



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES ASOCIADAS AL ÉXITO EN PACIENTES CON OBESIDAD

MÓRBIDA SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

LILIA JOYA LAUREANO

DIRECTORA:

DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. CLAUDIA UNIKEL SANTONCINI

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA DR. RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

DRA. ROSA PATRICIA JOVITA ORTEGA ANDEANE

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DR. SERGIO GALÁN CUEVAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

México Cd. Mx.

ABRIL 2019



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.

A mis dos más grandes amores.

Miguel (*In Memoria*), mi faro en la vida,
gracias por tu sentido del humor y el tiempo compartido.

Carlos Rodrigo, la luz de mis días,
gracias por ser tú, por tu sonrisa.

A mi madre, Eunice (*In memoria*),
Por enseñarme a ser constante y
a trabajar por lo que quiero.

A mi padre, Pepe Joya (*In Memoria*).
Gracias por estar siempre, e impulsarme
a pensar y conocer.

A Lety, mi hermana, gracias, por
estar siempre en las buenas, las malas
y las peores.

A Pancho, (In memoria), por decirme siempre
que buscará en el tumbaburros, ahora me
dirías que fuera a Google.
A Enriqueta Gloria (In memoria) por animarme
a ingresar al Doctorado.

A Eric, por el acompañamiento de vida,
por compartir la crianza de Carlos,
por los encuentros y desencuentros.

A mi gran (en número) familia materna,
Mis abuelos, tíos, primos, sobrinos y
sobrinas nietas

A mi pequeña familia paterna a mi abuelo
que pensaba que las mujeres debíamos estudiar,
mi abuela, mis tíos, mis primos, mis sobrinos.

A Joaquín Ricardo (In memoria) te extraño cada día.

Gracias por una vida llena de amor y risas.

Dra. Lucy María Reidl Martínez.

Con todo mi cariño y agradecimiento por tu apoyo, tú guía y la oportunidad de haber conocido a una mujer maravillosa.

Dra. Emilia Lucío Gómez Maqueo.

Gracias por las observaciones al trabajo y las personales las aprecio profundamente.

Dra. Claudia Unikel Santocini.

Gracias por todo tu apoyo para este trabajo.

Dr. Sergio Galán Cuevas.

Gracias por que cada observación estuvo acompañada de sugerencias de lecturas.

Dra. Patricia Ortega Andeane.

Gracias por el apoyo a este trabajo y en mi vida.

Dr. Hugo Martínez Lemus.

Gracias por la línea de investigación, en la que se incluye este trabajo.

Dra. Nazira Calleja, Dr. Diego Luna, Dr. Eduardo Velasco.

Por su apoyo en el manejo estadístico de este trabajo.

Dr. Ricardo Ortega Pineda.

Gracias por tu amistad y tu apoyo, en el trabajo, la investigación y la vida.

Dra. Silvia García.

Gracias, por sin conocerme, darme un espacio para trabajar, sin el cual, este trabajo no hubiera sido posible, y por las conversaciones matutinas.

Silvia Ávila García.

Sil, gracias por compartir y regalarme tu experiencia de vida y algún jalón de orejas.

Mtra. Aura Lucía Moreno.

Dra. Leticia Cortes Espinosa

Gracias por su amistad y recrear el mundo femenino, de estas mujeres profesionistas, trabajadoras.

Lluvia Vega, Jaqueline Jiménez, Aarón de Gante

Sin ustedes y su ayuda en cada parte de este trabajo, las reflexiones, las risas, el café, no lo hubiera logrado.

Índice

| | |
|--|----|
| Índice..... | 7 |
| Resumen..... | 10 |
| Justificación..... | 11 |
| Antecedentes | 13 |
| Marco Teórico | 16 |
| Del modelo médico al modelo biopsicosocial..... | 16 |
| Psicología de la salud | 20 |
| Temas abordados en Psicología de la salud | 22 |
| Obesidad..... | 25 |
| Definición de la obesidad..... | 26 |
| Obesidad en México | 27 |
| Comorbilidades y complicaciones de la obesidad | 33 |
| Complicaciones psicosociales por ser obeso | 34 |
| Diagnóstico de la obesidad..... | 35 |
| Causas de la obesidad | 37 |
| Genética en la población mexicana | 37 |
| Factores psicosociales..... | 38 |
| Factores sociales y ambientales..... | 38 |
| Tratamientos de la obesidad mórbida..... | 41 |
| Cirugía Bariátrica | 43 |
| Resultados de cirugía bariátrica | 46 |

