



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y PESO DE PACIENTES POST-
OPERADOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA: UN ESTUDIO PILOTO.**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
AÍDA MONSERRAT RESÉNDIZ BARRAGÁN

TUTOR: DRA. DOLORES MERCADO CORONA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
MTRA. MARIANA SIERRA MURGUIA
DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
DR. MARTÍN ROJANO RODRÍGUEZ
HOSPITAL GENERAL DOCTOR MANUEL GEA GONZÁLEZ

MÉXICO, D.F. OCTUBRE DE 2015



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.

Agradecimientos

El presente trabajo representa la culminación de un viaje profesional y personal cuyo trayecto no habría podido recorrer sin el apoyo de las siguientes personas, a quienes quisiera expresarles mis más sinceros agradecimientos.

Al maestro Leonardo Reynoso-Eraza, por haber estado siempre disponible para responder mis preguntas y guiarme durante este proceso.

A la doctora Dolores Mercado Corona y al maestro Edgar Landa Ramírez, por su colaboración y participación en este trabajo de titulación y en mi formación académica.

A la maestra Mariana Sierra Murguía, por facilitar mi adaptación al contexto hospitalario al compartir generosamente su conocimiento y brindarme su amistad.

Al doctor Martín Rojano por la oportunidad de integrarme a su equipo de trabajo y aprender bajo su liderazgo. Por tener la confianza de darle valor al trabajo de medicina conductual en su práctica quirúrgica y transmitírsela a sus residentes.

Al equipo multidisciplinario de la clínica de obesidad del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Lic. Ma. Eugenia Rubio, Dra. Margarita Torres, Mtra. Victoria Ramos y Dr. Julio López por permitirme aprender de su trabajo y calidad humana y a la institución por abrirme sus puertas.

A Guadalupe Rivera Cuevas, por ser la revisora extraoficial de este trabajo y quien ha contenido mis crisis en torno a él y a Fabiola Fuentes Fuentes, por mostrarme la parte relajada de la vida.

A mis compañeros de generación, en especial a los que me acompañaron a los congresos, por hacer de cada viaje académico toda una experiencia.

Por último, a mi mamá Elvia Zita Barragán y a mi papá Ernesto Reséndiz Cisneros quienes aún lejos son siempre mi punto de referencia para cada proyecto que emprendo, y éste no fue la excepción.

A todos ellos, mi eterna gratitud.

ÍNDICE

Capítulo 1. Aspectos históricos de la medicina conductual.....	5
Capítulo 2. Informe de actividades realizadas en la sede.....	11
2.1 Características de la sede.....	11
2.2 Actividades desarrolladas.....	12
2.2.1 Periodo de rotación.....	12
2.2.2 Cifras de atención.....	12
2.2.3 Principales psicopatologías y aspectos psicológicos de la obesidad.....	14
2.2.4 Técnicas de intervención.....	15
2.2.5 Preparación psicológica para cirugía bariátrica.....	15
2.2.6 Consulta externa.....	15
2.2.7 Intervenciones grupales.....	16
2.2.8 Hospitalización.....	16
2.2.9 Sesiones multidisciplinarias y del área de psicología.....	16
2.2.10 Congresos y publicaciones.....	17
2.2.11 Seguimiento post-quirúrgico.....	18
Capítulo 3. Protocolo de investigación: Efecto de una intervención cognitivo- conductual en la percepción de calidad de vida y peso de pacientes post- operados de cirugía bariátrica: un estudio piloto.....	20
3.1 Antecedentes.....	20
3.2 Estrategias de intervención.....	28
3.3 Materiales y método.....	34
3.3.1 Diseño.....	34
3.3.2 Participantes.....	34
3.3.3 Instrumentos.....	34
3.3.4 Procedimiento.....	37
3.4 Resultados.....	42

3.5 Discusión.....	53
4. Conclusiones y sugerencias.....	56
5. Referencias.....	59
6. Anexos.....	72

1. Aspectos históricos de la medicina conductual

Desde la antigüedad se contempló la enfermedad como producto de un desorden puramente orgánico, cuyo fundamento fisiológico merecía atención por medio de medicamentos que cambiaran el estado físico del cuerpo con la finalidad de modificar los cambios que el medio externo y los factores internos habían generado en el organismo. Hacia el año 1900 el desarrollo de las ciencias biológicas, microbiológicas y los avances en salud pública favorecieron este modelo tradicional que contemplaba a la salud como ausencia de enfermedad dentro de una dicotomía en la que se pasaba de un constructo al otro sin contemplar puntos intermedios. Al conceptualizar a la enfermedad bajo estos principios se dejaba de lado la naturaleza del ser humano como un ser psicológico, biológico y social y la posibilidad por lo tanto de que la enfermedad se manifestara también en estos elementos (Matarazzo, 1983).

Sin embargo, en los años 80's los estudios epidemiológicos mostraron un cambio fundamental en la mortalidad y morbilidad de la época, ya que con el desarrollo de nuevas tecnologías, el enriquecimiento de la educación y el avance de la ciencia médica se lograron controlar los padecimientos infecciosos como tuberculosis y se observó que el cáncer, los accidentes y las enfermedades cardiovasculares ocupaban primeros lugares en cuanto a la prevalencia de problemáticas de salud. Para el tratamiento de dichos padecimientos se aceptaba la importancia de la modificación de conductas como agentes terapéuticos y preventivos al aceptarse la imposibilidad de cura empleando solamente medicamentos (Blanchard, 1982; Engel, 1977; Marks et al., 2008). Es así como surge el modelo biopsicosocial de salud, propuesto por Engel (1977) el cual incorpora elementos sociales, psicológicos y biológicos y la interacción entre ellos como posible causa de enfermedad.

Es así como el concepto de salud-enfermedad se vio modificado, observándolo como un continuo, se involucró al paciente en su tratamiento y se aceptó la interacción entre el cuerpo y la mente (Marks et al., 2008). Es importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades. Dicha definición acepta los tres elementos que conforman a los individuos y resulta interesante observar que fue decretada desde el año 1946 durante la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York y no ha sido modificada desde entonces (Schwartz & Weiss, 1978).

A la par, durante los años 70's la implementación de las técnicas surgidas del análisis funcional de la conducta se generalizó a otros escenarios distintos a los reclusorios y los hospitales psiquiátricos, demostrando la efectividad de las técnicas conductuales para el tratamiento de diferentes patologías tales como tabaquismo, hipertensión, obesidad, entre otros (Blanchard, 1982).

Esta modificación de la concepción del modelo de salud y enfermedad dio lugar a la importancia al comportamiento y al estilo de vida dentro de la etiología de la enfermedad (Matarazzo, 1984). Es en este escenario que surge entre los años 60's y 70's la medicina conductual (Rodríguez, 1998) a raíz del empleo exitoso de técnicas de modificación de la conducta en enfermos mentales, mismas que empezaron a aplicarse a otro tipo de problemas de salud, así como del crecimiento de la retroalimentación biológica como herramienta para modificar procesos fisiológicos, lo cual abrió nuevas líneas de investigación vinculadas a su empleo en diferentes trastornos somáticos (Blanchard, 1982).

La medicina conductual fue definida por primera vez por Birk (1973) como una terapia enfocada en el aprendizaje y modificación conductual mediante el empleo de biofeedback para el tratamiento de las enfermedades médicas. Más

tarde, en la Conferencia Internacional de Yale (1977) se dictó su definición formal, la cual menciona que la medicina conductual es: El campo interdisciplinario que integra la ciencia de la conducta con la biomédica, con el fin de desarrollar y aplicar los conocimientos y técnicas dirigidas a la promoción de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades (Schwartz & Weiss, 1978).

Más tarde, en el año 1979, fue definida por Pomerleau y Brady, como el uso clínico de técnicas del análisis experimental de la conducta, las cuales engloban la terapia conductual y modificación de la conducta, para la evaluación, la prevención, el manejo y tratamiento de enfermedades físicas y psicológicas.

A partir de su definición formal, se dio paso al surgimiento de la primera revista de difusión titulada *Journal of Behavioral Medicine* y a la revista *Biofeedback and Self-Regulation*, en la cual se publicaban resultados de aplicaciones de la medicina conductual en diferentes enfermedades y el establecimiento de la Academia de Investigación en Medicina Conductual en Estados Unidos (Rodríguez, 2010).

El fundamento básico de la medicina conductual es la suposición de que los cambios en el estilo de vida y de comportamiento pueden mejorar la salud, prevenir la enfermedad y reducir los síntomas asociados a la misma (Reynoso-Erazo, Hernández-Manjarrez, Bravo-González y Anguiano-Serrano, 2011). Propone una aproximación científica diferente cuya principal característica es que logra integrar el conocimiento empírico producto de la investigación interdisciplinaria (Agras, 1982) logrando unir la investigación biomédica y la conductual, las cuales por sí solas no han logrado explicar la razón del desarrollo de las enfermedades en algunas personas y la salud en otras (Reynoso y Seligson, 2005). A través del tratamiento e investigación sobre prevención y mantenimiento de la salud, se ha logrado demostrar que los factores conductuales, algunos componentes psicológicos y factores ambientales tienen incidencia en la salud o enfermedad de las personas, con lo cual se vuelve

relevante la modificación de estos factores con la finalidad de mantener un estilo de vida saludable (Reynoso y Seligson, 2005). Es importante mencionar que las investigaciones desarrolladas bajo el marco de la medicina conductual tienen como sustento metodológico el análisis funcional de las conductas vinculadas a la enfermedad o al padecimiento y aplica técnicas de modificación de conducta, surgidas del análisis experimental de la conducta (Pomerlau & Brady, 1979), siendo éstas las que han demostrado tener mayor efectividad al tratar problemas vinculados a la salud (Martínez y Piqueras, 2010).

La medicina conductual aborda el trabajo en conjunto enfocado en favorecer la calidad de vida de las personas con problemas crónicos, mediante intervenciones que le enseñan al paciente a vivir con su padecimiento evitando deterioros mayores, tanto fisiológicos como psicológicos (Martínez y Piqueras, 2010). Entre sus principales aplicaciones se pueden enumerar padecimientos tales como: dolor crónico, disfunción sexual, evaluación y tratamiento del patrón de personalidad tipo A, pérdida de memoria, traumatismo craneal, hasta problemas vinculados con enfermedades crónicas como obesidad y promoción de la salud mediante la modificación de conductas como la realización de ejercicio y fumar entre otros (Blumenthal & McKee, 1987); en el contexto específico de la enfermedad crónica en la literatura se encuentran numerosas referencias que dan soporte a la efectividad de las técnicas empleadas en medicina conductual en padecimientos tales como cáncer, VIH, diabetes tipo 2, esclerosis múltiple, enfermedades cardiovasculares, dolor crónico, entre otros, empleando las técnicas cognitivo conductuales para disminuir el estrés y disfunción psicológica (Hart & Hart, 2010).

Sin embargo, a pesar de la evidencia a nivel mundial y de que el modelo de medicina conductual ha sido ampliamente aceptado en otros países, de acuerdo a Reynoso y Seligson (2005) desafortunadamente en México no es aceptado aún un modelo de salud-enfermedad que permita integrar la ciencia médica y la conductual, con la finalidad de entender mejor la relación entre conducta y salud-

enfermedad, en el entendido de que hay conductas que propician la salud o la enfermedad y a su vez la enfermedad genera modificaciones en el comportamiento, por lo que proponen enfatizar el trabajo cumpliendo las premisas básicas de:

a) Los cambios en el estilo de vida pueden reducir la probabilidad de sufrir ciertas enfermedades;

b) La conducta y su relación con los factores ambientales incrementa el riesgo de ciertas enfermedades crónicas y;

c) las técnicas conductuales permiten modificar, sistematizar y mantener los cambios.

El desarrollo de la medicina conductual en México es relativamente nuevo. Al hacer un recuento de su crecimiento en nuestro país, Rodríguez (2010) menciona que en el 2001 se inauguró la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual y en el 2002 se organizó el Primer Coloquio de Medicina Conductual; en el 2005 se realizó en la Ciudad de México la Primera Reunión Regional Latinoamericana y del Caribe de Medicina Conductual con la participación de la Sociedad Internacional de Medicina Conductual y en el año 2009 se realizó el Coloquio de Medicina Conductual, en el cual participaron científicos de diferentes especialidades y diferentes estados de la República Mexicana, con lo cual se aceptó su desarrollo dentro del país. De acuerdo a esta autora, la medicina conductual en México se ha caracterizado por reunir científicos de diferentes áreas para la aplicación de sus conocimientos en la prevención y tratamiento de distintos problemas de salud y mejoramiento de la calidad de vida de los mexicanos.

En este sentido dentro de los programas de maestría y doctorado ofrecidos por Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se encuentra el programa de residencia en Medicina Conductual el cual fue diseñado en el año 1998 e impartido en 1999 por primera vez bajo la perspectiva de una relación de

docencia, servicio e investigación bajo un enfoque cognitivo-conductual para la solución de problemas (UNAM, 2001).

El objetivo principal de este programa de estudios es el desarrollo de las habilidades necesarias para el desempeño de la actividad psicológica en escenarios de salud desde el trabajo multidisciplinario. El alumno deberá de tener la capacidad de prevenir y solucionar problemas aplicando técnicas sustentadas para el alcance de metas asistenciales, de docencia y servicio a nivel individual y grupal (UNAM, s.f.).

Dentro de este marco se desarrolla el siguiente reporte de actividades, el cual fue desarrollado en la clínica de obesidad del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” con pacientes mexicanos con obesidad mórbida y que fueron sometidos a cirugía bariátrica como tratamiento a su padecimiento.

2. Informe de actividades realizadas en la sede

2.1 Características de la sede

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” fue inaugurado el 19 de mayo de 1947 e inició como un sanatorio construido por decisión del Departamento de Salubridad Pública y de la Sociedad Mexicana de Tisiología debido a la necesidad de ofrecer a los enfermos de tuberculosis avanzada de la época tratamiento oportuno con la finalidad de erradicar dicha enfermedad. Sin embargo, el avance de la ciencia llevó al sanatorio a convertirse en instituto de investigaciones debido al descubrimiento de que la tuberculosis era curable mediante medidas terapéuticas farmacológicas y quirúrgicas; fue así como el 28 de diciembre de 1952 el hospital fue decretado por orden presidencial como el Instituto Nacional de Neumología “Dr. Manuel Gea González” conservando su carácter de organismo público descentralizado.

Con el inicio de la era antibiótica el número de pacientes con tuberculosis disminuyó considerablemente al posibilitarse su tratamiento ambulatorio con lo cual el instituto cambió su estructura para cubrir una gama más amplia de padecimientos y adquiriendo un carácter general. El 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” el cual continuó siendo un organismo público descentralizado.

Dentro de los servicios contenidos en el Hospital General Dr. Manuel Gea González se encuentra la Clínica de Obesidad cuyo jefe de servicio es el doctor Martin Edgardo Rojano Rodríguez. La clínica de obesidad ofrece tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida con una perspectiva interdisciplinaria, siguiendo un protocolo de preparación y seguimiento post-quirúrgico que incluye a

las áreas de: Psicología, Psiquiatría, Nutrición, Rehabilitación, Endocrinología, Cardiología, Anestesiología y Cirugía. Los procedimientos quirúrgicos que se realizan en el servicio son: el bypass gástrico y la manga gástrica, los cuales son realizados por medio de laparoscopia.

2.2 Actividades desarrolladas

2.2.1 Periodo de rotación

Marzo 2011 – Diciembre 2012

2.2.2 Cifras de atención

Se realizaron 145 evaluaciones iniciales durante el periodo de rotación, 79 en el año 2011 y 66 durante el 2012. El objetivo de dicha evaluación es identificar factores psicológicos y psiquiátricos que puedan limitar la capacidad del paciente para apegarse al tratamiento multidisciplinario para después ofrecerle una intervención cognitivo-conductual enfocada a modificar dichos factores. En caso de integrar un diagnóstico que represente una contraindicación absoluta para el procedimiento (retraso mental, adicción a sustancias, bulimia nerviosa, depresión severa con ideación suicida, bipolaridad, psicosis) se refiere al paciente a una institución de salud mental. Por este motivo, psicología es el servicio de primer contacto con el paciente.

Cada evaluación consistió en una entrevista semi-estructurada diseñada para identificar los factores desencadenantes y mantenedores de la problemática actual del paciente, la calidad de sus redes de apoyo, antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica, patrones de sobreingesta, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, intentos previos para perder peso, expectativas, motivación, peso, talla e IMC. También se aplicó la MINI International Neuro-Psychiatric Interview en su versión abreviada, para la exploración y diagnóstico de psicopatologías y trastorno psicótico. Por último, se aplicaron los siguientes inventarios: Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI),

Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Alimentación (EFRATA) y el Inventario de Calidad de Vida (INCAVISA). Dichas entrevistas y la batería de pruebas conforman el protocolo de evaluación inicial del área de psicología/psiquiatría de la clínica.

En cuanto a las estadísticas de las intervenciones: Se realizaron un total de 653 consultas subsecuentes en consulta externa durante la rotación, 330 en el 2011 y 323 en el 2012, 145 entrevistas de evaluación inicial, 79 en el 2011 y 66 en el 2012 y 210 sesiones fueron canceladas, reagendadas o el paciente no se presentó a su cita, 109 en el 2011 y 101 en el 2012. Por lo tanto, se impartieron 798 sesiones en consulta externa cuantificando las entrevistas de evaluación inicial y las sesiones de seguimiento.

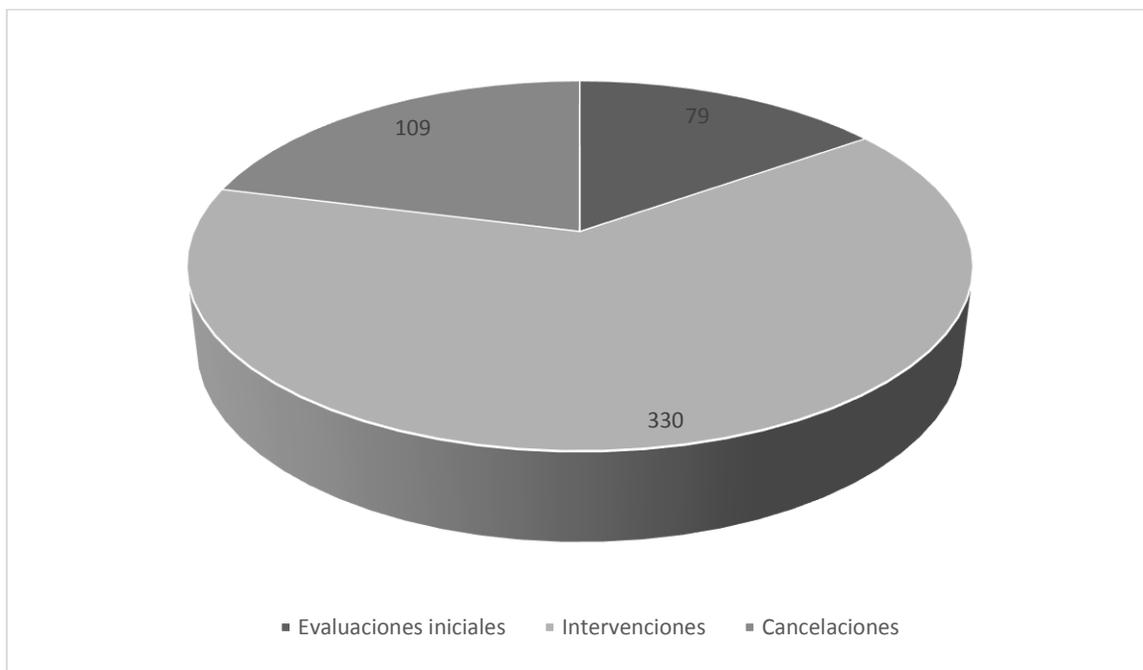


Figura 1. Evaluaciones iniciales, intervenciones y cancelaciones realizadas en el año 2011.

