



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL GRUPAL PARA PÉRDIDA DE PESO
Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES BARIÁTRICOS:
REPORTE DE EXPERIENCIA**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
MARIANA ALEJANDRA SIERRA MURGUÍA**

**DIRECTOR DEL REPORTE:
DR. ARIEL VITE SIERRA**

**COMITÉ TUTORIAL:
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
DRA. MARGARITA TORRES TAMAYO
DRA. GEORGINA CÁRDENAS LÓPEZ
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

CONTENIDO

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Prevalencia.....	3
Causas de la Obesidad.....	4
Tratamientos.....	4
Aspectos Psicológicos de la Obesidad.....	8
Trabajo del psicólogo en un equipo de cirugía bariátrica.....	12
Primer año de Residencia	14
Protocolo Primer año: Perfil psicosocial de pacientes candidatos a cirugía bariátrica y la correlación entre grado de obesidad y variables psicológicas.....	19
Objetivo	20
Método	20
Resultados.....	23
Discusión.....	29
Actividades Profesionales Desarrolladas	33
Actividades académicas durante primer año.....	36
Conclusiones.....	37
Protocolo segundo año de Residencia: Intervención cognitivo conductual grupal sobre pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica sin comorbilidades psiquiátricas	40
Objetivo.....	43
Método	43
Resultados.....	50

Discusión	57
Actividades Profesionales Desarrolladas	60
Referencias.....	64

Anexo 1 Inventario de Calidad de Vida y Salud

Anexo 2 Inventario de Depresión de Beck

Anexo 3 Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la
Conducta Alimentaria

Anexo 4 Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad

RESUMEN

La obesidad ha sido declarada por la OMS como una epidemia, es factor de riesgo para diversas enfermedades y es a su vez una enfermedad multicausal que incluye aspectos biológicos, genéticos, endócrinos, nutricionales, psicológicos, ambientales, sociales y culturales. Se define con un índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 kg/m² y obesidad severa con IMC a partir de 40 kg/m². La cirugía bariátrica es el tratamiento que mayor efectividad ha logrado para el tratamiento de la obesidad severa; para ésta es necesaria un tratamiento multidisciplinario que la complemente y promueva un cambio en estilo de vida.

El papel del psicólogo en este equipo multidisciplinario consta de la evaluación inicial de los pacientes para determinar si existe psicopatología, así como la determinación de la habilidad del paciente para cumplir con los cambios en estilos de vida que se necesitan antes y después de cirugía, brindarle técnicas específicas que faciliten el cambio en sus hábitos.

La presente tesis abarca dos trabajos realizados en la Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

El primer estudio se titula "Perfil psicosocial de pacientes candidatos a cirugía bariátrica y la correlación entre grados de obesidad y variables psicológicas en un hospital público mexicano". El objetivo del estudio fue realizar un perfil psicosocial mediante los resultados de la evaluación inicial de 129 pacientes candidatos a cirugía bariátrica e identificar correlaciones entre las variables psicológicas y el grado de obesidad. La evaluación incluía una entrevista, y la aplicación de instrumentos autoaplicables con el fin de identificar psicopatología, depresión, ansiedad, estrés, factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y calidad de vida en salud. Se dividió a la población en grupos según el grado de obesidad y se realizaron correlaciones con los resultados de la evaluación y grado de obesidad. Se encontró una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en estos pacientes; el grado de obesidad no se relacionó con el grado de psicopatología. A mayor grado de obesidad se encontró significativamente menor preocupación por peso y comida que en pacientes con grados menores de obesidad. El grupo con mayor grado de obesidad percibe significativamente mayor apoyo familiar que los otros grupos.

El objetivo del segundo estudio fue el de evaluar la efectividad de una intervención cognitivo conductual grupal la pérdida de peso y calidad de vida antes de la cirugía.

Se incluyeron nueve pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica sin comorbilidades psiquiátricas. Se realizó una evaluación inicial de calidad de vida y se tomaba peso e IMC. Los pacientes fueron sometidos a una intervención grupal con el objetivo de promover la pérdida de peso mediante técnicas cognitivo conductuales.

El promedio de pérdida de peso fue de 5.7 kg en 5 semanas que duró el tratamiento mostrando significancia estadística de .001; a su vez con la pérdida de peso disminuyó el IMC con una significancia estadística de .002. En cuanto a calidad de vida, hubo mejoría significativa en percepción corporal y en actitud al tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de una década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000) emitió un reporte en el que declaró una “epidemia global de obesidad”. Este reporte se basó en informes provenientes de diferentes grupos poblacionales en los que se observó una tendencia al aumento de las tasas de obesidad que había iniciado hace aproximadamente 60 años atrás.

La OMS (2006) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Es originada por diversas causas como biológicas, ambientales, conductuales y conlleva numerosas complicaciones. Se identifica con el Índice de Masa Corporal (IMC), definido como la relación entre el peso y la talla (kg/m^2), en donde se considera sobrepeso un IMC igual o superior a 25 y obesidad un IMC igual o superior a 30.

Para propósitos de pronóstico y tratamiento, se clasifica de acuerdo al IMC de la siguiente manera:

- a). Sobrepeso IMC 25-29.9
- b). Obesidad Grado I IMC 30 - 34.9
- c). Obesidad Grado II IMC 35 - 39.9
- d). Obesidad Grado III IMC 40 - 49.9
- e). Obesidad Grado IV IMC 50 o más

Debido a que la obesidad representa un factor de riesgo para diversas enfermedades como diabetes, hipertensión, dislipidemias, entre otras, constituye un problema relevante en materia de salud pública a nivel mundial, que supone una creciente carga económica sobre los recursos nacionales; por lo tanto, es una tarea primordial de los organismos encargados de salud pública diseñar e instrumentar estrategias de prevención y tratamiento. La obesidad grado IV, también llamada obesidad mórbida, se asocia significativamente a una mayor prevalencia de comorbilidades y al doble de prevalencia de mortalidad prematura que en personas con menores grados de obesidad por lo que es de suma

importancia la prevención y el tratamiento de esta condición (Martins, Strommen, Stavne, Nossun, Marvik & Kulseng, 2010).

Prevalencia

De acuerdo con informes de la OMS, en el 2005 más de 1600 millones de personas mayores de 15 años presentaban sobrepeso y al menos 400 millones obesidad. Además, dicha organización calcula que para 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad (OMS, 2006). Respecto a la obesidad infantil, en el 2005 se reportó alrededor de 20 millones de menores de cinco años con sobrepeso a nivel mundial (OMS, 2006).

Si bien, anteriormente el sobrepeso y la obesidad se consideraban un problema exclusivo de los países de altos ingresos, en la actualidad dichos padecimientos se han incrementado considerablemente en los países de ingresos medios y bajos, sobre todo en el medio urbano (López-Alarcón & Rodríguez Cruz, 2008).

En México el sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan al 70% de la población (71.9 % en mujeres y 66.7% en hombres), entre los 30 y 60 años. Las mujeres presentan mayor porcentaje de obesidad (índice de masa corporal igual o mayor a 30) en relación a los hombres. Adicionalmente, la prevalencia de obesidad en los adultos mexicanos se ha incrementa durante los últimos años. En 1993, los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1993) mostraron que la prevalencia de obesidad en adultos fue de 21.5%, mientras que con datos de la ENSA 2000 se observó que 24% de los adultos en nuestro país la padecían y, actualmente, con mediciones obtenidas por la ENSANUT 2006, indican que alrededor de 30% de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5%, hombres, 24.2%) padecen obesidad. Este incremento porcentual debe tomarse en consideración debido a que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades crónicas, incluyendo las cardiovasculares, diabetes y cáncer (ENSANUT, 2006).

Causas de la Obesidad:

La obesidad es el resultado del consumo de una cantidad de calorías mayor que las que el cuerpo utiliza. También influyen factores genéticos, ambientales, socioeconómicos, psicológicos, sedentarismo, hormonales, entre otros. En cuanto a factores psicológicos involucrados en la etiología de la obesidad, se ha descrito que un tercio de los pacientes con obesidad presentan trastorno por atracón (deZwaan, 2001) o utilizan el alimento como medio para la regulación emocional, lo cual es llamado ingesta emocional (Goodspeed & Grant, 2008). Por otro lado, la modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes, la tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte, así como a la creciente urbanización (Fieldman & Christensen, 2008).

Tratamiento

En las últimas décadas se han diseñado tratamientos encaminados a la pérdida controlada de peso que pueden ser utilizados también para el control a largo plazo del mismo y mantenerlo previniendo la recuperación (NIH, 1999).

Los tipos de tratamiento son los siguientes:

Farmacológico

El único fármaco aprobado actualmente por la FDA (Food and Drug Administration por sus siglas en inglés) para la reducción de peso es el Orlistat, indicado para pacientes con IMC ≥ 30 o ≥ 27 si hay diabetes, dislipidemia o hipertensión. El orlistat es un inhibidor reversible de las lipasas gastrointestinales por lo que el paciente no puede hidrolizar a los triglicéridos de la dieta en ácidos grasos libres y monoglicéridos absorbibles. Debido a que los triglicéridos no hidrolizados no son absorbidos, el déficit calórico resultante tiene un efecto

favorable sobre el control de peso; sin embargo, esto produce efectos secundarios gastrointestinales como manchas de grasa, flatulencia y secreción, urgencia fecal, heces con grasa/aceite, evacuación aceitosa, incremento en la defecación e incontinencia fecal, sobre todo cuando el paciente continúa ingiriendo alimentos con grasa (Vademecum). Estos efectos secundarios se han asociado a baja adhesión terapéutica dejando limitado el tratamiento farmacológico para la obesidad.

Quirúrgico

Este procedimiento está indicado para pacientes con un IMC ≥ 40 ó ≥ 35 en caso de comorbilidades producidas por la obesidad (American Association of Clinical Endocrinologists/The American Society/ American Society of Metabolic and Bariatric Surgery, AACE/ TOS/ASMBS, 2008)

Se divide en tres tipos:

Restriictiva: Reducción del tamaño de la cámara gástrica limitando el consumo de alimentos

Malabsortiva: Se reduce la longitud del intestino delgado disminuyendo la superficie de absorción de los nutrientes

Mixta: combina las dos anteriores, la más común es la derivación gastroyeyunal en Y de Roux o bypass gástrico.

a). Encaminados a modificación de hábitos y estilos de vida:

Tratamiento nutricional: Este tipo de tratamiento tiene como objetivo propiciar un balance calórico negativo (un déficit de 500 a 1000 kcal) logrando que el paciente pierda en promedio el 8% del peso inicial entre 3 y 12 meses. Por lo que se debe disminuir la ingesta calórica diaria, así como el consumo de grasa saturada.

Actividad Física: Contribuye a lograr un balance calórico negativo y es útil para el mantenimiento del peso deseado; reduce riesgo cardiovascular y de diabetes. El programa de ejercicio debe realizarse de manera gradual.

Terapia conductual: Estrategias basadas en principios del aprendizaje encaminadas a promover y mantener nuevas conductas saludables así como a la disminución/ eliminación de conductas indeseables. En el paciente con obesidad las conductas predominantes son sedentarismo, sobreingesta, malos horarios de alimentación, exceso en el consumo de carbohidratos y grasas, así como pensamientos negativos asociados a la dieta, a la actividad física así como sobre la capacidad del mismo sujeto para realizar esos cambios (baja autoeficacia); estas conductas son las que se deben modificar y reestructurar para promover un estilo de vida saludable y con ello la pérdida de peso (Van Dorsten et. al., 2008). Algunas de las técnicas psicológicas más utilizadas en el paciente con obesidad son: automonitoreo, control de estímulos, terapia de solución de problemas, manejo de contingencias, reestructuración cognitiva y apoyo social (involucrar a las personas cercanas del paciente) y prevención de recaídas (Van Dorsten et. al., 2008).

Terapia Combinada: Existe evidencia que indica que la combinación de restricción calórica junto con actividad física y terapia conductual es la más eficaz en la reducción y control de peso (Werrij, Jansen, Mulkens, Elgersma, Ament & Hospers, 2009; Shaw, O'Rourke, Del Mar & Kenardy, 2005).

La cirugía bariátrica: este tipo de cirugía ha mostrado ser la intervención más efectiva para el tratamiento de la obesidad con mejores resultados a largo plazo (Sjostrom, Lindroos, Peltonen, Torgerson, Bouchard, Carlsson, Dahlgren, Larsson, Narbro, Sjöstrom, Sullivan & Wedel, 2004). A pesar de los cambios anatómicos realizados por la cirugía, la pérdida de peso y mantenimiento a largo plazo no están garantizadas, el éxito del procedimiento depende en gran medida de modificaciones conductuales por parte del paciente y de su habilidad para implementar cambios permanentes en su estilo de vida tales como adhesión al régimen alimenticio y de actividad física, así como aprender nuevos estilos de afrontamiento para evitar acudir a la comida en momentos de tensión/estrés emocional (Bauchowitz, Gonder-Frederick, Olbrisch, Azarbad, Ryee, Woodson, Miller & Schirmer, 2005).

Al respecto, se ha reportado que no todos los pacientes se benefician de la cirugía; existen diferencias significativas en las variaciones en el peso a corto y largo plazo después de la cirugía (Kinzl, Schrattenecker, Traweger, Mattesich, Fiala & Biebl, 2006); un ejemplo de esto es que 20% de los pacientes que se someten a cirugía para bajar de peso no logran disminuirlo de manera significativa o lo recuperan en corto plazo (Greenberg, Sogg & Perna, 2009). Señalando que la pérdida de peso post quirúrgico se asocia directamente a la mejoría de las comorbilidades de la obesidad, sin embargo, el fracaso de la cirugía en el 20% de los pacientes que no logra una pérdida de peso significativa generalmente es atribuido a razones psicológicas (Busetto, Segato, De Luca, De Marchi, Vianello, Valeri, Favretti, & Enzi, 2005).

Asimismo, Bauchowitz, et al., (2005) señala que las personas que no han podido implementar cambios en su estilo de vida, el resultado de la operación puede no ser óptimo e incluso puede ser contraproducente con resultados indeseables como la recuperación del peso perdido, desnutrición, depresión y ansiedad. Lo cual resalta la importancia del trabajo multidisciplinario con estos pacientes.

Por lo tanto, se ha considerado el tratamiento de la obesidad y del paciente bariátrico como un área de interés de la medicina conductual ya que la obesidad mórbida se encuentra asociada a un aumento en la prevalencia de psicopatología, la calidad de vida de los pacientes con obesidad mórbida se ve sumamente afectada, la funcionalidad del sujeto se encuentra limitada y, para que los pacientes se beneficien de la cirugía bariátrica y mantengan estos beneficios, es necesario un cambio en estilo de vida del sujeto y buena adhesión terapéutica sobre las indicaciones del equipo multidisciplinario (Greenberg, et al., 2004).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD

La obesidad es un problema de salud que no solo se relaciona con riesgos físicos, sino también se encuentra asociada a una gran variedad de síntomas psicológicos; se ha señalado que las personas que padecen obesidad frecuentemente son víctimas de discriminación lo cual impacta de manera negativa en su salud mental (Wadden, et. al., 2001) mostrando preocupaciones por el cuerpo, aislamiento social, estado de ánimo deprimido y baja autoestima (Werrij et al, 2009), una disminución en la calidad de vida del sujeto, aumento de prevalencia de tabaquismo, alcoholismo, depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria, así como una mayor mortalidad (Abilés, et. al., 2008).