| | |
|--|-----|
| Aspectos psicosociales en el resultado de la cirugía bariátrica | 50 |
| El papel del psicólogo en el equipo interdisciplinario para cirugía bariátrica | 105 |
| Método | 115 |
| Planteamiento del problema | 115 |
| Objetivo general | 117 |
| Estudio 1 | 119 |
| Resultados | 123 |
| Discusión | 127 |
| Estudio 2 | 129 |
| Fase 1 | 129 |
| Resultados | 134 |
| Fase 2 | 142 |
| Resultados | 145 |
| Discusión | 162 |
| Estudio 3 | 163 |
| Resultados | 173 |
| Discusión | 182 |
| Propuesta de Psicoeducación | 188 |
| Objetivo | 189 |
| Participantes | 189 |
| Criterios de inclusión | 189 |
| Psicoeducación | 189 |
| Estructura de la Intervención | 190 |
| Conclusiones | 197 |

| | |
|--------------------------------|-----|
| Sugerencia y limitaciones..... | 199 |
| Sugerencias | 199 |
| Limitaciones | 200 |
| Referencias..... | 201 |
| Anexo 1 | 213 |
| Anexo 2..... | 221 |
| Anexo 3..... | 225 |
| Anexo 4..... | 229 |
| Anexo 5..... | 239 |
| Anexo 6..... | 246 |

Resumen

La obesidad es un problema de salud pública, donde la atención a la obesidad mórbida es fundamental, la vida del paciente está en riesgo inminente y todas las estrategias para controlarla han fallado, considerándose la mejor opción los abordajes quirúrgicos. Sin embargo, del 20 al 30% de los pacientes sometidos a esta cirugía no logran disminuir significativamente el peso o lo recuperan en corto plazo. Este fracaso es atribuido a razones psicológicas o conductuales; los factores psicosociales tienen un efecto potencial en los resultados a largo plazo de la cirugía. En México el 30% de la población adulta padece obesidad (59.5 millones) de los cuales el 3% presenta obesidad mórbida, el objetivo de esta investigación fue establecer indicadores de las características psicosociales de los pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica de éxito, que logran y mantienen una reducción de peso de al menos 50% del exceso de peso, después de un año o más, posterior a la cirugía, y generar un instrumento de medición para estos indicadores (Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica) se aplicó también la Escala de Modos de Afrontamiento (Folkman & Lazarus, 1984) . Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor de planeación confrontación de afrontamiento y tendencias clínicas en el conocimiento del procedimiento, motivación y expectativas, impulsividad, redes de apoyo. Con los resultados, se plantea una intervención psicoeducativa para mejorar los resultados de los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica.

Palabras clave: Cirugía Bariátrica, Características psicosociales, Obesidad Mórbida.

Obesity is a public health problem, where the attention to the morbid obesity situation is essential, the life of the patient is in an imminent risk and all the strategies to control it have failed, considering the best option the surgical approaches. However, 20 to 30% of patients undergoing this surgery do not get their weight reduced or they recover it significantly in a short term. This failure is due to either psychological or behavioral reasons. Psychosocial factors have a potential effect in long-term results of surgery. In Mexico, 30% of the adult population suffers obesity (59.5 million) of which 3% present is morbid obesity. The main purpose of this research was to establish indicators of the psychosocial characteristics of morbidly obese patients who undergo successfully through a bariatric surgery, who both achieve and maintain a weight reduction of at least 50% of the over weight, after a year or so, after the surgery, to generate a measuring instrument for these indicators (Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica), the Scale of Ways of Coping (Folkman and Lazarus, 1984) was also applied. Statistically, remarkable differences were found in the coping confrontation planning factors so as clinical trends in some knowledge. procedures, motivation and expectations, impulsivity and supportive networks. With the results given, a psychoeducational intervention is proposed to improve the results of patients submitted to have a Bariatric Surgery.

Key words: Bariatric Surgery, Psychosocial Characteristics, Morbid Obesity

Justificación

La obesidad es un problema complejo que ha sido abordado desde diferentes perspectivas. El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. En nuestro país, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012, siete de cada diez adultos presentan sobrepeso y de éstos la mitad presentan obesidad, y el 3% de la población obesa, presenta obesidad mórbida; lo anterior constituye un serio problema de salud pública, por lo que es indispensable redoblar esfuerzos para disminuir estas prevalencias que están aumentando el riesgo de enfermedades crónicas, no transmisibles, con grandes costos directos e indirectos para el Estado.