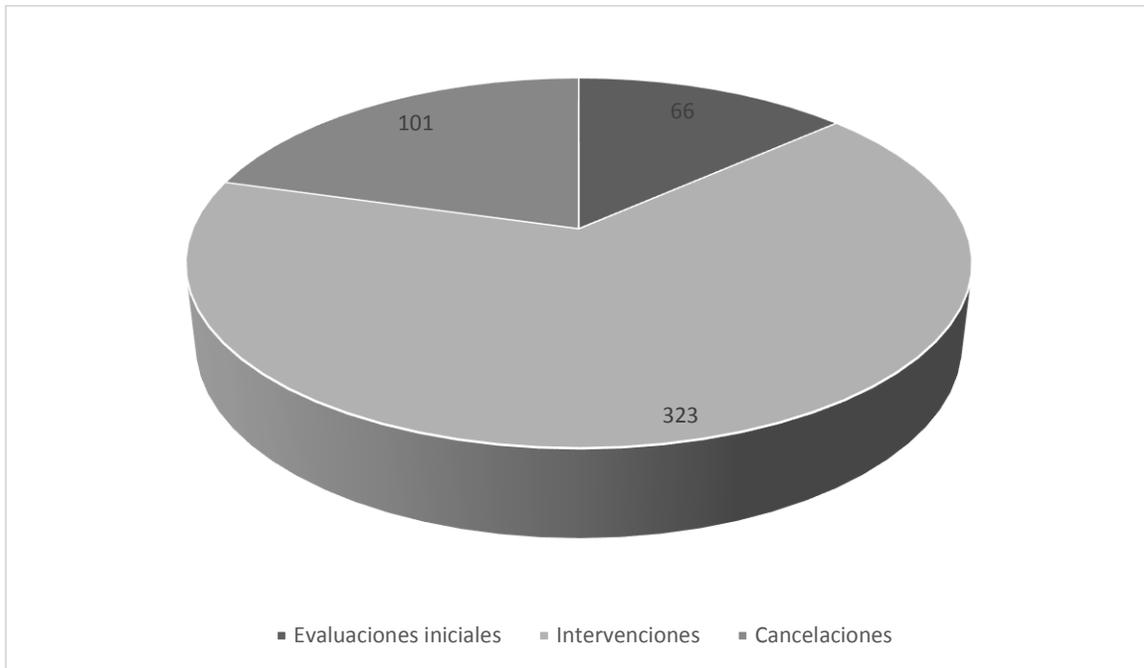


Figura 2. Evaluaciones iniciales, intervenciones y cancelaciones realizadas en el año 2012.

Durante los 22 meses de residencia se tomaron cuatro periodos vacacionales de 10 días hábiles dando un total de 20 meses laborales y un promedio de 39.9 intervenciones mensuales.

2.2.3 Principales psicopatologías y aspectos psicológicos de la obesidad
Al realizar la evaluación inicial se identificaron diferentes psicopatologías de acuerdo a la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales DSM-IV (2002) y se ingresó al paciente a tratamiento psicoterapéutico con el apoyo de psiquiatría en los casos en que se observó severidad en el padecimiento. Los diagnósticos presentados con mayor frecuencia fueron: depresión, distimia, ansiedad generalizada, fobia social, trastorno por atracón, trastornos de alimentación no especificados y déficit de atención.

2.2.4 Técnicas de intervención

Las técnicas implementadas para el tratamiento de psicopatologías fueron seleccionadas desde el marco cognitivo-conductual. El repertorio de técnicas implementadas incluyó la Terapia Cognitiva de Beck, respiración diafragmática, Biofeedback, solución de problemas, activación conductual, desensibilización sistemática, técnicas de automonitoreo, entrevista motivacional, control de estímulos, entre otras.

2.2.5 Preparación psicológica para cirugía bariátrica

La literatura existente recomienda que el tratamiento quirúrgico para pacientes con obesidad mórbida debe de ir acompañado de un programa de intervención cognitivo-conductual enfocado a modificar el estilo de vida de los pacientes, ya que de esta manera se pueden reducir factores de riesgo y favorecer el desarrollo de conductas alimentarias adaptativas mediante la aportación de herramientas específicas (Cassin, et al., 2012).

En la clínica de obesidad del hospital Gea González, una vez lograda la remisión parcial de la psicopatología inicial, o en el caso de los pacientes que no presentaron psicopatología de inicio, se les ingresó a la fase de preparación psicológica para cirugía bariátrica, en la cual se proporcionaron técnicas específicas para la modificación conductual con la finalidad de facilitar el cambio en estilo de vida y adherencia al tratamiento. Las técnicas implementadas principalmente en esta fase fueron: entrevista motivacional, psicoeducación, respiración diafragmática, solución de problemas, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas.

2.2.6 Consulta externa

En la consulta externa se dio tratamiento a las psicopatologías identificadas durante la entrevista inicial y se impartió la preparación específica para cirugía bariátrica. Debido a la cantidad de pacientes con que cuenta la clínica la

frecuencia de las sesiones fue aproximadamente de una al mes, con una temporalidad variable dependiendo del progreso que presentara el paciente.

2.2.7 Intervenciones grupales

Se impartieron intervenciones psicoeducativas grupales con la finalidad de informar a los pacientes que por primera vez se presentaron a la clínica acerca de los procedimientos quirúrgicos que se realizan en la clínica, los servicios que formarán parte de su tratamiento, la duración aproximada del protocolo, los costos y se enfatizó la responsabilidad del paciente dentro del tratamiento para lograr un resultado óptimo de la operación debido a que muchos de los pacientes tienen la creencia de que la operación por sí sola los hará bajar de peso sin necesidad de seguir un plan nutricional o practicar ejercicio físico. También se impartió una vez al mes una plática psicoeducativa sobre estilo de vida saludable en la cual participaron también el servicio de nutrición, rehabilitación y cirugía con la finalidad de informar los objetivos específicos de su área y contestar preguntas que pudieran tener los pacientes respecto a algún aspecto del tratamiento interdisciplinario.

2.2.8 Hospitalización

Se realizaron dos cirugías semanales con un tiempo de hospitalización promedio de tres días durante los cuales se hicieron visitas intrahospitalarias de rutina con la finalidad de identificar necesidades psicológicas en los pacientes derivadas de la hospitalización y cirugía, facilitando su manejo mediante intervenciones breves que normalmente fueron enfocadas en reducir sintomatología ansiosa y depresiva. También se realizaron intervenciones intrahospitalarias a petición del equipo médico de la clínica en pacientes que fueron considerados complicados aunque de manera menos frecuente.

2.2.9 Sesiones multidisciplinarias y del área de psicología

Se asistió a una sesión multidisciplinaria semanal en la cual se discutieron los casos de los pacientes propuestos para ser operados con la finalidad de consensar su aprobación para la cirugía. También se asistió a una sesión semanal del equipo de psicología en la cual se revisaron artículos del área o casos complicados y a la sesión semanal del área de Investigación Biomédica del hospital.

A continuación se presenta el horario de actividades del servicio durante el periodo de rotación:

Tabla 1. Horario de actividades del servicio

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:30	Plática psicoeducativa para pacientes de primera vez	Sesión psicología/ psiquiatría	Consulta externa	Reunión interdisciplinaria	Consulta externa
9:00			Consulta externa		Consulta externa
10:00	Sesión de Investigación	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa
11:00	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa
12:00	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa
13:00	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa
14:00	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida
15:00			Hospitalización	Hospitalización	

2.2.10 Congresos y publicaciones

Los trabajos realizados durante el tiempo de rotación fueron presentados en los

siguientes congresos:

- XV Congreso Nacional del Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, Ixtapa, Zihuatanejo (julio, 2013).
- VI Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud “Bienestar Social y Calidad de Vida”, San Luis Potosí (junio, 2013).
- XXII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta, Guanajuato, Gto (noviembre 2012).
- XIV Congreso Nacional del Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, Puerto Vallarta, Jalisco (julio 2012).
- XV Congreso de la Fundación Universitaria Los Libertadores y La Sociedad Colombiana de Psicología, Bogotá, Colombia (abril 2012).
- 5to Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Jalapa, Veracruz (mayo 2011).
- Jornadas de Psicología Infantil Basada en Evidencia de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM (diciembre 2010).

La información recabada para la realización del protocolo “Efecto de una intervención cognitivo-conductual en la percepción de calidad de vida y peso de pacientes post-operados de cirugía bariátrica” fue publicada como revisión de la literatura bajo el título *Psychological Recurrences and intervention proposal for patients following bariatric surgery* (Reséndiz, AM. y Sierra, MA., 2013) en la revista *Problems of Psychology in the 21st Century* (Anexo 1).

También, durante el último periodo de rotación fui aceptada como socio activo afiliado al Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas.

2.2.11 Seguimiento post-quirúrgico

Durante el tiempo de rotación se detectó la necesidad de ofrecer a los pacientes de la clínica de obesidad del hospital un seguimiento post-quirúrgico estructurado que permitiera conocer la evolución en cuanto a peso y calidad de vida del paciente bariátrico, así como apoyarlo en los cambios a los que se enfrenta debido a la pérdida de peso acelerada consecuencia de la cirugía. De esta necesidad surge la curiosidad de realizar un estudio descriptivo en los pacientes que no recibieron una preparación cognitivo-conductual previa a su cirugía y que no tuvieron seguimiento psicológico post-quirúrgico para conocer su evolución y de ofrecerles una intervención enfocada a detectar la presencia de comorbilidades post-quirúrgicas, interesarlos en su manejo y promover de esta manera su acercamiento al equipo de psicología/psiquiatría de la clínica.

El siguiente trabajo es un estudio piloto enfocado en cubrir dicha necesidad expresada por la sede:

3. Protocolo de investigación.

Efecto de una intervención cognitivo-conductual en la percepción de calidad de vida y peso de pacientes post-operados de cirugía bariátrica: un estudio piloto.

3.1 ANTECEDENTES

La obesidad es una enfermedad que se presenta cuando existe una acumulación anormal de grasa, misma que resulta riesgosa para la salud y se determina cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sobrepasa los 30 kg/cm². El IMC se refiere al resultado obtenido del peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros, constituyendo la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, sin embargo, debe considerarse como un aproximado pues puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos; este IMC igualmente sirve para obtener un diagnóstico aproximado tanto de sobrepeso como obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Con base en el IMC se realiza la siguiente clasificación: se considera sobrepeso al IMC igual o superior a 25, obesidad grado I al IMC de 30 a 34.9, obesidad grado II al IMC de 35 a 39.9, obesidad grado III de 40 a 49.9 y obesidad grado IV de 50 en adelante (OMS, 2006).

De acuerdo con el boletín de práctica médica efectiva del Instituto Nacional de Salud Pública (2006), la obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En su desarrollo se involucran factores genéticos y ambientales que provocan una excesiva acumulación de grasa corporal, de

acuerdo con el rango esperado para la edad, talla y sexo del individuo. El sobrepeso no es considerado por sí mismo una enfermedad crónica, sin embargo, puede favorecer el desarrollo de otras enfermedades y representar un primer paso para el desarrollo de la obesidad. (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), la obesidad ha alcanzado dimensiones epidémicas en todo el mundo. Cerca de 2.6 millones de personas mueren anualmente debido a ella, afectando no solamente a los países desarrollados sino también a los países de ingresos bajos y medianos. Mil millones de adultos tienen actualmente sobrepeso y 475 millones de personas presentan obesidad (World Obesity Federation, 2014); la mayor prevalencia de obesidad se ubica en la región de las Américas con un 62% de personas con sobrepeso y un 26% de personas con obesidad, la más baja se presenta en la Región de Asia Sudoriental con un 14% de personas con sobrepeso y un 3% de personas con obesidad (OMS, 2012).

En México, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 71.3%, lo cual representa 48.6 millones de personas, de las cuales el 32.4% presenta obesidad y el 38.8% presenta sobrepeso. Los índices de obesidad son mayores entre las mujeres (37.5%) que entre los hombres (26.8%) y la prevalencia de sobrepeso es mayor en el sexo masculino (42.5%) que entre las mujeres (35.9%) (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT, 2012). Según la Organización para la Cooperación y Desarrollo económicos (OCDE, 2012) estos datos colocan a México en el segundo lugar en prevalencia de la obesidad a nivel mundial, antecedido solamente por Estados Unidos, por lo que representa una situación de urgencia para el país al considerarse que más de la mitad de la población tiene sobrepeso y uno de cada seis mexicanos presenta obesidad.

Es así como el sobrepeso y la obesidad representan actualmente uno de los retos más grandes para la salud pública mundial ya que es un factor de riesgo

importante para desarrollar otras enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, enfermedad coronaria, dislipidemias, osteoartritis, cánceres de mama, esófago, riñón, colon, endometrio, entre otros (Secretaría de Salud, 2006). Debido a los factores metabólicos que el sobrepeso y la obesidad tienen sobre la presión arterial, las concentraciones de triglicéridos y lípidos y sobre el desarrollo de la diabetes, se ha calculado que 2.8 millones de personas mueren cada año a causa del sobrepeso y la obesidad (OMS, 2012).

La obesidad es un problema multifactorial por lo que deben de tomarse en consideración distintos factores para su prevención y tratamiento. Estos factores incluyen genética, comportamiento y elementos ambientales modificados por procesos de urbanización, hábitos de alimentación, actividad física, procesamiento y consumo de alimentos (Hernán, 2002; Toussaint, 2000).

Sin embargo, según el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria emitido por la Secretaría de Salud (2010), el aumento desmedido en las tasas de prevalencia del sobrepeso y obesidad no puede ser atribuido a cuestiones genéticas, sino a hábitos alimentarios inadecuados y a prácticas sedentarias. Particularmente en la población escolar de áreas urbanas hay mayor incidencia entre niños, niñas y adolescentes a dedicar la mayor parte de su tiempo a actividades como jugar en la computadora y ver televisión, lo cual aunado a una dieta alta en azúcar y grasas saturadas y baja en frutas y verduras, pone a este sector de la población en riesgo de sufrir enfermedades derivadas del sobrepeso las cuales eran consideradas exclusivas de adultos. En este tenor, Durán (2005) puntualiza que en América Latina ha aumentado el consumo calórico total, conformado en su mayoría por azúcares y grasas, mientras que el consumo de cereales y frutas ha disminuido.

Es así como se identifican los hábitos de alimentación inadecuados y la práctica deficiente de ejercicio físico, favorecidos por la proliferación de medios de transporte, actividades sedentarias y escasez de espacios físicos, como algunos

de los elementos conductuales con mayor impacto en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad (Fomento Nacional de Salud [FNS], 2002; Gutiérrez, 2005; Rivera et al., 2006).

Entre los factores ambientales que influyen en el desarrollo de la obesidad se pueden englobar los económicos (ingreso familiar, costo de los alimentos); políticos (formales: leyes y políticas públicas e informales como: reglas institucionales incluyendo las del hogar); socioculturales (influencia de amigos, valores, escuela, vecindario, hogar) y físicos (disponibilidad de alimentos en casa, escuela, propaganda comercial), en los que se desenvuelve el individuo y que tienen poderosas influencias sobre la conducta (Fundación Mexicana para la Salud [FUNSALUD], 2008).

Por último, las prácticas de crianza pueden influir en la prevalencia de sobrepeso y obesidad ya que en éstas se integran conocimientos, costumbres, hábitos alimenticios, creencias, percepciones y significados que la madre asigna al proceso de alimentación, incluyendo la forma en la que se abordan en la práctica situaciones de prevención, tratamiento o remedio de enfermedades relativas a la alimentación (Vera, 1996).

Es debido a su etiología multifactorial que el tratamiento del sobrepeso y la obesidad debe tener un enfoque interdisciplinario (Korbman de Shein, 2007), en el cual se incluya la toma de medicamentos, la valoración del estado nutricional y la alimentación del paciente para establecer un plan alimentario personalizado, modificar hábitos para incrementar la actividad física y dar seguimiento profesional a dichos componentes (Bourges, 2004).

El tratamiento farmacológico incluye fármacos antiobesidad, los cuales reducen la ingesta calórica aumentando los impulsos anorexígenos (supresores o inhibidores del apetito) o disminuyendo los orexígenos (enlaces peptídicos fomentadores del hambre), disminuyen la absorción intestinal de grasas, aumentan la termogénesis y actúan sobre la adiposidad (Behar, 2002); deben de ser

suministrados bajo supervisión médica indicando dosis, duración de la toma, interacción con otros insumos o medicamentos, reacciones adversas y efectos colaterales (Barquera et al., 2005).

Sin embargo, aunque la necesidad de manejar el problema de la obesidad brindando al paciente que la padece monitoreo en dieta y ejercicio y estrategias para lograr cambios conductuales es indiscutible y promueve de manera efectiva la pérdida de peso (Kinzi, Trefalt, Fiala y Biebl, 2002) en los pacientes que sufren de obesidad mórbida el éxito de los programas de esta índole es limitado, por lo tanto, se requiere de medidas quirúrgicas para lograr resultados a largo plazo (Buchwald et al., 2004).

La cirugía bariátrica tiene un efecto positivo tanto en el control de la obesidad como en las condiciones somáticas derivadas, así como en el funcionamiento psicosocial y calidad de vida del paciente (Karlsson, Taft, Rydén, Sjöström & Sullivan, 2007), sin embargo, para lograr la pérdida de peso a largo plazo es necesario combinar con la cirugía distintas intervenciones incluyendo estrategias para promover cambios de vida (Powell, Calvin III y Calvin Jr., 2007).

