuera de la iglesia), así como en función de las fiestas y conmemoraciones (pastel blanco en las bodas, pavo en navidad). Otro elemento que se toma en cuenta para seleccionar la comida es como se clasifican los alimentos.

Una forma de ordenar los alimentos es en función de sus cualidades “frías” o “calientes”, estas cualidades dependen del grado de calor solar o de humedad a la que se encuentre expuesto los alimentos, de esta manera el frijol y el chile se consideran alimentos calientes, el maíz y el tomate son considerados fríos. Según la cosmogonía indígena la conservación de la armonía en el cuerpo humano se mantiene por la ingesta de alimentos fríos y calientes, que al unirse, se neutralizan; en consecuencia, cuando se suscita un desequilibrio corporal (enfermedad), deben

suministrarse alimentos o medicamentos de calidad contraria a la del mal para reestablecer el orden perdido (Gispert y González 1993).

Con respecto al para qué se consumen los alimentos se señala que éstos representan una forma de establecer, fomentar y cimentar las relaciones sociales. También permiten diferenciar socialmente a las personas, ya que existen alimentos considerados de pobres, clase media y clase alta. Por el cúmulo de factores socioculturales que median en la elección de un alimento, la antropología de la alimentación es uno de los caminos más enriquecedores para compenetrarse en la vida de los pueblos: la comida es causa y consecuencia del modo de vida, refleja los sentimientos y pensamientos más profundos de las personas y las comunidades.

Entre los múltiples componentes de la cultura, la alimentación permite comprender las variedades de la relación intercultural de manera mas clara. La llamada cocina mexicana mestiza esta formada de acuerdo con Pérez San Vicente (2002) por lo menos por ocho tradiciones astronómicas: las del Pacífico, Golfo, Huasteca, Sudcaliforniana, Yucateca, Norteña, Central y del Sur, lo que es un evidencia de nuestra multiculturalidad.

La dieta de cada persona debe ser suficiente en cantidad y calidad, equilibrada e higiénica, pero además individualizada, es decir, adecuada para sus características biológicas, ideología, situación emocional, gustos, estado social, capacidad económica, experiencia previa y finalmente sus gustos personales, entre otras particularidades. Es decir, como una consecuencia de la multiculturalidad, cada uno de nosotros tiene su propia forma de comer y beber, derivada en primer lugar de su contexto familiar, del grupo social al que pertenece y finalmente de su cultura.

Sin embargo, también es cierto que los factores asociados con estilos de vida poco saludables, los acelerados procesos de urbanización y los cambios demográficos en los últimos años en México, han coincidido con la modificación del perfil epidemiológico y de los patrones alimentarios, advirtiéndose que el incremento de la obesidad tiende a desplazarse hacia grupos con nivel socioeconómico bajo. No obstante, las características de la obesidad podrían ser diferentes entre los individuos mas pobres y mas ricos del mismo país (Fausto y cols., 2006).

Otro aspecto relevante relacionado con los hábitos de alimentación, es la existencia en la sociedad de pautas externas al individuo que están relacionadas con la imagen o apariencia de la corporalidad que circulan a través de medios de comunicación. En todos los grupos sociales el cuerpo es objeto de definición y estas se instalan básicamente a partir de las ideas de belleza y salud. Sin ingresar en el terreno de las patologías, puede decirse que todos los discursos sobre la corporalidad se encuentran invariablemente ligados a los modos de comer y, por lo tanto, a la perspectiva de los individuos con relación a la responsabilidad y valores asumidos respecto a la comida y el ayuno, por un lado, y a la variedad de actitudes que asumen frente a los alimentos, por el otro.

En las sociedades modernas circulan permanentemente discursos sobre la bondad de comer determinados alimentos para alcanzar ciertos ideales corporales, sin tomar en cuenta las propiedades nutricionales sino que se relacionan con proporcionar placer. Es en ese amplio recorrido de los discursos sobre la corporalidad derivados de la moda, del alcance de una imagen idealizada, de un estado de salud, donde los individuos restringen o amplían sus repertorios de alimentos con el objeto de intercambiar posiciones del cuerpo propio en relación a las posiciones de un cuerpo de naturaleza social.

Aquí aparece un campo de investigación discursiva sobre el significado de lo "light", "natural", "diet", "sano", "natural", "libre de" que remiten a un recorte de conductas vinculadas al bienestar del cuerpo. Por otro lado, los trastornos de la alimentación ponen en evidencia que las relaciones entre cuerpo y alimentación están presentes en forma permanente en las conductas selectivas en distintos grados y su discriminación eficaz en los estudios de consumo los coloca en otros campos de análisis más pertinentes del campo de los nutricionistas o de los estudios de salud (Hughes, 2004).

7. PERSONALIDAD Y OBESIDAD

La personalidad representa, la construcción teórica de la subjetividad individual, lo cual supone una diferenciación con los fenómenos objetivos, accesibles al conocimiento en su expresión sensorio-física. La personalidad no es, ni una suma de elementos, ni todo lo que existe en el mundo subjetivo del hombre (González, 1994). Usualmente, la personalidad ha representado las características estructurales y dinámicas de los individuos que se reflejan en respuestas más o menos específicas en diferentes situaciones. Estas propiedades han dado origen a numerosos enfoques en relación con rasgos y tipos de personalidad y desarrollos teóricos y empíricos que las relacionan con variables más o menos implicadas en procesos de ausencia de bienestar. También se ha desarrollado un enfoque activo en la concepción de la personalidad como proceso (Moreno-Jiménez y cols., 2005). Esta concepción, insiste en la interacción de la persona con las variables ambientales y sociales que la rodean y que pueden tornarse saludables o no y actuar como moduladoras, que hagan al sujeto más vulnerable o más resistente a las situaciones de riesgo para la salud. Esta concepción activa, supone, que las personas responden de manera diferente ante unos mismos estresores o circunstancias adversas en sus vidas sin que necesariamente existan respuestas estereotipadas (Bloch, 1977; Cichon y Koff, 1980; Huber, Gable e Iwanichi, 1990; Mayor, 1987).

Por otra parte, el concepto de salud se entiende no como ausencia de enfermedad, sino como una variable dinámica que se enmarca en los planos individual, laboral, social y ecológico de la persona, junto a estilos de vida, recursos personales y habilidades individuales (González, 1994).

La comunidad científica interesada en esta área, ha hecho el intento de relacionar ambos conceptos, personalidad y salud, desde diferentes perspectivas y modelos teóricos que podrían agruparse en tres grandes categorías:

I. Personalidad y Estado Físico de Enfermedad/Salud:

La relación entre personalidad y estados psicológicos, biológicos y neurológicos del individuo ha dado lugar a diferentes aproximaciones al estado de salud que

establecen, por ejemplo, correlaciones con la actividad cardiovascular o la función inmunológica. Desde este enfoque, personalidad y enfermedad serían manifestaciones diversas de un mismo agente causal.

Desde la Psicopatología se han realizado aproximaciones que correlacionan ciertos tipos de trastornos conductuales con alteraciones psicofisiológicas o psicosomáticas; la comorbilidad entre ambos se ha centrado en el análisis de la vulnerabilidad y/o sintomatología que presentan los enfermos ante esos trastornos. Por ejemplo, en la relación entre trastorno arterial coronario y su asociación frecuente con depresión y ansiedad (Kaplan y Kimball, 1982), la relación de las enfermedades cardiovasculares con factores de Personalidad Tipo A (Sánchez y cols., 2000), los estudios sobre depresión tanto como antecedente como consecuente del cáncer (Ibáñez y Barreto, 1984), Capafons e Ibáñez (1987), o los trabajos que relacionan diabetes con alteraciones como la depresión o alteraciones psicopatológicas como la psicosis maniaco-depresiva desde distintos enfoques (Gil, 1998).

II. Personalidad y Conductas de Riesgo/Conductas de Salud

Este enfoque considera las variables de personalidad como el factor determinante del que dependen las prácticas saludables o las conductas de riesgo. Las conductas de riesgo o las conductas saludables serían específicamente expresión y manifestación de la personalidad, de su estructura y de sus procesos. Desde esta perspectiva, las variables de personalidad estarían en el origen de la práctica del ejercicio físico o del sedentarismo, de la alimentación saludable o de sus excesos, de conductas de riesgo como fumar y beber en exceso o de conductas saludables. Mientras algunas disposiciones, como los sesgos de optimismo irreal y los mecanismos automáticos negativos estarían relacionados con las conductas de riesgo. Otras variables positivas de la personalidad, como las competencias emocionales, las cogniciones positivas, la fortaleza, alta autoestima y sentido de autoeficacia, estarían en el origen de las conductas saludables.

Otros supuestos teóricos se centran en las relaciones causales entre las percepciones de los individuos y su comportamiento, convirtiéndose así la percepción individual del riesgo en la variable central de la conducta preventiva

(Blanco, Sánchez, Carrera y cols., 2000). Por ejemplo las aproximaciones que se centran en la ilusión de invulnerabilidad y el optimismo ilusorio en referencia a predicciones sobre su futuro explicarían comportamientos arriesgados aún conociendo los efectos nocivos para la salud de ese tipo de conductas (Sánchez, Rubio, Páez y Blanco, 1998).

Respecto a variables de personalidad que se han relacionado con conductas saludables, Antonovsky (1990) ha desarrollado el concepto de Sentido de la coherencia en el que plantea la capacidad que tiene la persona para percibir el significado del mundo que le rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que éstas tienen sobre su entorno. El sentido de coherencia no lo considera un rasgo específico de la personalidad, ni un estilo particular de afrontamiento, si no más bien una orientación global generalizada, una habilidad para seleccionar el estilo correcto de afrontamiento en una situación dada. Algunos estudios (Flannery, 1990) han encontrado que puntuaciones altas en el sentido de coherencia predicen mayor bienestar físico y psicológico, así como mejor habilidad funcional en las actividades cotidianas.

Otro de los modelos más conocidos que también sigue el enfoque de personalidad saludable es el de Kobasa (1982) de Personalidad Resistente, el cual plantea un concepto de personalidad dinámico, en el que las dimensiones de la personalidad resistente se configuran en acciones y compromisos adaptados a cada momento. Según el autor, este enfoque incluye tres dimensiones:

- 1) La dimensión de compromiso (implicación): que es la medida en que el sujeto se involucra en los aspectos o áreas de la vida que considera valiosos así como la tendencia a identificarse con lo que hace. Ello implica el conocimiento de las metas y valores que orientan la conducta personal.
- 2) La dimensión de control: La persona posee el convencimiento de poder intervenir en los episodios que le rodean, modificando o alterando el curso de los mismos. De todas las situaciones podrá, por lo tanto, aprender u obtener algún beneficio.
- 3) La dimensión de reto: Plantea el cambio como una oportunidad de crecimiento personal, un desafío al cual enfrentarse, no como algo amenazante. Proporciona

flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad, lo que facilita una mayor tolerancia ante los cambios vitales.

De esta forma, los individuos con puntuaciones altas en las dimensiones de compromiso, control y reto, poseerán características de resistencia frente al estrés laboral o de la vida cotidiana.

Vivir la vida con plenitud, con sentimiento de competencia y una orientación productiva, desde este enfoque, no solo protege al sujeto de enfermedades y le proporcionan salud y bienestar sino que, ante casos de enfermedad crónica, grave o terminal, las personas con personalidad resistente serán más sensibles al uso de medidas heroicas y lucharán contra el daño a la calidad de vida que podría provocar la enfermedad.

Numerosos estudios han correlacionado la personalidad resistente con procesos saludables tales como estrategias de afrontamiento adaptativas, búsqueda de apoyo social, y desarrollo de estilos de vida saludables (Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi y Courington, 1981; Sheppard y Kashani, 1991; Peñacoba y Moreno, 1998; Moreno, González y Garrosa, 1999 y 2000).

Los individuos con personalidad resistente por lo tanto presentan actitudes protectoras ante elementos no-saludables como el estrés y el burnout y facilitadoras de estrategias de afrontamiento adaptativas, de manejo y de control de la realidad. La personalidad resistente se muestra como un componente más de una personalidad positiva favorecedora de procesos salutogénicos.

Las dimensiones positivas de la personalidad mencionadas hasta ahora (Sentido de Coherencia, Personalidad Resistente y procesos de personalidad autorreguladores), sugieren estilos de afrontamiento activos y constructivos frente a situaciones estresantes o difíciles de la vida en general. El componente emocional incluye además las emociones positivas y los recursos personales que producen estados de ánimo positivos, pensamientos positivos, flexibles, creativos y originales (Garrosa, 2002). La correcta percepción de nuestros sentimientos y emociones así como las de los demás, ayuda a plantear razonamientos ajustados a la realidad y a la toma de decisiones. Por todo ello, los elementos de competencia personal (como la conciencia de uno mismo, la autorregulación y la motivación) y de competencia

social (como la empatía y las habilidades sociales) se presentan como factores adaptativos de la personalidad (Goleman, 1998).

Otras variables asociadas a modelos salutogénicos son el optimismo y la autoestima (Scheier y Carver, 1985; Grau, 1998). Se entiende por optimismo la inclinación a tener expectativas favorables con la vida, confianza generalizada de resultados positivos, lo cual ha sido relacionado con el bienestar físico y psicológico. Se ha encontrado que las personas optimistas utilizan mejores estrategias de afrontamiento ante los problemas sociales que los sujetos pesimistas, también se ha demostrado que los pacientes con optimismo tienen menos síntomas físicos, se recuperan en un plazo mas corto y mejor de problemas orgánicos (Ortiz, Ramos y Vera-Villarroel, 2003).

La autoestima es una variable de la personalidad que indica la apreciación y el valor que el sujeto se concede a si mismo. Una autoestima alta se ha vinculado a la sociabilidad, a la motivación por el logro, al ajuste personal y a los bajos niveles de ansiedad, por otra parte una baja autoestima esta vinculada a problemas psicósomáticos, aislamiento social, miedo al éxito, fracaso escolar y a otros trastornos de la salud, como adicciones (Moreno, Garrosa y Álvarez, 2005)

III. Personalidad y Modulación del Estrés.

Este enfoque se centra en el análisis de cómo influye la personalidad en el tipo de respuesta al estrés, teniendo en cuenta variables del ambiente, de afrontamiento y/o de valoración cognitiva. El afrontamiento al estrés sería la forma de operacionalizar el estilo, forma o procesos que adopta la personalidad.

Se han presentado dos posibles planteamientos del afrontamiento al estrés, los modelos explicativos interactivos y los transaccionales. Los primeros (Lazarus y Folkman, 1984) se centran en la personalidad como variable moduladora, el control personal actuaría como modulador del estado de estrés. Las diferencias individuales se analizan principalmente como predisposición a sufrir estrés y como vulnerabilidad ante sus posibles efectos patológicos. Desde los modelos transaccionales, por el contrario (Smith, 1989), se tiene en cuenta la relación entre persona y situación. Los aspectos motivacionales o cognitivos de la personalidad son los que incrementarán o disminuirán la evaluación de la situación como

amenazante y plantean el estudio de la personalidad como un sistema de respuestas y afrontamiento al estrés en función de variables no solo individuales sino también del entorno.

El comportamiento saludable del ser humano es todavía más significativo cuando se presenta en entornos o circunstancias adversas de la vida. ¿Qué procesos psicológicos positivos se dan en esas personas que, incluso en circunstancias altamente estresantes consiguen el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas? ¿Qué factores de la personalidad facilitan a los individuos desarrollar la facultad de adaptación al ambiente y le permiten el ajuste saludable a su medio?, son las grandes interrogantes que se han presentado al respecto.

Diferentes estudios han intentado encontrar una explicación (De Ridder, Depla, Severens y Maslach, 1997; Folkman, S., 1997) identificando que, entre otras cosas, el sentido que la persona otorgue a la situación de estrés o enfermedad, como algo negativo o como un desafío, supone la adopción de diferentes estrategias de afrontamiento, resolución del problema y emociones consecuentes (positivas o negativas, de distrés).

Según Lazarus, (2001) enfoques teóricos divergentes coinciden en considerar cinco variantes esenciales presentes en los esfuerzos adaptativos que realizamos ante daños, amenazas, desafíos y beneficios: cognición, motivación, emoción, contribución del ambiente y acciones. Son numerosos los trabajos y líneas de investigación que siguiendo una o varias de esas variables como referente teórico, plantean el estudio de factores de personalidad saludables, es decir, que siguen el llamado modelo salutogénico.

Este modelo tiende a la búsqueda de recursos contra la posibilidad de enfermar y de propiciar cierta resistencia al distrés emocional generador de trastornos. Este planteamiento parte de potenciar las cualidades positivas (la esperanza, perseverancia, creatividad, espiritualidad, responsabilidad, visión de futuro, fortaleza personal, etc.) que no habían sido muy abordadas por la psicología (Hernández, Grau, 2005). Se propone centrarse no tanto en el estudio de las causas del enfermar sino en los procesos de resistencia y fortaleza ante situaciones de riesgo, así como de promocionar lo positivo más que inhibir lo negativo.

Se ha propuesto una base teórica y aplicada que incluye: la personalidad como proceso y no como rasgo, una perspectiva transaccional y no interaccional, y el estudio del individuo con un papel activo ante su salud, no pasivo (Moreno, Garrosa y Gálvez, 2005).

Todas esas características positivas y en proceso de personalidad, unidas a unas características de resistencia en circunstancias adversas, proponen un enfoque de Personalidad Positiva o Resiliente, donde los programas de prevención y promoción de la salud desde esta perspectiva deberán focalizarse más en las consecuencias de adoptar conductas saludables, que en resaltar la relación entre riesgos y conductas no saludables y a su vez, al considerar la personalidad como agente activo en la búsqueda de la salud, no se debe olvidar el aspecto social y cultural en el que ésta se enmarca.

El proceso humano salud-enfermedad es un fenómeno que integra sistemas biológicos, psíquicos y sociales, así como sus interacciones que forman parte de la actividad humana. Los procesos sociales juegan un papel importante, pero no agotan o sustituyen a los procesos psíquicos o biológicos. Cuando un paciente con peso corporal excesivo acude al médico en busca de ayuda, muchas veces en su motivación predominan las enfermedades (comorbilidades) por afecciones que se agravan por la obesidad y por vivencias propias (empeoramiento de los síntomas), y donde el individuo reconoce que tiene que bajar de peso para mejorar su salud, esto representa el sistema biológico.

En otras ocasiones la motivación para someterse a un tratamiento de obesidad es por razones estéticas, el enfermo quiere “verse bien”, “mejorar su figura”, o necesita lograr esto para resolver un problema social frecuente como sería el conseguir o mantener un empleo, una relación amorosa, o simplemente lograr la aceptación de un grupo social, donde el hecho de ser obeso provoca rechazo, marginación o burla. Estas circunstancias evidencian la forma en que los fenómenos psíquicos y sociales pueden interactuar en la demanda de atención de un paciente con obesidad.

La obesidad se considera un ejemplo de la forma en que interactúan estos sistemas (biológico, psicológico y social). El paciente con este padecimiento puede

estar marcado con una carga genética que lo predisponga a la aparición de la obesidad o poseer un trastorno endocrino-metabólico por una disfunción hormonal que favorezca la acumulación excesiva de grasa en el organismo (factores biológicos). Pero por sí solo es muy difícil que estas circunstancias produzcan la enfermedad, en todo momento es necesario que se de una ingesta excesiva de alimentos, un bajo gasto de energía dado por el estilo de vida sedentario o, por lo menos inferior al consumo energético, favorecido esto en muchas ocasiones por la disminución del esfuerzo físico resultado del desarrollo de la tecnología. La interacción de factores físicos y sociales en este caso produce estilos de vida que favorecen la aparición de la obesidad.

El individuo ha interiorizado, en muchas ocasiones desde pequeño, un hábito nutricional equivocado, basado en el consumo excesivo de energía (grasas) o bien se encuentra en un medio social o laboral en el cual no solo se le propicia el acceso a la comida y a cierto tipo de alimentos, sino que además el comer constituye a una actividad social importante y distintiva. En otras ocasiones se producen factores psicológicos como la ansiedad, tensiones laborales, familiares, amorosas o de cualquier tipo que llevan a estos sujetos a comer descontroladamente, motivando un aumento de peso, que además provoca que a la ansiedad original se le sume la ansiedad por no poder controlar el peso.

Conocer los requerimientos nutricionales propios de acuerdo con la actividad física que se realice, interiorizar el efecto nocivo de la ingestión excesiva de alimentos, así como aprender a afrontar las situaciones de estrés y ansiedad, constituyen modificaciones del estilo de vida imprescindibles para lograr un buen resultado.

7.1 El Autoconcepto

Desde la antigüedad conceptos como el “self” (o sistema de autorreferencia), autoconciencia, sí mismo, autoconcepto y autoestima, han sido objeto de reflexión y estudio, desde la filosofía, la antropología y la psicología. En términos generales el autoconcepto o concepto de sí mismo (self concept) hace referencia al conjunto de percepciones que una persona tiene de sí misma en diferentes áreas: física, social, intelectual, etc. (Polaino-Lorente, Lizasoain 1994). Estas percepciones,

organizadas de manera más o menos consciente, se forman a través de las propias experiencias del sujeto y se hallan influidas por el ambiente en que se desarrollan y por las personas que son para ellos significativas.

En la literatura científica disponible sobre el término autoconcepto hay una tendencia generalizada a emplear los diferentes vocablos referidos al “self”, sin hacer distinción entre términos como autoestima, autoimagen, autopercepción, autoconciencia, etc., los cuales se consideran sinónimos de autoconcepto. Dichos términos aunque están estrechamente relacionados, no son idénticos. Todos son aspectos o dimensiones de un constructo que los engloba: el autoconcepto (Polaino-Lorente, 1988).

La personalidad de un individuo, enmarcada en los factores micro y macro sociales de salud, no sólo se refiere a cómo es la persona, a sus variables reales sino también a la representación cognitiva subjetiva que la persona tiene de sí mismo, al autoconcepto.

La percepción de sí mismo, es un elemento esencial como auto-regulador del proceso adaptativo de la persona a sus circunstancias ambientales. La autorregulación consciente e intencional de la persona tiene como primer punto de partida la identidad asumida por el individuo. El autoconcepto es el primer factor de autorregulación de la persona, que hace e intenta hacer aquello que cree que es.

El autoconcepto proporciona tres funciones básicas (Moreno, 1997): proporciona identidad al sujeto, integración histórica a su experiencia vivida y niveles mínimos aceptables de autoestima. A partir de este planteamiento, diferentes aproximaciones teóricas plantean como factores positivos de protección, potenciadores de conductas saludables, variables de personalidad relativas a la identidad subjetiva y autoevaluativa de la persona tales como la autoestima y la autoeficacia.

La Autoestima hace referencia a cómo se aprecia el propio individuo, a la evaluación que hace de su autoconcepto. Tradicionalmente ha sido asociada a la motivación de logro, a la sociabilidad, al ajuste profesional, y a componentes afectivos positivos hacia uno mismo que colaboran en el logro de estrategias conductuales de salud.

Hablar de autoestima es hablar de autopercepción, pero también de emociones fuertemente arraigadas en el individuo. El concepto encierra no sólo un conjunto de características que definen a un sujeto sino además, el significado y la valoración que éste le otorga, con las consecuencias que de ello se derivan para su salud física, mental y social. Por ejemplo, se han encontrado correlaciones significativas entre valores bajos de autoestima y el riesgo alto de enfermedades coronarias (House, 1972); en referencia al desgaste profesional, los sujetos con alta autoestima parecen experimentar bajos sentimientos de cansancio emocional, bajas actitudes de despersonalización y altos sentimientos de realización personal en el trabajo (Mc Mullen y Krantz, 1988).

En relación con las variables de personalidad positiva comentadas anteriormente, el sentido de la coherencia y la personalidad resistente, parece que la autoestima tiene altas correlaciones con los componentes de ambas, especialmente con comprensibilidad en sentido de la coherencia y con implicación en personalidad resistente (Moreno, Alonso y Álvarez, 1997).

La autoeficacia hace referencia a las creencias sobre las capacidades propias que permiten organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para alcanzar determinados tipos de rendimiento (Bandura, 1986 y 1997). Según el propio Bandura, el éxito en el manejo y afrontamiento del entorno que afecta a nuestra vida, no consiste sólo en poseer unos recursos potenciales, o en conocer previamente la forma más adecuada de actuación para cada situación o en poseer los comportamientos adecuados en nuestro repertorio conductual, sino que implica una capacidad socio-cognitiva generativa en la que se integran las competencias cognitivas, sociales y conductuales con el fin operativo de conseguir un propósito.

La autovaloraciones de un sujeto parten de sus experiencias previas de éxito o fracaso, así cabe suponer que la conducta de quien posee un alto autoconcepto fue reforzada casi siempre de forma positiva, mientras que las personas con un bajo autoconcepto han fracasado o han sido criticadas en muchas situaciones anteriores, esta característica le da un grado de estabilidad al autoconcepto, que indica que una vez que se establece es difícil cambiarlo.

Las personas con una alta autoestima están habituadas a experimentar situaciones exitosas y son tolerantes a la frustración, tienen gran confianza en su propia competitividad, se responsabilizan de sus éxitos y fracasos dando siempre más importancia a los primeros, están seguros de si mismos. Por el contrario, los sujetos con baja autoestima se responsabilizan mas de sus fracasos que de sus éxitos, con lo que demuestran no haber desarrollado estrategias adecuadas para proteger y enaltecer su autoconcepto. La preocupación por lo que los demás piensen de ellos será mayor, con lo que aumentara su ansiedad social, siendo mas vulnerables a las criticas (Polaino-Lorente, Lizasoain 1994).

Rosenberg (1986) afirmo que una baja autoestima suele asociarse a alteraciones psicológicas, tendencia a la tristeza y a la depresión, y estados negativos como la irritabilidad, la agresión, ansiedad y un bajo nivel de satisfacción personal.

El autoconcepto y la autoestima son variables que han de tenerse en cuenta para una mejor comprensión de los procesos psicopatológicos y de la dimensión salud-enfermedad. En la personalidad sana o saludable, la persona tiene un grado de autoestima que le proporciona satisfacción personal: se siente a gusto consigo misma y, además, se encuentra integrada en la sociedad en la que vive (Cardenal, 2005).

Este doble aspecto es importante, pues un sujeto puede presentar alta autoestima, pero no adecuada a la realidad (psicosis maníaca) o incluso a expensas del medio social (psicopatía). A veces, hay una hiperadaptación al ambiente y a las personas que lo integran, en detrimento de un bienestar y dignidad personal, anulando cualquier sentimiento básico de confianza en uno mismo y autoestima (trastorno masoquista de la personalidad). Y, en otros casos, la persona se aleja, se desvincula de los demás y se mantiene sin conexión ni contacto afectivo: su autoestima está bloqueada y poco a poco se va empobreciendo (trastorno esquizoide de la personalidad, esquizofrenia). Por tanto, las diferencias individuales que pueden establecerse en el estudio del autoconcepto y de la autoestima tienen grandes implicaciones para un enfoque diferencial de la psicopatología y, en concreto, de los trastornos de la personalidad.

Así, Millon (1998) dedica especial atención a este foco de observación clínica estableciendo una autoimagen y unas características específicas del self para cada uno de los trastornos de personalidad que formula en su modelo (ver tabla 6). Además, esta clasificación afecta también a los patrones o estilos de personalidad normales ya que desde el planteamiento dimensional que defiende se considera que cada sujeto puede tener una predisposición mayor o menor a presentar alguno de esos rasgos aunque sin llegar a ser patológicos.

El autoconcepto y la identidad son conceptos cruciales también para entender la asociación existente entre factores sociales/comportamentales y la enfermedad y el bienestar físico.

La investigación en diferentes campos como la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, epidemiología psicosocial, etiología y patogénesis del trastorno, diagnóstico y tratamiento comportamental de la enfermedad física, reflejada en un modelo biopsicosocial, implica la consideración de estructuras y procesos relativos al autoconcepto. Este modelo biopsicosocial proporciona una metateoría para el estudio de los aspectos sociales, psicológicos y comportamentales de la salud física (Engel, 1980). En este marco de trabajo se propone un análisis integrado y simultáneo de los macro y micro procesos psicológicos, asumiendo que la salud y enfermedad están determinadas por múltiples factores: biológicos, psicológicos y sociales (Frankel, Quill y McDaniel, 2003; Taylor, 1995).

Pero, ¿dónde están el autoconcepto y la identidad dentro de este modelo biopsicosocial?. Se señalan algunas propuestas (Contrada y Coups, 2003; Contrada y Ashmore, 1999). 1) Por un lado, se subraya la importancia de la experiencia subjetiva de salud. Por ejemplo, la autclasificación que hace un individuo acerca de su estado de salud es un predictor de la mortalidad. La calidad de vida ha llegado a tenerse en consideración en la evaluación de las intervenciones biomédicas, en el desarrollo del curso de los cuidados de salud y en la vigilancia de la salud en la población general.

Esto sugiere que las percepciones, creencias y evaluaciones acerca de uno mismo proporcionan información acerca de la susceptibilidad a la enfermedad y los efectos de la misma que no se puede obtener en una evaluación biomédica de la salud.

Engel (1980) llama la atención sobre la importancia de la experiencia de enfermedad y los cuidados que el propio paciente lleva a cabo. Este autor también indicó la necesidad de que los médicos fueran conscientes de los factores psicológicos y sociales que pueden sustentar el rol de enfermo en ausencia de enfermedad o mantener a un paciente con un tratamiento exitoso. Además, señala que la terapia puede resultar inadecuada cuando paciente y médico difieren en sus puntos de vista acerca del problema de salud.