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con obesidad es: 66% presentaban historia de trastornos en el eje I del diagnóstico multiaxial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR) (trastornos clínicos psiquiátricos) ocupando el primer lugar los trastornos de ansiedad (38% prevalencia actual); historia de abuso de sustancias con 32,6%; trastornos de la personalidad con 29% (Greenberg et al., 2009). Respecto a las consecuencias psicológicas de la obesidad severa se han reportado las siguientes: ansiedad, depresión e imagen corporal negativa, discriminación, aislamiento social y estigmatización (Wadden, et. al., 2006) y que éstas a su vez pueden contribuir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, insatisfacción con la imagen corporal y depresión; siendo más vulnerables a esto las mujeres (Puhl, et. al., 2007).

Una de las mayores comorbilidades asociadas a la obesidad lo representan el trastorno por atracón. Se ha descrito que el 24% de los pacientes con obesidad mórbida presentan trastorno por atracón severo, que a su vez se relaciona con mayor prevalencia de depresión y disminución de la calidad de vida (Alger-Mayer, 2009). Otro trastorno relacionado con la conducta alimentaria es la ingesta emocional, se presenta en el 38% de los pacientes con obesidad y se caracteriza por comer sin hambre física, sino en respuesta a algún estado emocional (Guerdikova, et. al., 2007).

En relación a los pacientes con obesidad que se someten a una cirugía bariátrica tienen mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos como depresión o trastornos de la conducta alimentaria, que los que no buscan someterse, y a su vez, estos problemas psiquiátricos están asociados a un mayor grado de obesidad (Kessler, et al, 2005). A la fecha no existe evidencia suficiente que sustente la psicopatología como una contraindicación para la cirugía bariátrica, sin embargo como ésta y otros factores psicológicos pueden impactar el desenlace de la intervención, la evaluación psicológica prequirúrgica puede identificar los factores que afecten la seguridad del paciente y la eficacia de la cirugía por lo que se busca la modificación de los mismos (Greenberg, et al, 2009).

Werrij, et al., (2007) consideran que desarrollar intervenciones efectivas para el mantenimiento del peso deseado, es necesario entender los factores que afectan el control del mismo; uno de los principales problemas con el tratamiento de la obesidad es que no se logra mantener a largo plazo la pérdida/control de peso (Werrij, et al., 2007).

En un estudio realizado por Phelan et al., (2009) se mostraron factores que distinguían a los pacientes que mantenían el peso adecuado de los que no; estos fueron mayor restricción nutricional, mayor inhibición a la hora de alimentarse, menores síntomas depresivos, mayor actividad física, menos número de horas de ver la televisión; en cuanto a variables ambientales, los que mantenían control adecuado tenían más comida baja en grasa en casa (incluyendo frutas y verduras) y menos comida “tentación” (frituras, dulces, etc.), menor número de televisiones en casa y mayor número de aparatos para ejercitarse. Los hallazgos de este estudio coinciden con la teoría de la autoregulación, que se refiere a los procesos involucrados en practicar autocontrol para lograr una meta.

A la fecha se han reportado los siguientes procedimientos de intervención psicológica empleados para el tratamiento de la obesidad:

Automonitoreo: Se utiliza tanto para la pérdida como para el mantenimiento del peso. Es una técnica básica para desarrollar autocontrol (Caballo, 1991) se ha

empleado para monitorear la conducta relacionada con la meta del tratamiento (alimentación, calorías consumidas, duración del ejercicio, pasos marcados con podómetro, frecuencia cardíaca durante el ejercicio, pensamientos que sabotean la conducta del paciente, etc) y cambiar la misma para mantener el efecto deseado. Si el paciente carece de autocontrol, la estrategia se enfoca en gratificaciones inmediatas en lugar gratificaciones a largo plazo (como es el caso de pacientes con obesidad). Este procedimiento ha mostrado ser una estrategia eficaz para promover el control del peso (Wing, Tate, Reynor & Fava, 2006); en virtud de que se ha observado que tiene un efecto sobre la conducta, incrementa las conductas deseadas y disminuye las no deseadas. Adicionalmente, el automonitoreo permite identificar frecuencia o línea base de la conducta que queremos modificar, aumenta la atención del paciente hacia esa conducta, y proporciona retroalimentación sobre los progresos del paciente (Butryn, 2007).

Control de Estímulos: Otra estrategia para promover el mantenimiento del peso, consiste en modificar el ambiente a fin de incrementar el autocontrol de la conducta alimentaria (Phelan et al, 2009). Las intervenciones cognitivo conductuales encaminadas al tratamiento de la obesidad suponen que la conducta alimentaria se rige por estímulos internos y externos que se asocian a la ingesta de cierto tipo de alimentos, la técnica de control de estímulos consiste en identificar los estímulos que desencadenan la ingesta y modificarlos. Por lo tanto, se debe modificar los estímulos que desencadenen la sobreingesta (por ejemplo ir a buffetes), el sedentarismo (limitar las horas "pantalla", limitar el uso de coche) y promover el incremento de la actividad física (inscribirse a un gimnasio con alguien más, utilizar medios de transporte alternos, etc) y alimentación más saludable (cambiar las compras semanales del supermercado) (Van Dorsten, 2008). En otras palabras, en el control de estímulos se dirige a la modificación del ambiente del paciente, en virtud de que existen ambientes que favorecen el desarrollo de ciertas conductas, promoviendo el desarrollo de conductas saludables por lo que la disponibilidad de alimentos saludables debe ser alta y los alimentos densamente energéticos deberán ser difíciles de conseguir para el sujeto. Parte del ambiente del paciente es su entorno social y familiar por lo que es

conveniente involucrarlos en el proceso de cambio de estilo de vida para evitar sabotaje.

Solución de Problemas: Este procedimiento aplicado a la obesidad consiste en enseñar al individuo a identificar barreras para el cambio en su estilo de vida y a proponer soluciones para las mismas. Consiste en cinco pasos: 1. Identificación del problema (operacionalización), 2. Propuesta de diferentes soluciones, 3. Analizar beneficios y desventajas de cada una de esas soluciones, 4. Implementar la solución que le parezca más adecuada en base al análisis anterior y 5. Evaluar si esa solución fue útil o no. Se puede utilizar para involucrar redes de apoyo, para fijar horarios de alimentación, eliminar cierto tipo de alimentos, planear comidas sociales, etc.

Técnicas de relajación: El significado principal y directo del término relajación es la disminución o la desaparición de la tensión. De tal modo, la noción de relajación se puede aplicar a diversas circunstancias, elementos o situaciones siempre y cuando se dé esa condición de desaparición de la tensión. Esto puede ser entendido tanto a nivel físico, corporal, emocional, psicológico, Las investigaciones han demostrado la eficacia de los procedimientos de la relajación (incluyendo la relajación muscular progresiva, la meditación, la hipnosis y el entrenamiento autógeno) en el tratamiento de muchos problemas relacionados con la tensión, tal como el insomnio, la hipertensión esencial, dolores de cabeza por tensión, el asma bronquial y la tensión general. Los métodos de relajación se utilizan también como tratamiento coadyuvante en muchas condiciones, tal como la ansiedad de hablar en público, las fobias, la ansiedad intensa, el síndrome de colon irritable, el dolor crónico y la obesidad.

Terapia Cognitiva: Desarrollada por Aaron Beck en los años 60, (Beck, 2005), postula que las interpretaciones negativas de eventos tanto internos como externos pueden llevar a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Los "errores" de interpretación o distorsiones cognitivas pueden reforzar creencias disfuncionales que tiene el sujeto e incrementar la vulnerabilidad hacia trastornos del estado de ánimo o de conducta. La premisa de la terapia cognitiva es que lo

que una persona piensa sobre sí mismo o cierto evento tiene un impacto directo sobre sus emociones y su conducta. Los pacientes con obesidad tienden a presentar esquemas desadaptativos, creencias disfuncionales relacionadas con imagen corporal, ánimo deprimido, metas de peso irreales, rol desproporcionado de su peso y figura en autoevaluación así como creencias desadaptativas sobre el control de su alimentación. Si se logra modificar estos esquemas disfuncionales, se puede promover el mantenimiento de patrones de alimentación más saludables y reducir recaídas después de perder peso (Werrij, et al., 2007). Los pacientes que buscan someterse a cirugía bariátrica por lo general han probado varios métodos para intentar perder peso sin obtener resultados por lo cual muchos de ellos desarrollan pensamientos negativos relacionados a su capacidad para seguir un régimen de alimentación, expectativas poco realistas sobre los resultados de la cirugía, etc. Por lo que este tipo de pensamientos deben ser modificados para lograr una pérdida de peso y el mantenimiento del mismo.

Como se puede observar, el trabajo del psicólogo de la salud se diversifica, teniendo la oportunidad de realizar intervenciones específicas en cada momento de la problemática del paciente, donde se puede llevar un seguimiento estrecho de desde el diagnóstico de su enfermedad, opciones de tratamiento hasta el seguimiento posterior a la cirugía bariátrica.

TRABAJO DEL PSICÓLOGO EN UN EQUIPO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

El rol del psicólogo en un equipo multidisciplinario para cirugía bariátrica consiste en la evaluación inicial de los pacientes para determinar su capacidad para cumplir con los cambios en estilos de vida que se necesitan antes y después de cirugía, brindar al paciente psicoeducación para prepararlo a estos cambios y tomar una decisión informada sobre someterse o no a la cirugía; esta preparación ayuda al paciente a tener expectativas realistas sobre los resultados del procedimiento al que se quiere someter, disminuye el sentimiento de incertidumbre que a su vez es generador de ansiedad; por la cual labor del psicólogo debe

centrarse en la motivación y adhesión a cambios en estilos de vida a través de la aplicación y evaluación de la psicoeducación y procedimientos cognitivo-conductuales así. Propiciando en el paciente un sentimiento de seguridad que a su vez influye en una mejor adhesión terapéutica (Moorehead, 2008).

Las guías norteamericanas de cirugía bariátrica indican que todos los pacientes que serán sometidos a este tipo de cirugía deberán ser sometidos a una evaluación completa para identificar factores que influyeron en el desarrollo de la obesidad así como factores que pudieran interferir con el bienestar del paciente después de la cirugía. Otro de los aspectos que señalan es el promover la pérdida de peso antes de la cirugía con el objetivo de disminuir el tamaño del hígado y supervisar la capacidad del paciente para seguir un régimen alimenticio. En relación a los aspectos psicológicos, se menciona que el paciente deberá ser sometido a una evaluación psiquiátrica y conductual encaminada al conocimiento de factores ambientales, sociales, familiares y conductuales que influyan en el problema de la obesidad del paciente y que pudieran ser obstáculo para el cambio en su estilo de vida.

Motivo por el cual los dos objetivos del trabajo del psicólogo en un equipo de cirugía bariátrica son:

- a) Identificar posibles contraindicaciones para la cirugía tales como adicciones, trastornos psiquiátricos graves, trastornos psiquiátricos moderados descontrolados.
- b) Identificar retos post quirúrgicos y proporcionar estrategias conductuales para la modificación de estilo de vida y el mantenimiento a largo plazo del mismo.

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica

Características del Hospital

Antecedentes

La historia del hospital se remonta a las primeras décadas del siglo XX, donde el panorama epidemiológico de nuestro país se caracterizó por la presencia de tuberculosis como un problema prioritario de salud pública. Entre la generación de médicos decididos a poner los avances de la ciencia al servicio de la población más desprotegida, destaca la figura que dio nombre al hospital, el Dr. Manuel Gea González, uno de los personajes más importantes iniciadores de la Campaña Nacional de la Lucha Contra la Tuberculosis.

La decisión del Departamento de Salubridad Pública y de la Sociedad Mexicana de Tisiología de abatir la tuberculosis en nuestro país, se concretó con la creación en 1940 del Comité Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis, que incluyó en su programa de trabajo inmediato, la construcción de lo que sería inicialmente el Sanatorio Hospital “Dr. Manuel Gea González”, que estaría destinado a la atención de pacientes con tuberculosis avanzada.

Por decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación del 23 de noviembre de 1946, se creó el Sanatorio Hospital “Dr. Manuel Gea González”, con personalidad jurídica y patrimonio propios. Se inauguró el 19 de mayo de 1947 y comenzó a recibir pacientes tuberculosos el 1º de septiembre del mismo año.

Al asumir el Sanatorio Hospital que la tuberculosis pulmonar era curable, se pasó de las medidas terapéuticas de la tisiología clásica (reposo, alimentación, clima), a las medidas terapéuticas de la neumología especializada (farmacología, patogenia y cirugía), esto llevó a propugnar por la transformación del Sanatorio Hospital en un centro de investigación. Cinco años después de su creación, la institución recibió un vigoroso impulso al transformarse, por Decreto Presidencial publicado el 28 de diciembre de 1952, en el Instituto Nacional de Neumología “Dr. Manuel Gea González”, conservando su carácter de organismo público descentralizado.

El Instituto nació al terminarse la Segunda Guerra Mundial, coincidiendo con el inicio de la quimioterapia y con la exéresis pulmonar. Con estas dos medidas terapéuticas, el Instituto fue incrementando sus internamientos alcanzando los 892 durante el año de 1957 (70% de cirugía). A partir de 1958 decrecen estos hasta llegar a tener 401 ingresos en 1964, a pesar de que el Instituto ofreció atención gratuita a enfermos indigentes.

El tratamiento de los enfermos tuberculosos fue modificándose de manera progresiva, la nueva era antibiótica permitió que el tratamiento fuera ambulatorio y transformó radicalmente el perfil epidemiológico de la tuberculosis. Se abatió de manera importante el número de pacientes hospitalizados, con la consecuente disminución del índice de ocupación de camas; esto llevo a reflexionar en la necesidad de cambiar la estructura y los objetivos de la institución, así como ampliar los servicios médicos para que adquirieran un carácter general.

El miércoles 26 de julio de 1972, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto de Creación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” continuando con su carácter de organismo público descentralizado; es decir, con personalidad jurídica y patrimonios propios.

El decreto presidencial que actualmente le da sustento legal al Hospital, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 28 de agosto de 1988, donde se establece que el Hospital será administrado por una Junta de Gobierno y por la

Dirección General del Hospital. (26 agosto 2010, Fernando González, extraído de <http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/interior/general/antecede.html> el 31 de enero 2011)

Ubicación:

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” se encuentra en Calzada de Tlalpan número 4800. Sección XVI, Del. Tlalpan, México D.F. CP 14080.