Según Steffen, Potoczna, Bieri, & Horber (2009) las intervenciones diseñadas con distintas aproximaciones favorecen el que se mantenga la pérdida de peso post-quirúrgico o en los casos en los que se recupera una proporción del peso perdido después de la cirugía, promueve nuevamente la pérdida, además de mejorar la calidad de vida y reducir posibles comorbilidades. Estas aproximaciones deben de ofrecer al paciente un programa intensivo enfocado en promover estilos de vida saludable y consultas constantes con un especialista en obesidad, posteriores a la cirugía.

Con la finalidad de evitar recaídas en el tratamiento del paciente bariátrico se han realizado diversos estudios para determinar la manera en que los factores psicosociales afectan la pérdida de peso, la salud mental y la calidad de vida después de la cirugía (Van Hout, Hagendoren, Verschure, & van Heck, 2009).

Se ha demostrado que las personas con obesidad presentan tasas altas de recurrencias psiquiátricas (Lier, Biringer, Stubhaug, Eriksen & Tangen, 2011) las cuales son asociadas con estilos de pensamiento y de comportamiento rígidos, lo cual puede representar una dificultad para adoptar cambios de estilo de vida pre y post-operatorios (Guisado & Vaz, 2003). Después de someterse a cirugía para la pérdida de peso es necesario que el paciente adopte nuevos hábitos alimenticios, lo que muchas veces lo lleva a identificar problemas de índole psicológica y psicosocial, así como su propia incapacidad de resolver sus problemas. Debido a ello, el paciente tiene la posibilidad de notar que su problema de obesidad es al menos parcialmente causado por conflictos psicológicos y/o psicosociales (Kinzl et al., 2002).

Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Sigrist, & Buddeberg (2004) encontraron en sus investigaciones sobre el tema que tanto los individuos con niveles altos de estrés como los que presentan niveles más bajos se ven beneficiados en este aspecto por la cirugía, sin embargo, los sujetos que presentan niveles altos de estrés deben de recibir consejería pre y post-operatoria, con la intención de reducir sus niveles de ansiedad y mejorar sus habilidades de afrontamiento. Muchos pacientes bariátricos utilizan como estrategia de afrontamiento el consumo de alimentos por lo que es importante enseñarles estrategias distintas para lidiar con sus problemas (Kinzl et al., 2002).

En este sentido, se ha observado en distintas investigaciones que aunque la mayoría de los pacientes post-operados muestran mejorías en distintas dimensiones al aplicar inventarios de personalidad, muchos de ellos presentan ansiedad y depresión y utilizan la comida como un agente tranquilizante ante estímulos estresantes (Bull, Engels, Engelsmann & Bloom (1983).

Por otro lado, después de la cirugía un tercio de los pacientes muestran atracones (Larsen et al., 2004) y vómitos después de la operación (Kinzl et al., 2002), los cuales no se perciben molestos por muchos pacientes debido a que les permite comer más sin ganar peso. Ambas incidencias repercuten negativamente

en los resultados de la cirugía. La presencia del trastorno por atracón ha sido asociado con mayor ganancia de peso post-operatorio, especialmente entre los 2 y 7 años después de la operación (Kalarchian et al., 2002) y los vómitos favorecen el desarrollo de trastornos de la alimentación como la bulimia (Kinzi et al., 2002).

Esto se vincula a otros hallazgos encontrados en investigaciones realizadas para identificar las pautas de alimentación de los pacientes post-operados de cirugía bariátrica, ya que se ha demostrado que muchos de ellos presentan una alimentación desordenada e inclusive en algunos casos se ha integrado el diagnóstico de trastorno por atracón, lo cual les ocasiona ansiedad y disfunción en las diferentes esferas en las que se desenvuelven, por lo que se debe de dar seguimiento psicológico para modificar estas pautas de alimentación (Buddeberg-Fischer et al., 2004).

En cuanto a sus relaciones interpersonales, aunque algunas parejas de los pacientes post-operados de cirugía bariátrica muestran satisfacción con la pérdida de peso del paciente y la mejoría de su sexualidad, aproximadamente el 20% de las parejas de los pacientes presentan disconformidad debido a que la pérdida de peso les despierta celos y la mejoría en el funcionamiento psicológico y en la movilidad física de sus parejas les permite establecer nuevas pautas de interacción que no son necesariamente de su agrado (Kinzi et al., 2002).

Continuando con las recurrencias presentadas después de una cirugía bariátrica y que son motivo de estudio psicológico, muchos pacientes post-operados de cirugía bariátrica experimentan desagrado por su imagen física debido a las consecuencias estéticas de la rápida pérdida de peso; inclusive después de una cirugía plástica para reducir la flacidez pueden presentar insatisfacción debido a las altas expectativas que tenían en el procedimiento (Kinzi, Traweger, Trefalt & Biebl, 2003).

También se ha demostrado que los pacientes que no tienen un seguimiento adecuado presentan una pérdida de peso menor, ganancia del peso perdido, fallas en el seguimiento de la dieta, descontento con el personal de la clínica en la que

fue atendido (Orth, Madan, Taddeucci, Coday, & Tichansky, 2008) y mayor incidencia en fobia social y en trastorno de personalidad evitativa en comparación con las personas que aceptaron participar en las intervenciones post-quirúrgicas (Lier et al., 2011), por lo tanto, es importante enfatizar la importancia del seguimiento post-operatorio desde que se está preparando al paciente en el proceso pre-operatorio.

En resumen, el paciente post-operado de cirugía bariátrica atraviesa por cambios que inciden en cuestiones psicológicas que deben de ser tomadas en consideración en su tratamiento post-quirúrgico para la prevención de recaídas (Kinzi et al., 2002). La terapia cognitivo-conductual ha sido la aproximación más estudiada y recomendada para este tipo de problemas (Wifley, 2001).

Sin embargo, es importante señalar que una de las variables psicológicas más estudiadas en el campo de la cirugía bariátrica es la calidad de vida. En diferentes investigaciones se ha demostrado que este constructo muestra mejorías significativas aun cuando llegan a presentarse complicaciones de índole física o psicológica después de su operación. Esta mejoría incrementa conforme la pérdida de peso es también mayor (Batsis et al., 2006; Kolotkin, Crosby, Gress, Hunt, & Adams, 2006).

Tomando en cuenta estos datos y la presencia de comorbilidades psicológicas en algunos de los pacientes post-operados de la clínica de obesidad se observó la necesidad de evaluar el estado psicológico actual de los pacientes con más de dos años de operados para lo cual se utilizaron inventarios validados en población mexicana seleccionados de acuerdo a las psicopatologías referidas en la literatura y al protocolo de evaluación inicial establecido en la clínica de obesidad.

Una vez realizada la evaluación se identificó que la tasa de deserción de los pacientes post-operados era alta y que a pesar de presentar sintomatologías psicopatológicas fallaban en su seguimiento post-quirúrgico en el área de psicología. Debido a esto, se elaboró una intervención enfocada a informar al

paciente acerca de las recurrencias psicológicas y psiquiátricas frecuentes en esta fase de su tratamiento, sus sintomatologías y cómo éstas pueden afectar el resultado de su cirugía y su calidad de vida. De esta manera se buscó incrementar su percepción de riesgo y conciencia de enfermedad favoreciendo su adherencia al protocolo de seguimiento post-quirúrgico de la clínica. Para estos fines se propuso un programa psicoeducativo con componentes de la terapia cognitivo-conductual ya que se ha demostrado que esta terapia implementada después de una cirugía bariátrica favorece notablemente el mantenimiento del peso perdido después de realizada la operación (Wilson, 1984) y promueve efectos psicológicos y emocionales positivos después de la cirugía (Wing, Epstein, Marcus & Kupfer, 1984) a diferencia de los efectos negativos observados por algunos tratamientos de índole distinta a la conductual (Stunkard & Rush, 1974). De acuerdo a diferentes autores la terapia cognitivo-conductual juega un papel muy importante dentro del tratamiento post-operatorio de los pacientes de cirugía bariátrica, ya que es un elemento esencial en la obtención y mantenimiento de hábitos de vida saludable, en la adherencia al tratamiento y el monitoreo del mismo, por lo que sin la implementación de dicha terapia no es posible aspirar al mantenimiento a largo plazo de los efectos benéficos obtenidos a raíz de la operación bariátrica (Abreu, Rotellar, Frübeck y Salvador, 2004).

Así, el objetivo del presente estudio es determinar el efecto de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida e IMC de los pacientes post-quirúrgicos que fueron sometidos a una cirugía bariátrica sin preparación ni seguimiento cognitivo-conductual a dos y tres años de su cirugía. Como objetivos secundarios se plantearon identificar si dicha intervención favoreció la adherencia terapéutica al protocolo de la clínica e identificar el efecto en depresión, ansiedad, factores de riesgo asociados a trastornos de la alimentación y satisfacción con la imagen corporal.

3.2 Estrategias de intervención

A continuación se describen las técnicas cognitivo-conductuales seleccionadas para esta intervención:

Psicoeducación

La técnica psicoeducativa debe formar parte del tratamiento integral de los pacientes con enfermedades médicas o padecimientos psicológicos (Wagner, Austin y van Korff, 1996), ya que les ayuda a obtener y comprender información importante sobre el origen de su enfermedad y evolución de su enfermedad, incrementa la responsabilidad del paciente y lo involucra en su tratamiento al indicarle las implicaciones conductuales de su padecimiento y los efectos sobre su evolución, las consecuencias emocionales y físicas que pueden presentarse y proporciona información acerca del tratamiento psicológico que se le propone y los beneficios que puede obtener del mismo (Ybarra, Orozco, De León y Vargas, 2012).

La psicoeducación difiere de las intervenciones simplemente educativas en que se busca integrar la información a la vida práctica del paciente, de manera que pueda beneficiar su quehacer cotidiano e impactar su calidad de vida e independencia. Por lo tanto, no se trata de una aproximación solamente teórica, a diferencia de la dinámica tradicional en la que sólo se provee información (Rankin & Stallings, 2001).

En lo referente a los pacientes post-quirúrgicos de un procedimiento bariátrico autores como Nijamkin, Campa, Nijamkin & Sosa (2013) han realizado investigaciones que demuestran que las sesiones psicoeducativas enfocadas en las herramientas cognitivo-conductuales que pueden ayudarles a lidiar con las dificultades emocionales con las cuales se enfrentan después de la cirugía y a incrementar su motivación han mostrado buena efectividad sobre sintomatología depresiva y prevención de recaídas.

Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica propia de las terapias cognitivo-conductuales entre las cuales se encuentran la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), creada por Albert Ellis, la Terapia Cognitiva de Beck y el Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum (Carrasco y Espinar, 2008). Esta técnica ha demostrado efectividad en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastornos de alimentación, entre otros problemas de índole psicológica (Butler et al., 2006).

El modelo cognitivo que propone la reestructuración cognitiva es el modelo ABC en el cual A son los acontecimientos disparadores, B las creencias acerca de estos acontecimientos y C las consecuencias emocionales, físicas y conductuales de estas creencias. Las creencias son clasificadas como racionales o irracionales dependiendo de su utilidad para el logro de metas personales, por ello, las creencias irracionales interfieren con el crecimiento personal y generan malestar psicológico, por lo que su influencia en los trastornos psicológicos es clara (Ellis, 1984). La reestructuración cognitiva se basa en que las cogniciones que genera una persona en torno a una situación tienen influencia directa en la manera en la que se siente, se comporta y reacciona fisiológicamente. Estas cogniciones pueden ser detectadas y modificadas por medio de cuestionamientos que ayuden a generar nuevos pensamientos funcionales para el paciente (Bados y García, 2010).

En este sentido, se ha observado que los factores emocionales y cognitivos pueden ser un elemento importante en la sobreingesta o el abandono de la actividad física y tener gran impacto en la dedicación de los pacientes en controlar su peso (Van Dorsten, e.p.). Dichos factores también pueden favorecer el desarrollo de trastornos de la alimentación o agravar los síntomas de los mismos; diversos estudios longitudinales han demostrado que conceptualizar la delgadez como un ideal, el sobrepeso, las dietas constantes y la insatisfacción corporal favorecen el desarrollo de trastornos de la alimentación o agravan los síntomas de los mismos (McKnight Investigators, 2003; Stice, 2002).

Por lo tanto, para las finalidades de esta intervención se emplearon estrategias de reestructuración cognitiva, ya que permiten el monitoreo de los pensamientos negativos y su efecto en la ingesta de alimentos, han demostrado mantener la pérdida de peso a largo plazo y favorecen la prevención de recaídas (Werrij, et al., 2009). Se llevaron a cabo técnicas de discusión y debate de creencias, tales como el análisis y la evaluación empírica (búsqueda de evidencia empírica que fundamente las creencias del paciente), contradicción con el valorpreciado (resaltar creencias contradictorias a otras creencias valiosas y sostenidas por el paciente) y apelar a consecuencias negativas (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012). También se emplearon experimentos conductuales para cuestionar las cogniciones del paciente mediante ejercicios de ensayo de conducta, los cuales fueron planeados en el contexto de la terapia basándose en las experiencias que resultaban incómodas para el paciente debido a las creencias subyacente y llevados a cabo fuera de éste para analizar la veracidad de los pensamientos que los llevaban a evitar dicha situación. Los experimentos conductuales son considerados técnicas conductuales de reestructuración cognitiva y consisten en la exposición a estímulos que despiertan reacciones emocionales intensas en el paciente (Bados y García, 2010). Con este objetivo se implementó la “Tarea de toma de riesgos” de la TREC (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012) con la finalidad de confrontar a los pacientes con situaciones que les generaban pensamientos irracionales respecto a su imagen corporal.

Por último, se incluyeron algunos de los ejercicios del “Proyecto Cuerpo” creado por la Universidad Bradley (Stice, Chase, Stormer, & Appel, 2001; Stice, Marti, Spoor, Presnell & Shaw, 2008; Stice, Mazotti, Weibel, & Agras, 2000; Stice, Shaw, Burton, & Wade, 2006; Stice, Trost, & Chase, 2003) para la prevención de los trastornos de la alimentación, los cuales se basan también en la modificación de cogniciones. Este programa propone ejercicios de reestructuración cognitiva basándose en la teoría de la disonancia cognoscitiva desarrollada por el autor León Festinger (1957) la cual se refiere al conflicto interno que le genera al individuo el presentar dos cogniciones simultáneas contradictorias o discrepancia

entre su cognición y su comportamiento. De acuerdo a esta teoría, las personas buscan disminuir este conflicto mediante la modificación de sus cogniciones, de manera que se generen nuevas ideas congruentes entre sí.

También, se implementaron los autorregistros como estrategia para recopilar entre sesiones información en torno a la intensidad y la frecuencia de las conductas del paciente para el debate en sesión (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) y la estructuración de los ejercicios conductuales.

Exposición

Las intervenciones cognitivo-conductuales enfocadas a mejorar la imagen corporal incluyen estrategias que abarcan tanto el área comportamental del individuo como la del pensamiento y la biológica (Lang, 1971). Este tipo de intervención se enfoca en lograr que el paciente tenga la capacidad de hacer frente a la situación o al estímulo al que teme y cuyo miedo ha sido reforzado mediante la evitación, utilizando la exposición para esta finalidad (Marks, 1987).

Stern & Marks (1973) afirman que una exposición breve y con bajo nivel de intensidad arroja resultados pobres y lentos, al contrario de una exposición de duración prolongada e intensa, sin embargo, es importante que se explique la naturaleza del tratamiento al paciente y que se acuerde con él los objetivos y las etapas de la exposición, llegando a un común acuerdo en cuanto a la intensidad de cada sesión. Mediante este método se busca lograr que el paciente se dé cuenta de que lo que lo obstaculiza es su miedo en sí y no alguna característica física (Newell, 1991).

Como complemento de la técnica se puede proveer al paciente de alguna herramienta que le permita analizar sus pensamientos catastróficos (Beck, 1976) y puede incluirse una parte de imaginación para fomentar la exposición y una técnica como la respiración diafragmática para aminorar los síntomas físicos de ansiedad (Newell, 1991).

Respiración diafragmática

Según Rice (2002) el estrés es una fuerza negativa considerada una amenaza para la salud psíquica de los individuos, a la cual se enfrentan diariamente. Sin embargo, la manera en que se afronta el estrés varía de persona a persona, dependiendo de su estilo de afrontamiento, el cual consiste en todos los esfuerzos cognitivos y conductuales que se llevan a cabo para tolerar, superar o reducir las demandas exteriores o interiores (Lazarus y Folkman, 1984). La eficacia del afrontamiento depende de algunas características personales, sistemas sociales y atributos físicos que le sirven al individuo como recursos, entre los cuales se encuentran: la autoeficacia; el optimismo; la autoestima y la percepción de control; la familia; los amigos; el trabajo y los sistemas oficiales de ayuda; la buena salud; adecuada energía física; un mínimo de estabilidad financiera, entre otros. Las estrategias de afrontamiento también pueden aprenderse por medio de la experiencia, por observación o leyendo material instructivo (Rice, 2002).

Una estrategia factible para la disminución de la activación causada por eventos estresantes son las técnicas de relajación, entre las cuales se encuentran distintos tipos de respiración (Matheny, 1986). La respiración es un mecanismo auto-regulatorio que responde a las demandas fisiológicas y emocionales del individuo por lo que el ritmo respiratorio puede ser modificado por diversos factores externos e internos que afectan al individuo. Sin embargo, el establecer un patrón de respiración adecuado, mediante un ritmo lento y respiración diafragmática, ayuda a reducir la sobreactivación que puede existir en periodos de estrés al incrementar el nivel de dióxido de carbono en la sangre y regulando voluntariamente la acción del sistema nervioso autónomo reduciendo la sobreactivación simpática (Spreads, 1988).

El procedimiento consiste en aprender a inspirar vía nasal, ya que de esta manera se calienta y humedece el aire y se filtran las impurezas y gérmenes (Chóliz, 1998) y se debe de llenar de aire la parte inferior, media y superior de los pulmones procurando llenar primero la parte abdominal y posteriormente la zona costal media y costal superior. Al espirar el aire se sigue el mismo orden procurando hacerlo de manera fluida y constante (Ruíz, Días y Villalobos, 2012).

3.3 MATERIALES Y MÉTODO

3.3.1 Diseño

Se trata de un estudio piloto, abierto, cuasi-experimental, prospectivo, con mediciones individuales prueba-posprueba.