Una manera de organizar los puntos de contacto entre fenómenos sociales/comportamentales y salud/enfermedad es a través de los tipos de mecanismos que los unen (Krantz y cols. 1981) Por ejemplo, de forma directa, los mecanismos psicofisiológicos están relacionados con el concepto de estrés y comprenden los efectos de estresores ambientales y estados emocionales en los procesos fisiológicos que promueven la enfermedad. Indirectamente, los mecanismos comportamentales comprenden las acciones u omisiones por las que una persona se expone a agentes patógenos.

Las reacciones a la enfermedad se refieren a las respuestas psicológicas y conductuales ante los síntomas físicos, la enfermedad y el tratamiento médico, que pueden influir sobre en el curso y los efectos de la enfermedad. Los constructos relacionados con el autoconcepto y la identidad también juegan un importante papel en la comprensión de los procesos causales del trastorno físico, y, en concreto, del estrés. Así, los factores psicosociales que determinan los cambios fisiológicos asociados al estrés pueden explicarse en términos de evaluación cognitiva y procesos de afrontamiento (Cohen y Herbert, 1996; Krantz y cols. 1981) y en ambos procesos hay aspectos psicológicos relacionados con el autoconcepto. Las metas, competencias y valores que dependen de lo que el sujeto piensa sobre si mismo, condicionan la valoración que hace el sujeto de la situación potencialmente estresante. Igualmente, los procesos de afrontamiento del estrés pueden ser considerados como ajustes cognitivos y comportamentales para reparar o reafirmar algún aspecto amenazado del sí mismo (Deaux, 1992).

Algunos autores (Pennebake y Keough, 1999), incluso, han señalado al autoconcepto como un mediador decisivo a la hora de obtener resultados positivos

o negativos para la salud, donde el daño producido por las situaciones estresantes pueden ser perjudiciales psicológicamente porque amenazan aspectos esenciales del sí mismo.

Tabla 6. TRASTORNO/PATRÓN AUTOIMAGEN Y CARACTERÍSTICAS DEL SELF

Esquizoide/asocial	Autosuficiente: muestra una mínima introspección y conciencia de sí mismo; parece impermeable a las implicaciones personales y emocionales de la vida social cotidiana y se muestra indiferente al halago o la crítica.
Por evitación/de repliegue	Alienada: se ve a sí mismo socialmente inepto, inadecuado e inferior, lo que justifica el aislamiento y el rechazo que recibe de los demás; se siente poco atractivo como persona, devalúa sus logros y refiere una sensación persistente de soledad y vacío.
Depresivo/de rendición	Inútil: se juzga como insignificante, sin valor tanto para él como para los otros, inútil e incapaz de aspiración alguna; productivo, estéril, impotente, se siente culpable por no poseer rasgos o logros loables.
Por dependencia/sumiso	Inepta: se ve a sí mismo débil, frágil e inadecuado; le falta autoconfianza y menosprecia sus aptitudes y competencias, por lo que no es capaz de hacer las cosas sin el apoyo y guía de los demás a los que acude continuamente demandando protección y consejo.
Histriónico/gregario	Gregaria: se considera sociable, estimulante y encantador; utiliza la imagen para atraer a conocidos mediante el aspecto físico y sigue una vida dirigida y orientada al placer. Suele carecer de introspección por lo que no puede reconocer o admitir su profunda inseguridad.
Narcisista/egoísta	Admirable: cree que es una persona de mérito, especial -si no única-, que merece una gran admiración, a menudo sin logros significativos; tiene un elevado concepto de sí mismo a pesar de ser visto por los demás como egocéntrico, desconsiderado y arrogante.
Antisocial/fanfarrón	Autónoma: se ve a sí mismo como si las restricciones sociales y las limitaciones de las lealtades personales no le afectasen; valora la imagen y el sentido de la libertad, y desconfía de las personas, los lugares, las obligaciones o las rutinas.
Sádico/de abuso	Combativa: se enorgullece de verse a sí mismo como una persona competitiva, enérgica y obstinada; valora suyos que le proporcionan una imagen belicosa, dominante y orientada al poder.
Compulsivo/conformismo	Escrupulosa: se considera entregado al trabajo, digno de confianza, meticuloso y eficiente, excluyendo claramente las actividades de ocio; teme el error y valora en exceso los aspectos del sí mismo que se relacionan con la disciplina, la perfección y la prudencia.
Negativista/vacilante	Descontenta: se ve a sí mismo como alguien incomprendido, sin suerte, despreciado y devaluado por los demás; reconoce sentirse amargado, descontento y desilusionado con la vida.
Masoquista/afligido	Desmerecedora: se autohumilla centrándose en sus peores características y cree que merece ser avergonzado, humillado y despreciado; siente que no puede cumplir las expectativas de los otros y, por tanto, merece sufrir las consecuencias dolorosas.
Esquizotípico/excéntrico	Enajenada: manifiesta perplejidad e ilusiones sociales recurrentes, así como experiencias de despersonalización, desrealización y disociación; se ve a sí mismo desamparado, con pensamientos repetitivos de vacío vital y sin sentido.
Límite/inestable	Insegura: experimenta las confusiones propias de un sentido de identidad inmaduro, nebuloso o cambiante, que suelen acompañarse de sentimientos de vacío; busca redimir sus acciones precipitadas con expresiones de arrepentimiento y comportamientos autopunitivos.
Paranoide/suspicaz	Inviolable: tiene ideas persistentes de autorreferencia, considera acontecimientos completamente neutros como personalmente despectivos y provocadores; es reacio a confiar en los demás y experimenta intensos temores de perder la identidad y el status.

Millon (1998).

7.2 Imagen corporal

Uno de los problemas más apremiantes para las disciplinas de la salud mental es el de la relación alterada entre la imagen corporal, el peso y las presiones culturales. Nos encontramos ante una sociedad que enaltece la belleza, la juventud y la salud, y se gastan millones cada año para mejorar el aspecto físico; pero también se sabe, que una preocupación exagerada puede llegar a ser altamente perturbadora e incluso incapacitante para mucha gente.

Paul Schilder en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* de 1935, propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, definiéndola como: “La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” (Perpiñá y Baños 1990).

La imagen corporal puede ser vista como la relación entre el cuerpo de una persona y los procesos cognitivos como creencias, valores y actitudes. Un concepto más dinámico, la define en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo, con la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él (Raich, 2004). Una representación corporal desde este enfoque, puede ser más o menos verídica pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de innegable influencia sobre el autoconcepto.

Las personas aprenden a evaluar sus cuerpos a través de su interacción con el ambiente. De esta manera, su autoimagen se desarrolla y es evaluada continuamente durante la vida entera (Cash, 1989). En realidad la imagen corporal es una entidad multifacética que comprende las dimensiones física, psicológica y social.

Los estándares de belleza han cambiado y se han hecho más exigentes para las personas de diferentes edades, lo cual ha generado un incremento en las intervenciones quirúrgicas para el mejoramiento de la imagen corporal. Según la Sociedad Estadounidense de Cirugía Plástica, se reportaron más 1 millón 515 mil

procedimientos quirúrgicos, incluyendo los datos de intervenciones reconstructivas en 1992. En el año 2004 se registraron 14 millones 785 mil procedimientos de cirugía plástica, de los cuales más de 9 millones fueron cosméticos (cirugías y procedimientos poco invasivos, vg. aplicación de “botox”) y 5 millones 575 mil correspondieron a procedimientos reconstructivos (American Society of Plastic Surgeons, 2005).

Como efecto del modelo que reproducen los medios masivos de comunicación hacia los cuerpos atractivos, no es de sorprender que una parte de nuestra sociedad se enfoque a la búsqueda de una apariencia física idealizada. La exposición de modelos de cuerpos hermosos está determinada en las últimas décadas por una compulsión a buscar una anatomía ideal, determinando, sobre todo en las mujeres, un aumento en los trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa y la bulimia (Nagel y Jones, 1992).

Ese proceso tiene un impacto negativo sobre la autoimagen de las mujeres que se sienten obligadas a tener un cuerpo delgado, atractivo, en forma y joven. Y una imagen corporal negativa puede determinar la aparición de una baja autoestima y depresión. Diversas investigaciones han informado del papel que juega la insatisfacción por la imagen corporal, tanto en su dimensión perceptiva (sobrestimación) como en su dimensión emocional o afectiva (insatisfacción) en el desarrollo de los trastornos de la alimentación (Cooper, 1997). Los estudios realizados señalan también que las alteraciones en la imagen corporal pueden ser causa de problemas emocionales importantes en la adolescencia y primera juventud (Cash, 1989; Whitaker y cols.1989), y que podrían actuar como un factor de riesgo predisponente, precipitante o mantenedor de patologías alimentarias. Koenig y Wasserman (1995) evaluaron a 234 universitarios (155 mujeres y 79 hombres) examinando la relación entre la depresión y los problemas de alimentación, verificó que la depresión era alta entre los sujetos que tenían imagen corporal negativa y que atribuían una gran importancia a la apariencia física. Para éstos, no controlar la dieta era el principal factor determinante de culpa y depresión.

Además, la insatisfacción con el cuerpo puede deberse a la búsqueda de ganancias socialmente deseables, tales como la de utilizar la belleza como estrategia para conseguir aceptación social, obtener trabajo, evitar conflictos étnicos, y mejorar las relaciones de pareja, entre otras (Luna, 2001). También puede estar incentivada por motivaciones internas tales como la modificación de imperfecciones o deformidades, la búsqueda de resolución en crisis de edad o cambios vitales (divorcios, abandono o muerte del cónyuge), preocupación e insatisfacción marcada o excesiva referente a uno o más aspectos de la apariencia física por elementos o cambios normales en el cuerpo.

Algunos autores (Rosen y cols.1990) han planteado que el trastorno de la imagen corporal se debe definir como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o exagerado de la apariencia física.

Estos elementos son los que aparecen bajo la denominación de trastorno dismórfico en el DSM-III-R, en el DSM-IV y en el DSM-IV-TR. (American Psychiatric Association, 1987, 1994, 2000) y está incluido en los trastornos somatomorfos. Los criterios diagnósticos son: 1) Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva; 2) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo; 3) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej. Insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa) (American Psychiatric Association, 1994). Aunque el diagnóstico del trastorno dismórfico debe incluir todos estos criterios, es necesario observarlo, no solamente como categoría, sino dimensional; es decir, desde la insatisfacción corporal (tan frecuente en las mujeres de nuestra sociedad), hasta un grado de inhabilitación absoluto (Raich, 2004). Es necesario recordar que las personas que tienen este tipo de manifestaciones piensan que son realmente defectuosos o feos y que eso trae consecuencias sociales negativas como rechazos, burlas, comparaciones y, lo más importante, la imposibilidad de ser amados. También piensan que deben evaluar las partes de su cuerpo de manera distinta a los estilos de evaluación de los demás (Klonoff y

Landrine, 1993). Las creencias y pensamientos existentes en las personas con trastorno de la imagen corporal se han catalogado como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios (Hollander y Aronowitz, 1999).

Los individuos con trastorno de la imagen corporal devalúan su apariencia intensamente, imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia y cuando hacen una jerarquía de valores personales, lo suelen colocar en primer lugar, con lo que tienden a subestimarse. Creen que su defecto es una prueba fehaciente de la imposibilidad de ser queridos o apreciados y una muestra de debilidad, pereza o de algún defecto de carácter. Aunque esta preocupación puede presentarse en cualquier momento del día, es aun más intensa en situaciones sociales en las que la persona se siente autoconsciente y espera ser escudriñada por la otra gente. Esta ideación sobrevalorada representa el aspecto cognitivo de este trastorno (Raich, 2004).

El trastorno de la imagen corporal es una condición multidimensional que esta asociada a un gran malestar subjetivo y puede ser especialmente perturbador para la relación social (Phillips 1996). La ansiedad social es un componente esencial de este trastorno (Hollander y Aronovitz (1999), y la evitación social en combinación con fracaso ocupacional o académico puede llevar al aislamiento. Según estos autores, se puede encontrar comorbilidad de este trastorno con fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, y con trastornos alimentarios. También se ha encontrado comorbilidad con trastornos de personalidad (57%), siendo el más común el trastorno de personalidad por evitación (43%), el de personalidad dependiente (15%), el trastorno obsesivo compulsivo (14%) y el paranoide (14%) (Phillips & McElroy, 2000). También se ha asociado con depresión y con problemas sexuales (Otto, Wilhelm, Cohen y Harlow, 2001).

8. AFRONTAMIENTO

El interés por el estrés y por la forma en que los individuos intentan darle respuesta comenzó a desarrollarse en la década de los 60 y 70. Cuando se habla de estrés se hace referencia generalmente a un estado de ánimo interno, que se produce como consecuencia del enfrentamiento que tiene una persona con una serie de demandas ambientales que superan su capacidad de hacerles frente (Latorre, 1995).

El sentido de las investigaciones en el campo del estrés ha ido en tres direcciones fundamentales (Grau, Hernández, Vera, 2005), que configuran los tres grandes enfoques en este campo:

1) El estrés como respuesta psicobiológica del organismo y como una condición natural e inevitable de la vida. El organismo está preparado para responder de forma autónoma a los agresores ambientales, aunque el tipo, duración y calidad de las reacciones corporales pueden ser también modificados por nosotros mismos.

2) El estrés como estímulos ambientales, visto como un agente o acontecimiento vital. Este enfoque ha dado lugar a la teoría de los eventos vitales y resalta, en su forma más pura, el carácter agresivo de la situación estresante.

3) El estrés como un proceso de transacción entre el individuo y el medio, modulado por diferentes variables de carácter cognitivo-conductual y personal.

Los conceptos básicos del modelo transaccional propuesto por Lazarus Folkman (1986) son los de valoración y afrontamientos. Concibe al estrés como resultante de una “valoración”, que es el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento provoca en el individuo. Evalúa las demandas de la situación y realiza cambios en la forma de actuar. Los recursos que el sujeto toma en cuenta en esa apreciación o valoración pueden considerarse como recursos de afrontamiento. En el marco de esta teoría el afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes de sus recursos (Lazarus y Folkman 1986). Desde este modelo, el estrés analizado como un proceso en el

que cualquier situación o estímulo estresor que sea percibido como amenaza, desencadena estrategias (cognitivas y emocionales) que tratan de eliminar este peligro potencial o trata de regular emocionalmente el ajuste personal a este estresor (Grau, 1998).

El afrontamiento se ha definido como un proceso, que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital y restablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación (Rodríguez-Marín y cols. 1990). Es un hecho que los estresores no afectan por igual ni a todas las personas ni a todos los grupos. Un mismo tipo de suceso vital puede generar niveles elevados de estrés e importantes perturbaciones a la salud en unas personas, pero no en otras.

Se ha sugerido que los efectos del estrés dependen de la percepción del estresor, de la capacidad del individuo para controlar la situación y de la preparación del mismo por la sociedad para afrontar los problemas, así como también dependerá de la influencia de patrones de conducta aprobados por la sociedad (Sandin, 2003). Así, la respuesta o conjunto de respuestas que expresa una persona para manejar una situación que juzga estresante depende de sus recursos de afrontamiento, los cuales pueden ser físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales (Rodríguez-Marín y cols. 1993). Los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en los que se basan las personas cuando tienen que hacer frente a los estresores. Aparte del apoyo social, el cual constituye un recurso de afrontamiento, se han señalado en la literatura diferentes formas de recursos individuales de afrontamiento, tales como el locus de control, la percepción de control, la autoeficacia, la autoestima, el sentido del optimismo, etc. Las respuestas de afrontamiento pueden ser de varios tipos. Las dos categorías fundamentales parecen ser aproximación y evitación. El afrontamiento aproximativo incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que aproximan al problema que está generando el distres o las emociones negativas correspondientes. El afrontamiento evitativo incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar de, o evitar la consideración del problema o las emociones negativas que se derivan de este.

Lazarus y Folkman (1986) señalaron ocho formas de afrontar las situaciones de estrés:

- Confrontación: hace referencia a las acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación.
- Distanciamiento. Esfuerzos por separarse de la situación
- Autocontrol: esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones
- Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información, simpatía o comprensión.
- Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la responsabilidad del problema.
- Huida-evitación de la situación estresora
- Planificación: esfuerzo para alterar la situación que implican una aproximación analítica a esta.
- Reevaluación positiva: esfuerzos por crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.

Se han estudiado los tipos de afrontamiento (Friedman, Dimateo, 1989) ante la aparición de enfermedades, partiendo de que una enfermedad más o menos seria constituye una situación vital para el individuo que le obliga a responder con procesos adaptativos. En general se han clasificado como: a) negación; b) búsqueda de información; c) búsqueda de apoyo; d) resolución de problemas concretos; e) preparación para alternativas futuras y f) búsqueda de un significado para la enfermedad.

La literatura acerca de los afrontamientos en enfermedades, sobre todo de tipo crónico (Friedman, Dimateo, 1989; Martin, Grau, 2005; Hernández, 2003), refiere que los factores que intervienen en la eficacia de los afrontamientos son: a) diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada sujeto; b) nivel intelectual y cultural en general; c) características personales (resistencia personal, autoestima); d) características propias de la enfermedad y su valoración social (afectación de la imagen corporal, el “estigma” de la enfermedad) y el apoyo social.

El enfermo crónico debe afrontar los aspectos estresantes (demandantes, inestables) de la enfermedad, para conseguir restablecer (establecer) una vida de

la mejor calidad posible, lo cual dependerá en alto grado de que ejecuten conductas de afrontamiento eficaces (Rodríguez-Marín y cols., 1993).

8.1 Afrontamiento y cirugía

La intervención quirúrgica puede considerarse en la mayoría de los casos una situación estresante para el paciente, este carácter estresor depende no solo de la hospitalización y la enfermedad, sino que en este contexto surgen preocupaciones relacionadas con la autonomía, miedo al dolor, el riesgo de morir, miedo a no despertar de la anestesia, al proceso de recuperación, la separación familiar, situación laboral, el futuro, etc. En mayor o menor medida la cirugía es algo nuevo, desconocido en su proceso y sus consecuencias; causa incertidumbre porque es impredecible y por ello es fácil que la persona genere expectativas imprecisas acerca de lo que va a ocurrir; supone un daño, una amenaza física y psicológica y una pérdida material y/o funcional. El tipo de intervención quirúrgica determina esas variables, así como la gravedad o dificultad del procedimiento, las posibles secuelas y las características de la recuperación posquirúrgica (López, 1995). Se involucran también los antecedentes de vivencias negativas del paciente, en las que no pudo responder adaptativamente, así como características de personalidad que dificulten la pronta adaptación o aceptación del acto quirúrgico.

Al igual que otros estresores, no hace falta que ocurra el evento quirúrgico para sufrir estrés por ello. Del mismo modo, el estrés provocado por la cirugía no solo tiene efectos a corto plazo, sino que tales efectos pueden persistir hasta mucho tiempo después de que el acontecimiento haya dejado de actuar, tal es el caso de la cirugía bariátrica.

Por otra parte el acontecimiento quirúrgico no solo produce estrés en la persona que lo padece, sino que tiene efectos de mayor o menor consideración en los familiares del enfermo. La dinámica de las interrelaciones familiares se ve afectada por la hospitalización de uno de los miembros, y se producen cambios en la representación de los roles habituales. Este cambio de roles por si mismo, es una fuente de estrés que se suma a la propia situación del enfermo.

El acto quirúrgico determina con frecuencia, la presencia de niveles elevados de ansiedad y depresión, que a veces imposibilita la realización de la intervención.

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1986), una situación es apreciada como estresante cuando el individuo experimenta un desequilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por la situación y sus capacidades o recursos para responder a tales demandas. El estrés es la resultante de una apreciación cognitiva que el sujeto hace de un desequilibrio entre sus recursos y capacidades y las demandas del acontecimiento o situación. Los estresores y los recursos funcionan como tal a nivel individual, es decir, lo que constituyen estresores o recursos para un individuo no lo son necesariamente para otro. Por tanto, una intervención quirúrgica solo será estresante en la medida en que el paciente la perciba de esa manera. El paciente la apreciara como estresante cuando considere que lo que le depara la experiencia quirúrgica por la que ha de pasar o por la que esta pasando excede a los recursos de que dispone para hacerle frente, los cuales pueden ser físicos, psicológicos, sociales, culturales (López, 1990).

Los recursos culturales con que cuenta un individuo incluyen las creencias en salud acerca de la enfermedad, la cirugía y sus consecuencias, que predominan en el contexto sociocultural en el que el paciente esta inmerso. Tales creencias serán asumidas de forma personal y de ese modo intervienen en los procesos de estrés y afrontamiento (Rodríguez- Marin y cols., 1990).

El apoyo social hace referencia a las expresiones de afecto, aceptación, información y ayuda material y económica, que aportan los familiares, amigos u otros sistemas sociales.

Los recursos psicológicos incluyen variables de personalidad y otras variables psicológicas que constituyen factores y estilos de respuesta cognitiva, emocional y conductual. Un concepto importante en esta área, es el locus de control de salud, que tiene que ver con el estilo del individuo a la hora de atribuir las causas de sus acontecimientos vitales. Los pacientes con un locus de control "interno" tienden a creer que su salud, la recuperación de su enfermedad o de la cirugía, depende en gran parte de sus propias acciones, son personas con mayor "necesidad de control" de sus experiencias. Estos sujetos en una situación como la hospitalización, el

padecimiento de una enfermedad y la inminencia de una intervención quirúrgica, perciben con mayor intensidad la falta de control que caracteriza a esta situación, y responden con mayores niveles de ansiedad. En el otro extremo del continuum se sitúan los individuos con un locus de control “externo”, cuya tendencia es a atribuir la responsabilidad y el control de lo que les ocurre (o de lo que les va a ocurrir) a causas externas (suerte, el personal de salud, etc.) mas que sus propias acciones. La necesidad de ejercer control sobre la situación no es tan intensa y no son tan sensibles a percibir la situación como incontrolable, como contrapartida tienden menos a seguir pautas de autocuidado pre o posquirúrgicas (López y cols., 1993). Una segunda dimensión psicológica relevante es la ansiedad como rasgo, es decir la predisposición personal a responder con niveles altos de ansiedad ante situaciones de amenaza. La cirugía dispara fácilmente respuestas de ansiedad situacional en pacientes con niveles altos de ansiedad rasgo; quien es mas “ansioso” habitualmente, también esta mas ansioso antes y después de la cirugía (Latorre Postigo, 2005).

Otros factores psicológicos incluyen el significado que el paciente le atribuye a la intervención quirúrgica, el sentido de autoestima, el nivel de dependencia o autonomía, etc.

La ansiedad es la respuesta de estrés que aparece con mayor frecuencia y la más estudiada por los negativos efectos que parece tener sobre la recuperación posquirúrgica. La depresión acompaña con frecuencia a la ansiedad sobre todo en la fase posquirúrgica, a corto y largo plazo. En general los pacientes con mayor grado de ansiedad prequirúrgica, se asocian a una peor adaptación posquirúrgica, presentan una deficiente recuperación emocional (mas ansiedad y depresión) y física (mas intensidad de dolor y molestias, mayor ingesta de medicamentos, mayor numero de complicaciones y estancias hospitalarias mas largas, etc.) (López y cols. 1990; Canovas y cols.1998). La ansiedad actúa alargando el proceso de recuperación posquirúrgica a través de dos tipos de mecanismos. Por un lado, los mecanismos cognitivo-conductuales, por ejemplo los pacientes mas ansiosos siguen de forma deficiente las indicaciones o prescripciones medicas, y son también los que tienen tendencia a procesar prioritariamente la información

amenazante. Por otro lado, los mecanismos fisiológicos, puesto que altos niveles de ansiedad parecen producir inmunodepresión y por tanto los individuos más ansiosos serían más propensos a las infecciones y complicaciones posquirúrgicas. Manyade y cols., (1992) y Kiecolt-Glaser y cols. (1996), refieren que el estrés psicológico afecta el sistema inmunológico de tal manera, que incluso enlentece la cicatrización de las heridas.

9. FACTORES PSICOSOCIALES Y ENFERMEDAD

Las influencias sociales sobre la salud no se limitan al influjo de variables como el sexo, la edad, el nivel de ingresos, etc., sino que incluyen otras variables menos estratificadas, tales como los estilos o hábitos de vida (por ejemplo, fumar, tomar drogas, hacer poco ejercicio físico, seguir una dieta poco saludable, etc.). Estas variables pueden estar afectadas por el estrés social (por ejemplo, el nivel elevado de estrés laboral puede incrementar la práctica de hábitos insanos como fumar y abusar del alcohol, o reducir la práctica de hábitos saludables como la frecuencia de ejercicio físico, etc.), lo cual sugiere que el estrés social no sólo puede inducir efectos directos sobre la salud, sino también efectos indirectos a través de la modificación de los estilos de vida (Sandin, 2003).

Ha habido diferentes aproximaciones a la comprensión psicosocial del enfermar. Se ha desarrollado un modelo interpretativo-explicativo que describe las variables psicosociales relevantes que han sido asociadas a la presencia de sintomatología o cuadros psicopatológicos (Alvarado, Numhauser, Vera, 2008). Este modelo considera diferentes dimensiones psicosociales: a) Nivel Macrosocial: incluye factores como rol sexual, edad, nivel socioeconómico, etc., que actúan como predisponentes; b) Nivel Microsocial: involucra variables como sucesos vitales, red y soporte social, identidad social, procesos de socialización, etc.; c) Nivel Psicológico: corresponde al plano individual que se pone en interacción con el entorno. Incluye atributos personales como autoestima, competencias psicosociales, percepción de control, estilos atributivos, etc. De esta forma el estado de salud mental de las personas de una comunidad, es producto de una compleja interrelación entre las diferentes dimensiones, donde además, el acceso a los sistemas de salud es fundamental, cobra especial relevancia la conducta de búsqueda de ayuda del individuo.

Con respecto a la enfermedad crónica; algunas perspectivas subrayan la importancia de una comprensión multicausal respecto a su origen y mantenimiento, como en el caso de la hipertensión arterial. Para el caso se ha concebido la multicausalidad en la consideración de factores genéticos, ambientales,

psicofisiológicos y de interacción que dan origen y mantienen la enfermedad crónica (Miguel y Cano, 1990). En esta perspectiva se da un predominio del factor psicosocial como precipitador, agravante o resiliente en enfermedades crónicas como la hipertensión, enfermedad coronaria, taquicardia, entre otras.

El modelo Psicosocial de la enfermedad crónica es un modelo de base sistémica que considera varios componentes en la comprensión y explicación integral de la misma (Álvarez, 2006). En este modelo se hace énfasis en la interacción entre los miembros de la familia, como un vehículo de comunicación de valores, creencias, estilos de vida, de significados para comprender asuntos críticos de la cotidianidad, para sentirlos y experimentarlos y para saber que hacer al respecto (Rolland, 2000). Incluye las creencias acerca de la enfermedad y la salud, y de las posibilidades y expectativas ante la enfermedad crónica. Considera el sistema de creencias como una organización de significados que se construye por una cultura, una sociedad, una comunidad, una familia y, por los grupos sociales, con el propósito de dar sentido a lo que ocurre en ella, a sus fenómenos cotidianos para saber que posición tomar frente a ello y qué curso de acción adoptar.

Por otra parte los modelos evolutivos, ubican la interacción entre las fases de la enfermedad, la etapa del desarrollo humano del enfermo crónico y el momento del ciclo vital de la familia. Se coloca al individuo y su ciclo de vida en el centro de otros sistemas sociales y sus ciclos, además de la familia, es decir, prescribe, que el sistema de cuidado de salud orgánica y psicosocial del individuo esta enmarcado en una red de relaciones interactivas que pasan por la familia los miembros íntimos y los familiares no cercanos hasta la comunidad y la sociedad misma por extensión y por los ciclos evolutivos que esta este atravesando (Álvarez, 2006). Concibe la salud de la comunidad y su estabilidad como un contexto desde el cual puede verse afectada de manera favorable o desfavorable la salud familiar y el funcionamiento familiar mismo, con respecto a su sistema de soporte, bienestar, hábitos de cuidado de salud y capacidad de adaptación y finalmente, la sociedad en la cual este se halla inmersa, afecta con sus valores políticos, económicos, culturales, religiosos, creencias, formas de concebir la salud y la enfermedad y la manera como el individuo y su grupo familiar y comunitario debe enfrentarla.

VII. MATERIAL Y MÉTODO

1. Tipo de estudio: Descriptivo exploratorio

2. Universo y muestra

Sujetos: Pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica, sexo masculino o femenino de 18 a 55 años de edad, que asisten al Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca en el periodo de enero a diciembre del 2008.

3. Criterios de Inclusión.

1. El sujeto es un hombre o mujer de 18 a 55 años de edad
2. Índice de masa corporal >40 (IMC > 40)
3. Índice de masa corporal >35 con presencia de trastornos graves relacionados a la obesidad
4. Historia de fracaso repetido en los intentos de reducción del peso mediante los medios habituales no quirúrgicos.
5. Que acepte cumplir con los requerimientos del protocolo
6. Aceptación del consentimiento informado

4. Criterios de eliminación.

1. Que no cumpla con los requerimientos del protocolo
2. Falte a sus citas
3. Que no complete la valoración psicométrica

5. Tamaño de la muestra.

Se incluirán los pacientes candidatos a cirugía bariátrica captados en el servicio de cirugía laparoscópica del mes de enero a diciembre del 2008

6. Instrumentos utilizados

6.1 Entrevista semiestructurada, elaborada para este estudio incluye: datos sociodemográficos, historia familiar, historia de la obesidad, hábitos de

alimentación, antecedentes de tratamientos previos para el control de la obesidad, adicciones, vida social, motivación y expectativas hacia la cirugía, etc.