Servicios Médicos:

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” es un hospital que brinda segundo nivel de atención y proporciona los siguientes servicios médicos:

1. Anestesiología,
2. Audiología
3. cardiología
4. cirugía cardiovascular
5. cirugía general y endoscópica
6. cirugía de tórax
7. cirugía pediátrica
8. cirugía plástica y reconstructiva
9. clínica de dolor y cuidados paliativos,
10. Coloproctología
11. Hematología
12. Electrocardiografía
13. Endocrinología

14. Endoscopia
15. Epidemiología/medicina preventiva
16. Estomatología
- 17 Foniatría
18. Gastroenterología
19. genética
20. Ginecología
21. Infectología
22. Medicina física y rehabilitación
23. Medicina interna
24. Neurología
25. Neurocirugía
26. Nutrición
27. Obesidad
28. Obstetricia
29. Oftalmología
30. Oncología médica
31. Ortodoncia
32. Ortopedia
33. Otorrinolaringología
34. Parálisis facial y nervio periférico

35. Paidopsiquiatría,
36. Pediatría
37. Psicología
38. Psiquiatría
39. Reumatología y
40. Urología.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE OBESIDAD

Descripción de la Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica: La Clínica tiene un enfoque quirúrgico, es decir, se busca brindar tratamiento para la obesidad mediante cirugía bariátrica. Se realizan principalmente dos procedimientos: manga gástrica (procedimiento restrictivo) y bypass gástrico (mixto), ocasionalmente se realizan procedimientos como balón intragástrico y banda gástrica ajustable. El tratamiento quirúrgico de la obesidad está indicado para pacientes con un IMC ≥ 40 ó ≥ 35 en caso de comorbilidades producidas por la obesidad (American Association of Clinical Endocrinologists/The American Society/ American Society of Metabolic and Bariatric Surgery, AACE/ TOS/ASMBS, 2008)

Al comenzar el primer año de residencia, se estaba conformando como clínica multidisciplinaria, incluyendo las siguientes especialidades: coordinador (cirujano bariatra), nutriología, psicología, psiquiatría, endocrinología, medicina interna, rehabilitación física, cardiología.

PROTOCOLO DEL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

Perfil psicosocial de pacientes candidatos a cirugía bariátrica y la correlación entre grado de obesidad y variables psicológicas.

La OMS (2006) define obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo que es perjudicial para la salud (OMS, 2006).

La cirugía bariátrica ha mostrado ser la intervención más efectiva para el tratamiento de la obesidad con mejores resultados a largo plazo (Sjostrom, 2004). El éxito de la misma depende en gran parte de la modificación de hábitos que realice el paciente y de su habilidad para implementarlos de manera permanente (Bauchowitz et al., 2005).

No todos los pacientes se benefician de la cirugía; existen diferencias significativas en las variaciones en el peso a corto y largo plazo después de la cirugía (Kinzl, 2006). El fracaso de la cirugía en el 20% de los pacientes que no logra una pérdida de peso significativa generalmente es atribuido a razones psicológicas (Busetto, et. al., 2005).

Se ha considerado al tratamiento del paciente bariátrico como un área de interés de la medicina conductual ya que la obesidad mórbida se encuentra asociada a un aumento en la prevalencia de psicopatología, la calidad de vida de los pacientes con obesidad mórbida se ve sumamente afectada, la funcionalidad del sujeto se encuentra limitada y, para que los pacientes se beneficien de la cirugía bariátrica y mantengan estos beneficios, es necesario un cambio en estilo de vida del sujeto y buena adhesión terapéutica sobre las indicaciones del equipo multidisciplinario (Greenberg, Smith & Rockart, 2004).

A la fecha no existe evidencia suficiente que sustente la psicopatología como una contraindicación para la cirugía bariátrica, sin embargo como ésta y otros factores psicológicos pueden impactar el desenlace de la intervención, la evaluación psicológica pre-quirúrgica puede identificar los factores que afecten la seguridad del paciente y la eficacia de la cirugía por lo que se busca la modificación de los mismos (Greenberg, et al, 2009).

OBJETIVO

Identificar el perfil psicosocial de una muestra de pacientes candidatos a cirugía bariátrica a través de determinar las asociaciones entre las variables psicológicas con el índice de masa corporal.

MÉTODO

Participantes

Se incluyeron 129 pacientes que ingresaron a la clínica de obesidad del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” entre marzo y noviembre del año 2010. La evaluación se realizó de manera individual dentro de las instalaciones de la clínica. Se eliminaron 16 pacientes debido a que sus cuestionarios se encontraban incompletos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de 18 años, ambos sexos con IMC ≥ 40 o ≥ 35 en caso de tener comorbilidades; aceptados por cirugía endoscópica como candidato potencial a cirugía bariátrica; que hayan aceptado participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes analfabetas, Pacientes con déficit cognitivo.

De los 113 pacientes que se incluyeron en el análisis estadístico, el 19.4% (n=22) eran hombres y 80.6% (n= 91) mujeres. La media de edad fue de 36.9 años con un rango de 17 a 59 años. En relación al estado civil, 38% eran solteros, 35.3% casados, 3.5% en unión libre, 4.4% separados/ divorciados y .88% viuda y

17.6% se desconocen. La escolaridad fue la siguiente: 88% primaria, 12.38%, secundaria, 7.07 % carrera técnica, 21.23 % preparatoria, 34.5%, licenciatura, 8.84% posgrado, y 15% desconocido. Por lo que respecta a la edad promedio fueron 36.9 años y las medidas antropométricas de los pacientes fueron peso promedio de 122.35 kg con un IMC de 45.4 (obesidad IV), la circunferencia de cintura y cadera fue de 121.87 y 137.69 respectivamente con un índice de cintura cadera de .88. Las variables con medias rangos y desviación estándar se presentan en la Tabla 1.

Tabla.1 Medidas antropométricas de los pacientes

Variable	Media	Rango	Desviación estándar
Edad	36.9 años	17-59	10.23
Peso (kg)	122.35 kg	84.5-274 kg	28.45
Altura (m)	1.63 m	1.45-1.82 m	21.99
IMC (kg/m ²)	45.53 kg/m ²	34-92.6 kg/m ²	9.20
Circunferencia Cintura (cm)	121.87cm	92.5-190 cm	17.48
Circunferencia Cadera (cm)	137.69 cm	104-207 cm	19.41
Índice Cintura Cadera	.88	.71-1.1	.11

Instrumentos

Los instrumentos que se aplicaron se describen a continuación:

Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer y Garbin, 1988) en la versión adaptada para población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998). Consiste de 22 reactivos que exploran la presencia y severidad de síntomas de depresión. Se reportan valores de confiabilidad del cuestionario con un Alfa de Cronbach de .87, y cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos para evaluar los niveles de depresión en residentes de México.

Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI): (Taylor, Rabian y Fedoroff, 1999) en su versión adaptada para población mexicana por Zvolensky (2003) consta de 18 ítems de escala tipo Likert que van de 0: muy poco al 4: muchísimo. Evalúa preocupaciones sobre consecuencias negativas de síntomas de ansiedad. Consta de 3 factores: preocupaciones físicas, preocupaciones cognitivas y preocupaciones sociales. Ha demostrado coeficientes de alfa de .79 a .90; con una confiabilidad test retest de .70 incluyendo población mexicana.

Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA: Sánchez-Sosa, Riveros, y Del Águila, 2009) Evalúa distintas áreas que abarcan aspectos diferentes de la vida del paciente: preocupaciones, desempeño, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud hacia el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico; así como una percepción de bienestar y salud general. Es una escala tipo Likert de 0(nunca) a 5 (siempre). Tiene una confiabilidad con Alfa de Cronbach de .9337 para vida cotidiana (más alto) y .6831 para actitud ante el tratamiento (más bajo). Muestra adecuadas propiedades psicométricas de consistencia, validez concurrente y test-retest, así como la sensibilidad para distinguir entre diferentes condiciones de salud.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI: Sheehan et al. 1992) en su versión traducida al español por Ferrando, Bobes, Gibert, Soto, y Soto (1999). Entrevista corta y estructurada que explora síntomas compatibles con los criterios del DSM IV TR. Versión del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” muestra adecuadas propiedades psicométricas para ser utilizado en población mexicana (Heinze, 2000).

Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA): (Gómez Pérez-Mitre, 2000) Evalúa 3 tipos de conductas alimentarias: conducta alimentaria compulsiva, preocupación por peso y talla, y dieta crónica y restrictiva. Consta de 31 reactivos para mujeres y 22 para hombres. Los reactivos son tipo Likert donde 1= nunca, 2= a veces, 3= frecuentemente, 4= muy

frecuentemente, 5= siempre. La escala tiene un alfa general de confiabilidad de .96.

Tipo de Estudio

Transversal, descriptivo, expos-facto.

PROCEDIMIENTO

Al llegar el paciente por primera vez a la clínica de obesidad era valorado por un cirujano para identificar si cumplía criterios quirúrgicos para la cirugía. En caso de ser candidato, se enviaba al área de Psicología. En esta área de manera individual se aplicaba la batería de pruebas descrita anteriormente (Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad, Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios, Inventario de Calidad de Vida y Salud, y Mini International Neuropsychiatric Interview), asimismo, se realizaba una entrevista semi estructurada.

RESULTADOS

Los resultados de la aplicación de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) muestran una frecuencia de psicopatología del 36.3% de pacientes quienes cumplieron el criterio para por lo menos uno de los trastornos evaluados por el instrumento; el 21.23% de los pacientes cumplieron el criterio para sólo un diagnóstico; el 9.7% cumplieron criterios para dos diagnósticos psiquiátricos; el 4.4% para tres diagnósticos psiquiátricos y .88% para cinco y el

63.7% no cumplieron los criterios para trastornos psiquiátricos evaluados, los datos correspondientes se muestran en la Tabla.

Tabla 2. Número de diagnósticos psiquiátricos acorde a la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

Número de diagnósticos Psiquiátricos	N	%
Ninguno	76	63.7
Uno	24	21.23
Dos	11	9.7
Tres	5	4.4
Cinco	1	.88

En relación a los trastornos psiquiátricos evaluados a través del MINI los más comunes fueron, el primero fue el trastorno de ansiedad generalizada con 21.53%, seguido de trastorno depresivo mayor y trastorno distímico con 18.4% cada una; abuso/ dependencia de alcohol con 9.2%; trastorno por atracón 7.69%; crisis de angustia y fobia social con 6.15 % cada una; riesgo suicida y trastorno por estrés postraumático con 4.61%; y agorafobia en 3.07%. Ninguno de los pacientes cumplió criterios diagnósticos para episodios maniacos/ hipomaniacos, trastorno obsesivo compulsivo, abuso/ dependencia de sustancias, episodios psicóticos, anorexia o bulimia.

Respecto a los resultados obtenidos con el Inventario de Depresión de Beck que indican que el 57.52% de los pacientes obtuvieron puntuación para

algún nivel de depresión, siendo 37.2% depresión leve, 18.6% depresión moderada y 1.8% depresión severa.

En relación a los resultados del Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI), se observa que la puntuación media fue de 12.6 predominando preocupaciones físicas; de manera particular el 76.1% de los pacientes presentaron algún grado de sensibilidad a la ansiedad, siendo para el 34.5% leve, para el 31% moderada, y para el 10.6% severa.

Por lo que respecta al Cuestionario de Percepción de Control de Estrés (PCE) los resultados obtenidos señalan una puntuación media de 16, interpretándose como un nivel moderado de estrés. De manera particular el 66.3% de los pacientes obtuvo puntuación para algún nivel de estrés, siendo 61.9% con nivel moderado y 4.4% con nivel severo.

Respecto al Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) los resultados señalan que las áreas con mayor afectación fueron: Percepción corporal, desempeño físico, relación con el médico, dependencia al médico, tiempo libre y preocupaciones.

Posterior al análisis general, se dividió a la población en grupos dependiendo del grado de obesidad según la clasificación de la OMS; conformándose de la siguiente manera: obesidad grado II (n=30), grado III (n=57) y grado IV (n=26).

Con el propósito de determinar las diferencias entre las variables psicológicas y el grado de obesidad se realizó un análisis de varianza. Las

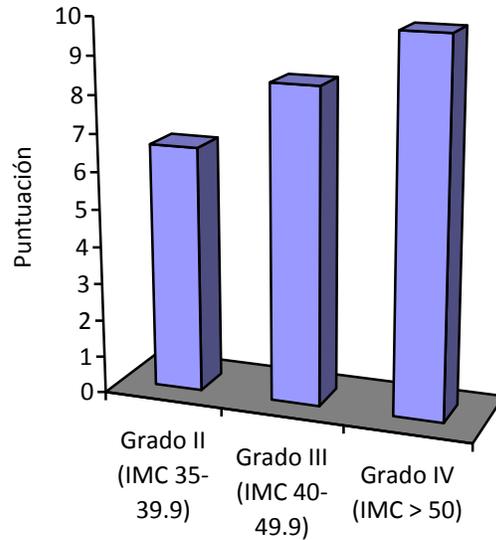
variables que mostraron diferencias según grado de obesidad fueron desempeño físico del InCaViSa ($F(2,110) = 3.508, p \leq .033$), percepción de apoyo familiar del InCaViSa ($F(2, 110) = 7.784, p \leq .001$) y preocupaciones sobre peso y comida del EFRATA ($F(2, 110) = 3.712, p \leq .028$) y las variables restantes no mostraron ser significativas.

Tabla 3. Puntuaciones de las áreas que mostraron diferencias significativas por grado de obesidad.

Variable	Grado II (IMC 35-39.9)	Grado III (IMC 40-49.9)	Grado IV (IMC ≥ 50)	p
Desempeño Físico	6.6	8.42	9.9	.033
Familia	3.6	1.9	.7	.001
Preocupaciones por peso y comida	.23	.07	.03	.028

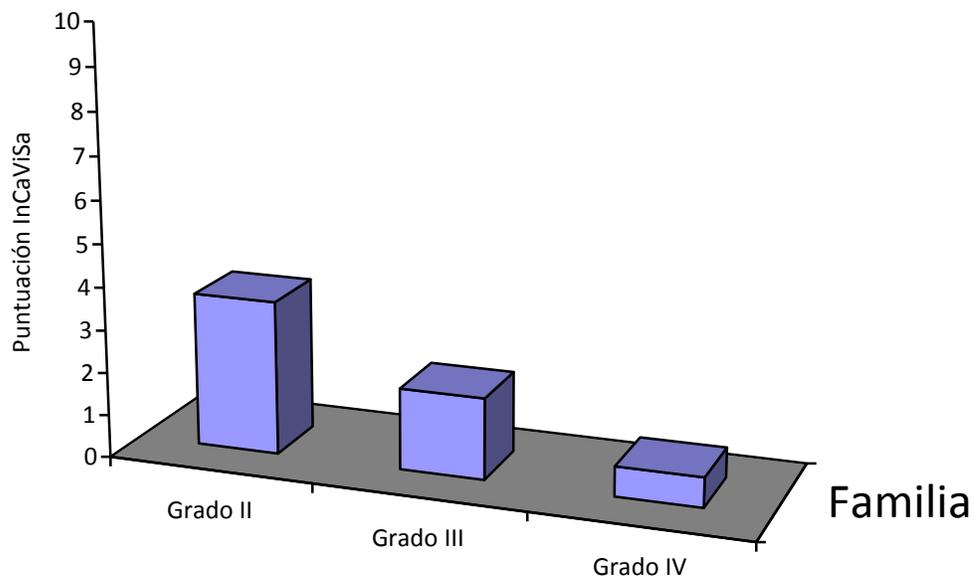
Posteriormente, se realizaron comparaciones entre grupos de grados de obesidad y las variables que mostraron diferencias significativas en el análisis de varianza. Los datos obtenidos se muestran en la Figura 1, en la que se observan diferencias significativas en la subescala de desempeño físico del InCaViSa entre el grupo con grado de obesidad II y el IV ($F(2, 110) = 7.24, p \leq .035$) siendo mayor la diferencia en grado de obesidad IV.