3.3.2 Participantes

El estudio se realizó con pacientes que recibieron una cirugía bariátrica en la clínica de obesidad del Hospital Dr. Manuel Gea González y cuyo procedimiento fue realizado dos o tres años antes de la fecha de reclutamiento por lo que no recibieron una preparación cognitivo-conductual previa. Se empleó un muestreo no probabilístico intencional. Al tratarse de un estudio piloto no se hizo un cálculo de tamaño de muestra. Se incluyó a los pacientes que recibieron una operación de cirugía bariátrica en el año 2009 o 2008 (sin distinción entre manga gástrica y bypass gástrico) en las instalaciones del hospital general Dr. Manuel Gea González, que no hubieran recibido una intervención cognitivo-conductual previa al procedimiento bariátrico, que aceptaran de manera voluntaria participar en el estudio y que firmaran el consentimiento informado (Anexo 2). No hubo criterios de exclusión y se eliminaron a los pacientes que no se presentaron a dos o más sesiones o que no completaron la evaluación post-intervención.

Participaron en la evaluación 16 pacientes a los cuales se les aplicó la batería de pruebas completa y se les invitó a asistir a las sesiones psicoeducativas a las cuales se presentaron 6 pacientes (4 mujeres y 2 hombres).

3.3.3 Instrumentos

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) versión adaptada para población mexicana por Jurado (2002) basado en la versión original de Donnel y McNally (1989) y la versión en español de Sandin, Chorot y McNally (1996).

Se trata de un inventario que evalúa la sensibilidad a la ansiedad considerada como un conjunto de síntomas que puede tener diferentes repercusiones en la salud de los individuos. Instrumento compuesto por 16 reactivos que se califican mediante una escala tipo Likert y cuya puntuación se suma para catalogar en sensibilidad mínima; leve; moderada; y severa. Determina el nivel de preocupación física; cognitiva y social vinculado con las repercusiones de la ansiedad. El índice de confiabilidad interna de la escala es de 0.87 para los habitantes de la ciudad de México y cuenta con capacidad discriminativa al contrastar el 25% de puntajes altos con el 25% de puntajes bajos y confiabilidad test retest de .70 (hasta 3 años) en población mexicana.

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Steer y Garbin, 1988) versión adaptada para población mexicana (Jurado et al., 1998). Es uno de los inventarios más empleados en muestras clínicas y no clínicas y evalúa la presencia y severidad de sintomatología depresiva, compuesto por 21 reactivos que se califican en escala tipo Likert y cuyos resultados se catalogan en: no depresión 0-9 puntos; Depresión Leve 10-18 puntos; Depresión moderada 19-29 puntos; y Depresión grave más de 30 puntos. Coeficiente de confiabilidad .87 para población mexicana y capacidad discriminativa al contrastar 25% de puntajes bajos contra el 25% de puntajes altos. La validez concurrente entre el BDI y la escala autoaplicada de depresión de Zung fue de $r = 0.70$.

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) (Gómez Péresmitré, 1993). Se trata de una escala compuesta por 31 reactivos en su versión para mujeres y 22 en su versión para hombres; las opciones de respuesta se califican con una escala tipo Likert que va de 1=nunca hasta

5=siempre, a mayor puntaje mayor riesgo y permite medir la conducta alimentaria compulsiva (CAC); la preocupación por el peso y la comida (PPC); así como la dieta crónica y restrictiva (DCR). El coeficiente de confiabilidad para la versión de varones es de 0.86 y 0.88 para la versión de mujeres. Para la validez del instrumento se aplicó un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX a un total de 1494 varones y a un total de 1915 mujeres.

Escala visual de satisfacción corporal (Acosta y Gómez, 2003), escala de nueve figuras corporales distribuidas al azar, que van desde una muy delgada hasta una obesa, incrementando su tamaño continuamente. Esta escala valora satisfacción e insatisfacción corporal por medio de diferencias cuantificables entre la figura actual y la figura ideal, empleando el IMC como valor de referencia para determinar el nivel de satisfacción corporal (cuando el puntaje es igual a 0) o insatisfacción corporal negativa (cuando el paciente desea ser más grueso) o positiva (cuando el paciente desea ser más delgado), a mayor diferencia entre las puntuaciones mayor insatisfacción. Las categorías son: 1 y 2 muy delgada, 3 y 4 delgada, 5 normal, 6 y 7 gruesa, 8 y 9 muy gruesa u obesa.

Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA) (Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2009): Inventario compuesto por 53 reactivos que evalúan la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas o agudas mediante la elección de opciones de respuesta a las cuales se les asigna un valor del 0 al 5, dando así un valor total de la calidad de vida del paciente con la posibilidad de desglosarlo con la finalidad de evaluar áreas específicas (preocupaciones; desempeño; aislamiento; percepción corporal; funciones cognitivas; actitud hacia el tratamiento; tiempo libre; vida cotidiana; familia; redes sociales; dependencia médica; relación con el médico; percepción de bienestar y salud general). Se emplea al evaluar el resultado de intervenciones enfocadas en mejorar la calidad de vida con mediciones pre y post tratamiento. Su coeficiente de confiabilidad va de .9337 para el área de vida cotidiana a .6831 para actitud ante el tratamiento y ha

demostrado validez concurrente con el OMS-QoL Bref (instrumento de calidad de vida de la OMS) en la versión adaptada para México por Sánchez-Sosa & González-Celis (Calleja, N., 2011).

3.3.4 Procedimiento

Se recuperaron las bases de datos disponibles en la Clínica de Obesidad con los contactos de los pacientes operados en los años 2008 y 2009 y se les contactó vía telefónica invitándolos a participar en una evaluación psicológica enfocada a conocer su evolución en el área psicológica después de su cirugía. En esta sesión de evaluación se aplicaron los inventarios que conforman la batería del estudio, se les pesó, midió y se calculó su IMC. Posteriormente se les invitó a asistir a las sesiones de psicoeducación. A los pacientes que mostraron interés se les proporcionó un consentimiento informado y se acordaron los días y el horario en que se realizarían las sesiones.

Cada sesión estuvo constituida por una revisión de las tareas encargadas en la sesión anterior, una sobre el tema correspondiente a la sesión de ese día, una parte práctica en la cual se realizaron actividades con técnicas cognitivo-conductuales enfocadas al manejo del tema revisado y una parte de retroalimentación y espacio abierto a la comunicación entre participantes. Por último se encargaron las tareas a realizar en casa.

Las intervenciones fueron diseñadas de la siguiente manera:

1er bloque: Psicoeducación sobre recurrencias psicológicas en el paciente post-operado de cirugía bariátrica.

2do bloque: Psicoeducación sobre sintomatología depresiva y reestructuración cognitiva.

3er bloque: Psicoeducación sobre sintomatología ansiosa y respiración diafragmática.

4to bloque: Psicoeducación sobre trastornos de la alimentación y reestructuración

cognitiva.

5to bloque: Psicoeducación sobre distorsión de la imagen corporal y exposición.

El número de sesiones se estableció de acuerdo con el cumplimiento de los criterios de cambio de cada bloque y al finalizar los cinco bloques se les aplicó la batería de pruebas que contestaron inicialmente y se les pesó, realizando de nuevo el cálculo de IMC

A continuación se describen los contenidos de cada bloque:

Bloque 1. PSICOEDUCACIÓN SOBRE RECURRENCIAS PSICOLÓGICAS EN EL PACIENTE POST-OPERADO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Objetivo:

Que el paciente conozca y analice las recurrencias psicológicas que pueden afectar al paciente post-operado de cirugía bariátrica.

Procedimiento:

Se reunió a los pacientes en un aula y se les dio una breve introducción explicando los objetivos del grupo y de la intervención. Se presentó información acerca de las incidencias psicológicas que pueden presentarse después de una cirugía bariátrica y de cómo éstas pueden afectar el estilo de vida de los pacientes y su pérdida de peso. Se les recordó que actualmente en la clínica se cuenta con personal calificado para apoyarlos en caso de presentar síntomas de psicopatología. Posteriormente, se les explicó la forma de trabajo y se les entregó su cuaderno de actividades (Anexo 3), el cual dejaron en el aula al final de la sesión para poder trabajar con él en las sesiones subsecuentes. Finalmente se pidieron comentarios y se agradeció la presencia de los participantes.

Criterios de cambio:

Que el paciente identifique las posibles recurrencias psicológicas y nutricias que pueden llegar a presentarse después de una cirugía bariátrica.

Bloque 2: PSICOEDUCACIÓN SOBRE DEPRESIÓN Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Objetivos:

Que el paciente conozca los criterios que componen la sintomatología depresiva y contextualizarla en el escenario del paciente post-operado de cirugía bariátrica.

Que el paciente identifique la relación entre sus pensamientos y su estado de ánimo.

Que el paciente identifique diferentes estilos de pensamientos irracionales.

Procedimiento:

Se explicó a los pacientes lo que es la depresión y se mencionaron los síntomas cognitivos, físicos, emocionales y conductuales de la misma. En seguida, se explicó la base de la reestructuración cognitiva y la relación de los pensamientos con las emociones, reacciones físicas y conductas, así como los tipos de pensamientos irracionales que se pueden presentar. Se ejemplificó el auto-registro con el modelo A-B-C del pensamiento seguido de un ejercicio de debate socrático buscando generar pensamientos alternativos. Posteriormente se enseñó a los pacientes los distintos tipos de pensamientos distorsionados que pueden presentarse por medio de ejemplos, mismos que fueron debatidos individualmente. Posteriormente se les pidió que dieran ejemplos de sus propios pensamientos distorsionados e identificaran el tipo de distorsión que presentaron. Se encargó de tarea que identificaran tres pensamientos distorsionados en su vida diaria y que hicieran el correspondiente debate apoyados en el Formulario de Autoayuda de la TRE (Sichel y Ellis, 1984). Finalmente, se dio espacio para la retroalimentación y se les dio cita para la siguiente sesión.

Criterios de cambio:

Que el paciente logre identificar signos y síntomas de depresión.

Que el paciente identifique y cuestione algunos de sus pensamientos irracionales.

Bloque 3. PSICOEDUCACIÓN SOBRE ANSIEDAD Y RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA.

Objetivos:

Que el paciente identifique qué es la ansiedad, sus mecanismos de funcionamiento y cómo puede repercutir en su apego al tratamiento.

Que el paciente maneje una técnica de relajación que pueda ayudarlo a controlar la ansiedad.

Procedimiento:

Se explicó a los pacientes la definición de ansiedad y cómo repercute en nuestros hábitos de alimentación y estilo de vida. Se enseñó la técnica de respiración diafragmática para el control de la ansiedad.

Criterios de cambio:

Que el paciente ponga en práctica la respiración diafragmática y comparta su experiencia al implementar la técnica.

Bloque 4: PSICOEDUCACIÓN SOBRE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y EXPOSICIÓN.

Objetivos:

Que el paciente identifique los signos y síntomas de los trastornos de alimentación que pueden presentarse a raíz de una cirugía bariátrica.

Que el paciente comprenda el concepto de exposición y cómo puede ayudar a prevenir un trastorno de alimentación.

Procedimiento:

Se dio información al paciente sobre los trastornos de alimentación y su incidencia después de una cirugía bariátrica. Se realizaron los ejercicios “definición y origen del ideal de delgadez” y “costes asociados a la búsqueda del ideal de delgadez” seleccionados del programa “Body Project” (“Proyecto Cuerpo”) para la prevención de trastornos de la alimentación (Stice, Chase, Stormer, & Appel, 2001; Stice, Marti, Spoor, Presnell & Shaw, 2008; Stice, Mazotti, Weibel, & Agras, 2000; Stice, Shaw, Burton, & Wade, 2006; Stice, Trost, & Chase, 2003).

Criterios de cambio:

Que el paciente reconozca la definición y sintomatología de los trastornos de alimentación descritos en pacientes post-operados en cirugía bariátrica.

Que el paciente defienda con argumentos un punto de vista contrario a ideales estéticos.

Bloque 5. PSICOEDUCACIÓN SOBRE IMAGEN CORPORAL Y EXPOSICIÓN.

Objetivos:

Que el paciente conozca la definición de imagen corporal y de distorsión de la imagen corporal.

Que el paciente entienda en qué consiste la exposición y cómo puede aplicarse para disminuir la distorsión de la imagen corporal.

Procedimiento:

Se comentó la definición de imagen corporal, sus componentes y cuándo puede presentarse una distorsión contextualizándola en la pérdida de peso consecuencia de una cirugía bariátrica. Se les pidió que dieran su retroalimentación al respecto, comentando cómo se perciben a sí mismos después de la cirugía bariátrica con la intención de que formularan su percepción de su propia imagen corporal.

Se les explicó a los participantes que la exposición sucesiva a los estímulos que causan ansiedad ayudan a disminuirla mediante la habituación y se les pidió que enlistaran las situaciones referentes a su imagen corporal que les causan ansiedad y que eligieran una para trabajarla a manera de reto conductual. Se les proporcionó el auto-registro de pensamientos sobre imagen corporal contenido en el cuadernillo de actividades y se leyó el ejemplo, para después pedirles que lo llenaran con un par de ejemplos personales e invitarlos a que lo compartieran con el grupo (incluyendo el reto conductual mencionado con anterioridad). Se les encargó de tarea que se expusieran a dicho estímulo una vez realizada la reestructuración, recordando que la exposición debe de ser lo suficientemente prolongada para percibir disminución en la ansiedad y que debe de irse incrementando paulatinamente. Cada nivel debe de representar un reto tolerable para el paciente.

Por último, se hizo el cierre del taller pidiéndoles retroalimentación y agradeciéndoles su participación y se aplicaron los inventarios necesarios para la evaluación post-intervención.

Criterios de cambio:

Que el paciente comente acerca de cómo percibe su propia imagen.

Que el paciente aplique correctamente la herramienta de reestructuración cognitiva revisada en el módulo de depresión al contexto de la imagen corporal.

Que el paciente establezca los retos comportamentales que podrían impactar favorablemente su concepto de imagen corporal.

3.4 RESULTADOS.

Se recuperaron los teléfonos de 111 pacientes que tenían dos y tres años de haber recibido una cirugía bariátrica en las instalaciones del hospital y se les contactó por vía telefónica. Nueve pacientes no contestaron el teléfono, a 23 se les dejó recado, en el caso de 13 pacientes el teléfono ya no existía, seis estaba fuera de servicio y 60 pacientes contestaron. Cabe mencionar que se les llamó por

teléfono un máximo de tres veces a los pacientes que no contestaron y a los que se les dejó recado pero no se presentaron a la evaluación.

Sólo 16 pacientes se presentaron a la evaluación y se les aplicó la batería de pruebas mencionada con anterioridad. Los datos fueron analizados mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 16.0 y se obtuvieron las frecuencias de las variables antropométricas y los puntajes de los inventarios utilizados. A continuación se presentan estos datos.

Tabla 2. Frecuencias de los datos antropométricos y los puntajes de la batería de pruebas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Rango
IMC	16	24.15	45.92	32.2281	5.82510	Obesidad grado I
Estatura	16	1.51	1.86	1.6381	.10349	_____
Peso	16	69.80	146.00	86.4894	18.30083	_____
BDI	16	0	39	10.69	10.867	Depresión leve
ASI	16	0	49	22.9375	15.98528	Ansiedad Moderada
CAC	16	1.00	4.56	1.8819	.86212	No presenta
PPC	16	1.33	2.89	1.9766	.43646	No presenta
DCR	16	1.00	2.25	1.4381	.45071	No presenta
Calidad de Vida	15	22	142	55.80	32.426	Muy buena
Distorsión de la Imagen Corporal	16	-1.00	1.00	.2500	.57735	Sin distorsión
Satisfacción con Imagen Corporal	16	-1.00	5.00	2.00	17.37815	Presenta insatisfacción

Como se puede observar en la tabla anterior, la media de los pacientes evaluados está ubicada en el rango de obesidad, además presentan depresión leve, ansiedad moderada e insatisfacción respecto a su imagen corporal; sin embargo, su percepción de calidad de vida es muy buena.

De los dieciséis pacientes que completaron la batería de pruebas seis manifestaron no estar interesados en asistir a las sesiones psicoeducativas y diez se mostraron interesados en participar, sin embargo, cuatro de ellos no se presentaron a las sesiones y de los seis pacientes que sí asistieron sólo cuatro cumplieron los criterios de inclusión. En la figura 1 se muestra el proceso de reclutamiento de los pacientes.

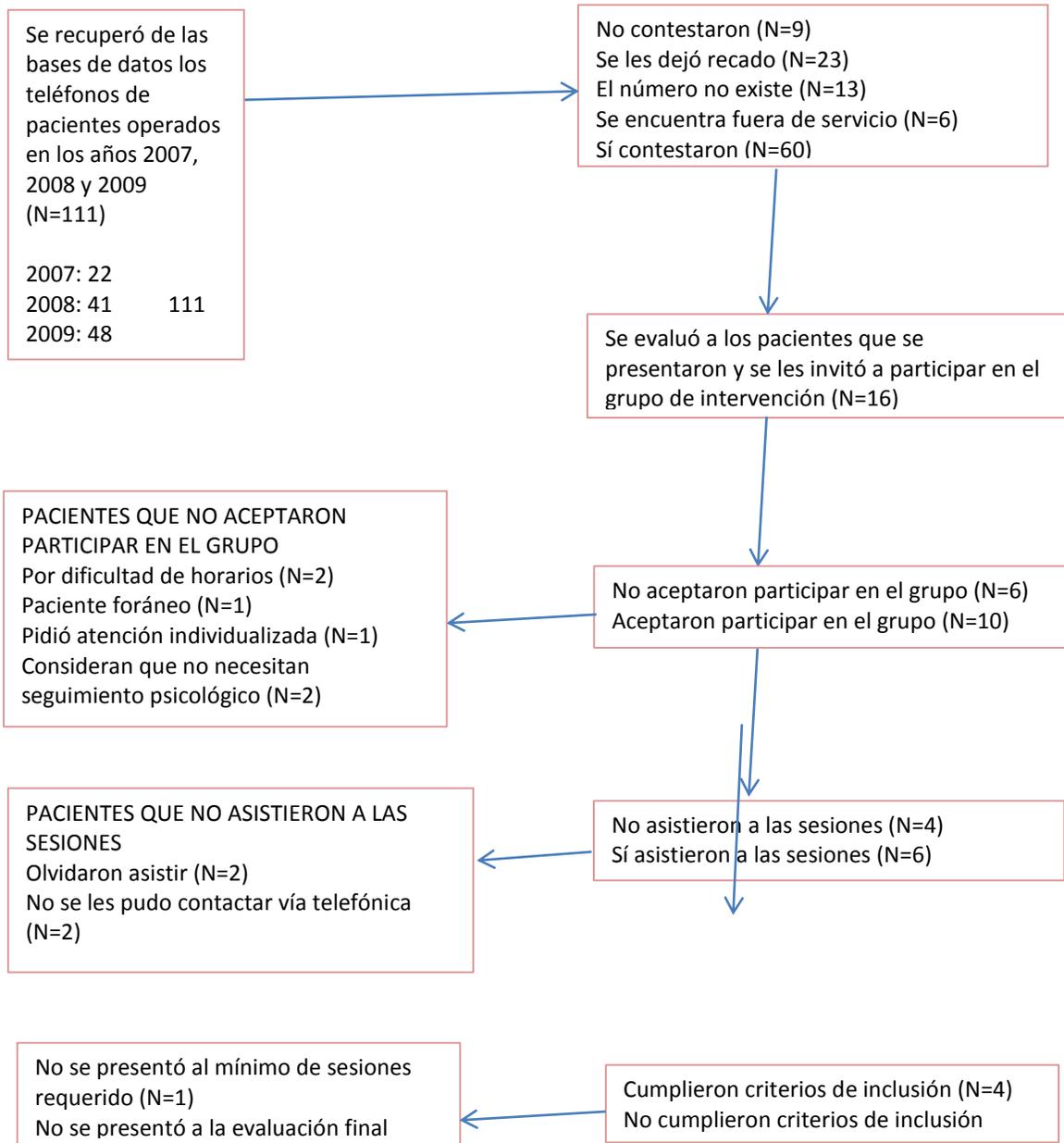


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de reclutamiento de los pacientes.