6.2 MMPI-2 (Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2). Es una versión reestructurada (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemer, 1989) del anterior MMPI de Hathaway y McKinley (1943, 1961). Es una prueba psicométrica de amplio espectro, constituida por 567 preguntas, diseñada para evaluar un número importante de tipos de personalidad y de trastornos emocionales. El test tiene 3 escalas de validez que evalúan la actitud del sujeto hacia la prueba y 10 escalas básicas sobre aspectos clínicos que son: Hipocondría Hs (1); Depresión D (2); Histeria Hi (3); Desviación psicopática Pd (4); Masculinidad-Feminidad MF (5); Paranoia (Pa) (6); Psicastenia Pt (7); Esquizofrenia Es (8); Hipomanía Ma (9); Introversión Social Si (0). Además puede obtenerse más información a través de escalas complementarias y escalas de contenido.

Los puntajes obtenidos en el perfil se comparan con los resultados de un grupo normativo estudiado. Las puntuaciones brutas o puntuaciones directas son transformadas en una medida estandarizada conocida como puntuaciones T, la cual indica la probabilidad que tiene la persona de presentar una patología.

6.3 Cuestionario de sobreingesta alimentaria (OQ). Autores William E. O`Donell y W.L. Warren (2004). Es un cuestionario de autoinforme de 80 reactivos, que mide hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad, elaborado para utilizarse de manera específica como apoyo para el tratamiento de la obesidad. Proporciona información sobre 10 áreas: Sobreingesta alimentaria (SOB), Subingesta alimentaria (SUB), Antojos alimentarios (ANT), Expectativas relacionadas con comer (EXP), Racionalizaciones (RAC), Motivación para bajar de peso* (MOT), Hábitos de salud *(SAL), Imagen corporal* (COR), Aislamiento Social (AIS) y Alteración afectiva (AFE). Además incluye dos escalas de validez: Defensividad (DEF) e Inconsistencia en las respuestas (INC).

Las puntuaciones entre T40 y T59 son el rango promedio; las puntuaciones elevadas de las escalas (>T60), indican debilidades o desventajas para obtener éxito en los esfuerzos por perder peso.

* En estas escalas (MOT, SAL, COR) las puntuaciones elevadas (>T60) indican fortalezas relativas y las puntuaciones bajas (<T40) se consideran desventajas.

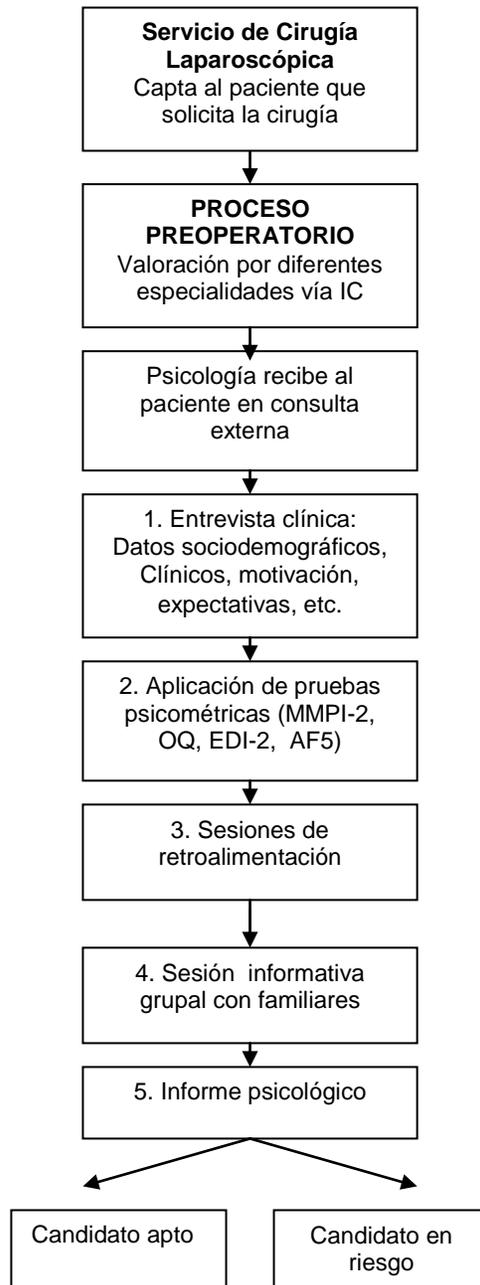
6.4 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). Su versión original data del año de 1983 por David M. Garner D., se utilizó la adaptación española TEA Ediciones, S.A. Madrid 1998. Es un instrumento de autoinforme, el cual evalúa 11 escalas diferentes, todas ellas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria: Obsesión por la delgadez (DT), Bulimia (B), Insatisfacción corporal (BD), Ineficacia (I), Perfeccionismo (P), Desconfianza interpersonal (ID), Conciencia interoceptiva (IA), Miedo a la madurez (MF), Ascetismo (A), Impulsividad (IR) e Inseguridad social (SI). Consta de 91 reactivos, a los que se contesta en una escala de seis puntos y en la que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre “nunca”, “pocas veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”. Los perfiles individuales de cada paciente pueden compararse con los que corresponden a determinados tipos de trastornos de la conducta alimentaria o con los de determinadas muestras de sujetos. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida mayor será la manifestación del rasgo evaluado. Para efectos clínicos, la evaluación de cada paciente debe compararse con los datos normativos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

6.5 Cuestionario de Autoconcepto (AF5). Autores Fernando García y Gonzalo Musitu, Madrid 2001. Es un instrumento de 30 reactivos, que evalúa cinco dimensiones diferentes del autoconcepto presente del sujeto: Autoconcepto académico/laboral, Autoconcepto social, Autoconcepto emocional, Autoconcepto familiar y Autoconcepto físico. Esta última dimensión, ofrece información muy útil del modo en que el sujeto se autopercibe.

Se obtienen puntuaciones directas de cada dimensión y se transforman en centiles para efectos de análisis y calificación, y se analizan por sexo ya que los baremos de la prueba así lo exigen.

7. Procedimiento. Una vez que el paciente es derivado del servicio de Cirugía Laparoscópica, vía interconsulta es captado en la consulta externa del servicio de psicología, donde previa aceptación y firma de la Carta de Consentimiento Informado se inicia el proceso de evaluación con la entrevista semiestructurada. La aplicación de las pruebas psicométricas se da en el orden presentado y en un promedio de seis sesiones de trabajo con el paciente se completa la valoración.

Flujograma



8. Operacionalización de variables

Variables	Definición operacional	Indicadores	Instrumento
Edad	Tiempo de vida transcurrido por el sujeto hasta el momento de su evaluación	Años cumplidos	Entrevista
Sexo	Serie de características físicas, determinadas genéticamente, que individualizan la distinción entre los machos y las hembras (Oakley, 1977)	- Femenino - Masculino	Entrevista
Otras variables sociodemográficas	Características particulares del sujeto que contribuyen a crear un perfil específico como persona.	Estado civil, nivel de estudios, ocupación, religión, etc.	Entrevista
Índice de masa corporal (IMC)	Criterio diagnóstico de la distribución de la masa corporal.	$\text{Peso (kg)} / (\text{Talla}_{\text{mts}})^2$	Entrevista
Obesidad mórbida	Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando la persona tiene un IMC igual o mayor a 40. (OMS)	Numérico IMC>40	Entrevista y Medidas antropométricas
Hábitos de alimentación	Es la manera o forma de comportarse de una persona hacia los alimentos.	Número de comidas al día; Tiempo destinado para ingerir alimentos; Horarios para comer; Prepara de alimentos; Lugar donde toma alimentos; Intensidad del apetito; Circunstancias ante las que come mas; Tipos de alimentos que consume	Entrevista
Personalidad	Características personales del sujeto que pueden funcionar como factores de riesgo o protectores.	Hipocondría; Depresión; Histeria; Desviación psicopática; Masculinidad-Femineidad; Paranoia; Esquizofrenia; Hipomanía; Introversión social;	Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI-2)
Sobreingesta alimentaria	Se determina a través de hábitos, pensamientos y actitudes relacionadas con el comer:	Sobreingesta; Subingesta; Antojos; Expectativas de comer; Racionalizaciones; Motivación; Hábitos de salud; Imagen corporal; Aislamiento social; Alteración afectiva.	Cuestionario de Sobreingesta alimentaria (OQ)
Trastornos de la conducta alimentaria	Alteraciones psicológicas que conllevan anomalías graves en el comportamiento relacionado con la ingesta de alimentos	Obsesión por la delgadez; Bulimia; Insatisfacción corporal; Ineficacia; Perfeccionismo; Desconfianza Inter.; Conciencia interoceptiva; Miedo a la madurez; Ascetismo; Impulsividad.	Inventario de trastornos de la cond. alimentaria (EDI 2)
Autoconcepto	Hace referencia al conjunto de percepciones que una persona tiene de si mismo en diferentes áreas.	Dimensión física, Dimensión social, Dimensión familiar Dimensión laboral/escolar	Inventario de autoconcepto (AF5)
Percepción del estado de salud	Es la autopercepción que tiene el sujeto de su estado de salud:	Percepción general del edo. Salud; Etapa de la vida de preocupación por el peso; Percep. de problemas de alimentación; Percepcion de problemas graves de salud;	Entrevista

		Comorbilidades asociadas a la obesidad; Autoevaluación del peso corporal; Percepción de la evaluación del peso corporal por otros.	
Consumo de productos para perder peso	Evalúa los hábitos de consumo de productos comerciales	Aparatos para ejercicio; Gel, cremas, jabones, etc.; fajas; pastillas.	Entrevista
Uso de sustancias	Evalúa los hábitos de consumo de sustancias lícitas y prohibidas	Frecuencia de consumo de tabaco alcohol y drogas	Entrevista
Motivación y expectativas hacia la cirugía	La motivación son los estímulos que mueven a los pacientes a buscar la cirugía. Las expectativas se refieren a la valoración subjetiva de los pacientes de la posibilidad de alcanzar un objetivo particular a través de la cirugía.	Mejorar Salud; Personal/físico; Laboral/escolar; Perder peso; Mejorar CV; Verse bien; Ser aceptado	Entrevista

9. Análisis estadístico: Se capturaron las respuestas en una base de datos en La hoja de cálculo Excel (versión 2003 para Windows) y se hizo el análisis de la información a través del paquete estadístico computacional SPSS (Statistical Package for de Social Sciences), versión 15.0, para Windows.

10. Consideraciones Éticas

El presente estudio se realizó de acuerdo a las normas de la declaración de Helsinki.

Se cumplió con la normatividad vigente dictada por la Secretaría de Salud. El estudio se considera como una investigación con riesgo mínimo de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción III, publicado en el Diario Oficial el 6 de enero de 1987.

VIII. RESULTADOS

1. Caracterización general de la muestra

La muestra de este estudio estuvo conformada originalmente por 37 sujetos, pero solo se pudieron completar los protocolos de 31 pacientes (84%) del total. El 77.4 % (n=24) correspondió al sexo femenino y el 22.6% (n=7) al masculino. El promedio de edad fue de 33.4 años $\pm 1S$ (DE=9.3). El peso corporal promedio fue de 127.24 kg (DE=26.11). El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 47.69 (DE=7.02); para las mujeres un IMC promedio de 45.86 y para los hombres de 53.94.

En relación a las variables sociodemográficas se encontró que para estado civil el 67.7% son solteros; el nivel de escolaridad que predominó fue licenciatura con 41.9 %; para religión el 77.4% Católicos y en ocupación 32.3% refirió desempeñarse como técnico (secretaria, estilista, manicurista, enfermería) (ver tabla 7).

Tabla 7. Análisis Descriptivo de las variables sociodemográficas y personales

Variable		Frecuencia	%
Sexo	Femenino	24	77.4
	Masculino	7	22.6
Estado Civil	Soltero	21	67.7
	Casado	7	22.6
	Viudo	1	3.2
	Unión Libre	2	6.5
Escolaridad	Primaria incompleta	2	6.4
	Primaria	3	9.7
	Secundaria	4	12.9
	Bachillerato	9	29.1
	Licenciatura	13	41.9
Religión	Católica	24	77.4
	Cristiana	3	9.7
	Luz del Mundo	3	9.7
	Agnóstica	1	3.2
Ocupación	Técnico	10	32.3
	Comerciante	8	25.8
	Ama de casa	4	12.9
	Profesionista	4	12.9
	Estudiante	2	6.5
	Obrero	1	3.2
	Desempleado	2	6.5

Para realizar comparaciones por edad, se distribuyeron en tres grupos considerando la edad mínima y máxima de la muestra (ver tabla 8).

Tabla 8. Distribución de edad por percentiles

Percentiles	Años	Sujetos	%
33	19-28	11	35.5
66	29-36	10	32.3
99	> 37	10	32.3

2. Percepción del estado de salud de los pacientes (Entrevista)

Con relación a la etapa de la vida en que comenzaron con **preocupación por el peso corporal** se encontró que en el 53.3% fue la adolescencia (12-18 años), el 23% la edad escolar (6-11 años), 17% en adultos jóvenes (19-40 años) y el 7% (40-59 años) en adultos intermedios (Papalia, 1997).

En el análisis de esta variable por grupo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < .03$), ya que el 70% del grupo de 29-36 años señalaron la adolescencia contra el 45% y 40 % de los otros dos grupos.

Por sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, el 56% de las mujeres refirió preocuparse por el peso corporal en la adolescencia y un 26% la edad escolar. En los hombres cerca del 43% fue en la adolescencia y en igual porcentaje en la etapa de adulto joven (ver tabla 9).

Tabla 9. Comparación de la etapa de la vida en que comenzó a preocuparse por el peso, según sexo y grupo de edad

Variable	Etapa de la vida							
	Escolar		Adolescencia		Adulto Joven		Adulto Intermedio	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo								
Femenino	6	26.1	13	56.4	2	8.6	2	8.6
Masculino	1	14.3	3	42.9	3	49.2	-	-
Grupo Edad								
19-28	4	36.4	5	45.5	2	18.2	-	-
29-36	1	10.0	7	70.0*	2	20.0	-	-
37 y más	2	20.0	4	40.0	1	10.0	2	20.0

*($\chi^2=32.16$, $gl=24$, $p < .03$)

En la variable de **problemas con su alimentación** el 93% de los sujetos se percibe con problemas. En la comparación por grupo de edad, llama la atención que un 20 % del grupo de 29-36 no se perciben con problemas de alimentación (ver tabla 10).

Por sexo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 10. Comparación por grupo de edad de la percepción de problemas con la alimentación

Percepción de tener problemas con la alimentación	Grupo por edad						Total	
	(19-28)		(29-36)		(>37)			
	f	%	f	%	f	%	f	%
NO	0	0.0	2	20.0	0	0.0	2	6.5
SI	11	100.0	8	80.0	10	100.0	29	93.5
Total	11	35.5	10	32.2	10	32.2	31	100.0

En relación a la percepción de **problemas graves de salud**, el 54.8 % se reconoció con problemas de salud y un 45.2 % no lo percibe. Por grupo de edad se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < .01$), donde el grupo de más de 37 años reporto más problemas graves de salud (90%). (Ver tabla 11).

Por sexo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, 71% de los hombres y el 50% de las mujeres se percibe con problemas graves de salud.

Tabla 11. Comparación por grupo de edad en relación a la percepción de problemas graves de salud

Percepción de problemas graves de salud	Grupo por edad						Total	
	(19-28)		(29-36)		(>37)			
	f	% f	%	f	% f	%		
NO	8	72.7	5	50.0	1	10.0	14	45.2
SI	3	9.7	5	50.0	9	90.0*	17	54.8
Total	11	35.5	10	32.2	10	32.2	31	100

*($\chi^2=8.46$, $gl= 2$, $p < .01$)

Respecto a la **evaluación** que hace el sujeto de su **peso corporal**, el 58% lo calificó como “muy por encima de lo normal” y el 42% como “peso por encima de lo

normal”. Comparaciones por grupo de edad reportaron que los de 29 a 36 años son quienes lo evalúan principalmente como “muy por encima de lo normal (80%) (ver tabla 12).

En el análisis por sexo, aunque no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, se observó una tendencia ($p < .09$) en las mujeres que se autoevaluaron (66.7%) con un peso muy por encima de lo normal en comparación con los hombres (28.6%). (Ver tabla 12).

Tabla 12. Comparación por sexo y grupo de edad de la percepción del peso corporal

Variable	Percepción del peso corporal			
	Peso por encima de lo normal		Peso muy por encima de lo normal	
	f	%	f	%
Sexo				
Femenino	8	33.3	16	66.7
Masculino	5	71.4	2	28.6
Grupo Edad				
19-28	6	54.5	5	45.5
29-36	2	20.0	8	80.0
37 y más	5	50.0	5	50.0

En relación a **como creen que las demás personas evalúan su peso**, el 53% refirió “muy por encima de lo normal”, 43% “por encima de lo normal” y el 3% “peso normal”; manteniéndose la tendencia de la evaluación personal (ver tabla 13).

Por grupo de edad el 63.6% de los mas jóvenes perciben que los evalúan con peso por encima de lo normal, mientras que en el grupo de 29-36 años el 66.7 % y el 60% de los de mas de 37 refieren peso muy por encima de lo normal (ver tabla 13).

Por sexo se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < .02$) donde las mujeres perciben que los demás las evalúan con un peso muy por encima de lo normal (65.2%) mientras que, esta percepción esta presente en el 14.3% de los hombres.

Tabla 13. Comparación por sexo y grupo de edad de la percepción del peso por otras personas

Variables	Percepción del peso corporal					
	Peso normal		Peso por encima de lo normal		Peso muy por encima de lo normal	
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Femenino	-	-	8	34.8	15	65.2*
Masculino	1	14.3	5	71.4	1	14.3
Grupo Edad						
19-28	-	-	7	63.6	4	36.4
29-36	1	11.1	2	22.2	6	66.7
37 y más	-	-	4	40.0	6	60.0

*($\chi^2=7.55$, $gl= 2$, $p< .02$)

En relación a la **percepción general del estado de salud**, el 51.6% se percibió como sano, y el 48.4% como enfermo, aunque no hay diferencia estadísticamente significativa, llama la atención que el grupo más joven (19-28) no se percibe enfermo (72.7 %), mientras que la mayor percepción de enfermedad se encontró en los dos grupos de mayor edad (60% para ambos).

Por sexo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 14).

Tabla 14. Comparación por sexo y grupo de edad de la percepción del estado de salud

Variable	Percepción del estado de salud			
	Sano		Enfermo	
	f	%	f	%
Sexo				
Femenino	12	50.0	12	50.0
Masculino	4	57.1	3	42.9
Grupo Edad				
19-28	8	72.7	3	27.3
29-36	4	40.0	6	60.0
37 y más	4	40.0	6	60.0

En relación a las **comorbilidades de salud asociadas a la obesidad**, se encontró principalmente molestias músculo-esqueléticas (66.7%), fatiga (53.3%), hipertensión arterial (23.3%) y diabetes (20%). (Ver tabla 15).

Por grupo de edad se encontró que los mas jóvenes presentan molestias músculo-esqueléticas (63.6%), fatiga (36.4%), hipertensión arterial (18.2%), padecimientos cardiacos y problemas en el área sexual con 9.1% para ambos. El grupo de 29-36 años reporta molestias músculo-esqueléticas y fatiga en 50% para ambas y dislipidemia en 20%. El grupo de mas de 37 años presenta molestias músculo esqueléticas (88.9%), fatiga (77.8%), diabetes (30%), hipertensión arterial (22.2%), dislipidemia y problemas en el área sexual 11.1% para ambas; además este grupo es el único que reporto depresión en 22.2%.

Por sexo se encontró que las mujeres presentan principalmente molestias músculo-esqueléticas (65.2%), fatiga (52.2%), diabetes (26.1%) e hipertensión arterial (17.4%). Mientras que los hombres reportan, molestias músculo-esqueléticas (71%), fatiga (57.1%), hipertensión arterial (42.9%), dislipidemia (28.6%). (Ver tabla 15).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por grupo de edad ni por sexo.

Tabla 15. Comparación por sexo y grupo de edad de las comorbilidades asociadas a la obesidad

Variables	Comorbilidades asociadas a la obesidad															
	Diabetes		Hipertensión Arterial		Padecimientos cardiacos		Dislipidemia		Fatiga		Problemas en rel. sexuales		Depresión		Molestias Músculo-esqueléticas	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo																
Femenino	6	26.1	4	17.4	1	4.3	1	4.3	12	52.2	1	4.3	2	8.7	15	65.2
Masculino	-	-	3	42.9	-	-	2	28.6	4	57.1	1	14.3	-	-	5	71.4
Grupo Edad																
19-28	-	-	2	18.2	1	9.1	-	-	4	36.4	1	9.1	-	-	7	63.6
29-36	3	30.0	3	30.0	-	-	2	20.0	5	50.0	-	-	-	-	5	50.0
37 y más	3	33.3	2	22.2	-	-	1	11.0	7	77.8	1	11.1	2	22.2	8	88.9

3. Hábitos de alimentación (Entrevista)

En relación al **número de comidas que realizan al día**, el 64% de la muestra refirió que de 4 a 5 comidas al día; el 32% 3 comidas y el 3% menos de 3 comidas. El grupo mas joven (19-28 años), es el que tiende a realizar un mayor número de comidas (82%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Ver tabla 16).

En el análisis por sexo, se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < .03$) ya que el 41.7% de las mujeres hace tres comidas por día y el 58% cinco comidas; mientras que el 86% de los hombres realiza cinco comidas. (Ver tabla 16)

Tabla 16. Comparación por sexo y grupo de edad del número de comidas

Variables	Número de comidas por día					
	< de 3		3		4 a 5	
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Femenino	-	-	10	41.7*	14	58.3
Masculino	1	14.3	-	-	6	85.7
Grupo Edad						
19-28	-	-	2	18.2	9	81.8
29-36	1	10.0	4	40.0	5	50.0
37 y más	-	-	4	40.0	6	60.0

*($\chi^2=6.97, gl=2, p < .03$)

En cuanto al **tiempo destinado para ingerir sus alimentos** se encontró que el 64.5 % utilizan de menos de 20 minutos, el 32.3% de 20-30 minutos y el 3.2% mas de 30 minutos.

Por sexo se encontró que en las mujeres el 66.7% emplea menos de 20 minutos y un 29% de 20 a 30; mientras que el 57.2% de los hombres utilizan menos de 20 y un 42.9% de 20-30 minutos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ni grupo de edad. (Ver tabla 17).

Tabla 17. Comparación por sexo y grupo de edad del tiempo destinan para comer

Variables	Tiempo utilizado para comer (minutos)					
	< de 20		20 - 30		>30	
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Femenino	16	66.7	7	29.2	1	4.2
Masculino	4	57.2	3	42.9	-	-
Grupo Edad						
19-28	7	53.7	3	27.3	1	9.1
29-36	8	80.0	2	20.0	-	-
37 y más	5	50.0	5	50.0	-	-

En general el 64.5% de los sujetos reportaron que tienen **horarios establecidos para comer**. En esta variable también se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < .04$) por grupo de edad, ya que el 63.6% de los más jóvenes, son los que no tienen horarios establecidos para sus alimentos (ver tabla 18).

Por sexo encontramos que el 66.7% de las mujeres y el 57.1% de los hombres tienen horarios para comer, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 18. Comparación por sexo y grupo de edad de horarios establecidos para comer

Variable	Horarios establecidos para comer			
	SI		NO	
	f	%	f	%
Sexo				
Femenino	16	66.7	8	33.3
Masculino	4	57.1	3	42.9
Grupo Edad				
19-28	4	36.4	7	63.6*
29-36	7	70.0	3	30.0
37 y más	9	90.0	1	10.0

* $p < .05$, ($\chi^2=6.78$, $gl=2$, $p < .04$)

El 67.7% **prepara sus alimentos en casa**. Por sexo el 67% de las mujeres y el 71% de los hombres, preparan sus alimentos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo y grupo de edad.

Respecto al **lugar de la casa donde acostumbran ingerir sus alimentos**, el 67.7% lo hace en el comedor/cocina, 19.4% en la recamara y el 12.7% en la sala. Se encontró una diferencia estadística significativa ($p < .03$) por grupo de edad, donde los más jóvenes (19-28) son los que tienen el hábito de comer en la recamara (45.5%). (Ver tabla 19)

Por sexo se encontró que el 58% de las mujeres utilizan el comedor/cocina y 25% la recamara, mientras que el 100% de los hombres lo hacen en el comedor/cocina. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Ver tabla 19).

Tabla 19. Comparación por sexo y grupo de edad del lugar de la casa donde comen

Variables	Lugar de la casa donde acostumbra comer					
	Comedor /cocina		Sala		Recamara	
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Femenino	14	58.3	4	16.7	6	25.0
Masculino	7	100.0	-	-	-	-
Grupo Edad						
19-28	6	54.5	-	-	5	45.5*
29-36	8	80.0	1	10.0	1	10.0
37 y más	7	70.0	3	30.0	-	-

*($\chi^2=10.52$, gl= 4, $p < .03$)

El 54.8% describió la **intensidad de su apetito** como voraz, 35.5% moderado y 9.7% como leve. Por grupo de edad se encontró que el de 29-36 y el de 37 y mas son lo que presentan mas voracidad en su apetito; en los mas jóvenes (19-28 años) predomina de leve a moderado (64%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 20).

Por sexo se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < .02$) ya que el 46% de las mujeres describió su apetito como moderado y el 42% como voraz. En contraste el 100% de los hombres lo describe como voraz (ver tabla 20).

Tabla 20. Comparación por sexo y grupo de edad de la percepción de la intensidad del apetito

Variable	Intensidad del apetito					
	Leve		Moderado		Voraz	
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Femenino	3	12.5	11	46.0	10	42.0
Masculino	-	-	-	-	7	100.0*
Grupo Edad						
19-28	2	18.2	5	45.5	4	36.4
29-36	1	10.0	3	30.0	6	60.0
37 y más	-	-	3	30.0	7	70.0

*($\chi^2=7.44$, gl=2, $p < .02$)

En relación a las **circunstancias ante las que se come más**, se encontró que para el 58.1% es emocional, por estrés el 22.6% y 19.4 % por ansiedad. Llama la atención que el factor emocional cobró relevancia en los tres grupos de edad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Ver tabla 21)

Por sexo se encontró que en las mujeres predomina el emocional (62.5%) y por ansiedad (20.8%), y en los hombres es por estrés y emocional con 42.9% para ambos. No hay diferencias estadísticamente significativas. (Ver tabla 21)

Tabla 21. Comparación por sexo y grupo de edad de las circunstancias ante las que comen más

Variable	Circunstancias ante las que comen más					
	Estrés		Ansiedad		Emocional	
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Femenino	4	16.7	5	20.8	15	62.5
Masculino	3	42.9	1	14.3	3	42.9
Grupo Edad						
19-28	2	18.2	2	18.2	7	63.6
29-36	4	40.0	1	10.0	5	50.0
37 y más	1	10.0	3	30.0	6	60.0

Respecto al tipo de **alimentos que consumen** (número de días por semana) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, pero se observó un mayor

consumo de alimentos de origen animal $M=6.35$ ($DE=1.3$), así como de lácteos $M=5.39$ ($DE=1.8$) y de cereales $M=5.26$ ($DE=1.6$) (ver tabla 22).

Tabla 22. Comparación de Medias y Desviaciones Estándar del consumo de alimentos total y por sexo

Consumo Alimentos por semana	Total		Sexo			
	Media	DE	Femenino		Masculino	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Frutas	3.74	2.2	4.21	2.12	2.14	1.67
Verduras	3.65	2.0	4.00	2.02	2.43	1.81
Cereales	5.26	1.6	5.08	1.76	5.86*	.90
Leguminosas	2.97	1.6	3.00	1.58	2.86	1.57
Origen animal	6.35	1.3	6.25	1.48	6.71	.48
Lácteos	5.39	1.8	5.38	1.86	5.43	1.51
Productos "Chatarra"	2.68	2.7	2.88	2.72	2.00	2.88
Refrescos.	4.45	2.9	3.79	2.97	6.71**	.95
Café	2.26	2.9	2.46	2.93	1.57	2.82

* $p<.05$ ** $p<.001$

Por sexo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de cereales ($F=7.410$, $gl=29$, $p<.01$) ($M=5.8$) y en refrescos ($F=44.613$, $gl=29$, $p<.00$) ($M=6.7$), donde los hombres tienen un mayor consumo que las mujeres (ver tabla 22).

También llama la atención el alto consumo de alimentos de origen animal y de lácteos, tanto en hombres como en mujeres; asimismo se encontró un mayor consumo de "productos chatarra" en las mujeres (45.8%) y un elevado consumo de refrescos en los hombres (ver grafico 1).

Al comparar por grupo de edad se identificó que los más jóvenes consumen menos frutas por semana (36.4%), mas verduras (36.4%) y "productos chatarra" (45.5%) que los otros grupos de mayor edad. El grupo de 29-36 años es el que tiene el menor consumo de verduras (20%) pero también es el que consume menos "productos chatarra" (20%). El grupo de mas de 37 años tiene un mayor consumo de frutas (53.2%) y refrescos (80%). En los tres grupos hay un bajo consumo de verduras por un lado y por otro, un elevado consumo alimentos de origen animal, lácteos, cereales y refrescos. (Ver tabla 23).