Fig. 1 Puntuaciones de la subescala de desempeño físico en relación con el grado de obesidad



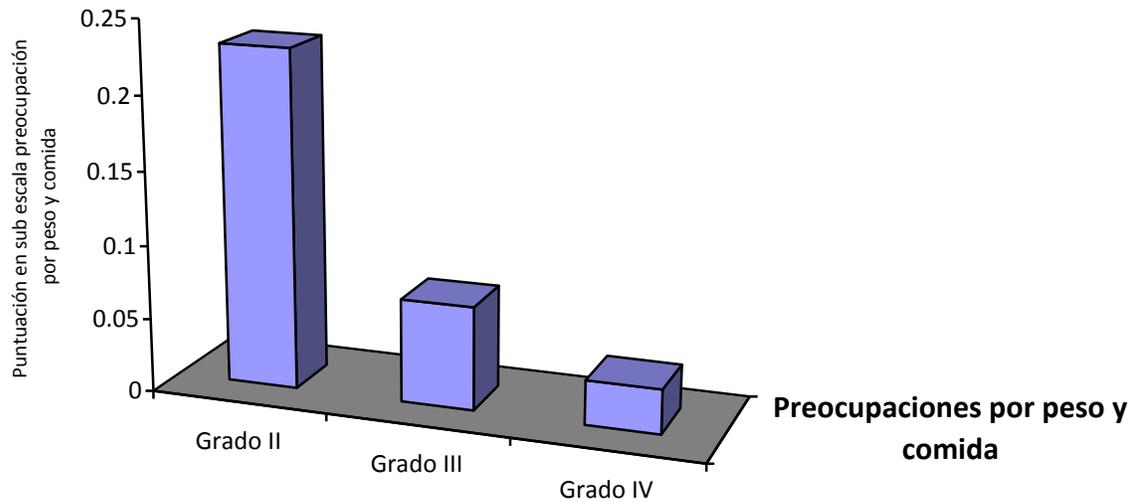
Por otra parte, la subescala percepción de apoyo familiar del InCaViSa, mostró diferencias significativas ($F(2, 110) = 10.13, p \leq .001$) entre grupo de obesidad grado II con los grupos de obesidad II y IV pero no entre grupos de obesidad grado III y IV. El grupo con menor grado de obesidad (grado II) reportó significativamente menor percepción de apoyo familiar que los grupos con mayor grado de obesidad (grados III y IV), lo cual se muestra en la Figura 2.

Fig. 2 Puntajes de la subescala de apoyo familiar en relación con el grado de obesidad.



Por lo que respecta a la variable preocupación por peso y comida, del EFRATA, en la Figura 3, se observa que el grupo con menor grado de obesidad (grado II) tenía significativamente mayores niveles de preocupación por peso y comida que los grupos con obesidad mayor (grado III y IV), no hubo diferencias entre grupos de obesidad grado III y II.

Fig. 3 Puntuaciones de la subescala de preocupación por peso y comida en relación con el grado de obesidad



Por lo que respecta a la variable preocupación por peso y comida, del EFRATA, en la Figura 3, se observa que el grupo con menor grado de obesidad (grado II) presentó mayores niveles de preocupación por peso y comida que los grupos con obesidad mayor (grado III y IV), y se observaron diferencias entre grupos de obesidad grado III y II.

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue Identificar el perfil psicosocial de una muestra de pacientes candidatos a cirugía bariátrica a través de determinar las asociaciones entre las variables psicológicas con el índice de masa corporal. Los resultados obtenidos muestran que 36.3% de los participantes cumplieron criterio para al menos un diagnóstico psiquiátrico evaluado por la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI, siendo los trastornos más frecuentes el de ansiedad

generalizada, depresión mayor y distimia. De manera particular se observó que el 57% de los pacientes presentan algún grado de depresión; lo cual concuerda con estudios previos (Hayden, et. al., 2010; Kalarchian et. al., 2007; Kessler, et. al., 2005; Luppino, et. al., 2010) que han reportado una correlación entre obesidad y depresión, así como una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo y trastornos de personalidad en pacientes con obesidad (Kalarchian et. al., 2007; Petri, et. al., 2008). También los resultados son congruentes con los obtenidos por estudios de Kessler et al., (2005) y Abilés et al., (2010) quienes concluyen que los pacientes que buscan someterse a una cirugía bariátrica presentan mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos; el mismo autor concluye también que a mayor grado de obesidad, es mayor la prevalencia de trastornos psiquiátricos; en la presente investigación esto no se observó.

Otra de las variables relevantes fueron las preocupaciones físicas (Werrij, et. al., 2009); en el presente estudio los pacientes mostraron una mayor preocupación por peso y comida en el grupo con menor grado de obesidad (grado II) que en los grupos con mayor grado de obesidad (grados III y IV). Al parecer los pacientes con mayor grado de obesidad pierden la motivación para resolver su problema de peso por lo que la preocupación por peso y comida disminuye; probablemente esto se relacione también con los intentos previos que ha tenido el paciente para perder peso y la autoeficacia, se sugiere estudiarlo más adelante. Estas preocupaciones son necesarias para generar un cambio en el estilo de vida (Daddario, 2007); si un paciente presenta preocupaciones físicas así como preocupaciones sobre el peso y la comida, será más probable que se involucre en

actividades que le ayuden a perder peso y a mejorar su salud física; esto a su vez impactaría la adhesión terapéutica y podría mejorar el éxito post quirúrgico a largo plazo del paciente.

Otro de los factores que ha mostrado tener impacto en el cambio de estilo del paciente son las redes de apoyo social, en especial las relaciones familiares; una familia puede apoyar o sabotear los intentos por cambiar el estilo de vida, particularmente en lo referente a los hábitos de alimentación (Bauchowitz, et. al., 2005). En el presente estudio se observa que a mayor grado de obesidad, existe una mayor percepción de apoyo familiar, lo que se puede relacionar con la preocupación por el peso y la comida. El grupo de pacientes que presentó mayor preocupación por el peso y la comida, también presentó mayor afectación en el área de percepción de apoyo familiar. Pareciera que la preocupación por la comida pudiera ser fuente de conflicto familiar, especialmente en nuestra población, en donde las demostraciones de afecto se hacen mediante el alimento y las reuniones familiares y sociales tienden a girar en torno a la comida.

En lo que respecta al desempeño físico, a mayor IMC, mayor afectación del mismo. Este punto es importante en virtud que el desempeño físico impacta directamente la calidad de vida del paciente, ya que dificulta la realización de actividad física, realización de tareas cotidianas que requieren la participación activa del paciente como algunos trabajos, reuniones sociales, actividades recreativas; y a su vez impacta de manera negativa el estado emocional del paciente.

En la población de estudio, la preocupación por la comida y el peso se relaciona con menor percepción de apoyo familiar; se ha descrito que en población mexicana el acto de comer, además de las funciones nutricias, proporciona una sensación de cercanía y proximidad con quien se comparte el alimento (Ramírez Vidal, 2005). Se deben identificar las creencias que tiene el paciente y su familia sobre el alimento para reestructurarlas, generar alternativas de convivencia, evitando que el cambio en estilo de vida sea un conflicto familiar, mejorando la adhesión al régimen nutricional y el bienestar del paciente.

Como se aprecia, la obesidad es una enfermedad que no sólo afecta físicamente sino también psicológicamente al paciente e impacta negativamente su calidad de vida. Por lo tanto, el tratamiento multidisciplinario es esencial para el éxito en la mejoría de esta condición. El profesional de salud deberá identificar los factores que interfieran en el cambio del estilo de vida y diseñar intervenciones pertinentes para su modificación.

Por lo que se sugiere mayor investigación sobre este tema con el fin de diseñar intervenciones para pacientes que serán sometidos a cirugía bariátrica que involucren a sus familias, brindando psicoeducación sobre la necesidad del cambio de estilo de vida en estos pacientes, el rol que juega la familia, enseñando nuevas maneras de convivencia que no giren en torno al alimento, así como proporcionar al paciente habilidades sociales y solución de problemas a fin de que pueda afrontar apropiadamente con la presión familiar y social hacia la conducta de comer.

ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

Actividades realizadas durante el primer año de residencia

Al ingresar a la clínica de obesidad no existía servicio de psicología integrado dentro del equipo multidisciplinario, no existían lineamientos de evaluación, ni protocolos de tratamiento para los pacientes de la clínica.

La primer actividad realizada fue implementar el protocolo de evaluación de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, a partir de éste surgió el primer protocolo de investigación titulado “Evaluación Psicosocial de Pacientes Candidatos a Cirugía Bariátrica” el protocolo fue presentado a las Comisiones de Ética e Investigación, fue aprobado con el número 46-79-2010 y se presentó en la 44 Convención Anual de la Association for Behavioral and Cognitive Therapies realizado en San Francisco, California, EEUU del 16 al 18 de noviembre del 2010 y fue aprobado para publicación en octubre del 2012 en la revista International Journal of Psychology and Psychological Therapy.

Posteriormente se diseñó el protocolo pre-quirúrgico que se refiere a la “preparación” para la cirugía bariátrica, éste incluye psicoeducación sobre cirugía bariátrica, riesgos y cuidados de la misma, estilos de vida saludables, solución de problemas, manejo de estrés y reestructuración cognitiva, así como los cambios y cuidados requeridos; brindar herramientas para la modificación del estilo de vida para lograr una pérdida de peso antes de la cirugía. Este protocolo también fue sometido a las Comisiones de Ética e Investigación titulado “Efecto de una Intervención Cognitivo Conductual sobre el cambio conductual en pacientes candidatos a cirugía bariátrica: un estudio piloto”, aprobado con el número 3479134i13hr.

Se participó en la realización de procedimientos de la clínica de obesidad, ambos protocolos fueron integrados como procedimientos del área de psicología/psiquiatría de la clínica de obesidad.

El horario de servicio fue de 08 a 14 hrs. y se cumplió con las siguientes actividades:

a) Sesiones del equipo multidisciplinario: en éstas se discutían casos de pacientes candidatos a cirugía desde el punto de vista de los diferentes especialistas y se determinaba si el paciente ya estaba listo o no para la cirugía.

b) Sesiones bibliográficas: se discutían artículos relacionados con obesidad de diferentes especialidades.

c) plática psicoeducativa de las especialidades de nutrición, psicología, rehabilitación y cirugía; éstas sesiones fueron implementadas como el programa de preparación

d) Consultas de Evaluación inicial: Al ser determinado como candidato a cirugía bariátrica por el área de cirugía, el paciente se canalizaba al área de Psicología/psiquiatría. En esta evaluación se realizaba el protocolo de evaluación inicial mencionado anteriormente.

e) Pacientes pre quirúrgicos: A partir de la evaluación inicial se podía determinar 3 condiciones a la cual ingresar al paciente, no ser candidato, ser candidato con contraindicaciones relativas (susceptibles de ser modificadas) o sin contraindicaciones. A los pacientes con contraindicaciones relativas se les daba psicoterapia para modificar la contraindicación, a los que no presentaban contraindicaciones psicológicas importantes se ingresaban a protocolo de preparación psicológica (protocolo desarrollado durante la residencia).

f) Atención a pacientes hospitalizados: ya sea en el post quirúrgico inmediato o ingresados al servicio con alguna complicación

Los demás días se veía pacientes en su mayoría de consulta externa, de estos se vio un total de 527 pacientes de evaluación inicial, pre y post quirúrgicos del 10 de febrero del 2010 hasta el 17 de febrero del 2011.

En el servicio se operan aproximadamente dos pacientes por semana, cuando esto sucedía y cuando algún paciente debía ser hospitalizado por alguna complicación, había que ver al paciente en el piso de cirugía y brindarle atención psicológica.

Horario de Actividades durante la Estancia en la Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
08:00	Sesión Académica multidisciplinaria	Sesión Clínica Plática Pacientes		Paciente	Sesión
09:00	Sesión Académica multidisciplinaria	Sesión Clínica Plática Pacientes		Paciente	Sesión
10:00	Seminario Investigación multidisciplinaria	Investigación Plática Pacientes	Paciente	Paciente	Sesión
11:00	Paciente	Paciente	Paciente	Paciente	Investigación
12:00	Paciente	Paciente	Paciente	Paciente	Investigación
13:00	Paciente	Paciente	Paciente	Paciente	Investigación

Actividades Académicas Durante Primer Año

Asistencia a eventos académicos

Primer Curso Internacional sobre Obesidad, Asociación Médica Hospital Ángeles del 17 al 19 de febrero de 2011

Taller: Problem Solving Therapy (PST) to Enhance Resilience and Improve Psychological and Emotional Immunity, impartido por la Drs. Christine Nezu y Arthur Nezu. En la en 44º Convención Anual de la Association for Behavioral and Cognitive Therapies ABCT, San Francisco, Cal. Noviembre, 2010.

VII Curso de Obesidad del Instituto Nacional de la Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán. Junio 2010

XVI Congreso Mexicano de Psicología, Acapulco, Guerrero, México, Octubre 2009.

Participación en congresos

Sierra, M., Vite, A. & Ramos, V. (2010). Psychological evaluation for bariatric surgery candidates in a Mexican public hospital. Cartel presentado en la 44º Convención Anual de la Association for Behavioral and Cognitive Therapies ABCT, San Francisco, Cal.

Asistencia a otros eventos

Presentación del Libro “Obesidad: un enfoque multidisciplinario” en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

Presentación del “Inventario de Calidad de Vida y Salud” en la Facultad de Psicología, UNAM

Conclusiones

Al ser la primer residente de Medicina Conductual en esta sede, sentí gran responsabilidad en cuanto a la importancia de un buen papel, existía un riesgo en virtud de que no existían actividades, lineamientos, trabajo previo ni protocolos del área; por lo que se asumió el riesgo y el resultado fue mejor de lo esperado.

Enfrentarme a un escenario en donde no existía servicio de psicología e implementar los lineamientos y protocolos fue un reto profesional y personal enorme, los resultados obtenidos superaron totalmente las expectativas y fue de gran satisfacción personal y para los demás especialistas de la clínica.

Se logró un ambiente de trabajo con buena relación entre los especialistas lo cual contribuyó a una mejor comunicación entre los mismos y una mejor atención al paciente, así como la consolidación de la clínica de obesidad como clínica multidisciplinaria.

El trabajo realizado durante el primer año fue útil para la realización de los procedimientos de la clínica que serán utilizados a nivel nacional mediante un programa de telemedicina en donde la clínica de obesidad del hospital “Dr. Manuel Gea González” ha servido como ejemplo a otros hospitales a nivel nacional.

Otra de las ganancias es que el personal de la clínica de obesidad así como de enseñanza del hospital estuvo satisfecho con el trabajo por lo que se pidieron más residentes de Medicina Conductual para el servicio y de esta manera continuar con los protocolos implementados durante este primer año de residencia y realizar nuevas líneas de investigación en el servicio. Personalmente fue satisfactorio ver la importancia que se le dio al trabajo del psicólogo, el reconocimiento al mismo y el respeto a las decisiones y conclusiones que el área de psicología brindaba sobre problemáticas presentadas a lo largo del año.