Por lo tanto, los datos que se presentan corresponden a cuatro casos piloto en un diseño n=1 con mediciones antes y después del protocolo de intervención grupal.

Se empleó la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon para estimar los efectos de la intervención en cuanto a significancia estadística. En la Tabla 3 se

Caso	BDI	ASI	INCAVISA
1	.000	.000	.005
2	.157	.586	.126
3	.257	.002	.200
4	.083	.034	.011

muestran los valores de *p* para los inventarios de

depresión (BDI), ansiedad (ASI) y calidad de vida (INCAVISA) y se marcaron en negritas los valores que muestran cambio significativo.

Tabla 3. Significancia estadística por paciente de los puntajes para depresión, ansiedad y calidad de vida.

Los puntajes de depresión, ansiedad y calidad de vida mejoraron significativamente en el paciente 1. No hubo cambio significativo en los puntajes del paciente 2. La paciente 3 mejoró significativamente en ansiedad y la paciente 4 mostró cambio significativo en ansiedad y calidad de vida, sin embargo, los puntajes de las pruebas indican deterioro en estas áreas. A continuación se muestran los puntajes de los inventarios e IMC por variable.

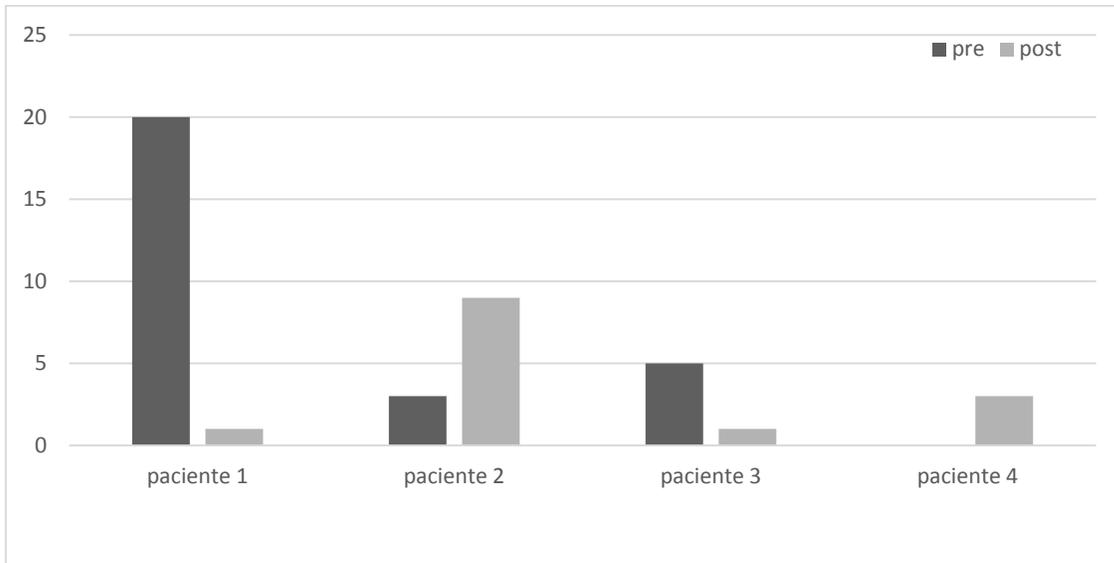


Figura 2. Puntajes pre y post tratamiento en los inventarios de depresión por paciente

En la figura 2 se observa que únicamente el paciente 1 mostró cambio al pasar de “depresión moderada” a “no depresión” de acuerdo a los rubros de la prueba para depresión. Los otros tres pacientes mostraron cambios modestos manteniéndose en “no depresión”.

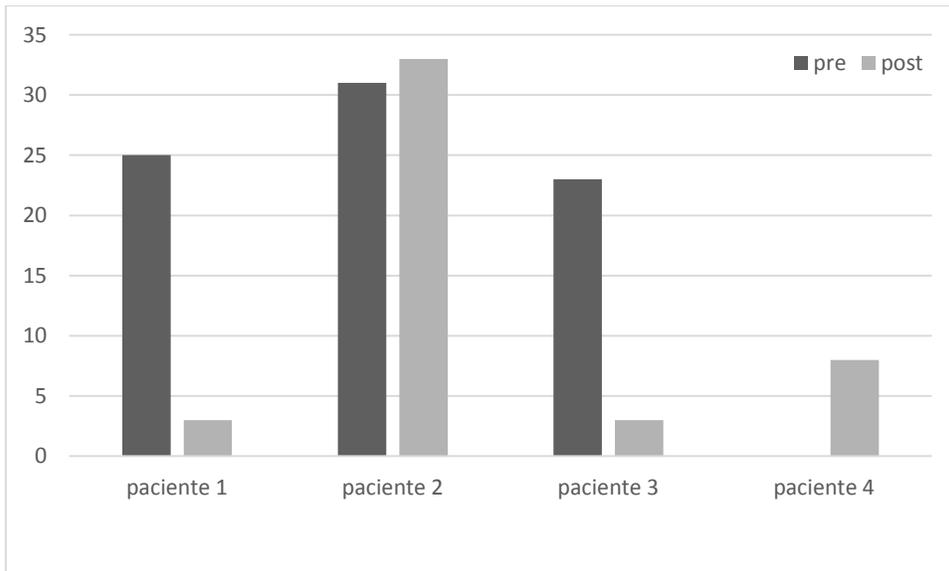


Figura 3. Puntajes pre y post tratamiento en los inventarios de ansiedad por paciente.

En cuanto a ansiedad se observó disminución en los pacientes 1 y 3 quienes presentaron “ansiedad moderada” al inicio de la intervención y “ansiedad mínima” al finalizar la misma. El paciente 2 presentó un leve incremento en la puntuación permaneciendo en “ansiedad severa” y la paciente 4 mostró un incremento significativo pasando de ansiedad “mínima” a “leve” (figura 3). Cabe mencionar que el paciente 2 manifestó su interés de participar en las sesiones grupales porque se percibía ansioso antes de la intervención y pidió ser intervenido de manera individual al finalizar las sesiones para continuar trabajando sobre este objetivo.

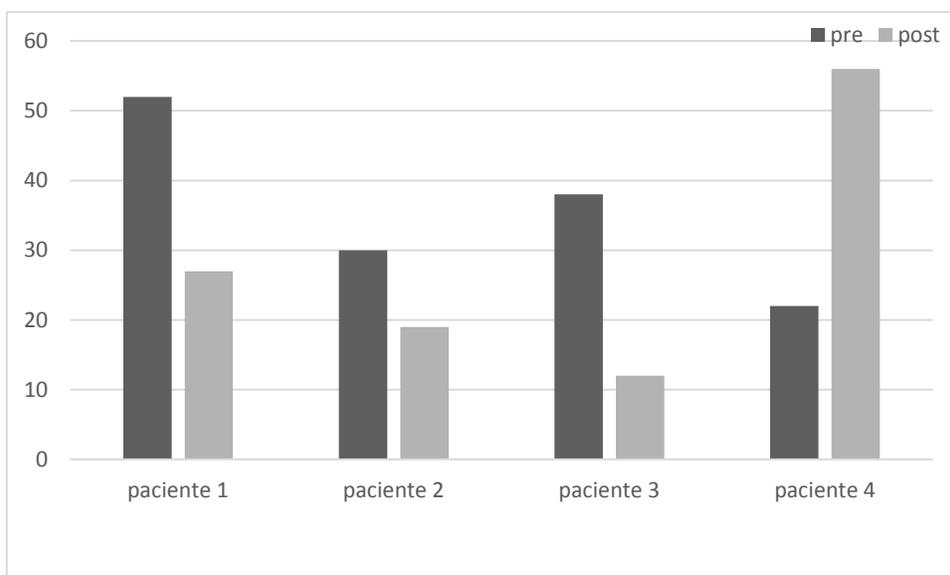


Figura 4. Puntajes pre y post tratamiento en los inventarios de calidad de vida por paciente. Mayor puntaje indica mayor deterioro del constructo.

La variable calidad de vida se presenta en la figura 4. La percepción subjetiva de los 4 pacientes fue la de tener “muy buena” calidad de vida al inicio y al finalizar la intervención. No obstante se observó mejoría en los puntajes de tres de los pacientes que recibieron la intervención, mientras que la cuarta paciente mostró deterioro en su calidad de vida.

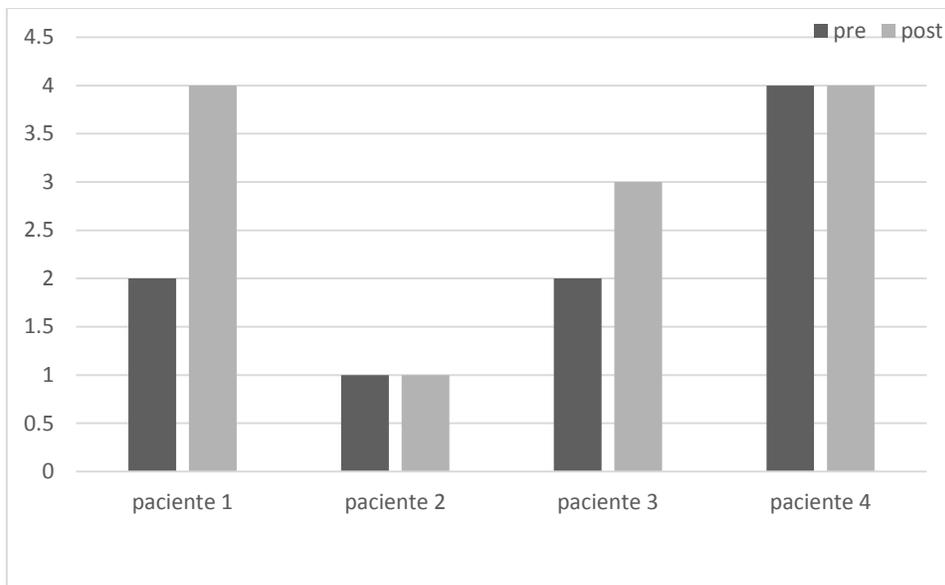


Figura 5. Puntajes pre y post tratamiento en el inventario de satisfacción con imagen corporal

La satisfacción con la imagen corporal mejoró en el paciente 1 y 3 y se mantuvo igual en el paciente 2 y 4 (figura 5). No se identificaron factores de riesgo para presentar trastornos de la alimentación en los pacientes 1 y 2 (figuras 6 y 7); sin embargo, las pacientes 3 y 4 presentaron dieta crónica y restrictiva en la evaluación inicial, la cual disminuyó en ambas pacientes al punto de no presentarla (figura 8 y 9). En cuanto al IMC no se mostraron cambios significativos.

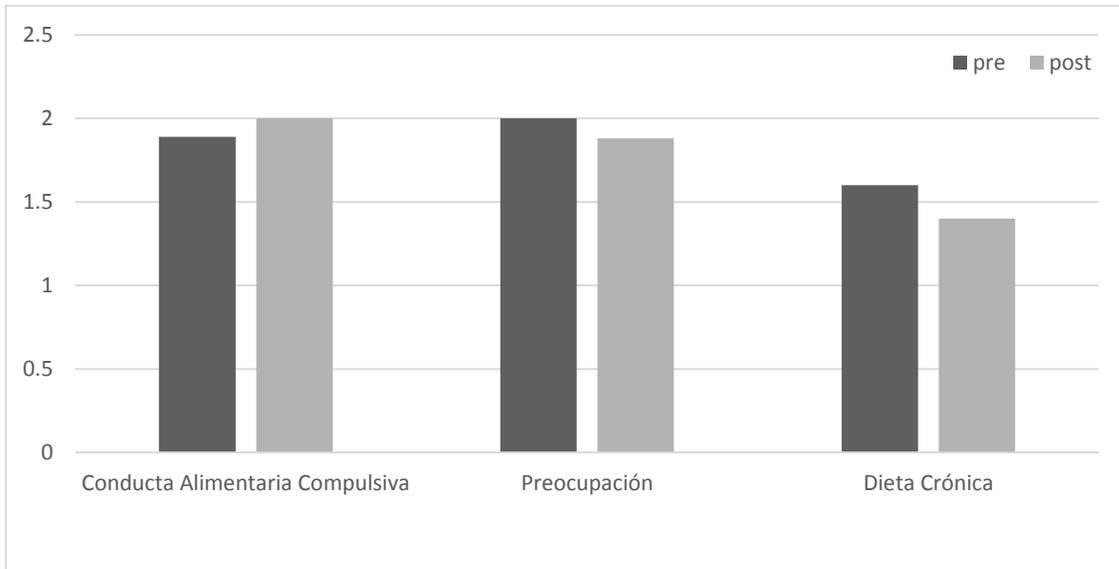


Figura 6. Puntajes pre y post tratamiento del inventario de factores de riesgo asociados a trastornos de la alimentación del paciente 1.

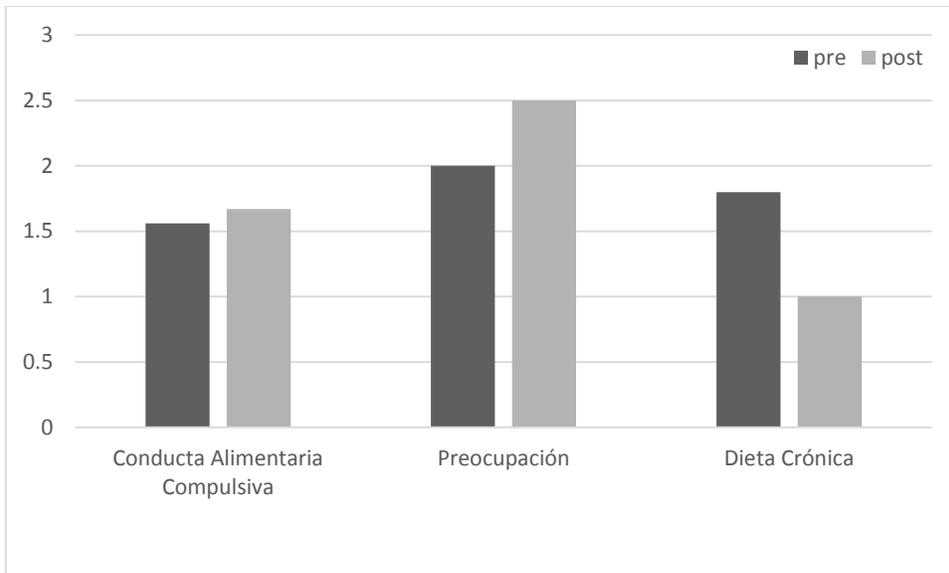


Figura 7. Puntajes pre y post tratamiento del inventario de factores de riesgo asociados a trastornos de la alimentación del paciente 2.

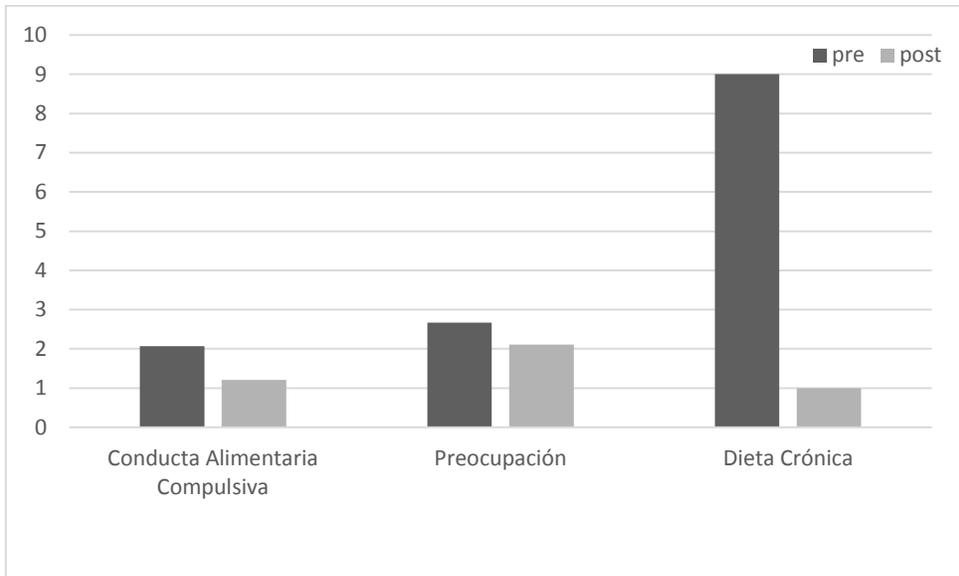


Figura 8. Puntajes pre y post tratamiento del inventario de factores de riesgo asociados a trastornos de la alimentación de la paciente 3.

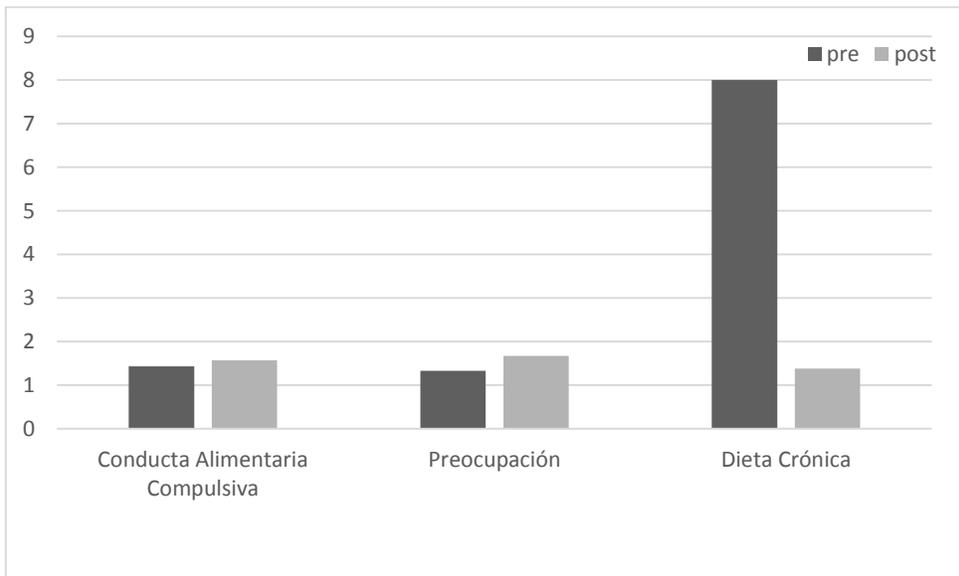


Figura 9. Puntajes pre y post tratamiento del inventario de factores de riesgo asociados a trastornos de la alimentación de la paciente 4.