Grafico 1. Comparación por sexo del consumo de alimentos por semana

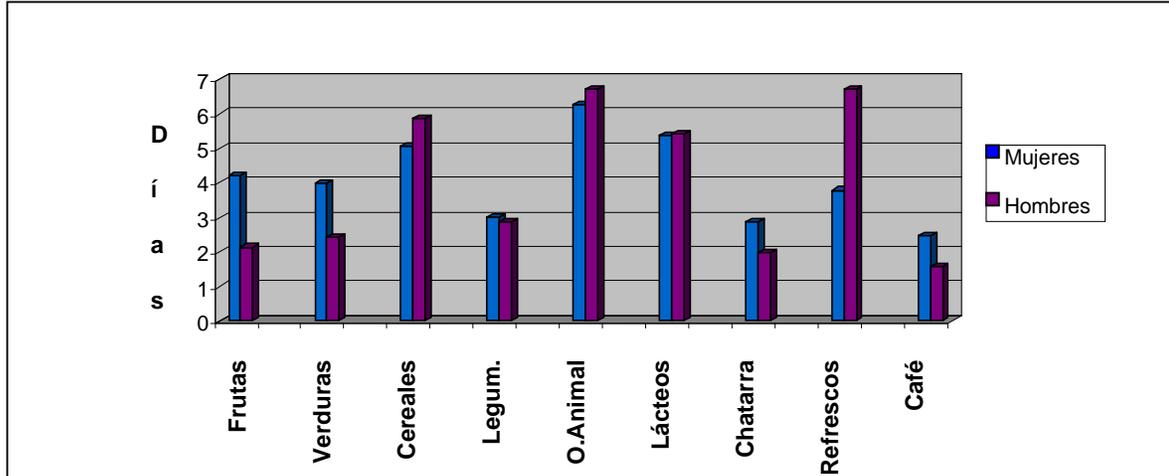


Tabla 23. Comparación por grupo de edad del consumo de alimentos

Variables	Consumo de alimentos por semana (5 a 7 días)																		
	Frutas		Verduras		Cereales		Leguminosas		A. Origen Animal		Lácteos		P: Chatarra		Refrescos		Café		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Grupo Edad																			
19-28	4	36.4	4	36.4	7	63.7	2	18.2	11	100.0	9	81.8	5	45.5	6	54.6	1	9.1	
29-36	4	40.0	2	20.0	8	80.0	2	20.0	9	90.0	7	70.0	2	20.0	5	50.0	3	30.0	
37 y más	6	53.2	3	30.0	6	60.0	2	20.0	10	100.0	7	70.0	3	30.0	8	80.0	3	30.0	

4. Consumo de sustancias

En relación a la variable **consumo de sustancias** se encontró que el 77.4% no fuma, y por grupo de edad, se observó que los más jóvenes (9.1%) y el grupo de 37 y más años (10%) consumen entre 11 y 20 cigarrillos por día. (Ver tabla 24)

Por sexo se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < .01$) donde los hombres tienen un mayor consumo de tabaco. (Ver tabla 24)

Tabla 24. Comparación por grupo de edad del consumo de tabaco

Variable	Consumo de tabaco por día					
	< 5 cigarros		11-20 cigarros		No fuma	
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Femenino	3	12.5	-	-	21	87.5
Masculino	2	28.6	2	28.6*	3	42.9
Grupo Edad						
19-28	3	27.3	1	9.1	7	63.6
29-36	-	-	-	-	1	10.0
37 y más	2	20.0	-	10.0	7	70.0

* $p < .05$ ($\chi^2 = 9.12$, $gl = 2$, $p < .01$)

En relación al **consumo de alcohol** se encontró que cerca del 10% tiene problemas de alcoholismo y un 41.9% lo consume en eventos sociales. (Ver tabla 25).

Por edad se encontró que el consumo diario de alcohol se presenta en el 20% del grupo de 29-36 años y en el de 37 y más (10%). El grupo de los más jóvenes son de mayor riesgo ya que 63.7% consume alcohol entre una vez al mes y eventos sociales, de igual forma el grupo de más de 37 años, ya que el 60% de estos lo consume en eventos sociales.

En la comparación por sexo, se encontraron diferencias estadísticas altamente significativas ($p < .000$), que indican que el 41.9% de los hombres de la muestra tienen alcoholismo. No obstante se encontró un 50% ($n=12$) de mujeres bebedoras sociales, lo cual representa también un factor de riesgo a la salud. (Ver tabla 25).

Por otra parte, se encontró consumo de cocaína en 3% ($n=1$), en sexo femenino (4%).

Tabla 25. Comparación por sexo y grupo de edad del consumo de alcohol

Variable	Consumo de alcohol									
	Diario		1 a 2 veces por semana		Una vez al mes		Eventos Sociales		No toma	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo										
Femenino	-	-	-	-	-	-	12	50.0	12	50.0
Masculino	3	42.9*	1	14.3	2	28.6	1	14.3	-	-
Grupo Edad										
19-28	-	-	-	-	2	18.2	5	45.5	4	40.0
29-36	2	20.0	-	-	-	-	2	20.0	6	60.0
37 y más	1	10.0	1	10.0	-	-	6	60.0	2	20.0

**p<.01($\chi^2=25.72$, gl= 4, p< .000)

5. Habilidades sociales (Entrevista)

En cuanto a las **habilidades sociales** se encontró que el 77% refirió facilidad para hacer amigos; el 90% los conserva y un 50% los frecuenta (ver tabla 26).

Tabla 26. Comparación por sexo y grupo de edad de las habilidades sociales

Variables	Habilidades Sociales					
	Hace amigos fácilmente		Conserva a sus amigos		Frecuenta a sus amigos	
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Femenino	18	78.3	21	91.3	10	43.5
Masculino	5	71.4	6	85.7	5	71.4
Grupo Edad						
19-28	7	63.6	9	81.8	8	72.7
29-36	9	90.0	10	100.0	3	30.0
37 y más	7	70.0	8	88.9	4	44.4

Por grupo de edad se encontró que los más jóvenes (63.6%) y los de más de 37 años (70%) presentan menor habilidad para hacer amigos en relación al grupo de 29-36 años. Son los más jóvenes los que tienen mayor actividad social (72.7%) al frecuentar a los amigos. (Ver tabla 26)

Por sexo encontramos que las mujeres conservan en mayor medida a sus amigos (91%) que los hombres (86%), pero son los hombres los que los frecuentan más (71%) que las mujeres. No hay diferencias estadísticamente significativas por grupo de edad ni por sexo.

Con relación a la **ansiedad percibida** ante situaciones sociales, se encontró que el 70% se siente entre relajado y muy relajado; el 30% refirió algún grado de ansiedad. (Ver tabla 27).

En el grupo mayor de 37 años se encontró el mayor porcentaje de ansiedad ante las situaciones sociales (44.4%). (Ver tabla 27). No hay diferencias estadísticamente significativas por grupo de edad.

Por sexo se encontró que el 78% de las mujeres se siente relajada, mientras que en el 57.2% de los hombres hay ansiedad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, pero se observa una tendencia en las mujeres a sentirse más relajadas ante las situaciones sociales ($p < .06$). (Ver tabla 27)

Tabla 27. Comparación por sexo y grupo de edad de la ansiedad social percibida

Variables	Ansiedad percibida ante situaciones sociales							
	Muy Relajado		Relajado		Ansioso		Muy ansioso	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo								
Femenino	4	17.4	14	60.9	5	21.7	-	-
Masculino	2	28.6	1	14.3	3	42.9	1	14.3
Grupo Edad								
19-28	2	18.2	6	54.5	2	18.2	1	9.1
29-36	1	10.0	7	70.0	2	20.0	-	-
37 y más	3	33.3	2	22.2	4	44.4	-	-

6. Tratamientos previos para el control de la obesidad (Entrevista)

En relación a los **tratamientos previos para el tratamiento de la obesidad**, se encontró que el 90.3% de los sujetos admitió haber llevado a cabo **dietas**. Por sexo se encontró que las mujeres (95.8%) han hecho mas dietas que los hombres

(71.4%). No hay diferencias estadísticamente significativas ni por grupo de edad ni por sexo. (Ver tabla 28).

Con el **nutriólogo** acudió el 48.4 %, y fue el grupo de los más jóvenes (19-28), los que principalmente han asistido (63.6%) respecto a los otros dos grupos.

Por sexo se encontró que las mujeres asisten mas con el Nutriólogo (62.5%) contra 0 % de los hombres, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < .01$). (Ver tabla 28)

Se encontró **consumo de fármacos** en el 38.7% de los sujetos. Sin tener significancia estadística, llama la atención que el grupo de los mas jóvenes son los que en mayor medida (54.5%) han recurrido a este consumo.

Por sexo encontramos que 41.7% de las mujeres han usado fármacos para adelgazar contra 28.6% de los hombres. No hay diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 28).

Tabla 28. Comparación por sexo y grupo de edad de los tratamientos previos para el control de la obesidad

Variables	Comportamientos previos para el tratamiento de la obesidad											
	Dietas		Atención con Nutriólogo		Consumo de fármacos		Tratamiento Psiquiátrico		Atención Psicológica		Actividad física	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo												
Femenino	23	95.8	15	62.5*	10	41.7	3	12.5	1	4.2	5	20.8
Masculino	5	71.4	-	-	2	28.6	1	14.3	-	-	2	28.6
Grupo Edad												
19-28	9	81.8	7	63.6	6	54.5	-	-	1	9.1	2	18.2
29-36	9	90.0	4	40.0	3	30.0	1	10.0	-	-	2	20.0
37 y más	10	100.0	4	40.0	3	30.0	3	30.0	-	-	3	30.0

Nutriólogo: * $p < .05$ ($\chi^2=8.47$, $gl= 2$, $p < .010$)

El 12.9% acudió a **tratamiento psiquiátrico**. Por edad encontramos que el grupo de más de 37 años (30%) es el que ha recurrido a este tratamiento contra el 0 % del grupo más joven. (Ver tabla 28). Por sexo se encontró que el 12.5% de las mujeres acudió a tratamiento psiquiátrico y de los hombres el 14.3%. No hay diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 28).

En relación a la **atención psicológica**, como tratamiento previo para la obesidad, se encontró que solo el 3.2% de la muestra lo tomó, y correspondió al sexo femenino (4.2%).

En relación a la variable **de actividad física**, se encontró que el 77.4% no ha realizado ejercicio y solo el 22.6% lo practicaron en algún momento como tratamiento para perder peso. Por grupo de edad los mayores de 37 años son los que han recurrido al ejercicio (30%) en relación a los otros dos grupos. Por sexo se encontró que el 79.2% de las mujeres y el 71.4% de los hombres no han hecho ejercicio. No hay diferencias estadísticamente significativas por grupo de edad ni por sexo (ver tabla 28).

En relación al consumo de **productos comerciales** para perder peso, se encontró consumo de pastillas (74.2%), gel, cremas, espumas, jabones (45.2%) y fajas (19.4%).

Por el grupo de edad los mas jóvenes (19-28) han consumido pastillas (90%), gel, cremas, etc., (45.5%) y fajas (18.2%); los de 29-36 años pastillas (70%) y gel, cremas, etc., (40%) y el grupo de 35 y mas, pastillas (60%), gel, cremas, etc., (50%) y fajas (30%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 29).

Por sexo se encontró que 87.5% de las mujeres ha consumido pastillas, 58.3% gel, cremas, etc., y fajas (25%); en cambio los hombres solo reportaron el consumo de pastillas (28.6%). Se encontraron diferencias estadísticas altamente significativas en las variables de consumo de productos en las mujeres: pastillas ($p<.006$) y gel, cremas, etc., ($p<.009$) (ver tabla 29).

Tabla 29. Comparación por sexo y grupo de edad del consumo de productos comerciales para perder peso

Variables	Consumo de productos comerciales							
	Aparatos de ejercicio		Gel, cremas, espumas, jabones		Fajas		Pastillas	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo								
Femenino	-	-	14	58.3**	6	25.0	21	87.5**
Masculino	-	-	-	-	-	-	2	28.6
Grupo Edad								
19-28	-	-	5	45.5	2	18.2	10	90.0
29-36	-	-	4	40.0	1	10.0	7	70.0
37 y más	-	-	5	50.0	3	30.0	6	60.0

**p<.01 Pastillas ($\chi^2=9.82$, gl= 1, p<.006) Gel ($\chi^2=7.44$, gl= 1, p<.009)

En relación al **fracaso de tratamientos previos** para perder peso el 90% de los sujetos lo atribuye a la falta de adherencia y un 10% expresó que los tratamientos no funcionan. Por sexo se encontró que el 92% de las mujeres y el 86% de los hombres reconocen el fracaso de los tratamientos por falta de adherencia al tratamiento. No hay diferencias estadísticas significativas por grupo de edad ni por sexo.

7. Motivación y expectativas hacia la cirugía (Entrevista)

Con relación a la **motivación para la cirugía** para el 87.1% es por salud (mejorar calidad de salud); 64.5% personal/físico (mejorar imagen, sentirse mejor, ser atractivo, etc.); 25.8% laboral/escolar (conseguir mejor empleo, poder estudiar); 16.1% familiar (por los hijos, para cuidarlos mejor, que no queden solos, etc.) y 3.2% social (ser aceptado, tener amigos). En el análisis por grupo de edad, encontramos una diferencia estadísticamente significativa (p<.050) en la motivación personal/físico en el grupo de menor edad (19-28) con un 91%. (Ver tabla 30).

Por sexo se encontró que en las mujeres principalmente es por salud (95.8%) y personal/físico (70.8%) y familiar (16.7%); en cambio en los hombres es laboral/escolar (71.4%), por salud (57.1%) y personal/físico (42.9%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p<.02) en la variable salud que es la motivación principal de las mujeres; asimismo, se encontraron diferencias

estadísticas altamente significativa ($p < .006$) en la variable laboral/escolar, principal motivación de los hombres. (Ver tabla 30).

Tabla 30. Comparación por sexo y grupo de edad de la motivación para la cirugía

Variables	Motivación para realizarse la cirugía									
	Familiar		Salud		Personal/físico		Laboral/escolar		Social	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo										
Femenino	4	16.7	23	95.8*	17	70.8	3	12.5	1	4.2
Masculino	1	14.3	4	57.1	3	42.9	5	71.4**	-	-
Grupo Edad										
19-28	2	18.2	9	81.8	10	90.9*	3	27.3	1	9.1
29-36	2	20.0	9	90.0	6	60.0	2	20.0	-	-
37 y más	1	10.0	9	90.0	4	40.0	3	30.0	-	-

Salud: * $p < .05$ ($\chi^2=7.21$, $gl= 1$, $p < .028$) Personal/físico: * $p < .05$ ($\chi^2=6.06$, $gl= 2$, $p < .05$)
 Laboral/escolar: ** $p < .01$ ($\chi^2=9.82$, $gl= 1$, $p < .006$)

En relación a las **expectativas de la cirugía**, se encontró que esperan mejorar la salud (83.9%), perder peso (83.9%), mejorar su calidad de vida (58.1%), verse bien el (48.4%) y ser aceptado (6.5%). Por grupo de edad no hay diferencias estadísticamente significativas, pero llama la atención que los dos grupos de menor edad (19-28 y 29-36) señalan como una expectativa “verse bien” (64% y 60% respectivamente) y en el grupo de mas de 37 años solo el 20% lo mencionó.

Por sexo se encontró que las mujeres esperan mejorar su salud (87.5%), perder peso (83%), mejorar calidad de vida (62.5%), verse bien (54.2%). Los hombres por su parte esperan perder peso (85.7%), mejorar salud (71.4%), mejorar calidad de vida (43%), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Ver tabla 31).

Tabla 31. Comparación por sexo y grupo de edad de las expectativas de la cirugía

Variables	Expectativas de la cirugía									
	Perder peso		Mejorar calidad de vida		Mejorar Salud		Verse bien		Ser aceptado	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo										
Femenino	20	83.3	15	62.5	21	87.5	13	54.2	2	8.3
Masculino	6	85.7	3	42.9	5	71.4	2	28.6	-	-
Grupo Edad										
19-28	9	81.2	6	54.5	8	72.7	7	63.6	-	-
29-36	9	90.0	7	70.0	10	100.0	6	6.0	1	10.0
37 y más	8	80.0	5	50.0	8	80.0	2	20.0	1	10.0

8. Personalidad

En relación al *Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-2)*, en la tabla 32 se presenta el puntaje total de las escalas, el cual no indica patología toda vez que las puntuaciones T son <65. Sin embargo, en la comparación por grupo de edad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de sujetos de más de 37 años, en la escala de histeria (Hi) ($F=4.50$, $gl=2$, $p<.02$) ($M=65.60$, $DE=15.6$) y en la escala de interferencia laboral (DTR) ($F=4.15$, $gl=2$, $p<.02$) ($M=58.30$, $DE=11.2$). (Ver gráfico 2).

Tabla 32. Medias y Desviaciones Estándar de las puntuaciones del MMPI-2 por grupo de edad

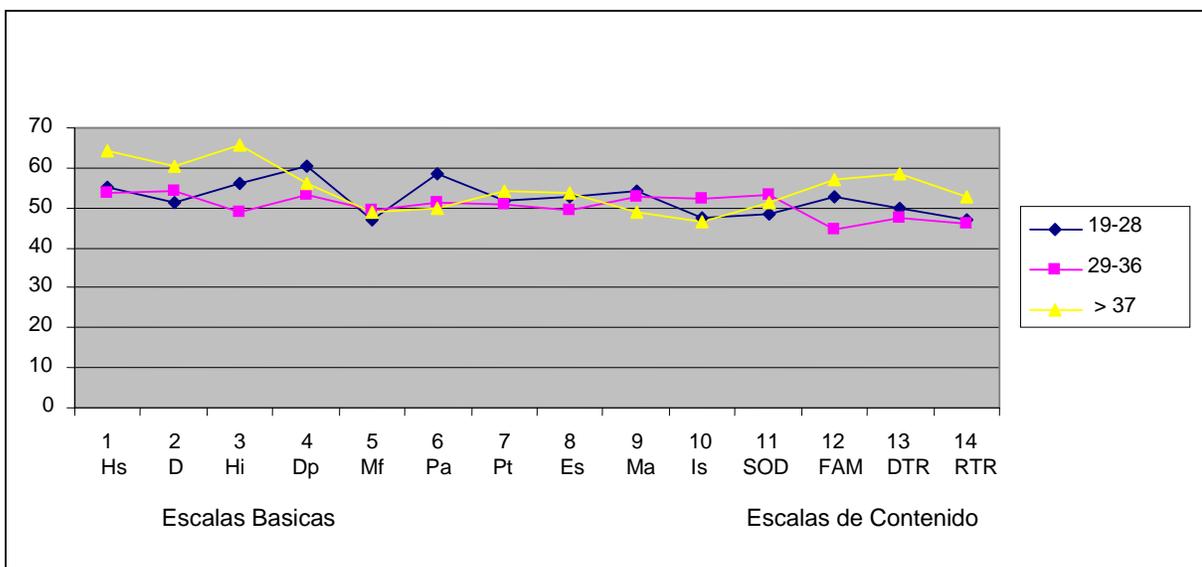
Escalas	Grupo de Edad			Global (n=31)	
	19-28	29-36	>37	Media	DE
Escalas Básicas					
Hipocondriasis (Hs)	55.18	53.70	64.20	57.61	15.0
Depresión (D)	51.45	54.20	60.30	55.19	12.1
Histeria (Hi)	56.27	49.10	65.60*	56.97	13.6
Desv. Psicopática (Dp)	60.36	53.10	56.30	56.71	15.2
Masc/fem (Mf)	46.82	49.40	49.00	48.35	9.7
Paranóia (Pa)	58.36	51.50	50.00	53.45	15.2
Psicastenia (Pt)	52.00	50.70	54.30	52.32	13.3
Esquizofrenia (Es)	52.64	49.40	53.80	51.97	14.1
Hipomanía (Ma)	54.36	52.80	49.00	52.13	13.9
Introversión Social (Is)	47.64	52.20	46.30	48.68	11.2
Escalas de Contenido					
Malestar Social (SOD)	48.36	53.10	51.10	50.77	8.0
Prob. Familiares(FAM)	52.64	44.80	56.90**	51.48	9.6
Interferencia Lab (DTR)	49.82	47.50	58.30*	51.81	9.7
Ind. negativos hacia el tratamiento (RTR)	46.91	46.00	52.80	48.52	8.7

* $p<.05$ ** $p<.01$

Asimismo se encontraron diferencias estadísticas altamente significativas en la escala de problemas familiares (FAM) ($F=5.14$, $gl=2$, $p<.01$), también en el grupo de más de 37 años, con una mayor puntuación ($M=56.90$, $DE=9.9$) en relación a los otros grupos. (Ver tabla 32)

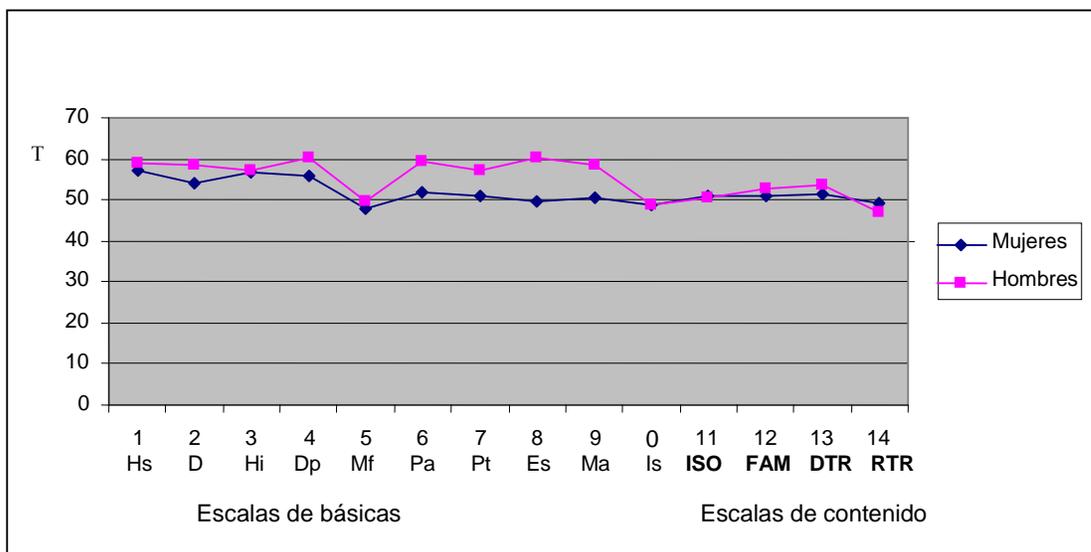
Es importante mencionar los resultados clínicos encontrados (tomando en cuenta la desviación estándar), aun cuando no fueron estadísticamente significativos y que corresponderían a la interpretación de un puntaje “moderadamente elevado”. En la escala de hipocondría (Hs) el grupo de más de 37 años obtuvo el puntaje mas elevado ($M=64.20$, $DE=20.3$), así como en la escala de depresión (D) ($M=60.30$, $DE=13.2$). Los sujetos mas jóvenes obtuvieron los puntajes mas elevados en la escala de desviación psicopática (Dp) ($M=60.36$, $DE=14.9$), así como en la escala de paranoia (Pa) ($M=58.36$, $DE=13.6$). (Ver tabla 32 y grafico 2).

Grafico 2. Comparación por grupo de edad del perfil del MMPI-2



Por sexo no se encontraron diferencias en las escalas de hipocondría (Hs) y en la de histeria (Hi), en estas escalas los participantes se comportan igual. Los hombres obtuvieron puntajes moderadamente elevados en las escalas de depresión (D) ($M=58.57$, $DE=6.5$); desviación psicopática (Dp) ($M=60.43$, $DE=10.7$); paranoia ($M=59.29$, $DE=12.8$); esquizofrenia (Es) ($M=60.29$, $DE=11.0$); y psicastenia (Pt) ($M=57.29$, $DE=7.2$); e Hipomanía (Ver grafico 3).

Grafico 3. Comparación por sexo del perfil del MMPI-2



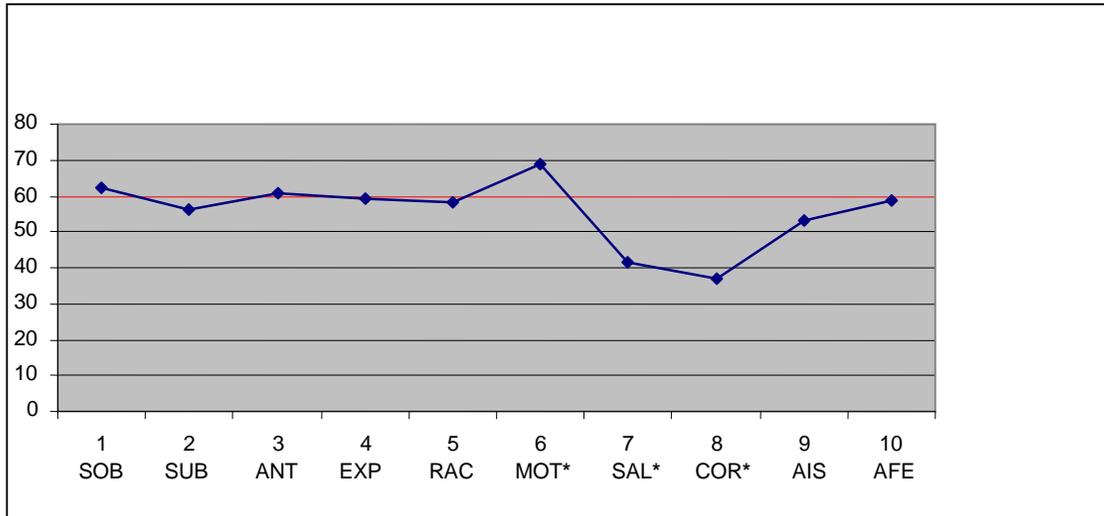
En el cuestionario de **Sobreingesta alimentaria (OQ)** se encontró que estos pacientes en general presentan problemas de sobreingesta (SOB) de alimentos (M=62.39, DE= 9.972), y de antojos alimentarios (ANT) (M= 60.74, DE= 7.903). Se identificaron además, malos hábitos de salud (SAL) (M=41.52 DE= 9.657) y una imagen corporal negativa (M=36.84 DE= 5.628). (ver tabla 34 y grafico 4)

Tabla 34. Comparación de Medias de las puntuaciones del Cuestionario de Sobreingesta alimentaria (OQ) por grupo de edad

Escala	Grupo de Edad			Global (n=31)	
	19-28	29-36	>37	Media	DE
Validez					
Defensividad (DEF)	44.55	50.80	45.00	46.71	7.221
Hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria					
Sobreingesta alimentaria (SOB)	62.64	59.60	64.90	62.39	9.972
Subingesta alimentaria (SUB)	57.55	55.10	55.70	56.16	4.655
Antojos alimentarios (ANT)	58.82	58.70	64.90	60.74	7.903
Expectativas relacionadas con comer (EXP)	57.82	57.40	63.30	59.45	8.559
Racionalizaciones (RAC)	57.73	56.30	60.00	58.00	4.575
Motivación para bajar de peso (MOT)	68.91	70.70	67.50	69.03	5.788
Hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial					
Hábitos de salud (SAL)	44.73	44.10	35.40*	41.52	9.657
Imagen corporal (COR)	38.82	37.20	34.30	36.84	5.628
Aislamiento social (AIS)	54.45	51.80	53.80	53.39	8.4
Alteración afectiva (AFE)	60.64	56.10	60.00	58.97	6.457

*p<.05.

Grafico 4. Perfil general de las puntuaciones del OQ



*Las puntuaciones elevadas en estas escalas >T60 indican fortalezas. Para todas las demás escalas, las puntuaciones elevadas indican debilidades

Por grupo de edad encontramos que los sujetos del grupo de 19-28 años ($M=62.54$) y los de más de 37 ($M=64.90$) son los que tienden a una mayor sobreingesta, sin ser estadísticamente significativo (ver tabla 34). Con relación a la escala de antojos alimentarios (ANT) los sujetos del grupo de más de 37 años son los que presentaron mayor puntuación en esta área ($M=64.90$), lo que indica que estos sujetos necesitaran un apoyo especial para desarrollar estrategias sanas para manejar estas contingencias, y es posible que este grupo experimente dificultades en general para el control de conductas impulsivas. (Ver tabla 34).

También en las escalas de expectativas relacionadas con comer (EXP) y en la de racionalizaciones (RAC), el grupo de mayor edad obtuvo los puntajes más elevados, lo que sugiere que comer representa para este grupo una manera de alcanzar la regulación emocional y que tienden a racionalizar para deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano.

Respecto de la escala de alteración afectiva (AFE) que refleja la presencia de estrés, depresión o ansiedad que pueden vulnerar los esfuerzos por perder peso, se encontró que los puntajes más elevados (que indican mayor afectación) los encontramos en el grupo más joven ($M=60.6$, $DE=3.3$), pero también en el grupo de más de 37 años ($M=60.0$, $DE=9.6$). (Ver tabla 34).

En la escala de hábitos salud (SAL) que evalúa la regularidad con la que los individuos participan en conductas que se consideran buenas prácticas de salud, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=3.459$, $gl=2$, $p<.05$) donde los sujetos de mas de 37 años obtuvieron la puntuación mas baja ($M=35.40$. $DE=4.22$) que indica una debilidad con relación a los puntajes de los otros grupos (ver tabla 34).

El grupo de los más jóvenes obtuvo el puntaje mas elevado en la escala de subingesta alimentaria (SUB) ($M=57.6$ $DE= 4.9$), lo que indica una tendencia en este grupo a no comer lo suficiente y a presentar periodos de ayuno, pueden optar por “dietas tipo yoyo”, que vulneran los esfuerzos por mantener un peso corporal sano.

Respecto a la escala de imagen corporal (CORP), se obtuvo una $M=36.84$ ($DE=5.6$) Los tres grupos presentan una imagen corporal negativa (CORP), no hay diferencias estadísticamente significativas, pero es el grupo de mas de 37 años el que presenta menor puntaje ($M=34.30$) que habla de mayor afectación.