Evaluación del Sistema de Supervisión

Supervisión in situ: Las asesorías y constantes interacciones de parte del supervisor in situ fueron sesiones académicas y de caso clínico semanales. Se presentaban artículos recientes y casos clínicos de pacientes vistos en el servicio. Hubiera sido de provecho que hubiera un supervisor in situ de Medicina Conductual para asesorar la formulación de casos y diseño de tratamiento.

Supervisión académica: No existía.

Competencias Profesionales alcanzadas

Al finalizar el primer año de residencia se desarrollaron las siguientes competencias:

Una de las más enriquecedoras fue la de trabajar en equipo multidisciplinario, al ingresar al servicio no existía una clínica multidisciplinaria como tal y durante ese primer año se fue conformando. Logrando una buena comunicación con el resto de los especialistas, logrando así una buena atención al paciente.

Se adquirieron habilidades y conocimientos necesarios para la evaluación, diagnóstico y manejo de pacientes con condiciones crónico degenerativas mediante técnicas cognitivo conductuales.

Se logró diseñar y desarrollar intervenciones específicas para los pacientes de la clínica según las necesidades tanto del servicio como del paciente.

De igual manera se logró diseñar y aplicar protocolos de investigación tanto de psicología como con el equipo multidisciplinario.

Sugerencias

No obstante el trabajo realizado durante el primer año de residencia fue utilizado para los lineamientos de la clínica de obesidad, aún pudieran realizarse protocolos que beneficien más el servicio y a los pacientes de la clínica.

Se sugiere continuar con los protocolos de investigación, se tiene una base de datos con más de 130 pacientes (durante este primer año), podría aumentar el número de población y utilizar los datos para fines académicos.

Realizar intervenciones grupales que pudieran optimizar tiempos y de esta manera preparar mayor número de pacientes para la cirugía en menos tiempo.

Elaboración de un protocolo de seguimiento post quirúrgico a largo plazo.

Segundo Año de Residencia

Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica

Protocolo de investigación

Intervención cognitivo conductual grupal sobre pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica sin comorbilidades psiquiátricas.

La obesidad ha sido declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una epidemia (OMS, 2000), se encuentra asociada con el desarrollo de enfermedades como diabetes, hipertensión, cardiopatías, cáncer, entre otros (OMS, 2006).

Actualmente el tratamiento que mayor efectividad ha mostrado para tratar la obesidad severa a largo plazo es la cirugía bariátrica (Buchwald, 2005, Sjostrom, 2004). Para asegurar el éxito a largo plazo de esta cirugía, los pacientes deberán realizar cambios en su estilo de vida para lograr la pérdida de peso y mantenerla previniendo la recuperación gradual del peso; una proporción significativa de los pacientes que se someten a esta cirugía presentan dificultades para el mantenimiento de la pérdida de peso (Benotti y Forse, 1995) por lo mismo, la motivación y la acción que lleva a un estilo de vida saludable debe ser elevada antes y después de la cirugía (Wild, Herzog, Wesche, Niehoff, Müller y Hain, 2009). A pesar de que la cirugía ha mostrado ser efectiva para la pérdida de peso, no ha mostrado poder modificar las conductas que llevan al paciente a una pérdida y mantenimiento de peso (Colquitt, Picot, Loveman y Clegg, 2009).

Diversos estudios (Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Sigrist et al, 2004; Nicolai, Ippoliti, Petrelli, 2002; Hildebrant, 1998; Orth, Madan, Taddeucci, et al, 2008) indican que las intervenciones como grupos psicoeducativos o de apoyo pueden mejorar los resultados de la cirugía bariátrica mediante la modificación conductual y ayudar a identificar aquellos pacientes que se encuentran en riesgo para desarrollar comorbilidades psiquiátricas.

Adicionalmente, se ha reportado la existencia de pacientes con obesidad severa que no son capaces de tomar una decisión sobre someterse a una cirugía bariátrica o a algún otro método para reducción de peso. Generalmente la historia de peso de estos pacientes se caracteriza por pérdida de peso y recuperación del mismo de una manera cíclica; esto afecta la autoeficacia y la confianza y habilidad para tomar decisiones, sobre todo, las relacionadas con la salud (Wild, et al. 2009). En el mismo estudio se realizaron sesiones de apoyo grupal encontrando algunos temas que preocupaban a los pacientes de manera recurrente como la falta de autocontrol, el estigma relacionado con el peso, la posibilidad de un cambio, el deseo de mayor información relacionada con la cirugía bariátrica, autocuidado, autopercepción, fobia social y aislamiento actual; la intervención grupal ayudó para pasar a la siguiente etapa de toma de decisiones relacionada con la cirugía y/o programa de pérdida de peso. Este estudio concluye que las sesiones de apoyo grupal tienen efectos positivos sobre niveles de depresión, calidad de vida, motivación al tratamiento e índice de masa corporal (IMC) (a pesar de que las sesiones no iban encaminadas a un programa de reducción de peso). Los autores proponen la intervención grupal como un tratamiento que

puede ayudar a los pacientes con obesidad a reducir sintomatología depresiva y a aumentar la motivación al tratamiento.

Los aspectos primordiales que debe tener un grupo de apoyo para estos pacientes debe incluir lo siguiente: la buena adhesión así como los avances que vaya presentando el paciente siempre deberán ser reforzados por mínimos que sean; los grupos de apoyo deberán proveer de información y educación al paciente sobre los cambios conductuales que deberá realizar antes y después de la cirugía; servirán para identificar problemas potenciales que pudieran presentárseles y trabajar para desarrollar estrategias para enfrentar y resolverlos; estos grupos brindan un ambiente seguro para el paciente y una oportunidad para llevar a cabo los retos que se le presentan por la cirugía junto con otras personas que viven experiencias similares; por último, los pacientes que están considerando la cirugía deben sentirse aceptados e integrados en el grupo para funcione como oportunidad para aprender de las personas que ya han vivido la experiencia (Algazi, 2000).

Es importante que las intervenciones psicoeducativas para el control de peso hagan énfasis en los beneficios que los pacientes obtendrían con la pérdida de peso, este conocimiento es útil para aumentar la motivación y confianza en su habilidad para lograr este cambio (autoeficacia) (Bean et al., 2008). La participación en grupos psicoeducativos para pacientes bariátricos ayudará a que los cuidados post-quirúrgicos sean más fáciles tanto para el paciente como para el equipo multidisciplinario que lo trata; proporciona en el paciente una percepción de pertenencia y de apoyo (factores que influyen de manera positiva en adhesión terapéutica), de igual manera un grupo propicia la expresión de emociones

relevantes y disminuye el estrés, por lo tanto, tiene el potencial de mejorar la adaptación del paciente al nuevo estilo de vida requerido por la cirugía bariátrica (Marcus y Elkins, 2004). Se ha reportado una correlación positiva entre el número de sesiones grupales a las que se atiende con la pérdida de peso post quirúrgica (Kaiser, et al., 2011).

OBJETIVO

Evaluar la efectividad de una intervención cognitivo conductual grupal sobre la pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

MÉTODO

Participantes

Participaron 15 pacientes de los cuales 10 (66%) eran mujeres y 5 (33%) hombres. De los 15 pacientes que se incluyeron en el estudio, 6 no lo finalizaron por lo cual se excluyeron del mismo. De los 9 que lo finalizaron, dos no se operaron, una por falta de recursos económicos y otro debido a que no cumplió los objetivos del tratamiento.

Criterios de Inclusión

Mayores de 18 años con IMC ≥ 40 o ≥ 35 en caso de tener comorbilidades; que sean candidatos a cirugía bariátrica.

Aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Que no presenten contraindicaciones psicológicas para cirugía bariátrica más que falta de información sobre la misma y expectativas poco realistas sobre los resultados.

Criterios de exclusión

Que se nieguen a participar en el estudio

Que no sean capaces de asistir a las visitas

Criterios de eliminación

Si el paciente falta a dos sesiones sin avisar previamente.

Si el paciente voluntariamente quiere abandonar el estudio

Pacientes que hayan contestado mal los cuestionarios o que estén incompletos.

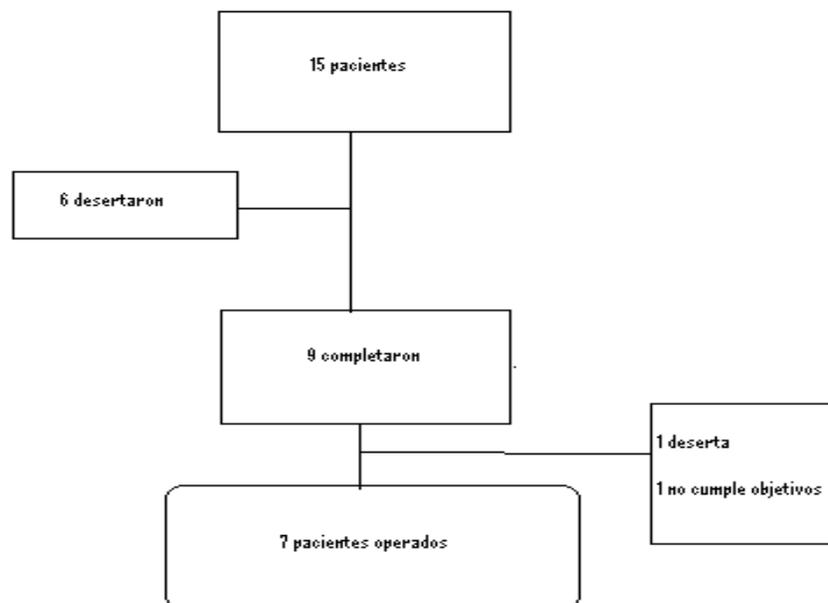


Figura 1. Diagrama de flujo de pacientes durante el estudio.

Los datos sociodemográficos de los pacientes que completaron el estudio fueron 7 mujeres y 2 hombres con la siguiente escolaridad: 1 secundaria, 2 carrera técnica, 2 preparatoria, 1 licenciatura y 3 posgrado. El estado civil era 4 solteros y 5 casados.

Las características iniciales de peso, edad e IMC de los participantes se describen en la siguiente tabla (tabla 4).

Tabla 4. Promedio de edad, peso e Índice de Masa Corporal de los participantes

	Mínimo	Máximo	Media	<i>DE</i>
Edad	22	52	34.11	10.9
Peso	90	169	124.4	26
IMC	37	51	44.18	4.94

Escenario: La intervención se llevó a cabo en las instalaciones de la Clínica de Obesidad del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en un aula

Instrumentos

Se aplicó:

Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA: Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2009), el cual evalúa la calidad de vida en pacientes con cualquier padecimiento crónico o agudo y con sensibilidad a las intervenciones. Está compuesto por 53 reactivos de opción múltiple (0 = nunca a 5 = siempre) que evalúan distintas áreas de la vida del paciente: preocupaciones, desempeño, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud hacia el tratamiento, tiempo li-

bre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico; así como una percepción de bienestar y salud general. Tiene confiabilidad Alfa de Cronbach de .93 para vida cotidiana (más alto) y .6831 para actitud ante el tratamiento (más bajo). Muestra adecuadas propiedades psicométricas de consistencia, validez concurrente y test-retest, así como la sensibilidad para distinguir entre diferentes condiciones de salud.

Variables

La variable dependiente tomo los siguientes valores:

- a) Calidad de vida, medida a través de las puntuaciones del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa),
- b) Peso perdido en kilogramos,
- c) Porcentaje de exceso de peso perdido,
- d) Índice de masa corporal
- e) Tiempo transcurrido entre la evaluación inicial del paciente y la realización de la cirugía bariátrica (meses).

Variable independiente

Programa de intervención cognitivo- conductual, que consistió de los siguientes módulos:

- a) Psicoeducación
- b) Solución de problemas
- c) Manejo de estrés
- d) Reestructuración cognitiva

Diseño

Se empleó un diseño cuasi experimental de grupo experimental con pretest y posttest (Kazdin, 2002).

Procedimiento

Los pacientes candidatos asistían al servicio de psicología de la clínica de cirugía bariátrica remitidos por el área de cirugía. Se realizó evaluación psicológica inicial y se tomaron los estudios de laboratorio iniciales que incluían glucosa, triglicéridos, colesterol total, colesterol HDL y colesterol LDL. Si el paciente no presentaba contraindicaciones psicológicas absolutas, ni relativas diferentes a falta de información/conocimiento o expectativas poco realistas de los resultados de la cirugía; se asignaba a intervención cognitivo conductual grupal.

La intervención cognitivo conductual grupal para candidatos a cirugía bariátrica constó de sesiones grupales una vez a la semana, el número de sesiones se conformó por 5 módulos, cada uno de ellos proporcionaba habilidades específicas. A continuación se describe cada uno de los módulos.

SESIÓN EVALUACIÓN

Objetivos: Identificar factores cognitivos y conductuales que interfieren con el proceso de la cirugía bariátrica (por ejemplo hábitos específicos, creencias irracionales), trastornos de la conducta alimentaria (atracción, ingesta emocional,

síndrome de alimentación nocturna), redes de apoyo social, habilidades para manejo de estrés y niveles de autocontrol y autoeficacia percibida.

Identificar si existía algún factor psicológico contraindicado para la cirugía bariátrica (toxicomanías, adicción al alcohol, trastornos psiquiátricos no controlados).

Los datos obtenidos en esta primera sesión daban un perfil inicial del paciente y son los que se utilizaron como medición pretratamiento.

SESIÓN 1. Cirugía bariátrica

Objetivos: Incrementar niveles de conocimiento sobre obesidad, riesgos, causas y tratamientos (incluido el quirúrgico) aumentar percepción de riesgo y conciencia de enfermedad.

Meta de la sesión: Que el paciente describa las cirugías que se realizan, que explique la diferencia entre manga gástrica y bypass gástrico y los cambios conductuales que debería realizar para cada una.

Para lograr dichos objetivos se realizó una sesión de psicoeducación grupal, brindando a información sobre la obesidad (causas, riesgos), tratamientos y sobre la cirugía bariátrica. Se realizó balance decisional sobre realizarse o no la cirugía bariátrica así como la identificación de conductas que debían modificarse y posibles alternativas.

SESIÓN 2. Estilos de vida saludables

Objetivos: El paciente podrá identificar aquellos hábitos que requieren ser reemplazados, la razón de esto y la forma cómo va a hacerlo (planear), así como las barreras que percibe para su logro y cómo podrá solucionarlas.

Meta de la sesión: Que el paciente sea capaz de describir los hábitos que deberá cambiar, cuáles pueden interferir en el éxito post-operatorio y por qué. Que realice un plan para comenzar con estos cambios y que registre sus progresos.

Procedimientos: Se emplearon aspectos de la entrevista motivacional (Miller y Rollnik, 2002), la cual es una entrevista clínica centrada en el paciente, que ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito inapropiado para promover cambios hacia estilos de vida más saludable, esto servirá para ayudar a que el paciente tome decisiones de cambiar. Habrá que tomar en cuenta intentos anteriores por lograr estos cambios y las razones por las que no funcionaron.

Se incluyeron las siguientes técnicas conductuales para facilitar el cambio en estilo de vida:

Control de Estímulos/ Modificación ambiental: que tenía como propósito evitar comprar alimentos no permitidos en plan de alimentación, tener alimentos saludables preparados en casa, comer en un solo lugar sin realizar otras actividades al mismo tiempo.