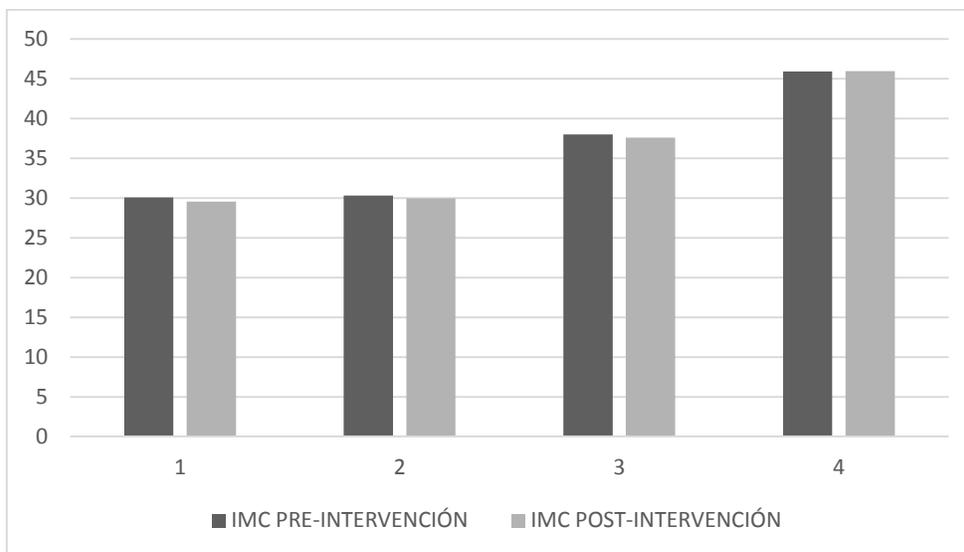


Figura 10. Grados de IMC pre y post tratamiento de los cuatro participantes.

Por último, en cuanto al objetivo de reincorporar a los pacientes al protocolo de la clínica de obesidad para que recibieran sus monitoreos, el paciente 1 reanudó el tratamiento con todas las especialidades. Resulta de interés que el paciente presentaba episodios de ingesta alcohólica excesiva, los cuales iniciaron después de la cirugía y acudió a la intervención con la finalidad de entender mejor este comportamiento y encontrar apoyo para controlarlo. El abandono a la clínica se debió a que en una consulta con cirugía le comentaron que su ingesta alcohólica había causado daños en su organismo y requería más estudios para descartar daño hepático y otras problemáticas. Según el paciente, el apoyo psicológico brindado en las intervenciones lo animó a continuar con su tratamiento, sin embargo, debido a las necesidades específicas que presentaba, fue referido a una institución especializada en el tratamiento de alcoholismo y en la clínica de obesidad solamente se realizaron monitoreos mensuales para estar al tanto de su evolución a los cuales el paciente asistió puntualmente.

El paciente 2 solamente retomó el tratamiento con psicología ya que percibía que después de su cirugía era más vulnerable a esta emoción y no sabía

cómo manejarla. No retomó las citas con ningún otro servicio debido a que no le preocupaba su peso ni su estado general de salud. Solamente asistió a un par de sesiones individuales ya que su horario laboral solamente le permitía asistir a las 7 a.m. al hospital (horario de las sesiones grupales).

La paciente 3 no tuvo interés en continuar una terapia individualizada ya que se sentía muy bien al finalizar las sesiones de grupo, por lo que no agendó citas con esta especialidad.

La cuarta paciente retomó el tratamiento multidisciplinario con la intención de recibir una segunda cirugía bariátrica ya que pensaba que su operación se había realizado incorrectamente y que por eso nunca perdió peso, aunque aceptaba haber presentado remisión en diabetes. Asistió a sus consultas, sin embargo, no se consideró candidata debido a que no mostró evolución en cuanto a pérdida de peso y modificación de conductas en la preparación preoperatoria.

3.5 DISCUSIÓN.

El estudio realizado tuvo como finalidad evaluar la percepción de calidad de vida, identificar las psicopatologías frecuentes en los pacientes que son sometidos a una cirugía bariátrica y el rango de peso en el que se encuentran según el IMC, así como elaborar una intervención cognitivo-conductual enfocada en prevenir las problemáticas descritas en la literatura referente al tema y comprobar el efecto de dicha intervención en las variables psicológicas evaluadas.

Respecto a la variable calidad de vida se observó que aunque los pacientes presentaron indicadores de psicopatología leve o moderada refirieron percibir una buena calidad de vida lo cual es consistente con los hallazgos de diversas investigaciones las cuales han demostrado que la percepción de calidad de vida de los pacientes post-operados de cirugía bariátrica está ligada principalmente a la cantidad de peso perdido y no a las comorbilidades psicológicas (Batsis et al., 2006; Kolotkin et al., 2006); esto puede deberse a otros beneficios que se obtienen a raíz de la cirugía, tales como remisión de diabetes, control de dislipidemias,

menor dolor en articulaciones, entre otros.

En cuanto a la variable peso, se encontró a los pacientes en obesidad grado I. Cabe mencionar que la pérdida de peso de los pacientes post-operados de cirugía bariátrica es de aproximadamente 61.2% de acuerdo a una revisión sistemática con meta-análisis realizada por Buchwald et al. (2004) por lo que es esperable que los pacientes no se ubiquen en un rango de peso normal después de la cirugía. Se sugiere para futuras investigaciones considerar la historia de peso en el expediente del paciente (en caso de contar con este dato) para identificar si la disminución de peso ha sido lineal o si ha habido reganancia en algún punto de su tratamiento.

Respecto a otras variables psicológicas se encontró congruencia con la literatura en cuanto a la presencia de depresión y ansiedad (Bull, Engels, Engelsmann & Bloom, 1983) aunque estos se presentaron en niveles leves o moderados y en cuanto a la insatisfacción con la imagen corporal referida por Kinzl, Traweger, Trefalt & Biebl, (2003). No se encontró presencia de factores de riesgo asociados a trastornos de alimentación a diferencia de las investigaciones realizadas por Poole et al. (2005), Saunders (2004) y Burgmer et al., (2005) en la media de los pacientes evaluados.

Los pacientes que se presentaron al grupo de intervención representaron una muestra muy diversa en la cual se identificaron como variables factibles de intervención tres pacientes con sintomatología de ansiedad, uno con sintomatología depresiva, dos con dieta crónica y restrictiva como factor de riesgo para presentar trastornos de alimentación, dos pacientes con sobrepeso, una paciente con obesidad grado II y la última paciente presentó obesidad grado IV.

Al tratarse de una población pequeña no es posible sacar conclusiones contundentes, sin embargo, la tendencia en los puntajes individuales indica que una intervención de esta índole puede mejorar la sintomatología ansiosa y depresiva, la calidad de vida, la satisfacción con la imagen corporal y disminuir los factores de riesgo de sufrir un trastorno de la alimentación en algunos pacientes,

así mejorar el apego de los pacientes al seguimiento post-quirúrgico multidisciplinario. Sin embargo, es importante recalcar que no hubo mejoría en la sintomatología ansiosa que presentó uno de los pacientes y en una de las pacientes se observó deterioro en los puntajes de ansiedad, depresión y calidad de vida, mantuvo el mismo peso a pesar de presentar obesidad grado IV, no modificó su satisfacción con la imagen corporal y mejoró solamente en dieta crónica y restrictiva, por lo cual se concluye que para algunos casos una intervención de esta índole no es adecuada para las necesidades del paciente. Cabe recalcar que las metas personales establecidas por los participantes del grupo de intervención no incluyeron la pérdida de peso a pesar de que ninguno de ellos presentó un IMC correspondiente a un peso normal, por lo que sería importante tratar de incrementar su conciencia de enfermedad para futuras intervenciones. La falta de interés de los participantes del grupo en perder peso indica que la intervención no logró incrementar su percepción de riesgo o vulnerabilidad lo cual limitó la posibilidad de identificar si la intervención grupal puede generar modificaciones en el comportamiento de esta variable. Sin embargo, esta falta de interés y el que perciban su calidad de vida como “muy buena” indica que futuras intervenciones dirigidas a esta población deben de elaborarse como tratamiento individualizado y hecho a la medida en el caso de los pacientes que presenten alguna psicopatología y ofrecer sesiones grupales psicoeducativas en temáticas generales que puedan ser atractivas para ellos, tales como cirugía plástica, imagen corporal, sexualidad, etc. Los temas podrían ser seleccionados con base en un cuestionario de opinión dirigido a los pacientes post-quirúrgicos y ser impartidas por especialistas en el tema para incrementar el interés y participación de los pacientes.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra que no fue posible reclutar a un número representativo de pacientes y por lo tanto los resultados de la intervención no ofrecen resultados concluyentes. Se observó que en gran medida esto fue debido a que no se contó con una base de datos actualizada lo cual limitó la cantidad de pacientes a los cuales pudo invitarse a formar parte del grupo de

intervención y a que la mayoría de los pacientes contactados trabajan en los horarios en que se labora en la clínica. Sin embargo, existen reportes en la literatura que comentan que algunos factores vinculados al ausentismo post-quirúrgico están relacionados con la poca pérdida de peso post-quirúrgica, con el incumplimiento del plan de alimentación, reganancia de peso y/o descontento con el personal del hospital en que fue atendido (Lara et al., 2005) los cuales pueden obstaculizar el seguimiento de los pacientes de la clínica de obesidad. Se sugiere tratar de implementar el uso de recursos electrónicos, tales como el correo y encuestas o llamadas telefónicas para hacer más accesible para el paciente el cumplir con su seguimiento post-quirúrgico como iniciativa para disminuir la deserción (Orth, Madan, Taddeucci, Coday & Tichansky, 2008).

Otra complicación fue acordar un horario adecuado para los pacientes interesados en participar y conseguir un espacio físico para realizar las intervenciones grupales lo cual propició que se realizaran en un horario poco accesible para algunas de las personas que expresaron interés cuando se les invitó (7 a.m. a 8:30 a.m.) debido a que era muy temprano y vivían lejos del hospital. El contar con la infraestructura necesaria para llevar a cabo intervenciones grupales en diferentes horarios podría incrementar su participación.

Finalmente se recomienda informar y acordar con el paciente un seguimiento post-quirúrgico desde la preparación pre-quirúrgica y mantener contacto constante desde el post-quirúrgico temprano con la finalidad de educarlo y crear un vínculo fuerte con el personal de salud y evitar deserciones. Los monitoreos recomendados pueden realizarse en modalidad grupal pero se deben de detectar las necesidades individuales para ofrecer una psicoterapia específica a los pacientes con psicopatología severa.

4. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Mi experiencia en el periodo de rotación en el que tuve la oportunidad de formar parte del equipo multidisciplinario de la clínica de obesidad fue muy enriquecedora

y considero que me permitió desarrollar las habilidades esperadas y planteadas por el perfil del egresado de medicina conductual (UNAM, 2013) a nivel profesional y personal, gracias a las cuales me será posible desarrollar mis actividades psicológicas con calidad y ética.

La diversidad de psicopatologías que presenta un paciente con obesidad me ayudó a desarrollar la habilidad necesaria para identificar y tratar diferentes cuestiones de índole psicológica que pueden ser secundarias al padecimiento orgánico o pueden dar origen al mismo. Aprendí a dar tratamientos estructurados, con mediciones objetivas y criterios de éxito específicos, sustentados en la literatura científica más reciente. Mi habilidad para la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales y mi repertorio de estrategias psicoterapéuticas incrementó considerablemente.

Por otro lado, la posibilidad de trabajar con el paciente durante todo el proceso en modalidad grupal e individual me ayudó a desarrollar la habilidad de realizar intervenciones psicológicas adaptadas al tiempo y contexto disponibles, así como a los objetivos y necesidades del paciente y el equipo de especialistas.

La habilidad para determinar criterios para diagnósticos psiquiátricos con la finalidad de establecer un lenguaje común y trabajar en conjunto con psiquiatría también fue un aprendizaje relevante, así como en general la colaboración con esta área, ya que ofrece conocimientos y perspectivas enriquecedoras. Cabe recalcar la naturaleza multidisciplinaria del trabajo en la clínica de obesidad, lo cual me obligó a ampliar mis conocimientos respecto a nutrición, endocrinología, ejercicio y cirugía y su implicación en el desarrollo y tratamiento de la obesidad. Esta modalidad de trabajo tiene también como ganancia secundaria la posibilidad de desarrollar habilidades para el trabajo en equipo y de comunicación asertiva para trabajar con un equipo de especialistas que no están acostumbrados a tomar en cuenta criterios psicológicos para tomar decisiones en cuanto al tratamiento del paciente ya que desconocen los beneficios que eso puede aportar. Esto fue un logro importante durante mi rotación en la clínica de obesidad ya que aunque se

tenía un buen antecedente del trabajo de Medicina Conductual aún había negativa por parte de algunos de los miembros del equipo a escuchar y tomar en cuenta el trabajo realizado por los psicólogos, el cual fue tomando importancia a raíz de los buenos resultados obtenidos. Cabe mencionar que en los espacios destinados a la discusión de pacientes desde las diferentes perspectivas se mantuvo siempre una postura respetuosa y abierta al aprendizaje por parte de todos los miembros del equipo multidisciplinario.

Se plantea en esta sede la realización de protocolos de investigación y la participación en congresos como prioridad, sin embargo, hacen falta recursos instrumentales y el tiempo que toma someter un protocolo a aprobación por los comités del hospital es considerable por lo que hay que resolver estas limitaciones para cumplir dicha demanda.

Otras dificultades a las cuales yo me enfrenté en el periodo de rotación y a cuya solución van dirigidas mis sugerencias fueron las deficiencias en la supervisión. Para desarrollar protocolos de calidad y una práctica clínica adecuada es necesario contar con el apoyo de supervisores conocedores de la medicina conductual y la obesidad que puedan orientar y apoyar al alumno en su proceso de crecimiento. Desde mi punto de vista es también importante que dichos supervisores formen parte o visiten de manera periódica la sede para que conozcan la realidad a la cual nos enfrentamos quienes realizamos la residencia y de esta manera se pueda trabajar planteando objetivos y tiempos realistas considerando también las necesidades de la sede. La retroalimentación es básica para que el residente identifique sus áreas de oportunidad y tenga la oportunidad de trabajar en ellas para alcanzar un máximo desarrollo en el tiempo que cursa la maestría.

En resumen, la clínica de obesidad es una sede que permite al residente incrementar y poner en práctica sus competencias profesionales en la práctica clínica y en investigación, exige habilidad y creatividad en cuanto a solución de problemas y ofrece un crecimiento integral a nivel profesional y personal.

5. REFERENCIAS

Abreu, C., Rotellar, F., Frübeck, G. y Salvador, F.J. (2004). Protocolo terapéutico y de seguimiento de la obesidad, *Medicine*, 9, 1223-1227.

Acosta, M.V. y Gómez, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), 9-21.

Agras, W. S. (1982). Behavioral Medicine in the 1980s: Nonrandom connections. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50 (6), 797-803.

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Bados, A. y García, E. (2010). *La Técnica de la Restructuración Cognitiva*. Departamento de Evaluación, Personalidad y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Barquera, S., Carrión, M. M., Flores, M., Espinoza, J., Campos, I. y Macías, N. (2005). *Obesidad un problema de salud pública*, México: INSP.

Batsis, J. A., López-Jiménez, F., Collazo-Clavell, M., Clark, M., Somer, V. & Sarr, M. (2006). Quality of Life After Bariatric Surgery: A Population Based Cohort Study. *The American Journal of Medicine*, 11, 122.

Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy of the Emotional Disorders*. Penguin: Harmondsworth.

Beck, T.A., Steer, A.R. y Garbin, G.M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Behar, R. (2002). Anorexígenos: indicaciones e interacciones. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 2, 21-36.

Birk, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral Medicine*. Nueva York: Grune and Stratton.

Blanchard, E. B. (1982). Behavioral Medicine: Past, present and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50, 795-796.

Blumenthal, J. & McKee, D. (1987). *Applications in behavioral medicine and health psychology: A clinician's source book*. Florida: Professional Resource Press.

Bourges, H. (2004). ¿Cuál es el tratamiento nutricional del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12, 120-127.

Buchwald, H., Avirdor, Y., Braunwald, E., Jensen, M., Pories, W., Fahrenbach, K. & Schoelles, K. (2004). Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1724-37.

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*, 361-9.

Bull, R.H., Engels, W.D., Engelsmann, F. & Bloom, L. (1983). Behavioral changes following gastric surgery for morbid obesity: A prospective, controlled study. *Journal of Psychosomatic Response, 27*, 457-467.

Burgmer, R., Grigutsch, K., Zipfel, S., Wolf, A.M., de Zwaan, M., Husemann, B., Albus, C., Senf, W. & Herpertz, S. (2005). The Influence of eating behavior and eating pathology on weight loss after gastric restriction operations. *Obesity Surgery, 15* (5), 684-91.

Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. y Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.

Calleja, N. (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Carrasco, I. y Espinar, I. (2008). Terapia racional emotivo-conductual y reestructuración cognitiva. En F.J. Labrador, *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 499-516). Madrid: Pirámide.

Cassin, S., Sockalingam, S., Wnuk, S., Strimas, R., Royal, S., Hawa, R., Pahrik, S. (2012). Cognitive Behavioral Therapy for bariatric surgery patients: preliminary evidence for feasibility, acceptability and effectiveness. *Cognitive Behavioral Practice*. In Press.

Chóliz, M. (1998). *Técnicas para el control de la activación. Relajación y Respiración*. Facultad de Psicología Universidad de Valencia.

Donnell, D.C. & McNally, J.R. (1989). Anxiety sensitivity and history of panic as predictors of response to hyperventilation. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 325-332.

Durán, P. (2005). Transición epidemiológica nutricional o el "efecto mariposa". *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103, 195-197.

Ellis, A. (1984). The essence of RET. *Journal of Rational Emotive Therapy*, 2 (1), 19-25.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). *Síntesis ejecutiva*. Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.