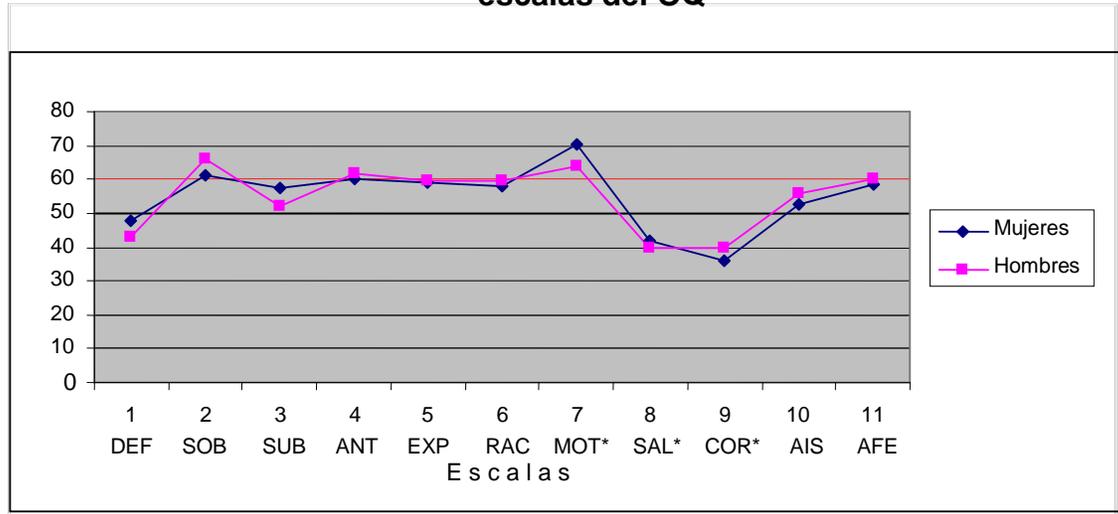
Por sexo encontramos que los hombres presentan puntuaciones mas elevadas en comparación a las mujeres en sobreingesta alimentaria (SOB) ($M=66$ $DE=6.4$), en antojos (ANT) ($M=62$ $DE=3.5$), en alteración afectiva (AFE) ($M=60$ $DE=5.1$) y en racionalizaciones (RAC) ($M=59.4$ $DE=3.1$) (ver grafico 5).

Por sexo se encontro que los sujetos se comportan igual respecto a las escalas de habitos de salud (SAL) y la imagen corporal (COR) , lo que indica que ambos tienen malas practicas de salud y una imagen corporal distorcionada.

Llama la atención que todas las escalas están elevadas considerando \pm una DE, en todos los grupos de edad, lo que indica debilidad en esas áreas.

Con relación a la escala de motivación (MOT) que indica la disposición del sujeto para bajar de peso, se encontraron puntajes elevados (MOT) ($M=69.03$ $DE=5.7$), tanto por grupo de edad como por sexo; lo que indica disposición para realizar cambios en el estilo de vida con el fin de lograr una reducción de peso. Llama la atención que en las mujeres ($M=70.5$ $DE= 5.4$) es mayor la motivación que en los hombres ($M=63.8$ $DE=3.6$) (ver grafico 5).

Grafico 5. Comparación por sexo de la puntuación promedio de las escalas del OQ



En el *Inventario de los trastornos de la conducta alimentaria (EDI2)* se encontró que la escala de insatisfacción corporal (BD) fue la mas elevada (M=18.0, DT6.26), seguida de la escala de obsesión por la delgadez (DT) (M=9.90, DT=5.07), la escala de bulimia (B) (M=2.71, DT=3.60) y la escala de miedo a la madurez (MF) (M=5.58, DT=3.66). (Ver tabla 36).

Tabla 36. Comparación de Medias de las puntuaciones del Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI2)

Escalas	Media	DT	Media esperada Casos con T.A*	Media esperada sin T.A
Obsesión por la delgadez (DT)	9.90	5.07	13.20	4.20
Bulimia (B)	2.71	3.60	2.00	1.00
Insatisfacción corporal (BD)	18.00	6.26	12.50	4.90
Ineficacia (I)	2.65	3.03	10.00	3.80
Perfeccionismo (P)	4.61	2.84	6.02	3.99
Desconfianza interpersonal (ID)	2.48	2.46	5.03	2.98
Conciencia Interoceptiva (IA)	3.26	2.52	8.90	4.01
Miedo a la madurez (MF)	5.58	3.66	6.00	6.80
Miedo a la madurez (MF)	4.32	3.99	6.03	4.00
Ascetismo (A)	4.32	3.99	6.03	4.00
Ascetismo (A)	1.32	2.97	4.90	6.30
Impulsividad (IR)	2.16	2.03	7.20	3.00
Inseguridad social (IS)				

*T.A (trastornos alimentarios)

Grafico 6. Comparación de Medias de los sujetos del estudio vs. sujetos con y sin trastornos alimentarios (TA) del EDI-2 (Datos normativos)

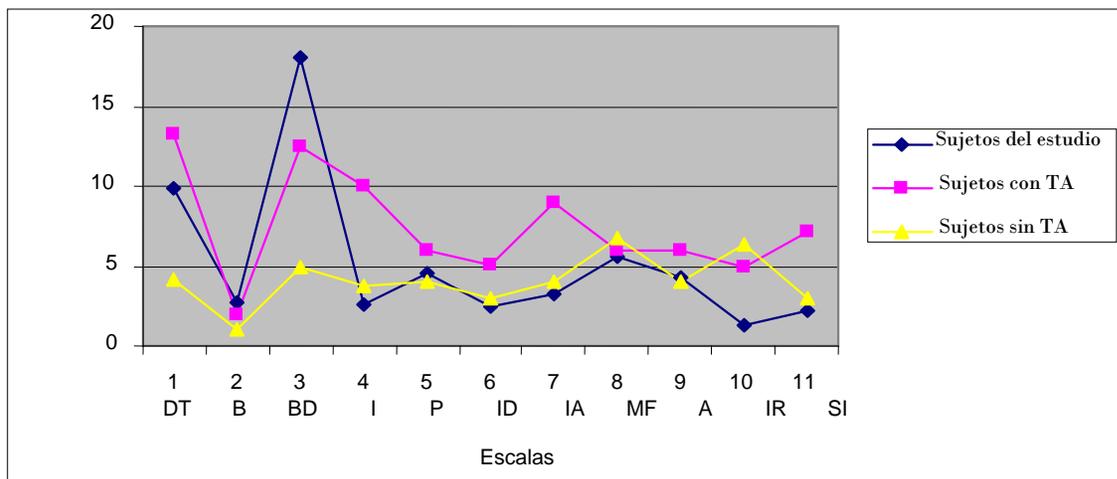
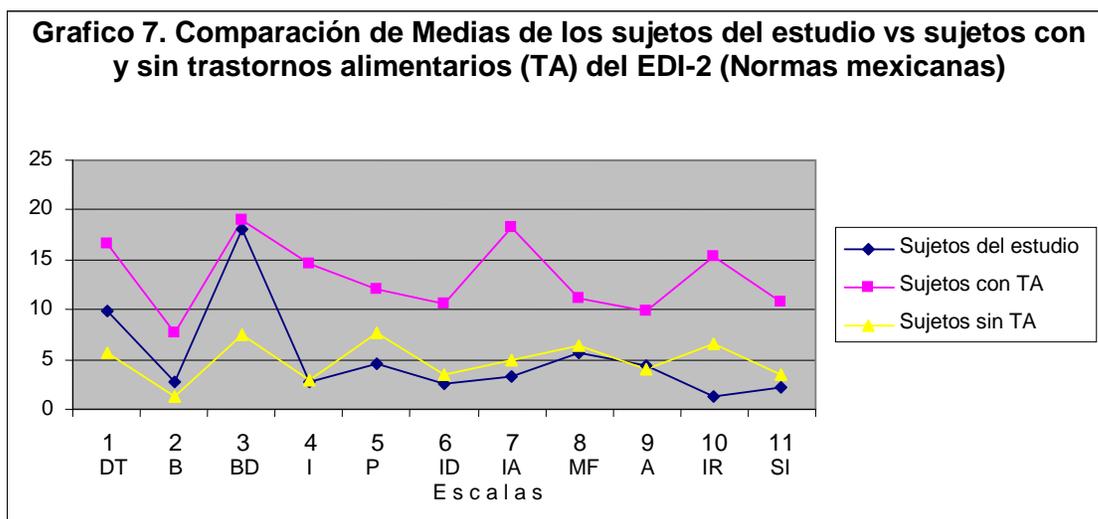


Grafico 7. Comparación de Medias de los sujetos del estudio vs sujetos con y sin trastornos alimentarios (TA) del EDI-2 (Normas mexicanas)



Por sexo se encontró en las mujeres elevación en las escalas de Insatisfacción corporal (M=18.63) y bulimia (M= 3,17) y en los hombres las puntuaciones elevadas fueron en la escala de insatisfacción corporal (M=15.86) y el miedo a la madurez (M=6.0). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$, $gl=29$, $F=1.231$) en la escala de impulsividad (IR) donde el puntaje obtenido por las mujeres (M=.96) es menor al de los hombres (M=2.57). (Ver tabla 37).

La obsesión por la delgadez aparece con mayor puntuación en el grupo de los más jóvenes (19-28) (M=10.18 DE=3.7) y en los de más de 37 años (M=10.70 DE=5.1). La insatisfacción corporal aparece elevada en los tres grupos, pero se observa también la mayor puntuación en el grupo de los más jóvenes (M=18.09 DE=5.2) y en los mayores de 37 años (M=19.0 DE=6.60) (ver tabla 38).

Con relación al **Cuestionario de Autoconcepto (AF5)**, se encontró de manera global en esta muestra puntajes bajos en todas las dimensiones, las cuales se distribuyeron entre los centiles 25 y 60. El menor puntaje se encontró en la dimensión del autoconcepto físico (M=3.99, DE 1.69). Las mayores fortalezas se identificaron en la dimensión del autoconcepto Académico/laboral y familiar (ver tabla 39).

Tabla 39. Media y Desviaciones Estándar de las puntuaciones del Cuestionario de Autoconcepto (AF5)

Dimensión	Media	D. T.
A.	8.54	.87
Académico/laboral	7.53	1.48
A. Social	5.85	1.85
A. Emocional	8.46	1.30
A. Familiar	3.99	1.69
A. Físico		

Al comparar las puntuaciones directas por sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, se observó una tendencia ($p < .09$, $gl=27$, $F=.001$) en la dimensión del Autoconcepto Académico/laboral con un puntaje más alto en las mujeres; asimismo presentan mayor puntaje en el autoconcepto social (ver tabla 40).

Llama la atención que las puntuaciones del autoconcepto físico y del emocional son las más bajas de todas las dimensiones que evalúa la prueba tanto en las mujeres como en los hombres, y se encuentran también por debajo de la media del grupo normativo. (Ver gráfico 8).

En la comparación por grupo de edad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, no obstante se identificó una tendencia ($p=.08$, $gl=2$ $F=2.759$) en el grupo de 29-36 años al obtener la puntuación mas baja en la dimensión del autoconcepto Social, con relación a los otros dos grupos. En los tres grupos la puntuación más baja fue en la dimensión del autoconcepto físico, pero notablemente baja en los sujetos de más de 37 años (ver tabla 41).

Tabla 40. Comparación por sexo de las puntuaciones directas y los centiles correspondientes del Cuestionario de Autoconcepto (AF5)

Dimensión Autoconcepto	Puntuación directa Mujeres	Centil	Puntuación directa Hombres	Centil
Académico/laboral	8.70	59'8	8.06	59'1
Social	7.60	54'7	7.30	49'7
Emocional	5.65	48'2	6.50	48'7
Familiar	8.47	49'8	8.41	49'4
Físico	3.95	29'5	4.14	24'8

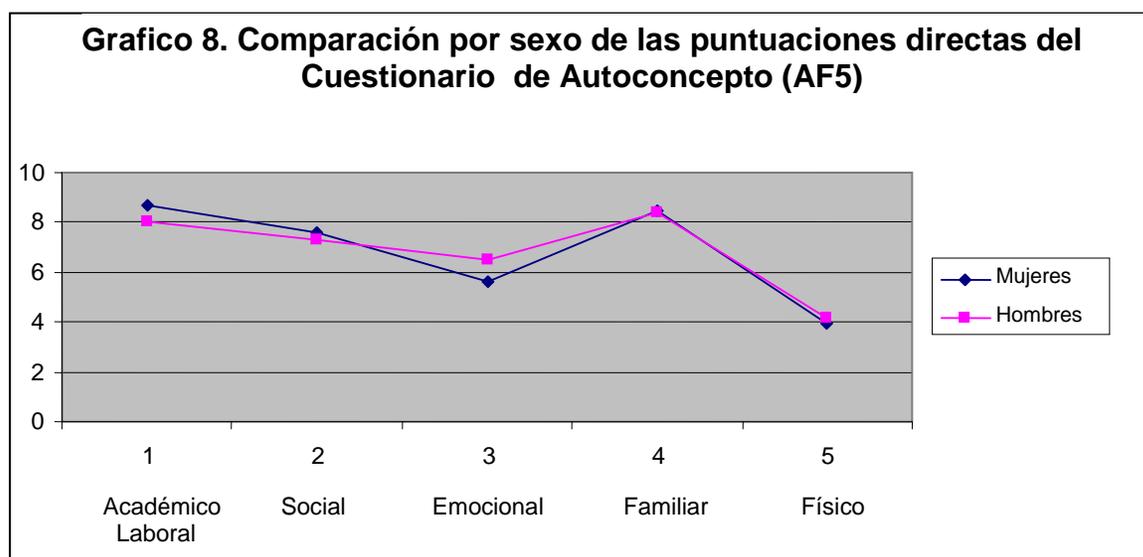


Tabla 41. Comparación por grupo de edad de los puntajes del AF5

Dimensión del Autoconcepto	Edad		
	(19-28) Media	(29-36) Media	(>37) Media
Académico/laboral	8.62	8.62	8.39
Social	8.35	6.94	7.30
Emocional	5.83	5.23	6.44
Familiar	8.33	8.78	8.30
Físico	4.58	4.11	3.31

9. Correlaciones entre variables

La percepción del estado de salud correlacionó positivamente con diabetes (comorbilidad) ($r=.500$, $p<.01$), con la percepción de padecer problemas graves de salud ($r=.490$, $p<.01$) y la evaluación del peso por otros ($r=.415$, $p<.05$) y negativamente con imagen corporal (OQ COR) ($r=-.392$, $p<.05$), lo que indica que cuando existe una distorsión de la imagen corporal hay una mayor percepción de enfermedad.

El padecer diabetes correlaciono positivamente con la percepción de problemas graves de salud ($r=.468$, $p<.01$) y con la evaluación del peso por otros ($r=.468$, $p<.05$). Esto indica que los sujetos con una comorbilidad tienen una percepción mayor de enfermedad y una percepción de que los demás los perciben más obesos de lo que ellos se autoperciben.

Por otra parte, la fatiga se correlaciono negativamente con hábitos de salud (OQ SAL) ($r=-.492$, $p<.01$), y positivamente con obsesión por la delgadez (EDI DT) ($r=.405$, $p<.05$), lo que indica que a mayor fatiga, los sujetos reconocen malos hábitos de salud y mayor preocupación por el peso corporal.

La autoevaluación del peso corporal (OQ) correlacionó positivamente con la evaluación del peso por otros ($r=.657$, $p<.01$), es decir que cuando hay una autopercepción del peso corporal real coincide con la percepción del peso por otros.

Asimismo, la evaluación del peso por otros correlaciono negativamente con la imagen corporal (OQ COR) ($r=-.435$, $p<.05$) y positivamente con la insatisfacción

corporal (EDI BD) ($r=.435$, $p<.05$), es decir que cuando el sujeto tienen una imagen corporal negativa piensa que los otros los evalúan con un peso mayor que el que ellos perciben, con una mayor insatisfacción corporal.

Los hábitos de salud (OQ SAL) correlacionaron positivamente con la imagen corporal (OQ COR) ($r=.454$, $p<.05$), es decir que cuando el sujeto tiene una imagen corporal real, hay un reconocimiento de los hábitos de salud. (Ver tabla 42).

Tabla 42. Correlación entre la percepción del estado de salud e imagen corporal

	Diabetes	Fatiga	Problemas graves de salud (OQ)	Autoeval. del peso Corporal (OQ)	Evaluación del peso por otros (OQ)	Hábitos de Salud (OQ SAL)	Imagen corporal (OQ COR)	Obsesión por la delgadez	Insatisfacción corporal (EDI BD)
Percepción del estado de Salud	.500**	-.134	.490**	.169	.415*	-.222	-.392*	-.033	.189
Diabetes		.134	.468**	.269	.468*	-.090	-.335	.113	.060
Fatiga			.196	.126	-.030	-.492**	-.336	.405*	.008
Problemas graves de salud (OQ)				.017	.060	-.169	-.155	-.005	-.042
Autoevaluación del peso corporal (OQ)					.657**	.335	-.214	.049	.287
Evaluación del peso por otros (OQ)						.267	-.435*	.071	.435*
Hábitos de Salud (OQ SAL)							.454*	-.058	-.103
Imagen corporal (OQ COR)								-.200	-.305
Obsesión por la delgadez (EDI DT)									.273

**Correlación significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Nota: **Percepción del estado de salud:** Salud general (Sano/enfermo), comorbilidades (diabetes, fatiga), percepción de problemas graves de salud (OQ) y hábitos de salud (OQ SAL).

Imagen corporal: Evaluación del peso por otros (OQ), Imagen corporal (OQ COR), obsesión por la delgadez (EDI DT) e insatisfacción corporal (EDI BD)

La percepción general del estado de salud también correlacionó positivamente con la percepción de problemas graves de salud ($r=.490$, $p<.01$) y con la motivación a la cirugía por salud ($r=.373$, $p<.05$) y negativamente con la motivación a la cirugía personal/física ($r=-.361$, $p<.05$), es decir que cuando se tiene una percepción de

enfermedad se perciben con problemas graves de salud y su motivación para la cirugía es la búsqueda de salud.

La percepción de problemas graves de salud correlaciono negativamente con la motivación personal/física ($r=-.673$, $p<.01$), es decir cuando se tiene una percepción de padecer un problema grave de salud disminuye el tipo de motivación que tenga que ver con mejora de la apariencia física. (Ver tabla 43).

Tabla 43. Correlación entre la percepción del estado general de salud, la percepción de problemas graves de salud y la motivación para la cirugía

	Percepcion de problemas Graves de salud	Motivación Personal/físico	Motivación Salud
Percepcion del estado de salud	.490**	-.361*	.373*
Percepcion problemas graves de salud		-.673**	.231
Motivación personal/físico			-.084

**Correlación significativa al nivel 0.01 (bilateral) * Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Por otra parte, el número de comidas que realizan los sujetos al día se correlaciono negativamente con el consumo de tabaco ($r=-.365$, $p<.05$), es decir cuanto mas fuman, menos numero de comidas realizan.

La intensidad del apetito correlacionó negativamente con el consumo de pastillas para perder peso ($r=-.376$, $p<.05$), lo cual quiere decir que cuando hay un mayor consumo de pastillas hay menor apetito.

Se encontró que los participantes que tenían un mayor consumo de lácteos ($r=.408$, $p<.05$), consumo de leguminosas ($r=-.448$, $p<.05$) y consumo de frutas ($r=-.398$, $p<.05$), tenían menor consumo de productos chatarra.

El consumo de frutas por semana correlacionó positivamente con el consumo de verduras ($r=.437$, $p<.05$), es decir, que cuando se consumen frutas también se consumen verduras, además correlaciono negativamente con el consumo de productos refrescos ($r=-.384$, $p<.05$).

El consumo de verduras también correlacionó positivamente con el consumo de leguminosas ($r=.464$, $p<.01$) y negativamente con el consumo de refrescos ($r=-.435$, $p<.05$), lo que indica que, cuando hay un mayor consumo de verduras y leguminosas hay menor consumo de refrescos.

Por otra parte, el consumo de refrescos correlacionó negativamente con el consumo de alcohol ($r=-.398$, $p<.05$); mientras que la ingesta de alcohol correlacionó positivamente con el consumo de pastillas ($r=.598$, $p<.01$).

El consumo de gel y otros, correlaciono positivamente con la ingesta de pastillas ($r=.387$, $p<.05$), es decir que quien consume productos de de uso externo como el gel, jabones, espumas, etc., también tiene un mayor consumo de pastillas. (Ver tabla 44).

Tabla 44. Correlación de los hábitos de alimentación, el consumo de sustancias y el consumo de productos comerciales para perder peso

	Intensidad del apetito	Horarios comida	Consumo frutas	Consumo verduras	Consumo leguminosas	Consumo lácteos	Consumo "chatarra"	Consumo refrescos	Consumo tabaco	Consumo alcohol	Consumo gel/ otros	Consumo Pastillas
Numero de comidas	-.140	.277	-.193	.080	-.015	.022	.046	-.135	-.365*	-.019	.167	.121
Intensidad del apetito		-.301	-.144	-.025	.046	.156	.045	.317	-.038	-.345	-.324	-.376*
Horarios de comida			-.381*	-.070	-.116	.068	.114	-.094	-.067	.020	.140	.129
Consumo de frutas				.437*	.183	.182	-.398*	-.384*	.298	.345	.169	-.036
Consumo de verduras					.464**	.122	.329	-.435*	-.133	-.352	-.129	.224
Consumo de leguminosas						.332	-.448*	-.342	.045	-.053	-.108	.084
Consumo de lácteos							-.408*	.044	.240	-.037	.134	.038
Consumo "P.chatarra"								.421*	-.206	.096	.301	.340
Consumo de refrescos									-.280	-.398*	-.189	-.113
Consumo de tabaco										.344	.296	.089
Consumo de alcohol											.293	.596**
Consumo de gel y otros												.387*
Consumo de Pastillas												

**Correlación significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral)

La imagen corporal (OQCOR) correlacionó positivamente con el autoconcepto social (AF5) ($r=.375$, $p<.05$) y con el autoconcepto físico (AF5) ($r=.457$, $p<.05$), es decir a mayor distorsión de la imagen corporal mayor afectación del autoconcepto social y físico. (Ver tabla 45).

Tabla 45. Correlación entre la imagen corporal y el autoconcepto

	Autoconcepto social (AF5 Social)	Autoconcepto físico (AF5 Físico)
Imagen corporal (OQ COR)	.375*	.457*

* Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral)

La percepción general del estado de salud correlacionó negativamente con la autopercepción de la imagen corporal ($r=-.392$, $p<.05$), es decir que cuando hay una mayor percepción de enfermedad, se tienen una imagen corporal negativa.

La conducta de sobreingesta alimentaria (OQ SOB) correlacionó positivamente con las subescalas de: antojos alimentarios ($r=.741$, $p<.01$), expectativas relacionadas con comer (OQ EXP) ($r=.767$, $p<.01$), con racionalizaciones (OQ RAC) ($r=.451$, $p<.05$) y con bulimia (EDIB) ($r=.472$, $p<.01$) y negativamente con hábitos de salud (OQ SAL) ($r=-.380$, $p<.05$), lo cual indica que cuando los pacientes realizan excesos en el comer también hay mayor tendencia a los antojos, a racionalizar, a comportamientos bulímicos y a tener malos hábitos de salud.

La subingesta alimentaria (OQ SUB) correlacionó positivamente con la subescala de motivación para bajar de peso (OQMOT) ($r=.571$, $p<.01$); lo cual indica que los sujetos tienden a una subingesta de alimentos cuando se encuentran con una motivación alta.

Los antojos alimentarios (OQANT), también correlacionan positivamente con las subescalas de: expectativas de comer (OQ EXP) ($r=.872$, $p<.01$), con racionalizaciones (OQ RAC) ($r=.537$, $p<.01$) y con bulimia (EDI B) ($r=.451$, $p<.05$), y negativamente con hábitos de salud ($r=-.635$, $p<.01$).

La subescala de expectativas (OQ EXP) correlacionó positivamente con: OQ RAC ($r=.413$, $p<.05$) y con EDI B ($r=.527$, $p<.01$) y negativamente con hábitos de salud (OQ SAL) ($r=-.465$, $p<.05$) es decir que cuando se tiene la creencia de que los alimentos “tranquilizan”, hay mayor racionalización, se incrementa la conducta de bulimia y malos hábitos de salud.

A su vez la subescala de racionalizaciones (OQ RAC) correlacionó negativamente con la motivación para perder peso (OQMOT) ($r=-.447$, $p<.05$) y con hábitos de

salud (OQ SAL) ($r=-.419$, $p<.05$) es decir que a mayor racionalización, menos hábitos saludables y menor motivación para bajar de peso.

La motivación (OQ MOT), correlacionó positivamente con hábitos de salud ($r=.499$, $p<.01$), es decir a mayor motivación mejores hábitos de salud.

Imagen corporal (OQ COR) correlacionó positivamente con los hábitos de salud (OQ SAL) ($r=.454$, $p<.05$), es decir que cuando se tiene una imagen corporal real hay mayor reconocimiento de los hábitos de salud que se tienen. (Ver tabla 46).

Tabla 46. Correlación entre hábitos de salud, conducta alimentaria, imagen corporal y percepción del estado de salud

	Sobreeingesta (OQ SOB)	Subingesta (OQ SUB)	Antojos (OQ ANT)	Exp. de comer (OQ EXP)	Racionalizar (OQ RAC)	Motivación (OQ MOT)	Bulimia (EDI B)	Imagen Corp. (OQ COR)	Hábi. Salud (OQ SAL)
Percepción del Estado de salud	-.104	-.260	.024	-.029	-.129	.142	-.066	-.392*	-.222
Sobreeingesta (OQ SOB)		-.024	.741**	.746**	.451*	-.202	.472**	-.081	-.380*
Subingesta (OQ SUB)			.009	-.048	-.095	.571**	.295	-.122	.186
Antojos (OQ ANT)				.872**	.537**	.132	.451*	-.254	-.635**
Expectativas de comer (OQ EXP)					.413*	.040	.527**	-.241	-.465**
Racionalizar (OQ RAC)						-.447*	.141	-.317	-.419*
Motivación perder peso (OQ MOT)							.246	-.143	.499**
Bulimia (EDI B)								-.282	-.038
Imagen corporal (OQ COR)									.454*

**Correlación significativa al nivel 0.01 (bilateral) * Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral)

La escala de hipocondriasis (Hs) correlacionó positivamente con la de histeria (Hi) ($r=.824$, $p<.01$), y con bulimia (B) ($r=.403$, $p<.05$), esto indica que cuando al sujeto tienen una preocupación anormal por su salud física, se incrementan los problemas físicos de origen desconocido y hay mayor tendencia a la bulimia.

La escala de histeria (Hi) correlacionó positivamente con problemas familiares (FAM) ($r=.383$, $p<.05$) y con bulimia (B) ($r=.556$, $p<.01$), es decir, que cuando hay

quejas por problemas físicos también se incrementan los problemas familiares y la tendencia a la bulimia.

La escala de problemas familiares (FAM) correlacionó positivamente con interferencia laboral (DTR) ($r=.606$, $p<.01$) y con la escala de conciencia interoceptiva (IA) ($r=.495$, $p<.01$), lo cual quiere decir que cuando tienen problemas familiares, también se ve afectada el área laboral y hay mas confusión para responder adecuadamente a los estados emocionales.

La escala de interferencia laboral (DTR) correlacionó positivamente con la escala de conciencia interoceptiva (IA) ($r=.508$, $p<.01$), esto indicar que cuando hay desajuste laboral, se incrementa la confusión para identificar y responder adecuadamente a estados emocionales.

La escala de obsesión por la delgadez (DT) correlacionó positivamente con la escala de conciencia interoceptiva (IA) ($r=.508$, $p<.01$), es decir que cuando se presenta un desajuste para responder a estados emocionales, es mayor la preocupación por el peso corporal.

Tabla 48. Correlación entre las variables psicológicas del MMPI-2 y EDI-2 y la percepción del estado de salud

	Hipocondría (Hs)	Histeria (Hi)	Problemas familiares (FAM)	Interferencia Laboral (DTR)	Obsesión por la delgadez (DT)	Bulimia (B)	Conciencia Interoceptiva (IA)
Percepción del estado de salud	.204	.103	.073	.087	-.033	-.066	.185
Hipocondría (Hs)		.824**	.266	.086	.109	.403*	.189
Histeria (Hi)			.383*	.061	.135	.556**	.227
Problemas familiares (FAM)				.606**	.323	.101	.495**
Interferencia Laboral (DTR)					.292	.085	.414*
Obsesión por la delgadez (DT)						.321	.508**
Bulimia (B)							.330

**Correlación significativa al nivel 0.01 (bilateral) * Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral)

IX. DISCUSION

La obesidad es una entidad patológica sumamente compleja, ya que integra procesos físicos, genéticos, psicológicos, psiquiátricos y sociales, requiriendo de un abordaje igualmente diverso, multidisciplinario. La cirugía bariátrica como opción de tratamiento para la obesidad mórbida (IMC>40) (OMS, 1992), en la cual han fallado los métodos habituales para controlarla, es un procedimiento complejo que requiere de una selección estricta de los candidatos, de una evaluación psicológica detallada, por la exigencia que implica para el paciente de llevar a cabo cambios en su estilo de vida y modificar estrategias de afrontamiento, que deben complementar el evento quirúrgico para garantizar el éxito del mismo.