Preparación de redes de apoyo social: los pacientes identificaron quiénes son sus redes de apoyo y de qué manera pudieran ayudar para lograr el cambio en su estilo de vida.

Conductas Incompatibles: identificar y proponer actividades que puede realizar el paciente cuando siente "ansiedad por comer".

Estructurar patrones de alimentación: planeación de horarios, lugares y tipos de alimentos.

Identificar/controlar ingesta emocional y recreativa: identificar si la presenta, de ser así, realizar un plan de acción con las actividades que se enlistaron anteriormente y probar cómo funcionan las diferentes alternativas.

Comenzar rutina de ejercicio: que el paciente realice la actividad física que más le guste y lleve un registro con los días que lo hace y el tiempo que le dedica.

Identificación de pensamientos disfuncionales para el cambio de estilo de vida y aprender a realizar autodebate (más a detalle en sesiones posteriores).

Automonitoreo: alimentos, horarios de alimentación, emociones al comer, ejercicio.

SESIÓN 3. Entrenamiento en solución de problemas.

Objetivos: Brindar al paciente herramientas para el análisis y solución de problemas relacionados con ingesta emocional y recreativa.

Procedimientos: Entrenamiento en Solución de problemas, Propone un esquema orientado a que el paciente aprenda a resolver diversos problemas actuales y futuros, consta de 5 fases: orientación al problema, definición y formulación del problema, generación de opciones, toma de decisiones e instrumentación y verificación de soluciones; en este bloque se contará con apoyo

del Manual de Técnica de Solución de Problemas basado en la propuesta de D'Zurilla & Golfried (1971). Recalcar la importancia de enfrentar los problemas y la asociación que puede existir entre la baja capacidad de resolverlos y comer; aumentar sensación de control sobre ingesta emocional y recreativa.

SESIÓN 4. Manejo de estrés

Objetivo: Que el paciente aprenda a relajar su cuerpo, de tal modo que logré identificar la diferencia entre situaciones de estrés/tensión y de relajación. Adicionalmente se buscará aumentar en el paciente la percepción de control sobre las respuestas del cuerpo, específicamente sobre la respuesta de relajación y frecuencia cardiaca. Brindar una herramienta para cuando el paciente sienta ansiedad por comer, ansiedad ante estudios exploratorios y ansiedad pre quirúrgica.

Que incluya dentro de su repertorio habitual de conducta esta técnica de relajación para que pueda lidiar con los diferentes estresores que se le presenten.

Procedimientos: Se dará proporción información sobre componentes cognitivos y fisiológicos del estrés. Se realizó el entrenamiento en respiración diafragmática grupal y en imaginación guiada de manera grupal.

Se le explicó que este tipo de respiración se puede realizar cuando sienta tensión, ansiedad, estrés y esto le produzca ganas de comer. Se le indicará que es necesario practicar en casa para perfeccionar la respuesta y producir el efecto deseado para la cirugía.

Se reforzará de manera individual con ayuda del programa Emwave, un software creado para dar retroalimentación biológica, es decir, una retroalimentación de cómo esa respuesta de relajación impacta positivamente frecuencia cardíaca y presión arterial.

SESIÓN 5. Reestructuración cognitiva

Objetivo: Identificar y modificar las creencias irracionales/distorsiones cognitivas que interfieren en la conducta de seguir plan de alimentación y de realizar actividad física.

Procedimientos: Se enseñó a identificar las creencias, y el registro de las mismas, de igual manera se les capacitó a través del determinismo recíproco cómo los pensamientos influyen tanto en las emociones como en las conductas y hacer hincapié en cómo si se logra cambiar el pensamiento, es posible cambiar la emoción y la conducta. Las creencias que se busca cambiar son del tipo “ya rompí la dieta, voy a romperla bien”, “hoy estoy cansado(a) no haré ejercicio”, “ya voy a operarme, hasta entonces seguiré la dieta”. En ocasiones, estos pensamientos surgen en situaciones específicas pero de igual manera influyen en la conducta, un ejemplo de esto es “Debo terminarme todo lo que hay en el plato” (pensamiento), la conducta será que termine todo lo que hay en el plato; si el paciente aprende a debatir estas creencias, podrá modificarlas y por lo tanto, su conducta. Se solicitó a los pacientes que identificaran algunas creencias desadaptativas y se hará el ejercicio de autodebate. Posteriormente se les pidió que practicasen en casa, en el manual se incluyó un registro de pensamientos, y deberían realizar un registro constatare de éstos hasta la siguiente sesión.

Post evaluación

Se realizó una entrevista de manera individual para obtener retroalimentación sobre el grado de aprendizaje del paciente, aclarar dudas y volver a aplicar los instrumentos de evaluación psicológica. En caso de que el paciente no cumpliera con los objetivos, continuaba en tratamiento psicológico individual. En caso de que los hubiese cumplido, se presentará al equipo multidisciplinario como candidato a cirugía por parte de psicología.

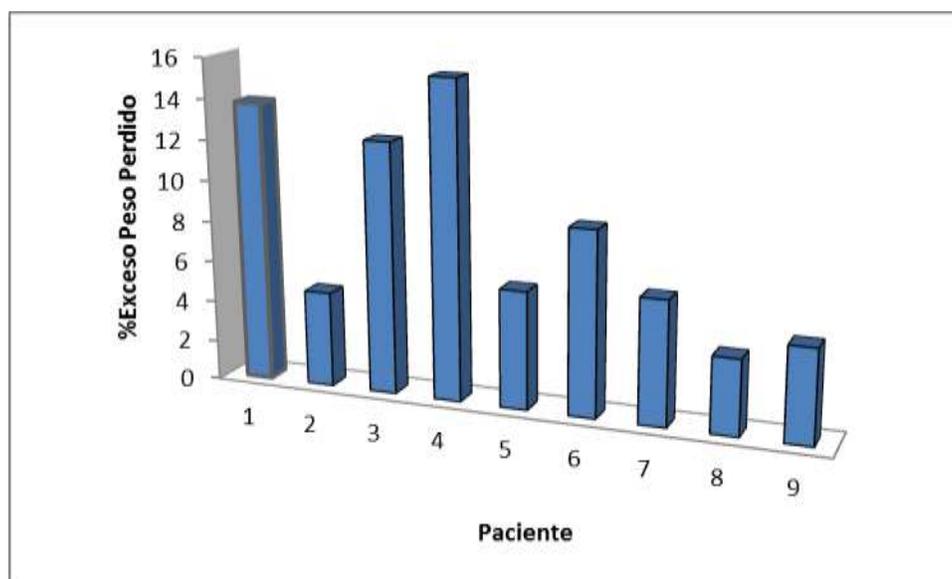
RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan los datos obtenidos de la comparación antes y después de la intervención del índice de masa corporal y peso, como se aprecia IMC inicial fue de 44.18 kg/m^2 (obesidad grado III o severa), el promedio de peso pre tratamiento fue de 124.4 kg y el promedio de peso post tratamiento fue de 118.7 kg, logrando en promedio una pérdida de peso de 5.7 kg, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (.001); a su vez con la pérdida de peso disminuyó el IMC promedio a 42.08 kg/ m^2 con una significancia estadística de .002. El porcentaje promedio de pérdida de exceso de peso fue de 8.3% con un rango de 3.7% a 15.53%, en la figura 1 se muestra el porcentaje de exceso de peso perdido por paciente.

Tabla 1. Resultados comparativos de peso e índice de masa corporal antes y después del tratamiento

	Media Pre	Media Post	DE Pre	DE Post	t	P
Peso	124.4	118.7	26	26	5.345	.001
IMC	44.18	42.08	4.9	4.7	4.693	.002

Figura 1. Porcentaje de exceso de peso perdido por paciente.



De los 9 pacientes que completaron el estudio, 7 de ellos se operaron en un promedio de 4.5 meses, con un rango de 2 a 6 meses, cumpliendo el objetivo de hacer el tiempo pre quirúrgico menor a 6 meses.

Se realizó prueba de Wilcoxon para analizar cambio en grado de obesidad, tres pacientes disminuyeron de grado de obesidad debido a la pérdida de peso, los restantes seis pacientes se mantuvieron en el mismo grado, ninguno subió de grado; a pesar de esto, la disminución de grado de obesidad no fue estadísticamente significativa (p.083).

En cuanto a calidad de vida, se les aplicó en Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) (Riveros, et al. 2009) identificando áreas mayormente afectadas en primer lugar percepción corporal (media de 10.87), seguido por relación con el médico (media 7.3), desempeño físico (media de 6) y tiempo libre (media de 5.7). Se analizaron las diferencias pre y post tratamiento con prueba t de student para muestras relacionadas, mostrando mejoría significativa en actitud ante el tratamiento (p.04) y en percepción corporal (p.05).

Tabla 3. Resultados comparativos de las subescalas del InCaViSa antes y después de la intervención.

Variable	Media Pre	Media Post	Desviación Estándar	P
Preocupaciones	4.85	3.71	3.7	.44
Desempeño Físico	5	2.4	3.3	.086
Aislamiento	1.71	1.28	2.63	.68
Percepción corporal	11	7.5	3.77	.05
Funciones Cognitivas	3.2	3.2	1.73	1
Actitud al tratamiento	2.14	1	1.21	.04
Familia	1.42	.85	.78	.103
Tiempo Libre	4.57	1.71	4.67	.157
Vida Cotidiana	2.57	2	3.55	.685
Dependencia Médica	4.5	3.14	2.5	.182
Relación con el médico	6	5.5	2.5	.667
Redes Sociales	4.14	1	4.3	.104

Se analizaron las variables peso, IMC y glucosa de manera individual antes y después de la intervención obteniendo en general una disminución en el peso (figura 2) e IMC (figura 3) y 4 pacientes disminuyeron niveles de glucosa. En la tabla 3 se describen los resultados de manera individual pre y post.

Tabla 3. Resultados comparativos del peso, índice de masa corporal y glucosa antes y después de la intervención.

Paciente	Peso Pre	Peso Post	IMC Pre	IMC Post	Glucosa Pre	Glucosa Post
1	132	121.6	50.3	46.3	92	81
2	169	164.6	51	49.7	90	93
3	98.9	92.5	39.1	36.6	106	97
4	122	111	44.8	40.3	100	-
5	90	87.4	37	35.9	108	-
6	123.4	117	44.2	42	167	104
7	114.7	111	40.15	38.9	88	134
8	109.8	107.5	42.9	42	103	90
9	159.8	155.9	48.2	47.1	82	-

Figura 2. Resultados comparativos del peso por paciente antes y después de la intervención

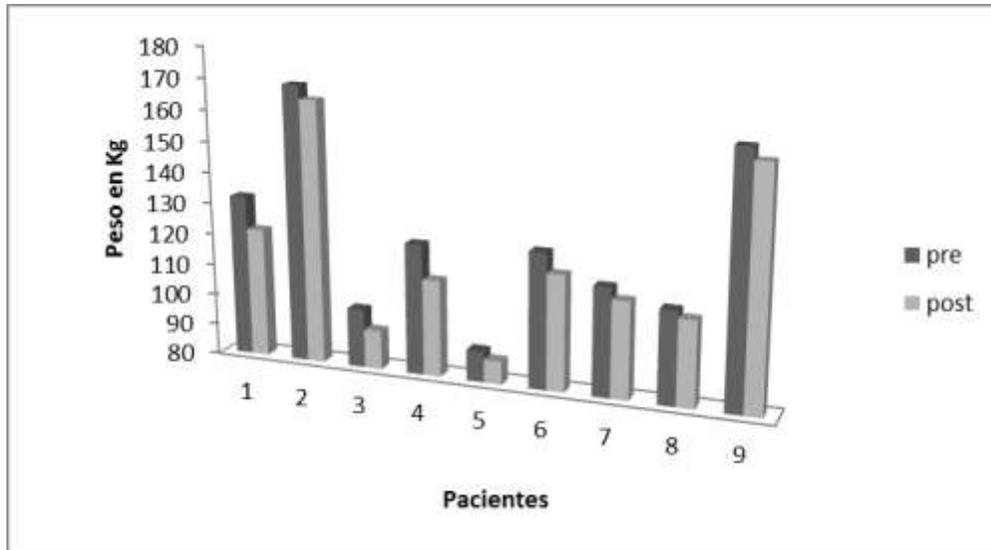
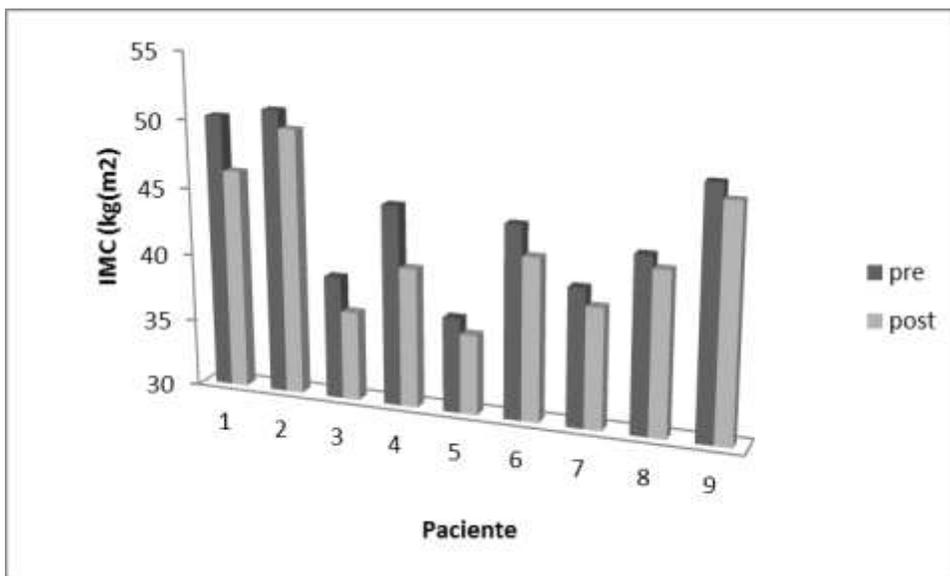


Figura 3. Resultados comparativos del índice de masa corporal por paciente antes y después de la intervención.



DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue promover la pérdida de peso y mejorar la calidad de vida de los pacientes antes de la cirugía bariátrica, los resultados obtenidos muestran que la intervención cognitivo-conductual logró propiciar una pérdida de peso, disminución del índice de masa corporal, una mejoría en percepción corporal y en actitud al tratamiento médico en pacientes con obesidad mórbida sin comorbilidades psiquiátricas estos resultados son similares a los obtenidos por Yilmaz, et. al. (2011), quienes señalan que este tipo de tratamiento es efectivo para motivar a los pacientes a un cambio en estilo de vida, pérdida de peso, mejoría en calidad de vida e incluso logran aumentar la conciencia de enfermedad, descartando opciones de “tratamiento mágico” para la pérdida de peso y prefiriendo un cambio en estilo de vida.

Asimismo, se logró preparar psicológicamente para la cirugía a más pacientes en un mismo periodo de tiempo, optimizando recursos físicos y humanos.