Fomento Nacional de Nutrición y Salud (2002). *Obesidad. Artículos de orientación*. Recuperado el 1 de noviembre de 2014 en <http://www.fns.org.mx/index.php?Mostrar=Script&Script=articulos&IdArticuloBis=9&IdContenido=74>

Fundación Mexicana para la Salud. (2008). *Factores asociados al sobrepeso y la obesidad en el ambiente escolar*. México: FUNSALUD.

Gómez Pérez-Mitré, G. (2000). *Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Prevención primaria y factores de riesgo en trastornos alimentarios*. México: UNAM.

Guisado, J.A. & Vaz, F.J. (2003). Personality profiles of the morbidly obese after vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 13 (3), 394-8.

Gutiérrez, M. (2005). Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables. *Sociedad de pediatría de atención primaria de Extremadura*, 2, 55-60.

Hart, S. L. & Hart, T. A. (2010). The future of cognitive-behavioral interventions within behavioral medicine. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24 (4), 344-353.

Hernán, C. (2002). La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Revista Colombia Médica*, 33, 72-80.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México, D.F., 94-97.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2012). Guía de práctica clínica GPC. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. México. Recuperado el 1 de noviembre de 2014 de

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf

Jurado Cárdenas, S. (2002). *Génesis, sintomatología y tratamiento del trastorno de pánico en población del D.F.* Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y 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.

Kalarchian, M.A., Marcus, M.D., Wilson, G.T., Labouvie, E.W., Brolin, R.E & LaMarca, L.B. (2002). Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obesity Surgery*, 12 (2), 270-5.

Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L. & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International Journal of Obesity*, 31, 1248-1261.

Kinz, J.F., Trefalt, E., Fiala, M. & Biebl, W. (2002). Psychotherapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obesity Surgery*, 12, 292-4.

Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Gress, R. E., Hunt, S. C. & Adams, T. D. (2006). Two-year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients compared with severely obese controls. *Surgery for obesity and related diseases: official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 5, 250-6.

Korbman de Shein, R. (2007). *Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes: guía práctica para psicólogos, nutriólogos, padres y maestros*. México: Trillas.

Lara, M.D., Baker, M.T., Larson, C.J., Mathiason, M.A., Lambert, P.J. & Kothari, S.N. (2005). Travel distance, age, and sex as factors in follow-up visit compliance in the post-gastric bypass population. *Surgery Obesity Related Diseases*, 1, 17–21.

Larsen, J.K., van Ramshorst, B., Geenen, R., Brand, N., Stroebe, W., van Doornen, L.J. (2004). Binge eating and its relationship to outcome after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 14, 1111-7.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.

Lier, H.Q., Biringer, E., Stubhaug, B., Eriksen, H.R. y Tangen, T. (2011). Psychiatric Disorders and Participation in Pre- and Postoperative Counselling Groups in Bariatric Surgery Patients. *Obesity Surgery*, 21, 730-7.

Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C. M. (2008). *Psicología de la Salud: Teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.

Marks, I. (1987). *Fears, Phobias and Rituals*. Nueva York: Oxford University Press.

Martínez-González, A. E. y Piqueras-Rodríguez, J. A. (2010). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional. *Revista de Neurología*, 50 (3), 167-178.

Matarazzo, J. D. (1983). Behavioral immunogens and pathogens: Psychology's newest challenge. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 414-416.

Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.

Matheny, K. G., Aycock, D. W., Pugh, J. L., Curlette, W. L. y Silva-Canella, K. A. (1986). Stress coping: a qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *Counseling Psychologist*, 14, 499-549.

Newell, R. & Dryden W. (1991). *Clinical problems an introduction to the cognitive-behavioural approach*. Londres: Routledge.

Nijamkin, M. P., Campa, A., Nijamkin, S. S. & Sosa, J. (2013). Comprehensive Behavioral-Motivational Nutrition Education Improves Depressive Symptoms Following Bariatric Surgery: A Randomized, Controlled Trial of Obese Hispanic Americans, *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 45 (6), 620-6.

OMS, (s.f.). Organización Mundial de la Salud, recuperado el 1 de noviembre de 2014 de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (2012). *Obesity Update 2012*. Recuperado el 3 de noviembre de 2014 de <http://www.oecd.org/health/49716427.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2010). *¿Por qué son importantes el sobrepeso y la obesidad infantiles? Consecuencias de los modos poco saludables de vida en la infancia*. Recuperado el 15 de noviembre de 2011 de http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/es/index.html.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Obesidad y Sobrepeso (Nota descriptiva No. 311)*. Recuperado el 15 de noviembre de 2011 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.

Orth, W.S., Madan, A.K., Taddeucci, R.J., Coday, M. & Tichansky, D.S. (2008). Support group meeting attendance is associated with better weight loss. *Obesity Surgery, 18*, 391-4.

Pomerleau, O. F. & Brady, J. P. (1979). *Behavioral Medicine: Theory and Practice*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Poole, N.A., Al Atar, A., Kuhanendran, D., Bidlake, L., Fiennes, A., McCluskey, S., Nussey, S., Bano, G. & Morgan, J.F. (2005). Compliance with surgical after-care following bariatric surgery for morbid obesity: a retrospective study. *Obesity Surgery, 15*, 261-5.

Powell, L.H., Calvin III, J.E. & Calvin Jr. J.E. (2007). Effective obesity treatments. *American Psychologist, 62*(3), 234-246.

Rankin, S. & Stallings, K. (2001). *Patient education: Principles & practice*. Philadelphia: Lippincott.

Reséndiz, A.M., Sierra, M.A. (2013) .Psychological Recurrences and intervention proposal for patients following bariatric surgery. *Problems of psychology in the 21st century*, 5(5), 89- 95.

Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Universidad de Guadalajara, Facultad de Psicología UNAM y Manual Moderno.

Reynoso-Erazo, L., Hernández-Manjarrez, M., Bravo-González, M. y Anguiano-Serrano, S. (2011). Panorama de la Residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 43-49.

Rice, P. L. (2002). *Stress and health*. Pacific Grove: Brooks/Cole.

Rivera, J., Muñoz, O., Rosas, M., Aguilar, C., Willett, W. y Popkin, B. (2006). *Desarrollo e implementación de las recomendaciones sobre el consumo de bebidas para una vida saludable*. México: INSP.

Riveros, A., Sánchez-Sosa, J.J. y Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA)*. México: Editorial El Manual Moderno.

Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1).

Rodríguez, G. & Rojas, M. (1998). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Ruíz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). La Desensibilización sistemática y técnicas de relajación. En M. Ruíz, M. Díaz y A. Villalobos, *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 237-276). Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.

Sandín, B., Chorot, P. & McNally, R. (1996). Validation of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 283-290.

Saunders, R. (2004). Grazing: a high-risk behavior. *Obesity Surgery*, 14, 98-102.

Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Yale Conference of Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1 (1), 3-12.

Secretaría de Salud (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Recuperado el 15 de noviembre de 2011 de http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/salud_alimentaria/lineamientos_generales.pdf

Secretaría de Salud (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Recuperado el 15 de noviembre de 2011 de http://portal.salud.gob.mx/contenidos/temas_interes/salud_alimentaria.html

Steffen, R., Potoczna, N., Bieri, N. & Horber, F. (2009). Successful multi-intervention treatment of severe obesity: a 7-year prospective study with 96% follow-up. *Obesity Surgery*, 19, 3-12.

Stern, R. & Marks, I. (1973). Brief and prolonged flooding, a comparison in agoraphobic patients. *Archives of General Psychiatry*, 28, 270-276.

Stunkard, A.J. & Rush, J. (1974). Dieting and depression: A critical review of untoward responses during weight reduction for obesity. *Annals of Internal Medicine*, 81, 526-533.

Toussaint, G. (2000). Patrones de dieta y actividad física en la patogénesis de la obesidad en el escolar urbano. *Boletín Médico Hospital Infantil de México*, 57, 650-662.

UNAM, (2013). Perfil egreso medicina conductual, recuperado el 3 de noviembre de 2014 de <http://psicologia.posgrado.unam.mx/?p=1425>.

UNAM, (2001). *Plan De Estudios De La Residencia En Medicina Conductual*. México: UNAM.

UNAM (s.f.). Plan de estudios de Medicina Conductual, recuperado el 14 de noviembre de 2011 de <http://eduvirtual.iztacala.unam.mx/mconductual/>

Van Dorsten, B. (en prensa). Behavior change components of obesity treatment. En: Barnett A. H, Kumar, S., editors. *Diabetes and obesity*. Nueva York: Blackwell Publishing.

Van Dorsten, B. & Lindley, E.M. (2008). Cognitive and Behavioral Approaches in The Treatment of Obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 37, 905–922.

Van Hout, G.C., Hagendoren, C.A., Verschure, S.K. & van Heck, G.L. (2009). Psychosocial predictors of success after vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 19, 701-7.

Vera, N. (1996). *Evaluación de un modelo descriptivo de Atención Primaria a la Salud y desarrollo infantil en zonas rurales*. Tesis de doctorado: Facultad de Psicología, UNAM, México.

Ybarra, J.L., Orozco, L., De León, A. y Vargas, A. (2012). Intervención cognitivo-conductual para la mejora del autocuidado y la calidad de vida en adolescentes con Diabetes tipo I y sus familias. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2, 96-102.

6. ANEXOS

Anexo 1. Revisión de la literatura

Reséndiz, A.M., Sierra, M.A. (2013) .Psychological Recurrences and intervention proposal for patients following bariatric surgery. *Problems of psychology in the 21st century*, 5(5): 89- 95.

PSYCHOLOGICAL RECURRENCES AND INTERVENTION PROPOSAL FOR PATIENTS FOLLOWING BARIATRIC SURGERY

Áida M. Reséndiz Barragán, Mariana A. Sierra Murguía
"Dr. Manuel Gea González" General Hospital, Mexico City, Mexico
E-mail: aidaresendiz@hotmail.com, mariana.sierra.m@gmail.com

Abstract

Obesity has been declared by the World Health Organization (WHO) as an epidemic, due to a growth trend in obesity rates over the past 60 years and it is estimated that by 2015 there will be approximately 2.3 billion overweighted adults and 700 million obese adults worldwide. Bariatric surgery has shown to be the most effective intervention for the treatment of severe obesity with better long-term results. While most post-operative patients of bariatric surgery show improvement in psychopathology and quality of life, psychological recurrences have been identified thereafter. It has been reported that for people who have not been able to implement changes in their lifestyle, the result of the operation may not be optimal and may even be counterproductive with undesirable outcomes, such as recovery of lost weight, malnutrition, depression and anxiety, as well as using food as a soothing agent to stressful stimuli, present failures in following the diet, as well as dissatisfaction with the staff of the clinic

In recent years the number of bariatric surgeries performed annually has tripled showing a tendency to continue increasing, psychosocial and behavioral factors play a fundamental role in the long-term effects of the surgery; for this reason, the objective of this study is to describe the main psychological recurrences after bariatric surgery as well as a proposal for post-surgical cognitive behavioral group psychological support.

Key words: *bariatric surgery, obesity, post bariatric surgery, psychological intervention.*

Introduction

Obesity has been declared by the World Health Organization (WHO) as an epidemic, due to a growth trend in obesity rates over the past 60 years and it is estimated that by 2015 there will be approximately 2.3 billion overweighted adults and 700 million obese adults worldwide (WHO, 2006).

Obesity is a risk factor for several diseases such as diabetes, hypertension, dyslipidemia, among others, for which it represents an important problem in public health matters worldwide, and a growing financial burden on national resources; for this reason, it is a primary task of the public health agencies to design and implement strategies for prevention and treatment.

The psychological consequences of severe obesity include: anxiety, depression and negative body image, discrimination, social isolation and stigmatization (Wadden & Sarwer, 2006) and they can in turn contribute to the development of eating behavior disorders, body image dissatisfaction and depression; women are considered to be more vulnerable to these recurrences (Puhl et. al., 2007).

Grade IV obesity, also called severe obesity, is significantly associated with an increased prevalence of comorbidities and with twice the prevalence of premature mortality compared to people with lesser degrees of obesity underlying the importance of prevention and treatment of this condition (Martins et al., 2010).

Bariatric surgery has shown to be the most effective intervention for the treatment of severe obesity with better long-term results (Sjostrom et al., 2004). Despite of the anatomic changes made by surgery, weight loss and long term maintenance are not guaranteed, the success of the procedure depends largely on behavioral changes made by patients and their ability to implement permanent changes in their lifestyle, such as adherence to diet and physical activity, as well as learning new ways of coping to avoid seeking for food in times of stress or distress (Bauchowitz et al., 2005).

Some reports show that not all patients benefit from surgery; there are significant differences in variations of weight in the short and long term after surgery (Kinzl et al., 2006); an example of this is that 20% of patients who undergo weight loss surgery, don't lose a significant amount of weight or recover it in the short term (Greenberg, Sogg & Perna, 2009). The failure of this surgery in 20% of patients who do not achieve a significant weight loss is generally attributed to psychological or behavioral reasons (Busetto et al., 2005).

While most post-operative patients of bariatric surgery show improvement in psychopathology and quality of life, psychological recurrences have been identified thereafter. It has been reported that for people who have not been able to implement changes in their lifestyle, the result of the operation may not be optimal and may even be counterproductive with undesirable outcomes, such as recovery of lost weight, malnutrition, depression and anxiety, as well as using food as a soothing agent to stressful stimuli, present failures in following the diet, as well as dissatisfaction with the staff of the clinic (Bauchowitz et al., 2005; Bull et al., 1983; Orth et al., 2008).

Another line of research associated with patients who follow bariatric surgery is the eating behavior, identifying that many of them have disordered eating. After surgery a third part of the patients present binge eating episodes (Larsen et al., 2004) and vomiting after surgery (Kinzl et al., 2002) which adversely affect the results of the surgery. The presence of binge eating disorder has been associated with greater weight gain after surgery, especially between 2 and 7 years after surgery (Kalarchian et al., 2002) and vomiting conditions favor the development of eating behavior such as bulimia (Kinzl et al., 2002).

Some patients undergoing bariatric surgery experience body image dissatisfaction because of the aesthetic consequences of rapid weight loss, even after going through plastic surgery to reduce sagging (Kinzl et al., 2003). In turn, a higher incidence in social phobia and avoidant personality disorder has been reported in patients who don't agree to participate in counseling groups (Lier et al., 2011).

It is worth to highlight the importance of multidisciplinary work, especially the psychological aspect for which the treatment of obesity and the bariatric patient has been considered of great interest for psychology since severe obesity is associated with an increased prevalence of psychopathology, quality of life in patients with morbid obesity is greatly affected, their functionality is limited and, for patients to benefit from bariatric surgery and maintain these benefits, a change of lifestyle and good therapeutic adherence to the indications of a multidisciplinary team is necessary (Greenberg et al., 2004).

In recent years the number of bariatric surgeries performed annually has tripled showing a tendency to continue increasing (Buchwald, 2005), psychosocial and behavioral factors play a fundamental role in the long-term effects of the surgery (Van Hout, et al., 2006); for this reason, the objective of this study is to describe the main psychological recurrences after bariatric surgery as well as a proposal for post-surgical group psychological support.

Characteristics of the Research

We conducted a narrative literature research which primary objective was to identify the main psychiatric comorbidities presented after a bariatric surgery, in order to understand the psychiatric functioning of these patients. After the study we considered necessary to develop a

program of psychological counseling for specific care of patients following bariatric surgery to provide them tools to handle such comorbidities.

Follow- up Proposal

In a meta-analysis in which the most popular psychological therapies for obesity treatment are reviewed, the results show that the most efficient and wide-spread used psychological approach for treating obesity is the behavioral-cognitive therapy, which being used as a part of a multidisciplinary treatment shows better results on weight loss and lifestyle changes; different kinds of psychotherapy are difficult to evaluate due to lack of methodology and the difficulty that represents to replicate the treatment (Shaw et. al., 2005).

Taking this information in consideration, we propose a scheme for follow-up that includes aspects to identify in patients following bariatric surgery (Table 1), the frequency of the interventions is every three months and a cognitive behavioral approach is recommended. If any of the aspects described is identified, individual psychological intervention is needed in order to aboard these issues specifically; the techniques suggested for this procedure are described as follows.

Table 1. Psychological follow-up scheme for patients following bariatric surgery.

Time	Subject	Description of the stage
0-3 months	Adaptation Therapeutic adherence Anxiety Psychosocial Functioning	The patient must adapt to eat minor quantities compared to the quantities he was used to consume and to experiment with different kinds of food to discover gastric capacity and food tolerance. The patient has to follow a strict food plan and has to take dietary supplements. The patient might present "dumping"; must deal with comments on their alimentation and appearance.
3-6 months	Body Image Anxiety Psychosocial Functioning	Rapid weight loss is more evident at this stage; the patient changes the perception of his own body and gets comments and reactions of the people with whom he lives.
6-12 months	Body Image Psychosocial Functioning Depression Anxiety Eating Disturbances	Weight loss can cause imbalances in the perception of the patient's body image and psychosocial adjustment difficulties. At this stage the patient's food tolerance is better and he knows which types of food can cause him discomfort, so it is possible to consume them in order to intentionally induce vomiting, in an attempt to eat more.
12 months and more (Every 6 months)	Anxiety Therapeutic Adherence Body Image Depression Eating Disorders Plastic Surgery	Weight reaches a stabilization point and a proportion or the totality of the lost weight may be regained. The patient may not be able to make long-term changes so the improvements in psychological functioning and eating habits presented at this point may be lost. The patient may abandon medical consultation or present fear of gaining weight. Skin flaps are observed due to rapid weight loss. The patient has to face the actual result of the surgery, which may not match his expectations.

Skills suggested for specific intervention:

The psychologist should select the techniques according to the patient's specific needs, some of the most used cognitive behavioral interventions for the psychological follow- up on obesity and bariatric surgery are described as follows.

Self- recording: It has been described that this technique is effective on promoting weight loss and weight maintenance. It has been used to promote the development of self-control and to monitor the target behavior (eating patterns, consumed calories, exercising, steps, heart beat per minute during exercise, sabotaging thoughts, etc.) in order to modify it so the desired results can maintain. Self-recording has proven to be an effective strategy on promoting weight control

(Wing et al., 2006). Also, it allows to identify the basal frequency of a target behavior, it increases patient's attention towards that behavior and provides feedback about progress during the treatment (Butryn et al., 2007). It consists of making a daily register of the target behavior, it is important that these records could be made at the moment of occurrence or as close as possible. We suggest using this technique in all of the stages to promote adherence to meal and exercise plans, to medical indications and to identify automatic thoughts (in treatment of depression, anxiety and eating disorders).