Para contestar la *primera pregunta de investigación*, referente a la *percepción del estado de salud de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica*; se reconoce que para lograr establecer conductas protectoras de salud, en gran medida depende de la percepción que tiene la persona de la amenaza que la enfermedad le representa y de la eficacia que cree que la conducta tendrá para reducir la amenaza (Rodríguez y García 1995; Becker y Rosentok. 1984; Blanco y cols., 2000); es decir, la primera condición para conseguirlo radica en el autoreconocimiento de que se tiene un padecimiento. Los resultados indican en este sentido, que más del 50% de la muestra estudiada percibe su estado de salud como sano (entrevista), negando padecer un problema grave de salud. Sin embargo, los sujetos reconocen padecimientos que coinciden con lo descrito en la literatura como comorbilidades mayores asociadas a la obesidad mórbida (Adami y cols., 1998; Lamarche 1998; Garrido 2004), como es el caso de las molestias músculo-esqueléticas (66.7%), fatiga (53.3%), hipertensión arterial (23.3%) y diabetes (20%).

No obstante, estos pacientes no reconocen que la obesidad en si misma es una enfermedad y más aún, que la obesidad mórbida que ellos padecen es una enfermedad considerada grave; estos datos coinciden parcialmente con los hallazgos de Lorence (2008), quien reporta que los obesos mórbidos reconocen su enfermedad, aunque no son conscientes de la gravedad de la misma.

Los resultados indican que los sujetos del grupo más joven son los que tienen menor percepción de enfermedad y de padecer problemas graves en su salud. Asimismo, se encontró una diferencia significativa en los sujetos con más de 37 años, en los cuales hay aparentemente una mayor conciencia de su estado de salud, ya que el 90% se percibe con una enfermedad grave.

Por otra parte, llama la atención que en más del 90% de los sujetos, hay un reconocimiento de que tienen problemas con su alimentación, pero finalmente esto no se traduce en una autopercepción de enfermedad.

Estos datos sugieren que un alto porcentaje de la muestra no tiene la percepción de enfermedad y que además “ser joven”, puede ser un factor de riesgo para no atenderse y probablemente de no apego al tratamiento.

En relación a la *segunda pregunta de investigación* referente a *la relación entre los hábitos alimentarios, el consumo de sustancias y el consumo de productos comerciales para perder peso*; se reconoce respecto a los hábitos alimentarios, que su aprendizaje está condicionado por numerosas influencias procedentes, sobre todo, del ámbito familiar (factores sociales, económicos y culturales), escolar y a través de la publicidad (Stroebele, 2004), y que modificar estos patrones alimentarios en la edad adulta es una tarea complicada.

El nivel de conocimiento en temas relacionados con la alimentación y nutrición es un factor determinante de los hábitos de consumo alimentario a nivel individual; es lógico pensar que cuanto mayor sea la formación en nutrición del individuo, mejores serán sus hábitos alimentarios; sin embargo, a medida que la persona adquiere autonomía para decidir comidas y horarios, los factores socioeconómicos y culturales, además de las preferencias alimentarias, van a contribuir de manera importante al cambio y establecimiento de un nuevo patrón de consumo alimenticio (Pérez y cols., 2002).

Algunos estudios epidemiológicos muestran que en ocasiones aunque la población está informada y conoce los conceptos básicos de una dieta saludable, estos conocimientos no se traducen en consumos reales de alimentos que formen parte de una dieta equilibrada, es decir, no se ponen en la práctica los conceptos aprendidos (Montero, Ubeda y García 2006).

Entre los aspectos explorados en relación a los *hábitos de alimentación* en esta muestra, destaca que los sujetos realizan de 4 a 5 comidas al día, aspecto que podría considerarse protector a la salud, si esas comidas se apegan a la recomendación nutricional de la Norma Oficial Mexicana (NOM-043) de realizar durante el día tres comidas fuertes y dos colaciones y por supuesto considerando el tamaño de las raciones; sin embargo, en este caso son sólo datos descriptivos ya que no se preguntó tal información. También se encontró que la mayoría de los sujetos prepara los alimentos en casa, lo que representa un buen hábito (protector), ya que esto permite un mayor control sobre la calidad y preparación de los productos. La mayoría ingiere los alimentos en el comedor/cocina, lo cual se considera también una buena práctica, ya que el sentarse a comer en la mesa evita ver televisión y facilita el darse cuenta cuando se está pleno o satisfecho. Con relación al tiempo que destinan para comer, la mayoría utiliza menos de 20 minutos; aun cuando no existe una norma que indique el tiempo idóneo destinado a la ingesta de alimentos, sí se recomienda un comer pausado y masticar bien los alimentos; comer rápidamente no da un plazo de tiempo suficiente para digerir y sentir plenitud, ya que la regulación de la alimentación es la resultante de una serie de procesos que incluyen señales hormonales, metabólicas y neuronales, los que son integrados en el hipotálamo, órgano encargado de generar respuestas de saciedad o de búsqueda de alimentos (Montero, Ubeda y García 2006).

Un dato relevante es que los sujetos más jóvenes no tienen horarios establecidos para comer y tienen el hábito de consumir sus alimentos en la recámara, esto se asocia a una falta de disciplina familiar, al sedentarismo y a la afición a la televisión (Vázquez, Romero, 2008), pero también es una conducta recurrente en las personas con problemas de obesidad, que buscan el aislamiento como una manera de ocultar lo que comen (atracones) y como una forma de evitar ser el centro de críticas (Stunkard y Alliston, 2003).

Por otra parte, encontramos que los sujetos con el hábito de comer en la recámara son mujeres, ya que el total de hombres, utilizan el comedor/cocina, lo que tal vez indique una mayor permisividad y falta de límites en el sexo femenino.

En relación a los estados emocionales y el consumo de alimentos, se aprecia una clara diferencia entre hombres y mujeres. Los resultados de la entrevista, muestran que la alimentación de las mujeres se ve influida por emociones tales como la tristeza, frustración o soledad, las cuales ocasionan que aumenten su consumo. Estudios previos muestran que además de las emociones aquí citadas, el estrés es un detonador importante para que las mujeres modifiquen sus hábitos alimentarios (Kandiah y cols., 2006; Vázquez y cols., 2008). De tal forma, que la alimentación aparece como una manera de enfrentar o manejar las emociones negativas, impactando notablemente en la cantidad de alimento que se consume, lo cual favorece el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en las mujeres; además los estados emocionales negativos se han asociado a la presencia de atracones (Dalle y cols., 1996; Berrocal y Ruiz, 2002).

Sin embargo, tampoco hay que olvidar que culturalmente a las mujeres se les ha dado un mayor “permiso” para sentir y expresar lo afectivo, mientras que los hombres tienen mayor dificultad para expresar sus sentimientos y emociones. No obstante, existen estudios que señalan que los varones no son ajenos a las presiones sociales de la estética corporal y que la tendencia a presentar trastorno por atracón está presente en una gran cantidad de ellos (Kandiah y cols., 2006; Vázquez y cols., 2006), pero también parece que en esto hay un componente social que permite que el atracón sea enmascarado en una mayor ingestión de alimentos de los varones, datos que coinciden con el hallazgo en esta muestra donde el total de los varones presentan un apetito voraz, así como los sujetos de mayor edad.

Con relación a los grupos de alimentos que más consumen estos pacientes y si bien se tiene la limitante de que no se conoce el tamaño y número de raciones que ingieren por día, se encontró que el mayor consumo es de alimentos de origen animal, seguido de los lácteos y cereales; con un menor consumo de verduras, frutas y leguminosas. La Norma Oficial Mexicana NOM-043 (2005) a través de la representación grafica del Plato del Bien Comer, agrupa los alimentos en tres categorías: verduras y frutas, cereales y tubérculos, y leguminosas y alimentos de origen animal; y se recomienda que en cada una de las comidas se incluya al menos un alimento de cada grupo. De tal forma que a grosso modo se identificó en

esta muestra una dieta no balanceada con un déficit en el consumo de frutas, verduras y leguminosas.

Se observó una tendencia similar para ambos sexos, en el consumo de los grupos de alimentos; sin embargo, la frecuencia de consumo fue mayor en los hombres para los alimentos de origen animal, lácteos y cereales; además de encontrar un consumo diario de refrescos, es decir, los hombres consumen tantos alimentos de origen animal como refrescos; los patrones alimentarios de los varones pueden responder a un mayor requerimiento energético y desarrollo de fibra muscular propio del sexo masculino, así como a normas sociales que dan mayor permisividad en cantidad de comida a los varones (Niemeier, 2006).

En cambio las mujeres toman menos refrescos y consumen más frutas y verduras que los hombres, pero también tienen un mayor consumo de “productos chatarra”, como lo han referido otros estudios (Kandiah, 2006), donde las mujeres realizan un menor número de comidas al día que los hombres, no obstante, consumen mayor cantidad de dulces y golosinas entre comidas. Los sujetos más jóvenes son quienes presentan un mayor consumo de “productos chatarra”, por lo que pareciera que ser mujer y joven, incrementa el riesgo para el consumo de estos productos.

Por su parte los sujetos de más de 37 años son los que consumen refrescos todos los días, por lo que este grupo de edad es más vulnerable, y probablemente les represente mayor dificultad la modificación de hábitos alimentarios.

Respecto al *consumo de sustancias* se encontraron algunas conductas protectoras en esta muestra, como el que un alto porcentaje (77%) no fuma. Comparaciones por sexo, indicaron que el 23% de los hombres fuma de 11 a 20 cigarrillos por día y otro 23% de 1-5 cigarros diarios; por lo que se puede considerar que fumar es un factor de riesgo de salud importante para el grupo de hombres, ya que diferentes estudios han puntualizado que la obesidad y el tabaquismo elevan el riesgo de sufrir una obstrucción de los vasos por un coágulo sanguíneo (Holst, Jensen y Prescott, 2010); asimismo, se ha descrito en estudios con adolescentes, que obesidad y tabaquismo son una peligrosa combinación aun cuando sean fumadores pasivos, ya que se elevan las probabilidades de padecer el síndrome

metabólico, incrementando el riesgo de ataque cardíaco, embolia y otros problemas cardiovasculares (Weitzman y cols., 2006).

Por otra parte, en los sujetos con obesidad se ha observado un mayor riesgo de desencadenar cuadros de abuso a alcohol y drogas a consecuencia de la discriminación, el desamparo y la marginación sociocultural y afectiva que los rodea (Athanasios 2004, Wadden y Sarver 2006), y es un criterio de exclusión para la cirugía bariátrica.

En estos pacientes se encontró consumo diario de alcohol en el 10%, y un grupo importante de bebedores sociales (43% hombres y 50% en mujeres), lo que representa un riesgo para la salud y para el éxito de la cirugía. Este dato merece atención especial, por varias razones: una muy importante es que el alcohol aporta calorías y evita la oxidación de las grasas, disminuyendo la eficacia de la pérdida de peso; otra es que además de las conocidas complicaciones médicas asociadas a una ingestión excesiva de alcohol (hepatopatías, pancreatitis, miocardiopatías...), se favorece el desarrollo de carencias vitamínicas (tiamina, piridoxina, fólico) y de minerales (magnesio, fósforo, cinc, hierro) y se fomenta una disminución de la masa ósea; además los sujetos sometidos a cirugía bariátrica están fácilmente expuestos a una intoxicación aguda tras la ingestión de etanol o a un mayor riesgo de desarrollar adicción, se recomienda, por tanto, que estos pacientes no ingieran alcohol (Rubio et al. 2005).

También se encontró una alta incidencia en el *consumo de productos comerciales para perder peso*, que representa una estrategia de afrontamiento, que tiene que ver con la búsqueda de soluciones rápidas, fáciles y un tanto mágicas y que no implican un gran esfuerzo para el sujeto, como es el tomar pastillas, usar gel, cremas, jabones, fajas, etc., ya que curiosamente los aparatos para hacer ejercicio (que también prometen cambios “milagrosos”) y que tan comúnmente son publicitados no son adquiridos por esta muestra, además, de estos sujetos sólo un 22% refirió haber hecho ejercicio en algún momento de su vida. Es importante destacar que estos afrontamientos y hábitos de consumo se dan significativamente más en las mujeres y en los sujetos más jóvenes.

Por otra parte, en el análisis correlacional de estas variables, el número de comidas que realizan los sujetos al día se correlacionó negativamente con el consumo de tabaco, es decir cuanto más fuman, menor número de comidas realizan; se encontró también una relación entre la intensidad del apetito percibido y el consumo de pastillas para perder peso, donde a un mayor consumo de pastillas menor apetito; los sujetos que consumen refrescos no consumen alcohol, pero aquellos que consumen pastillas también consumen alcohol y otros productos para perder peso.

En cuanto a la *tercera pregunta de investigación referente a las motivaciones y expectativas hacia la cirugía bariátrica*, algunas investigaciones (Moliner y Moroni, 2008; Travado et al. 2004) han referido que muchos de los sujetos que buscan la cirugía bariátrica lo hacen para depositar en ella sus esperanzas y expectativas de cambio en diferentes ámbitos de su vida; en este estudio se encontró que las principales motivaciones son: la búsqueda de “mejorar la salud”, seguida por una motivación “personal/físico” la cual tiene que ver con la idea de mejorar su imagen, sentirse mejor, ser atractivo, etc., y la motivación “laboral/escolar”, relacionada con conseguir un empleo o tener acceso a una escuela; las dos primeras motivaciones coinciden con lo reportado por Travado et al. (2004), sin embargo en su reporte no aparece la motivación relacionada con mejoras en el ámbito laboral, referida por el 26% de esta muestra.

En los más jóvenes, la búsqueda principal es mejorar la imagen y ser más atractivos y en segundo lugar la salud, lo cual es característico de esa etapa de la vida; mientras que en los dos grupos de mayor edad, la prioridad es la salud, seguida de la apariencia física.

También se encontró una diferencia importante por sexo, ya que para los hombres en primer lugar la motivación es “laboral/ escolar”, segundo “por salud” y en tercer lugar “mejorar la imagen”. En cambio, en las mujeres es la búsqueda de salud, luego “mejorar la imagen” y en tercer lugar la motivación es familiar (por mis hijos, para protegerlos, necesitan cuidados, etc.). Las respuestas tanto de los hombres como de las mujeres son congruentes con el rol social y familiar asignado; sin embargo, en el caso de los hombres esto puede representar vulnerabilidad ante la

cirugía, ya que implica que no hay un reconocimiento de que se tiene en primer lugar un problema de salud, además, su principal motivación es poder mejorar su desempeño laboral/escolar y este logro no depende totalmente de la pérdida de peso, cuando el paciente no vea realizada esa meta podría abandonar el tratamiento.

En relación a las *expectativas que tienen de la cirugía*, existe una alta coincidencia con lo reportado por Travado et al. (2004), donde el mayor porcentaje se centra también en “perder peso” y en “mejorar la salud”; sin embargo, al no tener una noción clara de que padecen una enfermedad que es la obesidad, pareciera que no se percibe que la pérdida de peso en si misma implica una mejora en la salud, y mejorar la salud en su caso, implica necesariamente perder peso, esta falta de comprensión hace vulnerables a los sujetos.

Para los más jóvenes la prioridad es perder peso (ligado a la apariencia física); en contraste, los dos grupos de mayor edad esperan mejorar su salud; estos sujetos tienen una idea del concepto de “calidad de vida”, ya que una expectativa (58%) es “vivir mejor” “con mayor calidad”, lo cual es un aspecto motivacional positivo.

Referente a *la cuarta pregunta de investigación acerca de la relación de las variables percepción del estado de salud, hábitos de salud, conducta alimentaria e imagen corporal*; se asume que las personas aprenden a evaluar sus cuerpos a través de su interacción con el ambiente, de esta manera, su autoimagen se desarrolla y es evaluada continuamente durante toda la vida (Cash, 1989). En este estudio se encontró que la etapa de la vida en que estos pacientes comenzaron a preocuparse por el peso corporal fue la adolescencia en primer lugar, seguida de la edad escolar, lo que nos indica un inicio temprano de la obesidad con su consecuente cronicidad y afectación a la autoestima, estos datos coinciden con lo reportado por Travado et al. (2004) y discrepan de lo reportado por Lorence (2008), quien en una muestra de obesos mórbidos españoles encontró que la edad de inicio de la obesidad fue en la etapa de la adultez.

Se ha descrito que cuando la obesidad aparece en la infancia, existe una respuesta menos positiva al tratamiento y a la pérdida de peso, así como una mayor tasa de patología psiquiátrica; en cambio, cuando la obesidad se presenta en la

adolescencia/adulto joven, se relaciona más con situaciones estresantes a lo largo de la vida, de forma que el enfermo comería en un intento de calmar su malestar psicológico (Mills, 1995).

Asimismo, las mujeres de esta muestra, son las que tempranamente se preocuparon por su apariencia (edad escolar 26% y adolescencia 56%), lo cual puede estar asociado a la maduración psicosexual anticipada en relación al hombre y tal vez muy asociada a los “ideales” de belleza socialmente aceptados (y de los cuales la etapa de la niñez no esta exenta), más que por una preocupación por la salud.

Existen evidencias de que las niñas tienen una percepción positiva de sí mismas durante los estudios primarios; sin embargo, a los doce años, aproximadamente sufren una gran disminución en la auto confianza y la aceptación de su imagen física (Orenstein, 1994); sin embargo, se sabe que la preocupación por el aspecto físico, la autoimagen general y la sobrevaloración del cuerpo afectan a los adolescentes de ambos sexos.

Estudios realizados en adolescentes (Cash 1989; Cooper 1997), indican que es en ese periodo cuando hay una mayor orientación hacia la apariencia física y cuando se forma la imagen negativa del propio cuerpo. Esta imagen negativa se convierte en un problema que afecta en mayor grado a las mujeres que a los hombres. Este hecho se ha relacionado con una diferente presión y valoración sociocultural de los estereotipos masculinos y femeninos considerados normativos.

Por otra parte, las mujeres de la muestra estudiada, son las que hicieron referencia a una percepción de su esquema corporal con un peso “muy por encima de lo normal”. Resultados similares han sugerido que esto puede estar asociado al hecho de que la mujer puede describir con más objetividad los datos relacionados con su peso, estatura e imagen corporal (Madrigal y cols., 1999). En cualquier caso, es posible que el varón esté menos preocupado por su imagen y, por ello, tienda a subestimar su obesidad con mayor frecuencia que la mujer, quien probablemente sea más consciente de su imagen corporal.

En estos pacientes se encontró una significativa insatisfacción con la *imagen corporal* (evaluada a través del OQ y EDI-2), tanto en hombres como en mujeres,

pero aún estas últimas puntuaron mas bajo; existe además, una tendencia en los sujetos de mayor edad a obtener puntuaciones igualmente bajas, estos datos coinciden con lo reportado por Herpertz y cols., (2004) y O'Donnell y Warren (2007), que describen que en estos sujetos hay una imagen corporal desvalorizada, que indica que están insatisfechos con la forma general de su cuerpo o con aquellas partes que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estomago, caderas, muslos, nalgas, etc.), asimismo, suelen vincular su apariencia personal con su sentido de identidad personal de manera excesiva, lo cual hace que los éxitos o fracasos en sus esfuerzos por bajar de peso se vuelvan potencialmente abrumadores. O'Donnell y Warren (2007) refieren que los indicadores de insatisfacción con la imagen corporal son frecuentes en sujetos que tratan de bajar de peso y que la meta de lograr una apariencia física más deseable puede ser un motivador poderoso.

La insatisfacción corporal (BD) se considera uno de los aspectos de la "perturbación de la imagen corporal" característica de los trastornos de la conducta alimentaria y puede considerarse también uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Garner y Garfinkel, 1981; Thompson, Berg, Shatford, 1987), asimismo se ha argumentado que cuando la obesidad es grave el grado de insatisfacción con la figura corporal es igualmente elevada (Berrocal y Ruiz, 2002).

La insatisfacción con el propio cuerpo en este estudio es mayor en las mujeres que en los hombres, lo cual es congruente con lo señalado por Garner (1998), quien incluso considera esa insatisfacción como endémica en las mujeres jóvenes de los países occidentales.

Existe también, tendencia a la obsesión por la delgadez (DT), descrita por Bruch (1982) como la "búsqueda incesante de la delgadez", lo cual indica una preocupación constante por el peso, las dietas y el miedo a ganar más peso.

Estos resultados relacionados a la imagen corporal, son similares a los hallazgos de Garner, Olmsted y Polivy (1983); Delgado et al., (2002); Adami y cols., (1998),

quienes encontraron también una elevada insatisfacción con la imagen corporal y obsesión por la delgadez en obesos mórbidos.

De acuerdo a la teoría del autoconcepto (Harter 1988), su multidimensionalidad permite que los sujetos puedan tener diferente percepción de sí mismos en aspectos diferentes de su vida. En la valoración del autoconcepto de estos pacientes (AF-5), se encontró de forma global, que la dimensión física y emocional son las más vulnerables al obtener las puntuaciones más bajas, y las fortalezas se encuentran en las dimensiones del autoconcepto académico/laboral y familiar.

Tanto en hombres como en mujeres las dimensiones más vulnerables son el autoconcepto físico y el emocional, sin embargo las mujeres puntuaron aún más bajo.

Los sujetos de más de 37 años presentaron el autoconcepto físico mas pobre, lo cual los sigue colocando como el grupo de mayor riesgo, también en relación a esta variable.

Marsch y Shavelson (1985), refieren que sentirse bien con el propio cuerpo producirá un efecto general de bienestar. Desde este punto de vista la imagen corporal y el autoconcepto están relacionados y observamos una congruencia entre los resultados de las diferentes escalas que evaluaron la imagen corporal, la insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y el autoconcepto físico, como uno de los aspectos mas vulnerables de la personalidad de estos pacientes; además, se encontró una correlación positiva entre la imagen corporal y el autoconcepto, que indica que a mayor insatisfacción con la imagen corporal mayor afectación del autoconcepto de estos pacientes.

La evaluación en este estudio de los hábitos y actitudes relacionados con la *conducta alimentaria* (OQ), de manera global permitió identificar debilidades (riesgos) que tienen que ver con una presencia importante de sobreingesta alimentaria (SOB), de antojos (ANT), del comer como medio de regulación emocional (EXP) y una tendencia a racionalizar (RAC) como una forma de deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano.

La sobreingesta alimentaria se ha asociado con un alto nivel de insatisfacción corporal, y en el caso de la obesidad extrema, la presencia de atracones también

se asocia a un grado importante de alteraciones en la alimentación, de tal forma que los sujetos con obesidad mórbida que presentan episodios de sobreingesta conforman un subgrupo diferenciado dentro de la población obesa, independientemente de la frecuencia con la que tengan lugar los atracones (Dalle et al., 1996; Berrocal y Ruiz, 2002), y se les considera un factor que complica el tratamiento. La presencia de sobreingesta y de antojos alimentarios fue mayor en los hombres, lo cual discrepa de los resultados reportados por Fernández et al., (2010), donde mujeres obesas presentaron significativamente más sobreingesta que los hombres obesos.

Asimismo, se encontraron indicadores de conductas bulímicas en el sexo femenino, lo cual muestra que estas pacientes tienen una elevada tendencia a pensamientos o conductas de llevar a cabo comilonas o atracones incontrolables, datos que coinciden con lo reportado por Garner, Olmsted y Polivy (1983).

En relación a los *hábitos de salud* y funcionamiento psicosocial, se encontraron debilidades importantes, como poca disposición a seguir una rutina diaria consistente con la conservación de un peso corporal sano, es probable que los esfuerzos a largo plazo no tengan éxito, si la dieta y el ejercicio no forman parte de la rutina diaria de estos pacientes. Otra debilidad, tiene que ver con la presencia de alteraciones afectivas, relacionadas con estrés, depresión o ansiedad, las cuales pueden disminuir los esfuerzos por bajar de peso, donde muy probablemente los recursos de afrontamiento de los sujetos se encuentren ocupados con esos problemas y no encaminados a la atención del peso, las dietas y el ejercicio.

Por grupo de edad se observó la presencia de sobreingesta alimentaria en todos los grupos, así como los riesgos en los hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial antes descritos, pero especialmente en el grupo de más de 37 años es relevante el problema de antojos alimentarios, de la búsqueda de la comida como autorregulación emocional, de mayor confusión e inseguridad para identificar sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad, y del uso de racionalizaciones como una forma de evadir responsabilidad en el control de su peso; es decir, tener más de 37 años parece representar un mayor riesgo para

lograr un cambio de actitud que lleve al control del peso, probablemente asociado a la evolución y complicaciones de la obesidad (cronicidad).

Respecto a la relación entre las variables percepción del estado de salud, hábitos de salud, conducta alimentaria e imagen corporal, se encontró que la percepción general del estado de salud correlacionó negativamente con la imagen corporal, es decir que cuando estos pacientes tienen una mayor percepción de enfermedad, tienen una autopercepción negativa de la imagen corporal.

La conducta alimentaria de sobreingesta (SOB) correlacionó positivamente con antojos alimentarios (ANT), expectativas relacionadas con comer (EXP), con racionalizaciones (RAC) y con bulimia (EDIB), y negativamente con hábitos de salud (SAL), lo cual indica que cuando los pacientes cometen excesos en el comer, también hay mayor presencia de antojos, tendencia a racionalizar, a comportamientos bulímicos y hacia malos hábitos de salud en general.

Para dar respuesta a la *quinta pregunta de investigación, en relación a las variables de personalidad*, éstas han sido consideradas como un factor determinante del que dependen las prácticas saludables o las conductas de riesgo, las cuales se consideran una expresión de la personalidad, de su estructura y de sus procesos (Moreno y cols., 2005; Sánchez y cols., 2000). Desde esta perspectiva, las variables de personalidad estarían en el origen de la práctica del ejercicio físico o del sedentarismo, de la alimentación saludable o de sus excesos, y también serían las determinantes de conductas de riesgo como fumar y beber en exceso, aspectos todos ellos trascendentes en el tratamiento de una enfermedad como la obesidad.

Entre las *variables de personalidad* evaluadas se encontró que los hombres presentan mayor ansiedad e inseguridad social y una mayor tendencia al aislamiento que las mujeres, además de que no perciben recursos de apoyo social, lo cual los coloca en una situación de vulnerabilidad; estos datos coinciden con lo referido por la literatura en el sentido de que las mujeres están más influenciadas por el contexto social y emplean más estrategias de afrontamiento que implican las relaciones interpersonales, que los hombres (Hobfoll, y Stokes, 1988); lo cual les facilita respuestas más adaptativas ante una enfermedad que por lo general

margina; contar con redes de apoyo social es un factor trascendente en la relación salud-enfermedad (Rodríguez, Pastor, López, 1993), y se ha descrito como un elemento importante para el logro de un mejor resultado posquirúrgico de la cirugía bariátrica (Guisado, Vaz, López-Ibor, Rubio, 2001; Hafner, Rogers, Watts, 1990; Van Hout, Verschure, Van Heck, 2005).

Por otra parte, las personas con obesidad mórbida generalmente poseen una larga historia de intentos de reducción de peso mediante dietas, uso de medicamentos etc., sin lograr los efectos deseables (Moliner y Moroni, 2008), lo cual coincide con lo observado en este estudio, donde un elevado porcentaje de los sujetos (90.3%), y de manera relevante las mujeres (96%) expresó haber seguido múltiples dietas, pero sólo un 48% de la muestra asistió con un nutriólogo; es decir que existe una alta incidencia en estos sujetos a llevar a cabo tratamientos que no son indicados por un especialista; este patrón de conducta es común en los pacientes que presentan sobrepeso/obesidad (Ortega y López, 2005), en su afán por lograr una pérdida de peso; sin embargo, este tipo de dietas suelen ser inadecuadas debido al frecuente desconocimiento de la población, respecto a las características de una alimentación correcta (Ortega y cols., 1996, Vázquez y cols. 2008) , lo que puede conducir al padecimiento de deficiencias en vitaminas y minerales, desequilibrios nutricionales y diferentes efectos adversos sobre la salud.

También se observó que las mujeres de la muestra estudiada, han realizado un mayor número de conductas previas dirigidas al tratamiento de su obesidad en comparación a los hombres, como es el hacer dietas (96% vs. 71%), asistir con el nutriólogo (62% vs. el 0% de los hombres), y tratamientos con fármacos (42% vs. 29%); asimismo el grupo de los sujetos más jóvenes, también obtuvieron los porcentajes más altos en esos tipos de afrontamientos, lo que indica que tanto las mujeres como los sujetos mas jóvenes utilizan más estrategias (activas) centradas en la búsqueda de tratamiento, aunque no necesariamente todas estas conductas han de ser saludables, pero sin duda, la más significativa en este grupo de pacientes fué la búsqueda de atención con el nutriólogo.

Además, a través de la entrevista se identificó que estos sujetos reconocen que el fracaso de los tratamientos previos para su obesidad, se debe a la falta de apego

terapéutico (90%). En primera instancia, este reconocimiento se podría evaluar como un aspecto positivo, pero también se ha observado que estos pacientes buscan la cirugía precisamente por considerarla una solución “mágica”, con la creencia de que ésta les va a impedir comer aun “contra su voluntad” (Scheier y Carver, 1987; Sjöström, Narbro, Sjöström et. al. 2007). Lorence (2008) encontró, que debido a sus características psicosociales, los sujetos con obesidad mórbida temprana son los que tienen más probabilidad de presentar problemas de adherencia al tratamiento psicológico y médico.