Por otra parte, se ha señalado que los pacientes con obesidad que acuden a terapias grupales muestran mayores niveles de motivación al tratamiento, mejorías en calidad de vida, reducción de depresión y ansiedad, lo cual favorece la toma de decisiones sobre someterse a un tratamiento para la obesidad (Wild, Herzog, Wesche, Niehoff, Müller, y Hain, 2009), los resultados del presente estudio mostraron mejoría significativa en actitud a tratamiento, lo cual a su vez aumenta la motivación y adhesión terapéutica facilitando la pérdida de peso. En relación a las demás sub escalas del Inventario de Calidad de Vida y Salud, se observan mejorías aunque no significativas en preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, familia, tiempo libre, vida cotidiana, dependencia médica, relación con el médico y redes sociales. Se muestra una mejoría general en calidad de vida.

En relación a los niveles de glucosa, 5 de los 9 pacientes disminuyeron sus niveles y 3 de ellos de manera significativa para su salud, logrando un adecuado control de la misma; 2 de los 9 pacientes no tienen segunda medición pues fueron

sometidos a cirugía antes de los 3 meses en donde se tomaban los segundos laboratorios de control y 2 de los 9 pacientes subieron sus niveles de glucosa, uno de manera significativa y el otro no.

En relación al peso, los pacientes perdieron en promedio 8.3% del exceso de peso en 5 semanas que duró la intervención, en las guías de la Asociación Americana de Cirugía Metabólica y Bariátrica (AACE, TOS, ASMBS, 2008) se sugiere la pérdida de peso prequirúrgica con la intención de la disminución del volumen del hígado y mejorar aspectos técnicos de la cirugía, así como para monitorear la capacidad que tiene el paciente de realizar cambios en su estilo de vida, los pacientes que recibieron esta intervención lograron estos objetivos y posteriormente la cirugía.

Se ha descrito que los pacientes que reciben intervenciones grupales pierden mayor peso que los que lo reciben de manera individual (Orth, Madan, Taddeucci, Coday y Tichansky, 2008) el presente estudio por ser piloto, no cuenta con grupo de comparación, por lo que se sugiere realizarlo más adelante.

ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

El segundo año se realizó en la misma sede en virtud de que había sido una buena experiencia, se habían logrado los objetivos académicos y existían probabilidades de integrarme formalmente dentro del equipo multidisciplinario de la clínica de obesidad.

Actividades Realizadas

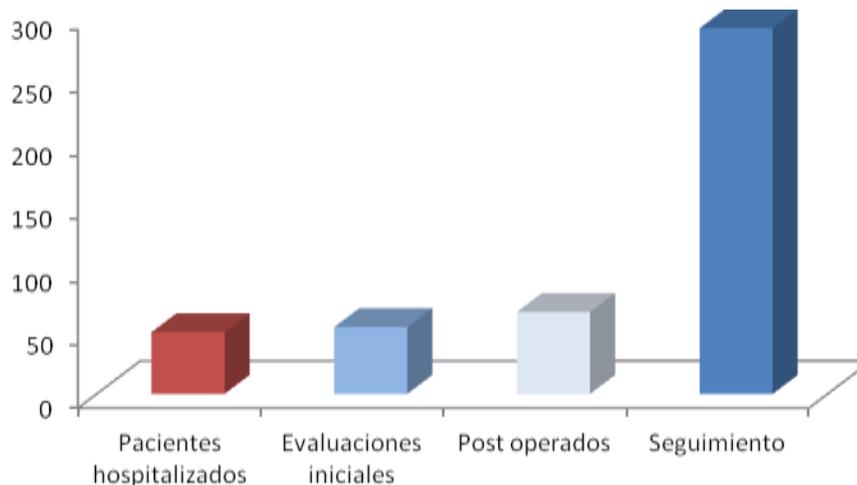
Actividades Asistenciales: Las actividades realizadas durante el segundo año de residencia, se podrían clasificar en tres rubros:

- I. Evaluaciones
- II. Seguimientos
- III. Atención post cirugía
- IV. Hospitalización

A continuación se describe el tipo de pacientes atendidos durante este segundo año de residencia:

Se atendieron un total de 408 pacientes en consulta externa de los cuales 65 fueron pacientes post operados de cirugía bariátrica, 53 evaluaciones iniciales, 49 pacientes hospitalizados y 290 consultas de seguimiento, lo cual se muestra en la Figura 4.

Figura 4. Tipos de pacientes atendidos



Se elaboró el protocolo de intervención cognitivo conductual grupal de preparación para cirugía bariátrica descrito anteriormente.

Asistencia a Eventos Académicos

Asistencia al Curso de Obesidad y su Comorbilidad en el Niño y el Adolescente. Perspectivas de Diagnóstico y Tratamiento, Asociación Mexicana de Pediatría (AMP). Marzo 2010.

VIII Curso de Obesidad del Instituto Nacional de la Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán. Octubre 2011.

Asistencia a Congresos

5° Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Xalapa Veracruz, mayo, 2011.

Ponencias en congresos

Sierra, M., Ramos, V., López, Vite, A., Torres, M., Mejía, J. & Núñez, C. (2011). Evaluación psicosocial orientada a pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Trabajo presentado en 5to Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Xalapa, México

Educación Continua

Diplomado en Psicología Bariátrica, Hospital Ángeles del Pedregal, avalado por el Colegio Mexicano de Cirugía de Obesidad y Enfermedades Metabólicas, mayo- noviembre, 2011.

Evaluación del Sistema de Supervisión

Supervisión in situ: Las asesorías y constantes interacciones de parte del supervisor in situ fueron sesiones académicas y de caso clínico semanales. Se presentaban artículos recientes y casos clínicos de pacientes vistos en el servicio.

Supervisión académica: no había supervisor académico.

Competencias Profesionales alcanzadas

Al finalizar el segundo año de residencia se desarrollaron otras competencias, además del trabajo en equipo multidisciplinario, la comunicación con otros especialistas logrando impactar en un tratamiento integral, en protocolos de investigación multidisciplinaria y en protocolos de tratamiento bien establecidos.

La evaluación conductual del paciente y el diseño de intervenciones basadas en evidencia fue otra de las competencias alcanzadas durante este periodo así como la búsqueda de intervenciones novedosas en la literatura y adaptarlas a la población de estudio.

En este segundo año también adquirí competencias para la docencia como, transmitir conocimientos y exponer en público sobre el trabajo realizado.

Sugerencias

Sería pertinente un supervisor académico por parte de la residencia que asesore el manejo clínico de los pacientes así como la realización de protocolos de investigación.

El protocolo de preparación psicológica para cirugía bariátrica lleva aproximadamente dos años, por lo que se sugiere hacer un estudio comparando la evolución a largo plazo de los pacientes que recibieron esta intervención contra los que no.

Se sugiere también implementar un protocolo para manejo pre y post quirúrgico inmediato, es decir, cuando el paciente se encuentra hospitalizado.

Referencias

- AACE/TOS/ASMBS (2008). American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. *Surgery for the Obesity and Related Diseases*; 4: 109-184.
- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Pérez de la Cruz, A. & Fernández-Santaella, M.; (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20 (2) 161- 167.
- Algazi, L. (2000). Transactions in a support group meeting: a case study. *Obesity Surgery*, 10, 186- 191.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year perspective. *Archives General Psychiatry*, 62, 953–959.
- Bauchowitz, A., Gonder-Frederick, L., Olbrisch, M., Azarbad, L., Ryee, M., Woodson, M., Miller, A., & Schirmer, B. (2005). Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: A survey of present practices. *Psychosomatic Medicine*, 6, 825-832.
- Bean, M., Stewart, K., & Olbrisch, M. (2008). Obesity in America: Implications for clinical health psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 15, 214-224.
- Benotti, P. & Forse, R. (1995). The role of gastric surgery in the multidisciplinary management of severe obesity. *American Journal of Surgery*, 169, 361-367.

- Buchwald, H. (2005). Bariatric Surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals, and third party payers. *Journal of American College of Surgery*, 200, 593-604.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Sigrist, S. & Buddeberg, C. (2004). Impact of psychosocial stress and symptoms on indication for bariatric surgery and outcome in morbidly obese patients. *Obesity Surgery*, 14, 361–369.
- Busetto, L., Segato, G., De Luca, M., De Marchi, F., Vianello, M., Valeri, M., Favretti, F. & Enzi, G. (2005). Weight loss and postoperative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated by laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 15, 195–201.
- Butryn, M.L., Phelan, S., Hill, J.O. & Wing, R.R. (2007). Consistent self-monitoring of weight: A key component of successful weight loss maintenance. *Obesity*, 15, 3091–3096.
- Colquitt, J., Picot, J., Loveman, E. & Clegg, A.J. (2009). Surgery for morbid obesity. *Cochrane Database Systematic Review*, (2).
- D' Zurrilla, T. & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107- 126.
- Daddario, D.; (2007). A review of the use of health belief model for weight management. *Nursing: The Journal of Adult Health*, 16 (6): 363- 366.
- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 25, 1, S51-S55.
- Dirección General de Epidemiología (1993). *SSA/ INNSC: Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. Secretaría de Salud: México.

- Feldman, M. & Christensen, J. (2008). *Behavioral medicine: A guide for clinical practice*. Estados Unidos de Norteamérica: Mc Graw Hill.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (2000). *Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria: Prevención primaria y factores de riesgo de trastornos alimentarios*. Proyecto PAPIT- IN- 305599 UNAM, Proyecto CONACYT 34507 H. México.
- Goodspeed-Grant, P. (2008). Food for the soul: social and emotional origins of comfort eating in the morbidly obese. *Buckroyd, J., & Rother, S. (Eds.). Psychological responses to eating disorders and obesity: Recent and innovative work*. John Wiley and Sons: Chichester, 1121-1137.
- Greenberg, I., Smith, K., & Rockart, E. (2004). Behavioral Health evaluations in Bariatric Surgery. *Nutrition in Clinical Care, 7* (1), 5-11.
- Greenberg, I., Sogg, S., & Perna, F. (2009). Behavioral and psychological care in weight loss surgery: Best practice update. *Obesity, 17*, 880-884.
- Guerdikova, A., West-Smith, L., McElroy, S., Sonnanstine, T., Stanford, K. & Keck, P. (2007). Emotional eating and emotional eating alternatives in subjects undergoing bariatric surgery. *Obesity Surgery, 17*, 1091- 1096.
- Hayden, M.; Dixon, J.; Dixon, M.; Shea, T. & O'Brien, P. (2010). Characterization of the improvement of depressive symptoms following bariatric surgery. *Obesity Surgery*. Published online June 2010, 8-12.
- Hildebrant, S. (1998). Effects of participation in bariatric support group after Roux-en-Y gastric bypass. *Obesity Surgery, 8*, 535-542.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*, México.

- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kaiser, K., Franks, S. & Smith, A. (2011). Positive relationship between support group attendance and one- year postoperative weight loss in gastric banding patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 7, (1), 89-93.
- Kalarchian, M.A.; Marcus, M.D. & Levine, M.D.; (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *American Journal of Psychiatry*, 164, (2), 328-335.
- Kazdin, A. E. (2002). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Pearson Educación: México.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*; 62, 593–602.
- Kinzl, J.F., Schrattecker, M., Traweger, C., Mattesich, M., Fiala, M. & Biebl, W. (2006). Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 16, 1609–1614.
- Leija- Alva, G., Aguilera- Sosa, V., Lara- Padilla, E., Rodríguez- Choreño, J., Trejo- Martínez, J. & López de la Rosa, M. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (2): 19- 28.

- López-Alarcón, M., & Rodríguez Cruz, M. (2008). Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad: Perspectiva de México en el contexto Mundial. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65 (6).
- Luppino, F.; de Wit, L.; Bouvy, P.; Stijnen, T.; Cuijpers, P.; Penninx, B., & Zitman, F.; (2010). Overweight, obesity and depression, a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229.
- Marcus, J. & Elkins, G. (2004). Development of a model for a structured support group for patients following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 14, 103-106.
- Martins, C., Strommen, M., Stavne, O., Nossun, R., Marvik, R., & Kulseng, B. (2010). Bariatric surgery versus lifestyle interventions for morbid obesity changes in body weight, risk factors and comorbidities at 1 year. *Obesity Surgery*, published online 09 April 2010.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Nueva York: Guilford Press.
- Moorehead, M. (2008). *Psychological evaluation: The bariatric mental health professional; weight loss surgery: a multidisciplinary approach*. Matrix Medical Communications, Edgemont, Pennsylvania.
- Nicolai, A., Ippoliti, C., & Petrelli, M. (2002). Laparoscopic adjustable gastric banding: Essential role of psychological support. *Obesity Surgery*, 12, (6), 857-63.
- NIH (1999) Clinical Guidelines in obesity: A Summary. *Healthy Weight Journal*; Marzo/abril.

- OMS. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation*: Geneva. Recuperado el 19 de noviembre del 2009 de <http://www.atividadefisica.pro.br/artigos/WHO%20obesity.pdf>
- OMS. (2006). *Obesidad y sobrepeso ¿Qué son la obesidad y el sobrepeso?*, Nota Descriptiva N° 311, recuperado el 19 de noviembre del 2009 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Orth, W., Madan, A., Taddeucci, R., Coday, M. & Tichansky, D. (2008). Support group meeting attendance is associated with better weight loss. *Obesity Surgery*, 18, 391-394.
- Petri, N.; Barry, D.; Pietrzak, R. & Wagner, J.; (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosomatic Medicine*, 70 (3), 288-297.
- Phelan, S.; Liu, T. Gordin, A.; Lowe, M.; Hogan, J.; Fava, J. & Wing, R. (2009) What distinguishes weight loss maintainers from the treatment seeking obese? Analysis of environmental, behavioral and psychosocial variables in diverse populations; *Annals of Behavioral Medicine*, Publicado en línea: Octubre 2009.
- Puhl, R.M., Moss-Racusin, C.A. & Schwartz, M.B. (2007). Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity*, 15, 19–23.
- Ramírez-Vidal, L. (2005). Reseña de “¡Vivan los tamales! La comida y la construcción de la identidad Mexicana” de Jeffrey M. Pilcher y “Sabor a

- comida, sabor a libertad, incursiones en la comida”. *Alteridades: Universidad Autónoma Metropolitana*, 15, (29), 143-146.
- Riveros- Rosas, A., Sánchez- Sosa, J., Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud*. México: Manual Moderno.
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C. & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight and or obesity (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2: 1-62.
- Sheehan, D. V. & Lecrubier, Y. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview: versión en español 5.0.0*. Manuscrito no publicado.
- Sjöstrom, L., Lindroos, A.K., Peltonen, M., Torgerson, J., Bouchard, C., Carlsson, B., Dahlgren, S., Larsson, B., Narbro, K., Sjöstrom, C.D., Sullivan, M. & Wedel, H. (2004). Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *New England Journal of Medicine*, 351, (26), 2683–93.
- Wadden, T.A., Sarwer, D.B., Womble, L.G., Foster, G.D., McGuckin, B.G. & Schimmel, A. (2001). Psychological aspect of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North America*, 81, 1001-1024.
- Wadden, T. & Sarwer, D. (2006) Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: A Patient oriented approach, *Obesity* Vol. 14: 53-62.
- Werrij, M., Jansen, A., Mulkens, S., Elgersma, H., Ament, A. & Hospers, H. (2009) Adding Cognitive Therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity; *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 315-324.
- Wild, B., Herzog, W., Wesche, D., Niehoff, D., Müller, B. & Hain, B. (2009). Development of a group therapy to enhance treatment motivation and

decision making in severely obese patients with a comorbid mental disorder.