Stimuli Control: Cognitive Behavioral treatment for obesity postulates that eating behavior is influenced by internal and external stimuli that are associated with the intake of certain food; Stimuli Control consists of identifying the stimuli that triggers food intake and modifying it in order to prevent a future episode of intake. The psychologist working with these patients should modify the stimuli that triggers overeating (less availability of junk food, avoid buffets, etc.) and sedentary behaviors (to limit "screen hours", the use of motor vehicles, etc.) and should promote physical activation (using altern transportation, subscribing to a gym, involving friends or family in exercising), and healthy eating (higher availability of fruits and vegetables, changing supermarket lists, etc.) (Van Dorsten, 2008). Family and social support are part of patient's environment, reason for involving them in lifestyle change. We suggest using this technique to promote therapeutic adherence.

Cognitive Therapy: The premise of cognitive therapy is that the interpretation or what a person thinks about themselves or certain event has a direct impact on emotions and behavior. Patients with obesity sometimes present desadaptative cognitive schemes, dysfunctional beliefs related with body image, depressed mood, unrealistic weight goals, and food control. If these dysfunctional schemes get to be modified, healthy lifestyle can be promoted and weight regain prevented (Werrij et al., 2009). We suggest to implement this technique if the patient has depression, anxiety and eating disorders after the surgery.

Motivational Interview: It is a clinical interview centered on the patient, it helps to explore and resolve ambivalence about certain behavior or inappropriate habit in order to promote behavior change (Miller & Rollnik, 2002), this could help patients make decisions about changing.

Problem Solving: When applied to obesity, this procedure teaches individuals to identify barriers for changing their lifestyle and to set possible solutions for them. It consists of five steps: 1. Identifying the problem, 2. Proposing different solutions, 3. Analyzing benefits and disadvantages of each of the solutions proposed, 4. Carry on the solution chosen, 5. Evaluate if the solution was useful or not. This technique can be used also for involving social support, eliminating some types of food, planning social eating, etc.

Social Skills Training: This technique is focused on incrementing the skills of reacting in difficult situations (Goldsmith & McFall, 1975); such are the changes and difficulties in personal relations caused by weight loss. In practice, social skills training consists of 4 stages: 1. The development of a belief system that shows respect to other peoples thoughts as well as proper ones. 2. The development of the skills to carry on assertive behavior. 3. Cognitive Reestructuration focused on changing automatic thoughts in specific situations. 4. Behavior rehearsal in order to practice assertive responses. These stages can be developed in a no consecutive way and can be adapted and modified according to patient's needs (Lange, 1981).

Exposition: The focus on this technique should be the ability of the patient to expose to the feared situation or stimuli that has been negatively reinforced by avoidance (Marks, 1987). A brief and low intensity exposition produces slow and poor results, whereas a long and intense exposition produces fast and satisfactory results (Stern & Marks, 1973), nevertheless, it is important to explain to the patient the nature of this treatment and to agree with him the objectives and stages of this exposition, coming up to an agreement respecting to each session's intensity. By using this method, the patient is supposed to realize that the real barrier is the fear itself and not any physical characteristic (Newell & Dryden, 1991), reason why it is useful to decrement body image issues.

Relaxation Techniques: Stress inoculation, used to improve the way in which patients copy different situations, is divided in three stages: cognitive preparation, skill acquisition and apply-

ing what learned. During the training, the patient is induced to relaxation exercises, cognitive restructuring, guided imagery, modeling and roleplaying with the objective of providing him with skills to help him copy more efficiently with problematic situations (Meichenbaum, 1975).

Psychoeducation: The difference between psychoeducation and traditional educative interventions is that the first, focuses on improving patient's life whereas the second focuses only on providing information. According to diverse authors, psychoeducation should be an essential part of the integral treatment of chronic diseases (Wagner, Austin & Von Korff, 1996) and the information provided to the patients should be part of dialy practice in order to promote independence and quality of life of those who suffer a chronic disease like obesity (Rankin & Stallings, 2001).

Conclusions

Obesity has been considered a world epidemic because of the fast increment of growing rates. Bariatric surgery is the gold standard for people with severe obesity because of the effects on weight loss and the improvement of comorbidities. It has also been observed that psychological functioning can improve after bariatric surgery, whereas, there are psychological comorbidities that can affect the outcome of the surgery as well as individual's functionality and short and long term quality of life. The present paper presented a suggestion of group cognitive behavioral therapy for post bariatric surgical patients, which included the most common psychological comorbidities referred on research, as well as techniques suggested for their treatment. The need to offer a psychological follow up for these patients after their surgery is convincing by knowing that it is a non-reversible procedure that demands considerable lifestyle modification. Nevertheless, there are not much follow up programs available for these patients that offer structured guidelines, reason for which the importance of designing these interventions is pointed out in order to benefit the patients and the multidisciplinary team that works with them.

References

- 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*, 67 (5), 825-832.
- Buchwald, H. (2005). Bariatric Surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals, and third party payers. *Journal of American College of Surgeons*, 200 (4), 593-604.
- Bull, R., Engels, W., Engelsmann, F. & Bloom, L. (1983). Behavioral changes following gastric surgery for morbid obesity: A prospective, controlled study. *Journey of Psychosomatic Response*, 27 (6), 457-467.
- 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 (2), 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 (12), 3091-3096.
- Goldsmith, J. & McFall, R. (1975). Development and evaluation of an interpersonal skill-training program for psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 84 (1), 51-58.
- 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 (5), 880-884.
- Kalarchian, M., Marcus, M., Wilson, G., Labouvie, E., Brodin, R. & LaMarca, L. (2002). Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obesity Surgery*, 12 (2), 270-275.
- Kinzl, J., Trefalt, E., Fiala, M. & Biebl, W. (2002). Psychotherapeutic Treatment of Morbidly Obese Patients after Gastric Banding. *Obesity Surgery*, 12 (2), 292-294.

- Kinzl, J., Traweger, C., Trefalt, E. & Biebl, W. (2003). Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 13 (1), 105-110.
- 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 (12), 1609-1614.
- Lange, A. (1981). *Etnisk Deskriminering och Social Identitet: Forskningsöversikt och Teoretisk Analys*. Stockholm: Liber Forlag.
- Larsen, F., Van Ramshorst, B., Geenen, R., Brand, N., Stroebe, W. & Van Doornen, L. (2004). Binge eating and its relationship to outcome after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 14 (8), 1111-1117.
- Lier, H., Biringer, E., Stubhaug, B., Eriksen, H. & Tangen, T. (2011). Psychiatric Disorders and Participation in Pre- and Postoperative Counselling Groups in Bariatric Surgery Patients. *Obesity Surgery*, 21 (6), 730-737.
- Marks, I. (1987). *Fears, Phobias and Rituals: Panic, Anxiety, and Their Disorders: Panic, Anxiety, and Their Disorders*. New York: Oxford University Press.
- 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. Retrieved on February 2013 from http://www.motivationcenters.com/documents/fichiers/BARIATRIC_SURGERY_VS_LIFESTYLE_CHANGE.PDF
- Meichenbaum, D. (1975). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Newell, R. & Dryden W. (1991). Clinical problems an introduction to the cognitive-behavioural approach. In: Dryden, W. & Rentoul, R. (Eds.), *Adult Clinical Problems: A Cognitive-Behavioural Approach* (pp. 27-55). London: Routledge.
- Orth, W., Madan, A., Taddeucci, R., Coday, M., & Tichansky, D. (2008). Support group meeting attendance is associated with better weight loss. *Obesity Surgery*, 18 (4), 391-394.
- 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 (1), 19-23.
- Rankin, S., & Stallings, K. (2001). *Patient education: Principles & practice*. Philadelphia: Lippincott.
- 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, Art. No.: CD003818.
- Sjöström, L., Lindroos, A.K., Peltonen, M., Torgerson, J., Bouchard, C., Carlsson, B., Dahlgren, S., Larsson, B., Narbro, K., Sjöström, 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), 2683-2693.
- Stern, R. & Marks, I., (1973). Brief and prolonged flooding, a comparison in agoraphobic patients. *Archives of General Psychiatry*, 28 (2), 270-276.
- Van Dorsten, B. & Lindley, E. (2008). Cognitive and Behavioral Approaches in the Treatment of Obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 37, 905-922.
- Van Hout, G., Boekestein, P., Fortuin, F., Pelle, A., Van Heck, G. (2006). Psychosocial Functioning following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 16, 787-794.
- Wadden, T., & Sarwer, D. (2006). Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: A Patient oriented approach. *Obesity*, 14 Suppl 2, 53S-62S.
- Wagner, E., Austin, B., & Von Korff, M. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *The Milbank Quarterly*, 74 (4), 511-544.
- 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 (4), 315-324.

WHO (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>

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

*Advised by Stanislava Yordanova Stoyanova,
South-West University "Neofit Rilski", Bulgaria*

Received: *January 31, 2013*

Accepted: *February 17, 2013*

Aída M. Reséndiz Barragán

Bachelor in Psychology, Researcher, "Dr. Manuel Gea González" General Hospital, Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, CP14080 Mexico City, Mexico.
E-mail: aidaresendiz@hotmail.com

Mariana A. Sierra Murguía

Master in Psychology, Researcher, "Dr. Manuel Gea González" General Hospital, Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, CP14080 Mexico City, Mexico.
E-mail: mariana.sierra.m@gmail.com

Anexo 2. Consentimiento informado

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

Se me ha explicado que se me propone participar en el proyecto debido a que recibí una cirugía bariátrica en la clínica de obesidad del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" y que se busca estudiar el efecto de una intervención cognitivo-conductual como posible alternativa de seguimiento psicológico post-quirúrgico en pacientes que han recibido esta cirugía en dicho hospital.

Se me ha informado que se me pedirá que asista a cinco sesiones en las cuales recibiré una intervención psicológica cognitivo-conductual y que se me tomarán datos mediante inventarios especializados antes y después de la intervención, así como mediciones corporales inofensivas.

Las molestias y riesgos esperados de este estudio son bajos o nulos y los resultados ayudarán a determinar el mejor seguimiento psicológico para pacientes post-operados de la clínica de obesidad del hospital.

Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación

Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención de parte del médico o del hospital

Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad.

Asimismo se me informó que mi tratamiento no tiene costo alguno y que el costo de cualquier material que sea necesario para la implementación del mismo correrá por cuenta del investigador.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio titulado:

Intervención cognitivo-conductual para pacientes post-operados de cirugía bariátrica.

Nombre y firma del paciente o responsable legal

No. De expediente: _____

Nombre, y firma del testigo 1

Dirección _____

Relación que guarda con el paciente _____

Nombre, y firma del testigo 2

Dirección _____

Relación que guarda con el paciente _____

Nombre y firma del Investigador Responsable

Mariana Sierra Murguía

Nombre y firma del Investigador Principal

Aída Monserrat Reséndiz Barragán

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal, un ejemplar en el expediente clínico y otro en manos del investigador.

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Dr. Octavio Sierra Martínez, presidente de las Comisiones de Ética y de Investigación al (01 55) 4000-3050

**MANUAL DE EJERCICIOS PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE
PACIENTES POST-OPERADOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA**

Nombre _____ No. De
registro _____

ACTIVIDAD 1. Formulario de autoayuda

A) ACONTECIMIENTOS ACTIVANTES: pensamientos o sentimientos que ocurrieron justo antes de sentirme emocionalmente perturbado o de actuar de forma autodevaluadora:

C) CONSECUENCIAS O CONDICIÓN: sentimiento perturbador o conducta autodevaluadora que generé y que me gustaría cambiar: _____

B) CREENCIAS: creencias IRRACIONALES que conducen a mi CONSECUENCIA (perturbación emocional o conducta autodevaluadora)	D) REFUTACIONES PARA CADA CREENCIA IRRACIONAL (¿Por qué debo de hacerlo muy bien? ¿Dónde está escrito que soy mala persona?)	E) CREENCIAS RACIONALES EFICACES para reemplazar a mis CREENCIAS IRRACIONALES (Preferiría hacerlo bien pero no tiene que ser así. Soy una persona que actuó mal pero no soy una mala persona)
Debo hacerlo todo bien o muy bien Debo de ser aceptado por toda la gente a la que considero importante Si me rechazan quiere decir que soy una mala persona, indeseable		

<p>La gente debe vivir conforme a mis expectativas o será terrible</p> <p>La gente que actúa de forma inmoral es gente indigna, corrompida</p> <p>No puedo soportar las situaciones o a la gente difícil</p> <p>Mi vida debe tener pocas dificultades o problemas importantes</p> <p>No puedo soportar que la vida sea tan injusta</p> <p>No he resistido la tentación de comerme un chocolate, entonces qué más da que me atiborre</p> <p>No creo que este tratamiento funcione, es imposible cambiar</p> <p>Mañana empiezo, total, por un día no pasa nada</p> <p>Siempre hago lo mismo</p> <p>Nunca sigo la dieta</p> <p>Es terrible cuando no pierdo tanto peso como quiero</p> <p>Soy un perdedor por no lograr hacer ejercicio</p> <p>No puedo soportar no</p>		
--	--	--

comer lo que se me antoja		
------------------------------	--	--

F) SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS que he experimentado después de llegar a mis creencias racionales eficaces:

Me esforzaré en repetir frecuentemente mis creencias racionales eficaces, de modo que consiga estar menos perturbado ahora y actuar de forma menos autodevaluadora en el futuro.

TAREA 1. ENCUENTRA TRES SITUACIONES EN LAS CUALES PRESENTES PENSAMIENTOS IRRACIONALES Y DEBÁTELOS UTILIZANDO EL FORMULARIO DE AUTOAYUDA DE LA TRE

ACTIVIDAD 2. El control de tu estado del ánimo

Haz un círculo en cada ítem que mejor describa cuánto has experimentado cada síntoma durante la última semana.

	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	La mayoría de las veces
1. Tristeza o estado de ánimo deprimido	0	1	2	3
2. Sentirme culpable	0	1	2	3
3. Estado de ánimo irritable	0	1	2	3
4. Menos interés o placer en las actividades habituales	0	1	2	3
5. Me molesta o evito a la gente	0	1	2	3
6. Encuentro que me cuesta más de lo habitual hacer las cosas	0	1	2	3
7. Me veo a mí mismo como inútil	0	1	2	3
8. Problemas de concentración	0	1	2	3
9. Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3
10. Pensamientos de suicidio	0	1	2	3
11. Pensamientos recurrentes de muerte	0	1	2	3
12. Paso el tiempo pensando en planes de Suicidio	0	1	2	3
13. Veo el futuro con desesperanza	0	1	2	3
14. Pensamientos autocríticos	0	1	2	3
15. Cansancio o baja energía	0	1	2	3
16. Pérdida de peso significativo o disminución del apetito (no incluye pérdida de peso por seguir una dieta)	0	1	2	3
17. Cambio en el ritmo del sueño (dificultad para dormir o dormir más o menos de lo habitual)	0	1	2	3
18. Disminución del deseo sexual	0	1	2	3

De Mind Over Mood by Dennis Greenberger y Christine A. Padesky.
1995 The Guildford Press.

PUNTUACIÓN (del total de números que has señalado) =

Rellena este inventario periódicamente para que logres darte cuenta de manera objetiva de cómo tu nivel de depresión se va modificando y qué intervenciones son más útiles para ti.

ACTIVIDAD 3. Práctica de la relajación para manejar incidentes estresantes

TAREA 2: LA PRÁCTICA DE LA RELAJACIÓN CON AUTORREGISTRO

Anotar los incidentes o situaciones preocupaciones	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1.							
2.							
3.							

ACTIVIDAD 4. Conocer y hacer valer de manera asertiva nuestros DERECHOS HUMANOS BÁSICOS y respetar los de los demás puede ayudarnos a mejorar la asertividad y disminuir la ansiedad. Éstos son:

1. El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva –incluso si la otra persona se siente herida- mientras no violes los derechos básicos de los demás.
2. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
3. El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta.
4. El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
5. El derecho a detenerse y pensar antes de actuar.
6. El derecho a cambiar de opinión.
7. El derecho a pedir lo que quieres (tomando en cuenta que el otro tiene el derecho a decir que no)
8. El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
9. El derecho a ser independiente.
10. El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
11. El derecho a pedir información.
12. El derecho a cometer errores – y ser responsable de ellos.
13. El derecho a sentirse a gusto contigo mismo.
14. El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las de los demás. El derecho a pedir (pero no exigir)

a los demás que respondan a nuestras necesidades y de decidir si vamos o no a satisfacer las de los demás.

15. El derecho a tener opiniones y expresarlas.
16. El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses –siempre que no violes los derechos de los demás.
17. El derecho a hablar sobre un problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos en los que los derechos no están del todo claros.
18. El derecho a obtener aquello por lo que pagas.
19. El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa.
20. El derecho a tener derechos y defenderlos.
21. El derecho a ser escuchado y tomado en serio.
22. El derecho a estar solo cuando así lo escojas.
23. El derecho a hacer cualquier cosa mientras que no violes los derechos de alguna otra persona.

TAREA 3: ELIGE UN DERECHO BÁSICO Y APLÍCALO EN TU VIDA (PARA TI Y PARA LOS DEMÁS)

¿Cuál fue?

¿En qué situación lo empleaste?

¿Cómo reaccionaron los demás cuando lo empleaste/respetaste?

¿Cómo te sentiste al hacerlo?

¿Fuiste asertivo?

Notas:

ACTIVIDAD 7. DIARIO DE IMAGEN CORPORAL

En este diario, registraremos 2 elementos relacionados con tu imagen corporal (Situación activadora, pensamientos/creencias y consecuencias). Servirá para que conozcamos más sobre tu imagen corporal y será una herramienta sumamente útil para tu tratamiento. Es importante que respondas con honestidad y en el menor tiempo posible después del evento.

Fecha: _____

Situación: ¿Qué pasó, con quién, dónde, cómo?	
Creencias/ Pensamientos: ¿Qué pasaba por mi mente en ese momento? ¿Qué pensaba?	
Consecuencias	Conductuales: ¿Qué hice?
	Emocionales: ¿Cómo me sentí? Califícala del 0-10

Fecha: _____

Situación: ¿Qué pasó, con quién, dónde, cómo?	
Creencias/ Pensamientos: ¿Qué pasaba por mi mente en ese momento? ¿Qué pensaba?	
Consecuencias	Conductuales: ¿Qué hice?
	Emocionales: ¿Cómo me sentí? Califícala del 0-10

TAREA 4. EJERCICIO COMPORTAMENTAL... ¡EXPOSICIÓN!

Tomando en cuenta lo revisado en la sesión determina que ejercicios de exposición llevarás a cabo para mejorar tu concepto de tu imagen corporal:

Fin del taller. ¡Muchas gracias por tu participación! Esperamos que te haya sido de utilidad y que cuentes ahora con nuevas herramientas que te permitan mantenerte en el camino de un estilo de vida saludable.