Con relación a los rasgos de personalidad evaluados a través del MMPI-2, se encontró un perfil general sin indicadores de psicopatología, sin embargo llama la atención las elevaciones en las escalas hipocondría (Hs) e histeria (Hi), que nos hablan de rasgos compatibles con personalidad dependiente y pasivo-agresiva, perfil que guarda semejanza con lo reportado por Adami y cols.,(1998); Delgado et al.,(2002); Kalarchian (2007). Se observaron diferencias significativas en el grupo de más de 37 años, quienes presentan un protocolo más elevado (patológico), con puntuaciones altas en la escala de hipocondría (Hs), que indica una preocupación por la salud y el funcionamiento físico, tendencia al lamento y a una actitud pasivo-agresiva; también fue significativa la puntuación elevada en la escala de histeria (Hi), que indica la presencia de quejas somáticas y de preocupaciones corporales ante situaciones conflictivas o de estrés y una tendencia a presentar síntomas físicos de origen desconocido (sugere de un desorden somatoforme), que coincide con lo encontrado en la evaluación de candidatos a cirugía bariátrica por Sarwer, Fabricatore, Jones-Corneille, et. al (2008); Guisado y Vaz, (2002); los cuales también puntuaron alto en la escala de depresión (D), que sugiere la presencia de sentimientos relativamente crónicos de tristeza, infelicidad, insatisfacción consigo mismo y con los demás, preocupación y pesimismo.

Asimismo, se encontraron en este grupo puntuaciones elevadas en la escala de Problemas Familiares (FAM), sugere de familias poco afectivas, con historia de discordia familiar y que guardan sentimientos de rencor entre algunos de sus miembros; así como en la escala de Interferencia Laboral (DTR), que indica la presencia de actitudes o problemas personales que han interferido en el ámbito

laboral (lo cual puede ser un indicador de que las redes sociales de apoyo no son efectivas), esto representa vulnerabilidad para este grupo de pacientes.

También fue significativa en este grupo la tendencia a la bulimia (B/EDI-2); el miedo a la madurez (MF/EDI-2), que sugiere sobre todo el miedo a crecer y el deseo de volver a la seguridad de la infancia; conciencia interoceptiva (IA/EDI-2), que indica un grado alto de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, y con inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales como hambre y saciedad, lo cual coincide con lo reportado por Fernández et al.,(2010), donde los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y los obesos puntuaron alto en esta escala; asimismo, se encontró una mayor tendencia a racionalizar (RAC/OQ), como mecanismo para deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano; es decir, hay una mayor evidencia de psicopatología en el grupo de pacientes de mayor edad, probablemente asociada a la cronicidad del padecimiento y a las limitaciones que éste ha causado en las respuestas adaptativas (funcionalidad) en diferentes áreas su la vida.

En el grupo de sujetos más jóvenes por su parte, se observó elevación en la escala de desviación psicopática (DP/MMPI), que tiene indicadores de conductas antisociales, de rebeldía ante figuras de autoridad, impulsividad y con tendencia a responsabilizar a otras personas de los problemas que padecen (locus de control por otros).

Los hombres obtuvieron los puntajes mas elevados en las escalas de desviación psicopática (Dp), la cual recoge esencialmente los problemas de adaptación social; en esquizofrenia (Es), que refleja poco interés por las personas y preocupaciones religiosas o espirituales; en la escala de paranoia (Pa), que evalúa la presencia de desconfianza, creencias delirantes, excesiva sensibilidad interpersonal, rigidez del pensamiento y proyección de culpa ; miedo a la madurez (MF/EDI-2), que evalúa el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez; y la impulsividad (IR/EDI-2), la cual se relaciona con dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de sustancias, la hostilidad, y la marginación de las relaciones interpersonales. Esta incapacidad para regular los propios

impulsos se ha visto como un síntoma de pronóstico preocupante en los trastornos de la conducta alimentaria. Hay que recordar, que en los hombres es donde se encontró en este estudio, el más alto consumo de alcohol y tabaco, mayor voracidad en su apetito y más ansiedad ante situaciones sociales, lo cual es coherente con la descripción de la escala de impulsividad.

La elevación de estas escalas no es clínicamente significativa, pero si revela diferencias en el perfil masculino y femenino, y aún cuando no existen estudios que nos permitan comparar estos datos, en un estudio sobre calidad de vida en obesos mórbidos Poves y cols., (2005) encontraron mayor afectación en las mujeres en la dimensión emocional, observando mayor estrés, ansiedad, depresión y frustración, contrario a los hallazgos de este estudio.

Por otra parte, se encontró que la variable de personalidad histeria (Hi) correlacionó positivamente con hipocondría (Hs), con la escala de problemas familiares (FAM) y con la conducta alimentaria de bulimia (B); es decir que en estos pacientes observamos una relación entre la preocupación y las quejas por la salud y los problemas físicos, la presencia de conductas bulímicas y la presencia de discordia familiar.

La conducta alimentaria de conciencia interoceptiva (IA) correlacionó positivamente con las variables de problemas familiares (FAM), interferencia laboral (DTR) y con obsesión por la delgadez (DT), lo cual indica que el desequilibrio que se presenta cuando los pacientes tienen dificultad para identificar sus propias emociones y las sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad, incrementa la percepción de problemas familiares y laborales, aumentando la preocupación por el peso corporal. Otros estudios (Fernández et al., 2010), han encontrado también una correlación positiva entre la escala de conciencia interoceptiva y la sobreingesta alimentaria (atracones) en pacientes obesos; sin embargo, en este estudio no se identificó esa relación.

Los puntajes obtenidos en la escala de indicadores negativos hacia el tratamiento (TRT), que se enfoca a evaluar las actitudes de los sujetos para aceptar ayuda o lograr cambios de conducta, nos indican que estos sujetos reconocen que tienen problemas y que poseen una actitud positiva, de interés, hacia los clínicos y hacia

el tratamiento, y que ven probable que alguien los pueda ayudar, lo cual es un aspecto favorable, para el tratamiento.

Estas conductas de riesgo (debilidades) harán necesaria la inclusión de alternativas conductuales específicas previas a la cirugía y en su seguimiento. Lograr que estos pacientes vigilen el tipo de comida que ingieren, la hora y el entorno, hacer consciente de donde y cuando se da la sobreingesta y esos intensos antojos alimentarios, y ayudarlos a desarrollar estrategias sanas para manejar esas contingencias y el estrés emocional, deberá ser parte importante del esfuerzo para lograr la reducción del peso y su mantenimiento en estos pacientes. Además estos sujetos requieren de información precisa acerca de lo que es la obesidad como enfermedad, de los efectos de la cirugía, de la necesidad de llevar una dieta sana y de incorporar a su vida la actividad física.

Una de las fortalezas más importantes en estos pacientes, es que tienen alta motivación para bajar de peso y conservar un peso corporal sano, la cual además, es más elevada en las mujeres; sin embargo, hay evidencia de que esto no basta para que un tratamiento tenga éxito (Moreno y cols., 2005), cuando gran parte de ese éxito depende de la modificación de un estilo de vida; es decir, estamos ante un proceso que además de lo quirúrgico, debe combinar el aprendizaje y la modificación de comportamientos y hábitos alimentarios.

De acuerdo con el modelo de creencias sobre la salud (Becker y Rosentok, 1984), según el cual para que se cumpla con el régimen médico, los pacientes deben verse como vulnerables a la enfermedad y deben creer que la enfermedad es realmente seria, además deben de estar convencidos de que el tratamiento será efectivo y verlo como alternativa viable para establecer control sobre la enfermedad; asimismo, deben percibir que el costo del control de la enfermedad no es tan alto comparado con los beneficios y, finalmente, deben sentirse motivados para mejorar su estado general de salud. Es decir que en este caso aquellos pacientes con obesidad mórbida que no se sienten amenazados por un problema de salud, que no tienen una autopercepción de enfermedad o que evalúan que los costos que conlleva el tratamiento sobrepasan los beneficios, muy probablemente no cumplirán el tratamiento

Para mejorar la calidad de atención y el pronóstico de los pacientes con obesidad mórbida que se someten a cirugía bariátrica, es necesario identificar sus características psicosociales; la información que aporta este estudio permitirá a los profesionales de la salud el ajuste de los tratamientos psicológicos y médicos que impacten en una mejor respuesta del paciente.

Sin embargo, los resultados de este estudio aun cuando tienen semejanza con los de la literatura revisada, deberán tomarse con cautela, ya que la muestra fue reducida (n=31).

Estudios futuros tendrán que contemplar una muestra mayor, así como explorar más ampliamente aspectos relativos a la percepción de salud-enfermedad, la autopercepción de imagen corporal y su relación con la edad de inicio de la obesidad; asimismo, es importante el seguimiento a largo plazo de los pacientes que sean sometidos a la cirugía bariátrica y evaluar el éxito alcanzado en función de las características psicosociales, es otra línea de investigación que aportará información valiosa acerca de los pacientes en los cuales puede tener un mayor éxito este procedimiento.

X. CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados, se logró la identificación de una serie de variables psicológicas y sociales que caracterizan a un grupo de pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica, se encontraron coincidencias con estudios realizados en otros países; además, aborda aspectos no reportados por la literatura en este tipo de pacientes, como es la evaluación de la percepción de salud, la caracterización de los hábitos alimentarios, el análisis de los tratamientos previos para el control de la obesidad, así como de los hábitos de consumo de productos comerciales para perder peso.

Para el objetivo de *identificar la percepción del estado de salud*, se encontró que más del 50% de los sujetos no tiene autopercepción de enfermedad, ni de padecer problemas graves de salud. La obesidad no es percibida como una enfermedad.

Los sujetos más jóvenes (19-28) tienen menor percepción de enfermedad, mientras que en los dos grupos de mayor edad, especialmente en los de más de 37 años existe mayor autopercepción de enfermedad.

Las principales comorbilidades encontradas en este grupo de pacientes fueron molestias músculo-esqueléticas, fatiga, hipertensión arterial y diabetes. Sin encontrar diferencias significativas por edad ni por sexo.

Por tanto, es necesario que el equipo de salud insista en la información detallada a los pacientes sobre los riesgos de morbilidad que presenta la obesidad mórbida, que les facilite reflexionar y tomar conciencia de su gravedad.

Con relación al objetivo de *comparar los hábitos alimentarios, el consumo de sustancias y el consumo de productos comerciales para perder peso*, referente a los hábitos de alimentación se encontraron conductas protectoras como el que los sujetos preparen los alimentos en casa y que ingieran los alimentos en el comedor; sin embargo, también se identificaron riesgos como es que utilicen menos de 20 minutos para comer, lo cual es congruente con la presencia de un apetito voraz identificado en estos pacientes, lo que favorece la presencia de sobreingesta (atracones).

Otros de los riesgos que se identificaron en el grupo de los más jóvenes y en las mujeres, es que no tienen horarios establecidos para comer, además de que poseen el hábito de comer en la recámara.

Asimismo se identificó que las mujeres son mayormente comedoras emocionales (tristeza, frustración, soledad), lo que ocasiona que se incremente su consumo de alimentos, mientras que en los hombres la respuesta emocional es menor equiparable al estrés.

Los hombres por su parte, presentan apetito voraz, lo cual nos habla de altas posibilidades de que se estén presentando episodios de atracones, aun cuando estos puedan ser enmascarados en una mayor ingestión de alimentos; esto es mas frecuente también en los dos grupos de pacientes de mayor edad.

Se identifico que este grupo de pacientes tiene una dieta no balanceada, con un déficit en el consumo de frutas, verduras y leguminosas y un elevado consumo de alimentos de origen animal, seguido de lácteos y cereales, además de un elevado consumo de refrescos.

Los hombres tienen un alto consumo de alimentos de origen animal, de lácteos y cereales, y diariamente consumen refrescos. En cambio las mujeres, consumen más frutas y verduras pero también más “productos chatarra”.

Por edad, lo más relevante fue que el grupo de los más jóvenes son los que consumen más “productos chatarra” y los mayores de 37 años consumen refrescos todos los días, por lo que presentan mayor vulnerabilidad y dificultad para la modificación de hábitos alimentarios.

Además, poseer horarios establecidos para comer correlacionó negativamente con el consumo de frutas, es decir que cuando no se tienen horarios para comer hay menor consumo de frutas; mientras que el consumo de productos chatarra correlacionó negativamente con el consumo de frutas, con las leguminosas y con los lácteos, y positivamente con el consumo de refrescos, es decir que los pacientes que consumen productos chatarra, no consumen frutas, leguminosas, ni lácteos, pero sí refrescos.

Para el *consumo de sustancias*, se encontró que los hombres son los que más fuman (57%) y se observó un mayor consumo en los más jóvenes y los de más de 37 años, lo cual eleva el riesgo de complicaciones de salud en estos pacientes.

El número de comidas que realizan al día correlacionó negativamente con el consumo de tabaco, es decir que cuanto más fuman menor número de comidas realizan.

El 10% de los pacientes presenta *alcoholismo* y correspondió al sexo masculino; sin embargo existe un alto porcentaje de bebedores sociales (43% hombres y 50% mujeres), los cuales corresponden nuevamente al grupo de edad de los más jóvenes y al de más de 37, ubicándolos como un grupo de alto riesgo no solo para la salud sino para el éxito de la cirugía.

Respecto al consumo de *productos comerciales para perder peso*, lo que más han utilizado son pastillas, gel, cremas, etc., y fajas; las mujeres son las mayores consumidoras de estos productos, ya que los hombres solo reportaron un bajo consumo de pastillas.

Por otra parte, la ingesta de alcohol correlacionó positivamente con el consumo de pastillas para perder peso, lo cual indica que a mayor consumo de alcohol también se presenta mayor consumo de pastillas. Asimismo, el consumo de gel y otros, correlacionó positivamente con la ingesta de pastillas, es decir que quien consume productos de uso externo (tópico) como el gel, jabones, espumas, fajas, etc., también tiene un mayor consumo de fármacos.

Para el objetivo de relacionar la *percepción del estado de salud con la motivación* hacia la cirugía, se encontró que la percepción general del estado de salud correlacionó positivamente con la percepción de padecer problemas graves de salud y con la motivación para mejorar la salud, y se correlacionó negativamente con la motivación personal/física (mejorar imagen, ser atractivo, etc.), es decir que cuando se tiene una autopercepción de enfermedad también se perciben con problemas graves de salud y su motivación para la cirugía es la búsqueda mejorar la salud. En el mismo sentido, la percepción de problemas graves de salud correlacionó negativamente con la motivación personal/física, es decir que cuando

se tiene la percepción de padecer un problema grave de salud disminuye la motivación que tiene que ver con mejorar la apariencia física.

Respecto al objetivo de *relacionar hábitos de salud, conducta alimentaria, imagen corporal y percepción del estado de salud*, se identificó que la percepción del estado general de salud correlacionó negativamente con la autopercepción de la imagen corporal, es decir que cuando hay una mayor percepción de enfermedad, se tiene una imagen corporal negativa.

Los hábitos de salud correlacionaron negativamente con las conductas alimentarias de sobreingesta, antojos, expectativas de comer y con racionalizaciones; es decir, que cuando se tienen mejores hábitos de salud, disminuyen los episodios de atracones, antojos alimentarios, y se reduce también la búsqueda de comer como regulación emocional y el mecanismo de racionalizar disminuye, indicando que el paciente tiene una mayor disposición a tomar responsabilidad por su peso corporal.

La conducta alimentaria de subingesta correlacionó positivamente con la motivación para bajar de peso; lo cual indica que los sujetos tienden a comer menos cuando se encuentran con una motivación alta. Los antojos alimentarios, también correlacionaron positivamente con expectativas de comer, con racionalizaciones y con bulimia; y negativamente con hábitos de salud; es decir que una conducta alimentaria caracterizada por antojos se acompaña también de conductas bulímicas, de mayor racionalización, menos hábitos saludables y más expectativas de que a través de los alimentos se alcanza estabilidad emocional.

La imagen corporal también correlacionó positivamente con los hábitos de salud, lo que indica que cuando se tiene una imagen corporal real hay mayor reconocimiento de los hábitos de salud que se tienen.

La motivación para perder peso, correlacionó positivamente con hábitos de salud, es decir a mayor motivación mejoran los hábitos de salud.

Con relación al objetivo de correlacionar *la imagen corporal con el autoconcepto*, se encontró que estos pacientes poseen una imagen corporal negativa, así como un

autoconcepto negativo sobre todo en la dimensión del autoconcepto físico. La imagen corporal correlacionó positivamente con el autoconcepto social y con el autoconcepto físico. Las mujeres obtuvieron las puntuaciones mas bajas en la imagen corporal y los sujetos del grupo de más de 37 años presentaron el puntaje mas pobre tanto en lo relativo a la imagen corporal como en la dimensión del autoconcepto físico.

Las fortalezas de estos pacientes radican en la dimensión del autoconcepto académico/laboral y familiar.

Respecto al objetivo de *correlacionar la percepción del estado de salud con las variables psicológicas*, se encontró que la percepción del estado de salud no correlaciona con las variables psicológicas, pero si se encontró que la hipocondría (Hs) correlaciona positivamente con histeria (Hi), y con bulimia (B), esto indica que cuando los sujetos tienen una preocupación anormal por su salud física, se incrementan también los problemas físicos de origen desconocido y hay mayor tendencia a la bulimia.

La escala de histeria (Hi) correlacionó positivamente con problemas familiares (FAM) y con bulimia (B), es decir, que cuando hay quejas por problemas físicos también se incrementan los problemas familiares y la tendencia a la bulimia en estos pacientes.

La conciencia interoceptiva (IA) correlacionó positivamente con obsesión por la delgadez (DT), con problemas familiares (FAM) y con interferencia laboral (DTR), lo cual indica que cuando existe confusión para identificar y responder adecuadamente a los estados emocionales e inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad, crece la preocupación por el peso corporal, se incrementan los problemas familiares y hay mayor desajuste laboral.

En este estudio no se aprecia que los pacientes con obesidad mórbida presenten un trastorno psiquiátrico grave, pero si presentan comorbilidad con los trastornos de personalidad pasivo-agresiva y personalidad dependiente. Muestran una tendencia a presentar quejas somáticas, pero por lo general no presentan depresión ni ansiedad severas. Comúnmente son personas que no se encuentran

motivadas ni dispuestas a la psicoterapia y esperan soluciones y respuestas simples a sus problemas como la creencia de que la cirugía resolverá mágicamente todos sus problemas.

Si bien hasta el momento no hay evidencia empírica que revele la existencia de una “personalidad del obeso”, existen alteraciones psicológicas que están vinculadas a la obesidad como son la depresión, ansiedad, impulsividad, la dificultad para identificar sus propias sensaciones, comer como respuesta a emociones diversas, la sobreingesta alimentaria, etc., las cuales no se encuentran aisladas, sino interrelacionadas unas con otras y con diferentes matices en cada persona; sin embargo, son de fundamental importancia a la hora de plantear un tratamiento, ya que de ser ignoradas podrían obstaculizar la meta de la pérdida de peso y su mantenimiento, además de imposibilitar un compromiso adecuado del paciente candidato a cirugía.

Los datos de personalidad premórbida, la falta de autopercepción de enfermedad, las alteraciones en el comportamiento alimentario, así como los hábitos de alimentación y de consumo identificados en estos pacientes, son de utilidad para planear la intervención psicológica que requiere cada paciente antes y después (si es el caso) de la intervención quirúrgica, ya que si bien aun es incierto que estas variables pueden ser predictoras de éxito, pueden evaluarse como fortalezas o debilidades que serán determinantes en la respuesta del paciente de apego al tratamiento.

XI. REFERENCIAS

- Adami GF, Gandolfo P, Campostano A, Meneghelli, Ravera G, Scopinaro N. (1998) Body image and body weight in obese patients. *International Journal Eating Disorders*; 24(3):299-306
- Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD, Lamonte MJ, Stroup AM, Hunt SC. (2007). Long-term mortality after gastric by pass surgery. *New England Journal of Medicine*; 23:357(8):753-761.
- Alvarado R, Numhauser J, Vera A (2008). Factores psicosociales asociados a cuadros depresivos en mujeres adultas. *Revista de Salud Pública, Córdoba Argentina* 2(1): 8-16.
- Álvarez CR. La obesidad, problema personal y problema de salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM* 1997; 40: 128-13
- American Society for metabolic & bariatric surgery (ASMBS) 2005.
- American Psychiatric Association, (1987, 1994, 2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders- texto revisado (DSM-IV-TR)*
- Andersen T, Larsen U. (1989). Dietary outcome in obese patients treated with a gastroplasty program. *American Journal of Clinical Nutrition*; 50(6):1328-1340
- Athanassios CT (2004). Participación del psicólogo y psiquiatra en la fase preoperatoria. *Cirurgía da Obesidade. Sociedade Brasileira da Cirurgia Bariátrica*;71-79
- Arterburn DE, Crane PK, Veenstra DL.(2004). The efficacy and safety of sibutramine for weight loss. A systematic review. *Archives of Internal Medicine*; 164: 994-1003.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca,
- Barceló AM, Borroto DG, (2001). Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. Ciudad de La Habana, Cuba. *Revista Cubana Investigación Biomédica*: 20(4):287-95
- Baum A, Posluszny DM (1999). Health Psychology: Mapping Biobehavioral Contributions to Health and Illness. *Annual Review of Psychology*, 50: 137–163.

- Bean MK, Stewart K, Olbrisch ME. (2008). Obesity in America: implications for clinical and health psychologists. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 15:214-224
- Belar CD, Deardorff WW. (1995). *Clinical Health Psychology Assessment*. Citado en *Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales*. Nunes BM, García CC, Alba SS. (2006). *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*; 14(28) 138-161
- Becker M, Rosentok I. (1984). Compliance with medical advice. In A. Steptoe y A. Mathews (Eds.), *Health Care and Human Behavior*. Academic Press 175-208
- Berrocal C, Ruiz MA. (2002). Trastorno por sobreingesta compulsiva. Validez de la diferenciación entre el síndrome completo y parcial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2(3) 407-424.
- Blanco A, Sánchez-Vallejo E, Carrera P, Caballero A, Rojas D. (2000). Supuestos teóricos para un modelo psicosocial de las conductas de riesgo. En S. Yubero y E. Larrañaga (Eds.), *SIDA: Una visión multidisciplinar* (pp. 41-62). Cuenca: Ediciones Castilla la Mancha.
- Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. (2002) A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research* 52(3):155-165
- Bruch H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 531-1538.
- Bustamante F, Williams CD, Vega EP, Prieto BD. (2006) Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol.58 (6) 481-485). Disponible http://www.sicelo.cl.php?script=sci_arttex&pid=S078-18-4026006000600016&lng=es&nrm=iso: accedido en 01 feb 2008
- Cánovas MR, Moix J., Sanz A, Estrada MT. y Cos R. (1998). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual en pacientes quirúrgicos. *Cirugía Española*, 64: 347-352.
- Cash TF, Green GK (1989). Body weight and body image among college women: Perception, cognition, and affect. *Journal of Personality Assessment*, 50: 290-301.
- Cardenal HV (2005). Autoconcepto, personalidad, self y salud. *Escritos de Psicología*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos II. Universidad Complutense de Madrid 7: 35-42
- Carpenter KM, Hasin Ds, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts:

results from a general population study. American Journal Public Health. 2000; 90(2):251-257

Christensen A, Moran P, Wiebe J, (1999). Assesment of irrational heath practices and medical regimen adherence. Health Psychology. New York: Wiley

Cichon DJ. y Koff RH. (1980). Stress and teaching. NASSP Bulletin, 64, 91-104. Online <http://bul.sagepub.com> at UNIV DE GUADALAJARA on September 18 2009.

Cluss P, Epstein L. (1985). The measurement of medical compliance in the treatment of disease. Citado por D'Anello KS. Cumplimiento del tratamiento medico: aspectos psicosociales

Cohen S. y Herbert T. B. (1996). Health psychology: Physiological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. Annual Review of Psychology, 47, 113-142.

Colditz GA. Economic costs of obesity and inactivity. Medicine Science in Sports and Exercise 1999; 31(Suppl 11): S663-7

Cooper PJ, Goodyer I. (1997). Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. British Journal of Psychiatry, 171: 542-544.

D'Anello KS. (2006) Instrumento para medir variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico MedULA, Revista Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela. 15(1) 4-8.

Damasceno VO, Perrout LJ, Maceno VJ, Ribeiro AV, Silva NJ. (2005). Ideal physical type and body image satisfaction of regular walkers. Rev Bras Med Esporte; 11 (3)181-186.

De Garine I, Vargas L. A. "Introducción a las investigaciones antropológicas sobre alimentación y nutrición". Revista Cuadernos Nutrición 1997; 20:21-28.

De Maria EJ. (2007). Bariatric Surgery for Morbid Obesity. New England Journal Medicine; 356:2176-83

De Ridder M, Depla M, Severens P, Maslach M. (1997). Beliefs in coping with illness: A consumer's perspective. Social Science & Medicine, 44, 553-559.

Deaux, K. (1992). Focusing on the self: Challenges to self-definition and their consequences for mental health. En Cardenal HV. Autoconcepto, personalidad, self y salud. Escritos de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos II. Universidad Complutense de Madrid 7: 35-42

- Delgado CC, Morales GM, Maruri CH, Rodríguez TC, Benavente MJ, Núñez BS. (2002). Conductas alimentarias y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 30(6): 376-381.
- DiMatteo M, Sherlourne C, Hays R, Ordway L. (1993). Physicians characteristics Influence patients' adherence medical treatment: results from the medical outcomes study. *Health Psychology*, 12, 93-102.
- Dong C, Li WD, Li D, Price RA. (2006). Extreme obesity is associated with attempted suicides: results from a family study. *International Journal Obesity*: 30, 388-390.
- Engel, GL. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Fabricatore AN, Crerant CE, Wadden TA, Sarver DB, Krasucki JL. (2006) How Do Mental Health Professionals Evaluate Candidates for Bariatric Surgery? Survey Results. *Obesity Surgery*; 16 (5):567-573
- Fausto GJ, Valdez LRM, Aldrete RMG, López ZMC. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Investigación en Salud*. 2: 91-94.
- Fischler C. (1995), El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Citado en *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Ariel (ed) Barcelona España. 51-69
- Flannery RB, Flannery GJ. (1990) Sense of coherence, life stress and psychological distress: a prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*. Vol 46 (4) 415-420
- Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA* 2002; 288: 1723-7.
- Friedman H, DiMatteo RD. Health psychology (1989). Citado en *Procesos psicosociales en la educación en salud y en la prevención del cáncer* Guibert RW, Jorge Grau AJ, Romero PT, Prendes LM, Chacón M. *Revista Cubana Medicina General Integral*; 16 (2) La Habana 2000 186-193.
- Fujioka K. (2005). Follow-up of nutritional and metabolic problems alter bariatric surgery. *Diabetes Care*; 28 (2): 481-484.
- Garner DM. (1998) *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid, TEA Ediciones 14-17

- Garner DM y Garfinkel PE. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*; 11, 263-284.
- Garrido AB, (2004). *Cirurgia da Obesidade*. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica. São Paulo. Editora Atheneu,
- Gerbrand CM. Van Hout GC, Jakimowicz JJ, Fortuin F, Pelle A, Van Heck GL. (2007). Weight Loss and Eating Behavior following Vertical Banded Gastroplasty. *Obesity Surgery*; 17(9): 1226–1234.
- Glinski J. Wetzler S, Goodman E. (2001) The Psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery* 11:581-88
- González RF, (1994). Facultad de Psicología, Universidad de La Habana. *Revista Cubana de Psicología*. Vol.12 No. 2-3, 135-146
- González RF, (1990). Personalidad y salud humana. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana. *Revista Cubana de Psicología* Vol. VII No. 2, 75-82
- Grau J. (1998) *Estrés, Salud y Enfermedad*. Impresiones ligeras; material docente de la Maestría en Psicología de la Salud, La Habana: Escuela Nacional de Salud Publica-Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana
- Grau J, Hernández ME, Vera VP. (2005) Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En: *Psicología de la Salud, fundamentos y aplicaciones*. Universidad de Guadalajara. México. 113-166.
- Greenberg I, Perna F, Kaplan M, Sullivan M. (2005). Behavioral and Psychological Factors in the Assessment and Treatment of Obesity Surgery Patients. *Obesity Research*: 13, 244–249
- Guisado JA, Vaz FJ, Alarcón J, Bejar A, Casado M, Rubio MA. (2002). Psicopatología en pacientes con obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Rev. Cubana Endocrinología*: 13(1):29-34).
- Guisado JA, Vaz FJ. (2002). Características clínicas de los pacientes con obesidad mórbida. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina Barna*. 29 (2) 85-94)
- Guisado J.A, Vaz FJ, López-Ibor JJ, Rubio MA. (2001) Características clínicas y pérdida de peso en pacientes con obesidad mórbida tras cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria* XVI (5) 170-174)

- Gutiérrez FJ, Royo BMA, Rodríguez AF.(2006) Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo: la epidemia de la obesidad. Universidad Autónoma de Madrid. Gaceta Sanitaria (Supl.1) 1):48-54
- Halpern, A. (2004) Fisiopatología da Obesidade. En: Garrido Jr., A. B. Cirurgia da Obesidade. Sao Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 2, p. 9-12.
- Hafner RJ, Rogers J, Watts JM. (1990) Psychological status before and alter gastric restriction as predictor of weight loss in the morbidly obese. Journal Psychosom Res. 34: 295-302).
- Harper J, Madan AK, Ternovits CA, Tichanski Ds.(2007) What happens to patients who do not follow-up alter bariatric surgery? Am Surg; 73(2):181-184
- Hernández ME, Grau AJ. (2005) Psicología de la Salud, fundamentos y aplicaciones. Universidad de Guadalajara. México 113-166
- Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Hebebrand J, Senf W. (2004) Do psychosocial variables predic weight loss or mental alter obesity surgery? A systematic Review. Obesity Surgery; 12 (10): 1554-69).
- Hobfoll y Stokes, (1988). Conservation of Social Resources: Social Support Resource Theory. En: La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicossocial de los enfermos oncológicos; Durá E, Garcés J. Revista de Psicología Social. 1991 6 (2) 257-271
- Hsu LK, Sullivan SP, Benotti PN. (1997). Eating disturbances and outcome of gastric by pass surgery: a pilot study. International Journal Eat Disord; 21(4):385-390
- Hollander E, Aronowitz BR. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder. Managing the complicated patient. Journal of Clinical Psychiatry, 60 (Suppl 9), 27-31.
- Hughes M, (2004). Evaluación de los aspectos sociales, éticos y económicos de la publicidad y la promoción. Perspectiva de la comunicación de marketing integral. Sexta edición. México 829-832.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2007). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Jalisco. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Publica-Secretaria de Salud.
- Juárez DF. (2001) Cirugía en la obesidad mórbida. Revista Facultad Medicina de UNAM; 44 (3),114-117