Obesity Surgery; published online: December 2009.

Wing, R.; Tate, D.; Reynor, H. & Fava, J. (2006) A self-regulation program for maintenance of weight loss; *New England Journal of Medicine*; 355, 1563-1571.

Yilmaz, J., Povey, L. & Dalgliesh, J. (2011). Adopting a psychological approach to obesity. *Nursing Standard*, 25, (21), 42-46.

Zvolensky, M.; Arrindell, W.; Taylor, S.; Bouvard, M.; Cox, B.; Stewart, S.; Sandin, B.; Jurado, S. & Eifert, G. (2003) Anxiety sensitivity in six countries; *Behaviour Research and Therapy*, 41, 841-859.

ANEXO 1

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

InCaViSa

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD.

ANGELICA RIVEROS.
JUAN JOSE SANCHEZ SOSA.
MARK ANDREW GROVES.



FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

2007, DERECHOS RESERVADOS.

INSTRUCCIONES.

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **rellenando en su hoja de respuesta el círculo** de la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, márquela como "nunca", eso no le pasa. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

0. **A** 0% **B** 20% **C** 40% **D** 60% **E** 80% **F** 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Rellenaría el círculo de "CASI NUNCA" si siente miedo o terror muy rara vez en su vida.

0. (A) (B) (C) (D) (E) (F)

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza, conteste con la verdad.*

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante **las últimas dos semanas**, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones pero sólo en los **últimos quince días**.

1. Creo que si me cuido mi salud mejorará.

A	B	C	D	E	F
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas

A	B	C	D	E	F
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

3. Mi salud en general es...

A	B	C	D	E	F
0	0	0	0	0	0
Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente

4. En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?

A	B	C	D	E	F
0	0	0	0	0	0
Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente

Durante las últimas 2 semanas...

PREOCUPACIONES

5. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad.

A	B	C	D	E	F
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

6. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás.

A	B	C	D	E	F
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

7. Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo por mi enfermedad.

A	B	C	D	E	F
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

8. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad

A	B	C	D	E	F
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

DESEMPEÑO FÍSICO

9. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
10. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
11. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
12. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

AI SLAMI ENTO

13. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
14. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
15. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
16. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |

A **B** **C** **D** **E** **F**

PERCEPCIÓN CORPORAL

17. Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a).

A 0%	B 20%	C 40%	D 60%	E 80%	F 100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

18. Me siento restringido(a) por mi peso.

A 0%	B 20%	C 40%	D 60%	E 80%	F 100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

19. Me da pena mi cuerpo.

A 0%	B 20%	C 40%	D 60%	E 80%	F 100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

20. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a)

A 0%	B 20%	C 40%	D 60%	E 80%	F 100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

A **B** **C** **D** **E** **F**
Durante las últimas 2 semanas...

FUNCIONES COGNITIVAS

21. Se me olvida en dónde puse las cosas.

A 0%	B 20%	C 40%	D 60%	E 80%	F 100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

22. Se me olvidan los nombres.

A 0%	B 20%	C 40%	D 60%	E 80%	F 100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

23. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.

A 0%	B 20%	C 40%	D 60%	E 80%	F 100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

24. Tengo problemas con mi memoria.

A 0%	B 20%	C 40%	D 60%	E 80%	F 100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

A **B** **C** **D** **E** **F**

Durante las últimas 2 semanas...

ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

25. Me fastidia tomar tantas medicinas.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
26. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
27. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
28. Me siento incómodo(a) con mi médico.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

TIEMPO LIBRE.

29. Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
30. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
31. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
32. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |

A **B** **C** **D** **E** **F**

Durante las últimas 2 semanas...

VIDA COTIDIANA.

33. Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.
- | | | | | | |
|----------|------------|-------------|-----------------|--------------|----------|
| A | B | C | D | E | F |
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
34. Desde que enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera.
- | | | | | | |
|----------|------------|-------------|-----------------|--------------|----------|
| A | B | C | D | E | F |
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
35. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida.
- | | | | | | |
|----------|------------|-------------|-----------------|--------------|----------|
| A | B | C | D | E | F |
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
36. Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo(a).
- | | | | | | |
|----------|------------|-------------|-----------------|--------------|----------|
| A | B | C | D | E | F |
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

FAMILIA

37. El amor de mi familia es lo mejor que tengo.
- | | | | | | |
|----------|------------|-------------|-----------------|--------------|----------|
| A | B | C | D | E | F |
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
38. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.
- | | | | | | |
|----------|------------|-------------|-----------------|--------------|----------|
| A | B | C | D | E | F |
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
39. Mi familia me comprende y me apoya.
- | | | | | | |
|----------|------------|-------------|-----------------|--------------|----------|
| A | B | C | D | E | F |
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
40. Mi familia cuida mis sentimientos.
- | | | | | | |
|----------|------------|-------------|-----------------|--------------|----------|
| A | B | C | D | E | F |
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |

A **B** **C** **D** **E** **F**

Durante las últimas 2 semanas...

REDES SOCIALES

41. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
42. Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
43. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
44. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

DEPENDENCIA MÉDICA.

45. Espero que el médico cure todos mis síntomas.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
46. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
47. No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
48. El responsable de que me cure es el médico.
- | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| A 0% | B 20% | C 40% | D 60% | E 80% | F 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |

A **B** **C** **D** **E** **F**

Durante las últimas 2 semanas...

RELACIÓN CON EL MÉDICO.

49. Disfruto asistir al médico.

A 0% **B** 20% **C** 40% **D** 60% **E** 80% **F** 100%
Nunca Casi Nunca Pocas Veces Frecuente-
Mente Casi Siempre Siempre

50. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad

A 0% **B** 20% **C** 40% **D** 60% **E** 80% **F** 100%
Nunca Casi Nunca Pocas Veces Frecuente-
Mente Casi Siempre Siempre

51. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.

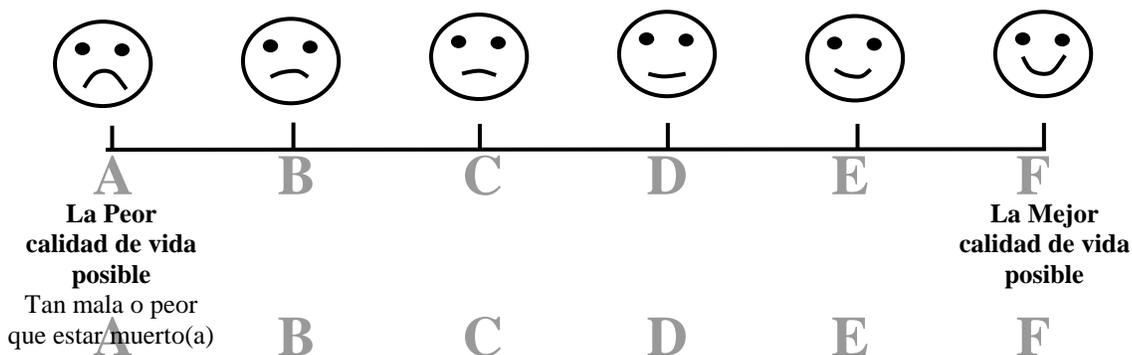
A 0% **B** 20% **C** 40% **D** 60% **E** 80% **F** 100%
Nunca Casi Nunca Pocas Veces Frecuente-
Mente Casi Siempre Siempre

52. Necesito atención médica constantemente.

A 0% **B** 20% **C** 40% **D** 60% **E** 80% **F** 100%
Nunca Casi Nunca Pocas Veces Frecuente-
Mente Casi Siempre Siempre

BIENESTAR Y SALUD

53. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?
Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



COMENTARIOS GENERALES.

54. Si desea comentar algo más acerca de su enfermedad o del cuestionario, por favor escríbalo en la sección correspondiente de la hoja de respuestas. En caso de que necesite más espacio, con toda confianza solicite una hoja adicional.
55. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.).
Si contesto que “sí”, por favor descríballo en su hoja de respuestas.
56. En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación).
Si contesto que “sí”, por favor descríballo en su hoja de respuestas.
57. Por favor indique en su hoja de respuestas su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo padece:
-

ANEXO 2

Inventario de Depresión de Beck

BDI

INVENTARIO DE BECK, BDI

Inventario de Beck (BDI). Versión adaptada de la estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

INSTRUCCIONES:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente, después escoja de cada grupo la oración que mejor describa la forma en que se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo esa oración. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, encierre en un círculo cada una. **Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.**

1.	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2.	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado(a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
3.	No me siento fracasado(a)	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
4.	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y hastiado(a) de todo
5.	En realidad no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
6.	No me siento castigado(a)	Siento que tal vez seré castigado(a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado(a)
7.	No me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy fastidiado(a) conmigo mismo(a)	Yo no me soporto
8.	No creo ser peor que otras personas	Me crítico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
9.	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10.	No lloro más de lo	Ahora lloro más que	Actualmente lloro todo	Siento ganas de llorar

	usual	antes	el tiempo	pero no puedo
11.	No estoy más irritable de lo usual	Me enoja o irrito más fácilmente que antes	Me siento irritado(a) todo el tiempo	Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
12.	No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado(a) en la gente que antes	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente
13.	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones más que antes	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones
14.	No siento que me vea peor de lo usual	Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)	Creo que me veo feo(a)
15.	Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero de más esfuerzo para iniciar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
16.	Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como solía hacerlo	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
17.	Yo no me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente que antes	Con cualquier cosa que haga me canso	Estoy muy cansado(a) para hacer cualquier cosa
18.	Mi apetito no es peor de lo habitual	Mi apetito no es tan bueno como solía serlo	Mi apetito está muy mal ahora	No tengo apetito de nada
19.	No he perdido mucho peso últimamente	He perdido más de dos kilos	He perdido más de cinco kilos	He perdido más de ocho kilos

20. A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. SI _____, NO _____.

21.	No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes	Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores, malestar estomacal o gripa	Estoy muy preocupado(a) por mis problemas físicos y me da trabajo pensar en algo más	Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
22.	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que estaba	Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora	He perdido completamente el interés por el sexo

ANEXO 3

Escala de Factores de Riesgo Asociados a
Trastornos de Alimentación

EFRATA (hombres y mujeres)

EFRATA HOMBRES

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A Nunca	B A veces	C Frecuentemente	D Muy frecuentemente	E Siempre
------------	--------------	---------------------	----------------------------	--------------

1. Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Comer me provoca sentimientos de culpa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Siento que mi forma de comer se sale de mi control	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores"	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. No soy consciente de cuanto como	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Siento que no puedo parar de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Como sin medida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

EFRATA MUJERES

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A Nunca	B A veces	C Frecuentemente	D Muy frecuentemente	E Siempre
------------	--------------	---------------------	----------------------------	--------------

1. Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre	(A) (B) (C) (D) (E)
2. Comer me provoca sentimientos de culpa	(A) (B) (C) (D) (E)
3. Tengo temporadas en que materialmente "me mato de hambre"	(A) (B) (C) (D) (E)
4. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene	(A) (B) (C) (D) (E)
5. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso	(A) (B) (C) (D) (E)
6. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	(A) (B) (C) (D) (E)
7. Siento que mi forma de comer se sale de mi control	(A) (B) (C) (D) (E)
8. Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores"	(A) (B) (C) (D) (E)
9. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	(A) (B) (C) (D) (E)
10. Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme	(A) (B) (C) (D) (E)
11. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	(A) (B) (C) (D) (E)
12. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar	(A) (B) (C) (D) (E)
13. No soy consciente de cuanto como	(A) (B) (C) (D) (E)
14. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso	(A) (B) (C) (D) (E)
15. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas	(A) (B) (C) (D) (E)
16. Siento que no puedo parar de comer	(A) (B) (C) (D) (E)
17. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	(A) (B) (C) (D) (E)
18. "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas	(A) (B) (C) (D) (E)
19. Como sin medida	(A) (B) (C) (D) (E)
20. Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa	(A) (B) (C) (D) (E)
21. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	(A) (B) (C) (D) (E)
22. Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	(A) (B) (C) (D) (E)
23. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida	(A) (B) (C) (D) (E)
24. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	(A) (B) (C) (D) (E)
25. Difícilmente pierdo el apetito	(A) (B) (C) (D) (E)
26. Me deprimó cuando como de más	(A) (B) (C) (D) (E)
27. Soy de los que se hartan (se llenan) de comida	(A) (B) (C) (D) (E)
28. Paso por periodos en los que como en exceso	(A) (B) (C) (D) (E)
29. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	(A) (B) (C) (D) (E)
30. Me avergüenzo de comer tanto	(A) (B) (C) (D) (E)
31. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa	(A) (B) (C) (D) (E)

ANEXO 4

Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad

ASI-3

ASI-3**

Edad..... Sexo (Hombre___ Mujer___) Dx _____

Código.....

Por favor encierre en un círculo el número que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación. Si alguna de las situaciones se refiere a algo que Ud no ha vivido o experimentado nunca (por ejemplo: desmayarse en público), conteste pensando en cómo se sentiría *si Ud. tuviera* tal experiencia. En caso contrario conteste todas las situaciones en base a su propia experiencia. Por favor encierre en un círculo sólo un número y por favor conteste todas las situaciones.

		Muy Poco	Un Poco	Algo	Mucho	Muchísimo
1.	Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a	0	1	2	3	4
2.	Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a	0	1	2	3	4
3.	Me asusta cuando mi corazón late muy rápidamente	0	1	2	3	4
4.	Cuando tengo problemas estomacales me preocupa que pueda estar seriamente enfermo	0	1	2	3	4
5.	Me da miedo cuando soy incapaz de mantener mi mente en una tarea.	0	1	2	3	4
6.	Cuando tiemblo en presencia de otros, me da miedo lo que la gente pueda pensar de mi	0	1	2	3	4
7.	Cuando siento una opresión en el pecho, me asusta el que no pueda respirar adecuadamente	0	1	2	3	4
8.	Cuando siento dolor en el pecho me preocupa que pueda tener un ataque al corazón	0	1	2	3	4
9.	Me preocupa que otras personas noten mi ansiedad	0	1	2	3	4
10.	Cuando me siento como si estuviera en las nubes, o distraído me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo	0	1	2	3	4
11.	Me asusta cuando me sonrojo frente a otras personas	0	1	2	3	4
12.	Cuando noto que mi corazón pierde latidos, me preocupa que haya algo terriblemente malo en mi	0	1	2	3	4
13.	Cuando empiezo a sudar en una situación social, me da miedo que la gente piense negativamente de mi	0	1	2	3	4
14.	Cuando mis pensamientos parecen acelerarse, me preocupa estar volviéndome loco	0	1	2	3	4
15.	Cuando siento que se cierra mi garganta, me preocupa que me pueda asfixiar hasta morirme	0	1	2	3	4
16.	Cuando tengo problemas para pensar con claridad, me preocupa que haya algo malo en mi	0	1	2	3	4
17.	Creo que sería horrible si me desmayara en público	0	1	2	3	4
18.	Cuando mi mente se pone en blanco, me preocupa que haya algo terriblemente malo en mi	0	1	2	3	4