- Kalarchian MA, Marcus MD, Wilson GT, Labouvie EW, Brolin RE, LaMarca LB. (2002). Binge eating among gastric by pass patients at long-term follow-up. *Obesity Surgery*; 12(2):270-275.
- Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, Soulakova JN, Weissfeld LA, Rofey DL. (2007): Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*; 164:328–334
- Kandiah, J., M. Yake, J. Jones and M. Meyer (2006). Stress influences appetite and comfort food preferences in college women. *Nutrition Research*; 26(3):118-123.
- Karel M. J. (2000). The Assessment of Values in Medical Decision Making. *Journal of Aging Studies*; 14 (4): 403–423
- Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Malarkey WB, Mercado AM, y Glaser R. (1996). El estrés psicológico enlentece la cicatrización de las heridas. *The Lancet* (Ed. Esp.); 28; 3: 188-191
- Kobasa SC, Maddi SR, Courington S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health Social Behavior*. Vol.22 (4) 368-378
- Koenig LJ. y Wasserman EL. (1995) Body image and dieting failure in college men and women: Examining links between depression and eating problems. *Journal Sex roles*, 32 (3-4), 225-249
- Klonoff EA, Landrine H. (1993). Cognitive representations of bodily parts and products: Implications for health behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 497-508
- Krantz, D. S., Glass, D. C., Contrada, R. J. y Miller, N. E. (1981). Behavior and Health. En Cardenal HV Autoconcepto, personalidad, self y salud. *Escritos de Psicología*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos II. Universidad Complutense de Madrid 7: 35-42
- Lamarche B. (1998) Abdominal Obesity and its metabolic complications: implications for the risk of ischemic Heart disease. *Coronary Artery Disease*; 9 (8): 473-81.
- Larsen F. (1990) Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective psychiatric study. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*; 359:1-57

- Latner JD, Wetzler S, Goodman ER, Glinski J. (2004). Gastric by pass in a low-income, inner-city population: eating disturbances and weight. *Obesity Research*; 12(6):956-961
- Lazarus R, Folkman S. (1986). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer
Estrés y procesos cognitivos. Traducción española Barcelona, Martínez Roca;164-168.
- LeMont D, Morread MK, Parish MS, Reto CS, Ritz SJ. (2004). Suggestions for the pre-surgical psychological assessment of bariátrica sugery candidates. *American Society for Bariatric Surgery*; October;2-16)
- Levental H, Diefenbach M. (1991). The active side of illness cognition. In J. Skelton y R. Croyle (Ed.). *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer Verlag.
- López RS, Pastor M, Rodríguez MJ, Sánchez S, Belmonte J. (1990) Evaluación del estrés del paciente quirúrgico. 2 (1-2): 113-126
- López RS. (1995). Preparación psicológica del paciente quirúrgico. En *Ciencias psicosociales aplicadas II*. Latorre Postigo JM. Ed. Síntesis 99-105
- Luna I. (2001). Mujer, belleza y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30 (4), 385-388.
- Lykouras L. (2008) Psychological profile of obese patients. *Digestive Diseases*; 26(1):36-39
- Martín AL, (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud enfermedad. *Rev. Cubana de Salud Pública*, 29(3): 257-81
- Martin LF, Tan T-L, Holmes PA. (1995). Can morbidly obese patients safely lose weight preoperatively? *American Journal Surgery*; 169: 245-53.
- Martin LA, Grau J. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En *Psicología de la Salud fundamentos y aplicaciones*. Universidad de Guadalajara, México 567-586
- Madrigal FH, Irala EJ, Martínez GM, Kearney J, Gibney M, Martínez HJ. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública Mex*; 41:479-486
- Manyade A, Chayen S, Priyakumar P, Smith CCT, Hayes M, Higgins D, Kee S, Phillips S, Salmon P. (1992). Anxiety and endocrine response to surgery: Paradoxical effects of preoperative relaxation training. *Psychosom Med.*; 54 (3):275-287).

- McDonald JE, McCabe K, Yeh M, Lau A, Garland A, Hough LR. (2005). Cultural Affiliation and Self-Esteem as Predictors of Internalizing Symptoms Among Mexican American Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 34 (1)163 – 171
- McGinnis JM, Foege WH, (1993) Actual causes of death in the United States. *The Journal American Medical Association (JAMA)*: 270 (18): 2207-2212.
- Miguel TJ, Cano VA, (1990). Anxiety manifestations in normal and psychophysiologicaly disordered subjects. 11 International Conference of S.T.A.R., Berlin, Julio 5-7
- Miller WC, Koceja DM, Hamilton EJ. (1997) A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or diet plus exercise intervention. *International Journal of Obesity* 21: 941-7.
- Mills JK. (1995). A note on interpersonal sensitivity and psychotic symptomatology in obese adult outpatients with a history of childhood obesity. *The Journal of Psychology*. 129: 345-348
- Millon T, Davis RD. (1998). *Trastornos de personalidad. Más allá del DSM- IV*. Barcelona: Masson 233-242
- Moliner J, Moroni RM. (2008). Factores biopsicosociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática*; 10(2); 44-60
- Montero BA, Ubeda MN, y García GA, (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutricion Hospitalaria*. vol.21, (4) 466-473.
- Montero JC. (2001). Obesidad: una visión antropológica. *Revista Medica de la Universidad de Buenos Aires* 1-27
- Moreno JB, Garrosa HE, Gálvez HM, (2005). *Personalidad Positiva y Salud*. Universidad Autónoma de Madrid. *Psicología de la salud*. Temas actuales de investigación en Latinoamérica. Bogotá: ALAPSA 59-76
- Nagel KL, Jones KH. (1992) Sociological factors in the development of eating disorders. *Journal Adolescence*, 27, 107-113
- Niemeier HM, Raynor EH, Lloyd-Richardson E, Rogers ML, Wing RR, (2006). Fast food consumption and breakfast skipping: predictors of weight gain from adolescence to adulthood in a nationally representative sample. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 39: 842- 849.

- Norma Oficial Mexicana NOM 043, (2006). Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
- Nunes BM, García CC, Alba SS. (2006) Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal; 14(28) 138-161
- O`Donnell WE, Warren WL. (2007). Manual de sobreingesta alimentaria. Editorial El Manual Moderno. Mexico. 3-39
- Omalu BI, Ives DG, Buhari AM, Linder JL, Schauer PR, Wecht CH, Kuller LH. (2007). Death rates and causes of death after bariatric surgery for Pennsylvania residents, 1995-2004. Archives of Surgery 142(10):923-929
- Orenstein, P. (1994). Citado por Hyde JS. (2005). The Gender Similarities Hypothesis. American Psychologist: 60 (6), 581-592
- Ortega RM, López-Sobaler AM, (2005). How justifiable is it to distort the energy profile of a diet to obtain benefits in body weight control? American Journal of Clinical Nutrition; 82(5):1140-1141.
- Ortega RM, Requejo AM, Quintas ME, Andrés P, Redondo MR, López-Sobaler AM, (1996). Desconocimiento sobre la regulación dieta- control de peso corporal de un grupo de jóvenes universitarios. Nutricion Clínica; 16:147-153
- Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS y Harlow BL, (2001). Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. American Journal of Psychiatry, 158 (12), 2061-2063.
- Papageorgiou GM, Papakonstantinou A, Mamplekou E, Terzis I, Melissas J. (2002). Pre-and postoperative psychological characteristics in morbidly obese patients. Obesity surgery 12:534-539
- Papalia D. (1997). Desarrollo humano. México: Mc. Graw-Hill
- Pearlson G, Fluornoy L, Simonson M, Slavney P. (1981). Body image in obese adults. Psychological Medicine; 11, 147-154.
- Pennebaker JW. y Keough KA. (1999). Revealing, organizing and reorganizing the self in response to stress and emotion. En: Cardenal HV (2005). Autoconcepto, personalidad, self y salud. Escritos de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos II. Universidad Complutense de Madrid 7: 35-42

- Pérez-Rodrigo C, Ribas L, Serra L, Aranceta J, (2002). Preferencias alimentarias, conocimientos y opiniones sobre temas relacionados con alimentación y nutrición. Estudio Enkid. En: Alimentación Infantil y Juvenil. Estudio Enkid. Serra L, Aranceta J (eds.). Barcelona Masson; 41-50.
- Pérez SVG. (2002). Reflexiones y una teoría sobre gastronomía mexicana. Memorias del Congreso sobre Patrimonio Gastronómico y Turismo Cultural en América Latina y el Caribe. Tomo I, Mex. DF Consejo Nacional para la Cultura y las Artes
- Perpiñá C, y Baños RM. (1990) Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes *Anales de psicología*; 6 (1), 1-9
- Phillips KA (1998). The Broken Mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder. Citado en Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología latinoamericana*. Universidad Autónoma de Barcelona, España. 2004 22:15-27
- Phillips KA, y McElroy, SL. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 229-236.
- Polaina LA, Lizasoain RO, (1994). Programas de intervención y modificación del autoconcepto. *Revista de Psicología General y Aplicada*; 47 (3) 333-337
- Possas C. (1989). Epidemiología y sociedad. Citada en: Estilo de vida: factor culminante en la aparición y tratamiento de la obesidad. Barceló AM, Borroto DG, (2001). Ciudad de La Habana, Cuba. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*: 20(4):287-95
- Poves PI, Macías GJ, Cabrera FM, Situ L, Ballesta LC. (2005) Calidad de vida en la obesidad Mórbida. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*; 97 (3) 187-195.
- Putman D, Finney J, Barkley P, Bonner M. (1994) Enhancing commitment improves adherence to a medical regimen. *J of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 191-194
- Raich RM. (2004) Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología latinoamericana*. Universidad Autónoma de Barcelona, España; 22, 15-27.
- Rodríguez CM, Frías ML. (2005) Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud (ALAPSA)*; 15 (2) 169-185.

- Rodríguez MJ, López RS, Pastor MA. (1990). Estrategias de afrontamiento de la enfermedad. En S. Barriga, León JM, Martínez MF, Jiménez IF (eds.) Psicología de la Salud. Aportaciones Psicología Social. 159-196
- Rodríguez-Marín J, Pastor MA, López RS. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*; 5 Sup. 349-372.
- Rodríguez MJ, (1995) Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En: *Psicología Social de la Salud*. Madrid. Ed. Síntesis, 144-60.
- Rosen JC, Cado S, Silberg S, Srebnik D y Went S. (1990). Cognitive behavior therapy with without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, 481-498
- Rosenberg M, (1986). Self-concept from middle childhood through adolescence. *Psychological perspectives on the self*. (3) 107-135.
- Roux, GI. (1994) La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud, *Educación Médica Salud*; 28 (2): 223-233. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
- Roland JS. (2000) *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa
- Rubio MA, Martínez C, Vidal O, Larrad A, Salas SJ, Pujol J, Díez I, Moreno B. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica *Revista Española de Obesidad*; 4: 223-249.
- Rubio MA, Rico C, Moreno C. (2005) Nutrición y cirugía bariátrica. *Revista Española de Obesidad*; 2: XX-XX 5-15
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Sandín B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*; 3(1):141-157.
- Sánchez BJ, Flores AD, Ramos CM, Hurtado FR. y Medecigo MJ (2000). Factores de riesgo coronario y su relación con arritmias e isquemia miocárdica silente en cirujanos. *Educación e Investigación Clínica*; 1 (3)181-185.
- Sánchez, F., Rubio, J., Páez, D. y Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción del riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7-17.

- Sarafino E. (1998). Health Psychology. En Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer (2007) Avances en Psicología Latinoamericana. 25 (1) 7-21
- Sarwer DB, Fabricatore AN, Jones-Corneille LR, Allison KC, Faulconbridge LN, Thomas A. Wadden TA. (2008) Psychological Issues Following Bariatric Surgery. Primary Psychiatry. 15(8):50-55
- Senado DJ, (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. Revista Cubana Medicina General Integral. 15(4):453-60
- Sheppard JA, Kashani JH, (1991). The relationship of hardiness, gender and stress to health outcomes in adolescents. J. of Personality, Vol.59 num. 4 747-768
- Scheier, MF, Carver CS. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. Journal of Personality; 55 (2):169-210.
- Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Bouchard C, Carlsson B, Bengtsson C, Dahlgren S, Gummesson A, Jacobson P, Karlsson J, Lindroos AK, Lönroth H, Näslund I, Olbers T, Stenlöf K, Torgerson J, Agren G, Carlsson LM, (2007). Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. New England Journal Medicine: 357(8):741-752
- Stroebele N, de Castro JM, (2004): Television viewing is associated with an increase in meal frequency in humans. Appetite, 42: 111-113.
- Stunkard AJ, Alliston KC. Binge Eating Disorder: Disorder or Marker? International Journal Eating Disorder 2003; 34:107-116
- Sugerman HJ, Starkey JV, Birkenhauer R.(1987) A randomized prospective trial of gastric bypass vs vertical banded gastroplasty for morbid obesity and their effects on sweets vs non-sweets eaters. Annals of Surgery; 205: 613-24.
- Sugerman HJ, Londres GL, Kellum JM. (1989) Weight loss with vertical banded gastroplasty and Roux-Y gastric bypass for morbid obesity with selective vs random assignment. American Journal Surgery.157 (1):93-102)
- Thomson DA, Berg KM, Shatford LA. (1987). The heterogeneity of bulimic symptomatology: Cognitive and behavioral dimensions. International Journal of Eating Disorders; 6; 215-234
- Travado L, Pires R, Martins V, Ventura C, Cunha S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. Análise Psicológica; 3 (XXII):533-550

- Van Hout GC, Van Oudheusden I, Krasuska A, (2006). Van Heck GL. Psychological Profile of candidates for vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 16, 67-74).
- Van Hout GC, Verschure SK, Van Heck GL. (2005). Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obesity Surgery*; 15:552-560
- Van Itallie TB.(1980). "Morbid" Obesity: a hazardous disorder that resists conservative treatment. *American Journal of Clinical Nutrition*: 33:358-361
- Van Hout GC, Boekestein P, Fortuin FA, Pelle AJ, Van Heck GL. (2006). Psychosocial functioning following bariatric surgery. *Obesity Surgery*; 16(6):787-794.
- Vázquez AR, Ruíz MA, Mancilla DJ, Álvarez RG, (2008). Patrones de consumo alimentario en mujeres y hombres con sintomatología de trastorno alimentario. *Revista Salud Pública y Nutrición*: 9 (3)
- Vázquez AR, López G, Álvarez RG, Mancilla DJ, Ruíz MA, (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*; 11(1): 185-197.
- Vázquez GE, Romero VE. (2008). Esquemas de alimentación saludable en niños durante sus diferentes etapas de la vida. Parte II. Preescolares, escolares y adolescentes. *Hospital Infantil de México Vol. 65* 605-615
- Vidal H, Auboeuf D, De-Vos P. (1996). The expression of ob gene is not acutely regulated by insulin and fasting in human abdominal subcutaneous adipose tissue. *Journal Clinical Investigation*; 98:251-5
- Wadden TA, Sternberg JA, Letizia KA, Stunkard AJ, Foster GD. (1989). Treatment of obesity by very calorie diet, behaviour therapy, and their combination: a five-year perspective. *International Journal Obesity*; 13 (suppl 2): 39-46.
- Wadden TA, Sarver DB, (2006). Behavioral assessments of candidates for bariatric surgery: a patient oriented approach. *Surg Obes Relat Dis*. 2(2):171-179
- Waters GS, Pories WJ, Swanson MS, Meelheim HD, Flickinger EG, May HJ. (1991). Long-term studies of mental health after the gastric bypass operation for morbid obesity. *American Journal of Surgery*: 161(1):154-157
- Weinstein N, (1984). Why it won't happen to me: perception of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457
- Whitaker A, Davies M, Shaffer D, Johnson J, Abrams S; Walsh BT, Kalikow K. (1989). The struggle to be thin: A survey of anorexic and bulimic symptoms

in a non-referred adolescent population. *Psychological Medicine*; 19: 143-163.

Williams G, Rodin G, Ryan R, Grolnick W, Deci E. (1998). Autonomus regulation and long term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology* 17, 269-276

Zimmerman M, Francione-Witt C, Chelminski I, Young D, Boerescu D, Attjullah N, Pohl D, Roye GD, Harrington DT. (2007). Presurgical psychiatric evaluations of candidates for bariatric surgery, part 1: reliability and reasons for and frequency of exclusion. *Journal Clinical psychiatry*: 68 (10):1557-1562

XII. ANEXOS



ANEXO 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA DR. JUAN I. MENCHACA

Protocolo: Manejo quirúrgico de pacientes con obesidad mórbida sometidos a bypass gástrico.

Yo _____, con identificación numero _____ mayor de edad, en pleno uso de mi capacidad para tomar decisiones, acepto de manera voluntaria y sin presión de ninguna clase someterme a cirugía de bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR) (reducción del estomago y exclusión duodenal), como terapia para el control de mi obesidad mórbida. Este procedimiento tiene como objetivo evitar el paso de alimentos por el duodeno, conectando una porción del intestino (yeyuno) al estomago reducido, esto se realiza mediante grapas.

Esta cirugía esta bajo la dirección del Dr. Luis F. Gómez Hermosillo y tiene como objetivo conseguir la perdida del exceso de peso que no se ha podido lograr por métodos conservadores y al mismo tiempo tratar de evitar mejorar o solucionar las alteraciones relacionadas con ello. Participan además, Dr. Felipe F. Ulloa, Dr. Jorge Casillas Moreno, Dra. Mariana Ordóñez Márquez.

Se me ha informado también que la indicación de esta opción quirúrgica es en base al Índice de Masa Corporal (IMC), y se aplica en personas que como yo tienen un IMC mayor de 35 (IMC>35kg/m²), y se me realizara un Bypass gástrico en Y de Roux, el cual consiste en seccionar el estomago, reduciéndole el tamaño, para luego conectarlo con el intestino, evitando así el paso de comida al duodeno y disminuirá la cantidad de alimento que puedo consumir, trayendo como resultado la perdida de peso,. Otros beneficios que se pueden lograr a través de esta cirugía es la mejora de enfermedades asociadas a la obesidad como son la hipertensión, hipertrigliceridemia y osteoartritis. Este procedimiento tiene muy pocas posibilidades de ser reversible.

Asimismo se conocen los posibles efectos indeseables como la deficiencia de algunas vitaminas, caída de pelo, resequedad de la piel, deshidratación, nauseas, perdida de peso y me informan que para prevenir esto debo acudir a las revisiones programadas y que pueden ser tratadas.

También se me han explicado que se pueden presentar complicaciones del procedimiento, como son: salida del contenido intestinal a través del sitio de unión del estomago con el intestino (fístula), obstrucción de la unión del estomago con el intestino, ulceración de la misma unión, infección de las heridas quirúrgicas, formación de coágulos en piernas y en pulmones e incluso morir. Se me explica que durante la cirugía cabe la posibilidad de modificar el procedimiento, para resolver problemas o hallazgos durante la cirugía (convertir a cirugía abierta). En caso de que se presenten estos problemas, se me prestara atención por el mismo servicio y cirugía laparoscopia, en coordinación con los servicios y especialistas que sea necesario consultar.

Durante la evaluación preoperatoria se realizara la historia clínica, exploración física, exámenes de laboratorio y gabinete. De igual forma será valorado (a) por las especialidades de **psicología**, nutrición, neumología, endocrinología, anestesiología y cualquier otra especialidad que se requiera según mi caso. Después de esta evaluación y si soy considerado (a) como candidato (a) se me pedirá que me interne en el Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca, para la realización del procedimiento quirúrgico.

Se me ha informado que el equipo medico de este Hospital se compromete a mantener la confidencialidad de la información obtenida, así como mi identidad como paciente.

Entiendo que estoy en mi derecho de solicitar cualquier aclaración sobre los procedimientos, riesgos y resultados, para lo cual me puedo dirigir a los encargados de este servicio.

Asimismo, me comprometo a seguir las indicaciones de dieta y hábitos personales que se me indiquen, previos y posteriores a la cirugía, ya que se me ha aclarado que el procedimiento del bypass gástrico no es mágico y que tendré que hacer cambios importantes en mi estilo de vida para obtener los mejores resultados.

Se me ha informado que debo asistir a las consultas cuando se me indique y así de esta forma disminuir el riesgo de complicaciones y deficiencia de nutrientes.

También asumo la responsabilidad de que la información requerida por el equipo de mi persona, es veraz y que todas mis dudas respecto a los efectos adversos fueron aclaradas a mi entera satisfacción. Además se me informo que puedo comunicarme con el Comité de Ética, que es un grupo de personas que tienen como principal objetivo cuidar el respeto a mis derechos como paciente.

Guadalajara Jalisco. A _____

Paciente _____

Nombre y firma

tel.

Testigo 1 _____

Nombre y firma

tel.

Testigo 1 _____

Nombre y firma

tel.

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

ANEXO 2.

Hospital Civil de Guadalajara
Juan I. Menchaca
Programa de Atención Psicológica al Paciente con Obesidad Mórbida

Fecha: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre: _____
2. Edad: _____
3. Sexo: M / F
4. Domicilio: _____
5. Colonia: _____
6. Municipio: _____
7. Estado: _____
8. Tel: _____
9. Cel: _____
10. Peso actual: _____ Kg.
11. Talla: _____ mts.
12. Peso ideal: _____ Kg.
13. IMC: _____
14. Edo. Civil: _____
 1. Soltero (a)
 2. Casado (a)
 3. Viudo (a)
 4. Divorciado (a)
 5. Separado (a)
 6. Unión Libre
15. Religión: _____
16. Lugar y fecha de nacimiento: _____
17. Escolaridad: _____
 1. Nula
 2. Primaria incompleta (< a 3 años)
 3. Primaria incompleta (< a 6 años)
 4. Primaria
 5. Secundaria
 6. Secundaria Técnica
 7. Bachillerato
 8. Bachillerato Técnico
 9. Licenciatura
 10. Maestría
 11. Doctorado
 12. Especialidad o estudios de postgrado.

DATOS FAMILIARES

18. Composición familiar:
 1. Nuclear
 2. Extensa
 3. Familia de un solo padre
 4. Otros
19. No. hermanos: _____
20. Lugar que ocupa entre los hermanos _____
21. Edad del padre: _____
22. Ocupación: _____
23. Escolaridad: _____
 1. Nula
 2. Primaria incompleta (< a 3 años)
 3. Primaria incompleta (< a 6 años)
 4. Primaria
 5. Secundaria
 6. Secundaria Técnica
 7. Bachillerato
 8. Bachillerato Técnico
 9. Licenciatura

10. Maestría
11. Doctorado
12. Especialidad o estudios de postgrado.

24. Edad de la madre: _____

25. Ocupación: _____

26. Escolaridad: _____

1. Nula
2. Primaria incompleta (< a 3 años)
3. Primaria incompleta (< a 6 años)
4. Primaria
5. Secundaria
6. Secundaria Técnica
7. Bachillerato
8. Bachillerato Técnico
9. Licenciatura
10. Maestría
11. Doctorado
12. Especialidad o estudios de postgrado.

HISTORIA ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD

27. Que edad tenia cuando comenzó a preocuparse por su peso? _____ años

28. Considera que tiene problemas con su alimentación? 1. Si _____ 2. No _____

29. En este momento esta usted a dieta? 1. Si _____ 2. No _____

30. Padece problemas graves de salud? 1. Si _____ 2. No _____

31. Como evaluaría usted su peso?

Peso muy por debajo de lo normal _____ Peso por debajo de lo normal _____ Peso normal _____

Peso por encima de lo normal _____ Peso muy por encima de lo normal _____

32. Como cree que evaluaría el peso de usted la mayoría de las personas?

Peso muy por debajo de lo normal _____ Peso por debajo de lo normal _____ Peso normal _____

Peso por encima de lo normal _____ Peso muy por encima de lo normal _____

33. Cual es el máximo tiempo que usted ha estado en su peso ideal?

Menos de un mes _____ De 1-3 meses _____ De 4-6 meses _____ De 6-12 meses _____

Mas de 12 meses _____ Nunca _____

27. Otros familiares que padecen obesidad: SI _____ No. _____

ALIMENTACIÓN

28. Tiempo destinado para cada comida: _____

1. < 10 min.
2. 10 a 20 min.
3. 20 a 30 min.
4. > 30 min.

29. No. de comidas al día: _____

1. < a 3 al día
2. 3 al día
3. 4 a 5 al día
4. 6 o más

30. Describa la intensidad de su apetito: _____

1. Leve
2. Moderado
3. Voraz
4. Otro _____

31. Bajo que circunstancias emocionales nota que come más:

1. Estrés
2. Ansiedad
3. Emocional (enojo, tristeza, alegría)
4. Frustración
5. Abandono (sentimiento de soledad)
6. Otro

32. Preparación de alimentos en casa (hábitos):

1. Si ___
2. No ___

33. Cuando está en casa, ¿en qué lugar consume sus alimentos?

1. Cocina-comedor
2. Sala ___
3. Recamara ___

34. Tiene Horario establecido para comer?: 1. Si ___ 2. NO ___

35. Consumo de alimentos (veces por semana)

- | | |
|--------------------------|-----|
| 35.1 Frutas | ___ |
| 35.2 Verduras | ___ |
| 35.3 Cereales | ___ |
| 35.4 Leguminosas | ___ |
| 35.5 A. de origen animal | ___ |
| 35.6 Lácteos | ___ |
| 35.7 Productos chatarra | ___ |
| 35.8 Refrescos | ___ |
| 35.9 Café | ___ |

DATOS CLÍNICOS

36. Como considera su estado de salud: _____

1. Sano (a)
2. Enfermo (a)

37. Tabaquismo: _____

1. < a 5 cigarros
2. 6 a 10 cigarros
3. 11 a 20 cigarros
4. > a 20 cigarros
5. Ninguno

38. Alcoholismo: _____

1. Diario
2. 1 a 2 veces por semana
3. Cada mes
4. Social
5. Nunca

39. Drogadicción: _____

1. Diario
2. 1 a 2 veces por semana
3. Cada mes
4. Social
5. Nunca

40. Tipo de droga: _____

1. Inhalantes
2. Marihuana
3. Estimulantes
4. Cocaína
5. otros.
6. Ninguno

41. Tratamientos Previos: _____

- 41.1 Dietas
- 41.2 Entrenamiento físico
- 41.3 Atención Psicológica
- 41.4 Farmacológico
- 41.5 Psiquiátrico
- 41.6 Nutriólogo

42. Complicaciones asociadas a la obesidad:

- 42.1 Diabetes
- 42.2 Hipertensión
- 42.3 Problemas cardíacos
- 42.4 Dislipidemia
- 42.5 Fatiga
- 42.6 Dificultad en las relaciones sexuales

- 42.7 Depresión
- 42.8 Alteraciones músculo-esqueléticas
- 42.9 Otros _____

43. Consumo de Productos comerciales para reducir de peso:

- 43.1 Aparatos para hacer ejercicio
- 43.2 Gel, cremas, espumas, jabones.
- 43.3 Fajas
- 43.4 Pastillas
- 43.5 Otros _____

44. A que se atribuye el fracaso de tratamientos previos:

- 1. No funcionan
- 2. Falta de apego
- 3. Otros: _____

DATOS ECONÓMICOS

45. Ocupación: _____

- 45.1 Desempleado
- 45.2 Ama de casa
- 45.3 Obrero
- 45.4 Técnico
- 45.5 Comerciante
- 45.6 Profesionista
- 45.7 Estudiante

46. Jornada laboral:

- 1. 1-4 horas _____
- 2. 1-8 horas _____
- 3. > 8 horas _____

47. Ingreso mensual: \$ _____

48. Otros ingresos: \$ _____

HABILIDADES SOCIALES

49. Hace amigos fácilmente: 1. SI__ 2. NO__

50. Conserva a sus amigos: 1. SI__ 2. NO__

51. Frecuenta a sus amigos: 1. SI__ 2. NO__

52. Grado de ansiedad ante situaciones sociales:

- 1. Muy relajado
- 2. Relajado
- 3. Ansioso
- 4. Muy ansioso

53. MOTIVACION PARA PERDER DE PESO:

- 53.1 Personal/Físico (Mejorar mi imagen, sentirme mejor, ser atractivo (a), comprarme ropa, etc)
- 53.2 Escolar/Laboral (tener acceso a conseguir un mejor empleo)
- 53.3 Social (Ser aceptado, tener amigos, tener pareja)
- 53.4 Familiar (por mis hijos, por mi esposo, para salvar mi matrimonio, soy el sustento de mi familia, etc)
- 53.5 Salud (Mejorar calidad de vida)
- 53.6 Otros

54. EXPECTATIVAS DE LA CIRUGIA

- 54.1 Bajar de peso
- 54.2 Mejorar calidad de vida
- 54.3 Mejorar la salud
- 54.4 Verme bien
- 54.5 Ser aceptado
- 54.6 Otros