Interés especial reviste la atención de la obesidad mórbida, en la cual la vida del paciente está en riesgo inminente y en donde todas las estrategias para controlarla han fallado, por lo cual se han propuesto y se utilizan los abordajes quirúrgicos.

En la actualidad la norma oficial NOM-168-SSA1-1998 y NOM-174-SSA1-1998 para el tratamiento de la obesidad establece: la indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad, deberá ser resultado de la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario, conformado al menos por: cirujano, anestesiólogo, internista, licenciado en nutrición y *psicólogo clínico*. El cumplimiento de esta norma, demanda una respuesta por parte de diversos especialistas, que está provocando en las instituciones de salud pública un diferimiento en la atención por estar rebasada la capacidad de resolución de algunos servicios, en detrimento de la atención de pacientes con otro tipo de patologías, ante la demanda creciente de cirugías bariátricas. En el caso particular de la evaluación psicológica, a diferencia de

cirujanos, internistas y anestesiólogos, que tienen protocolos perfectamente definidos de los riesgos quirúrgicos y quien no debe ser operado o bajo qué condiciones, no se tienen definidos los criterios de los aspectos psicológicos que influyen en los resultados de éxito o fracaso de la cirugía bariátrica; del 20 al 30% de los pacientes que se someten a cirugía para bajar de peso no logran disminuirlo significativamente o lo recuperan en corto plazo (Serna-López, et al., 2014, Mensorio & Costa-Junior, 2016) y generalmente este fracaso es atribuido a factores psicológicos o conductuales (Busetto et al., 2005).

En el área de los factores psicosociales el trabajo de investigación que se ha realizado hasta el momento incluye evaluaciones de la personalidad con diferentes instrumentos, largas y costosas, con resultados no siempre consistentes, que no permiten diferenciar claramente aspectos asociados al éxito de la cirugía, así como la evaluación de diversos factores psicosociales, sin lograr determinar un protocolo de evaluación estándar.

Con base en lo anterior, resulta preciso profundizar en el estudio de la influencia que las variables psicosociales tienen sobre los resultados de la cirugía bariátrica a mediano y largo plazo, con el objetivo de establecer un protocolo de modelos e instrumentos de evaluación. Por otra parte, el aumento progresivo de pacientes candidatos a beneficiarse de las técnicas de cirugía bariátrica, hace necesario que las evaluaciones, no sólo se orienten a determinar qué pacientes se pueden incluir o no en los programas quirúrgicos, sino que también contemplen el poder disponer de datos que permitan la jerarquización de los pacientes en las listas de espera, y los apoyos requeridos para el logro de resultados óptimos.

Antecedentes

La obesidad es un problema de salud que no sólo se relaciona con riesgos físicos, sino que también se encuentra asociada a una gran variedad de síntomas psicológicos. Se ha señalado que las personas que padecen obesidad frecuentemente son víctimas de discriminación, lo cual impacta negativamente en su salud mental ([Wadden et al., 2001] [citado en Sogg, Lauretti & West-Smith, 2016]), mostrando preocupaciones por el cuerpo, aislamiento social, estado de ánimo deprimido y baja autoestima ([Werrij et al., 2009] [citado en Sogg et al., 2016]); una disminución en la calidad de vida del sujeto, aumento de prevalencia de tabaquismo, alcoholismo, depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria, así como una mayor mortalidad.

Otras investigaciones ([Guisado, Vaz, Alarcón, López-Ibor Jr., Rubio & Gaité, 2002; Maddi, Fox, Khoshaba, Harvey, Lu & Persico, 2001; Herpertz, Kielmann, Wolf, Langkafel, Senf & Hebebrand, 2003] [citados en Sogg et al., 2016]), en las que se hace alusión a que la pérdida ponderal se relaciona con una mejoría en la calidad de vida, una menor alteración en los hábitos de comer y menor psicopatología, así como una actitud más positiva ante la vida.

Sierra-Murguía (2013) señala que se ha reportado que no todos los pacientes se benefician con la cirugía; existen diferencias significativas en las variaciones en el peso a corto y largo plazo después de la cirugía ([Kinzl et al., 2006] [citado en Sogg et al., 2016]). Un ejemplo de esto es que el 20% de los pacientes que se someten a cirugía para bajar de peso no logran disminuirlo significativamente o lo recuperan en corto plazo ([Greenberg, Sogg & Perna, 2009] [citado en Sogg et al., 2016]). Este

fracaso generalmente se atribuye a razones psicológicas o conductuales (Busetto et al., 2005).

Bauchowitz et al., (2005) señalan que, a pesar de los cambios anatómicos realizados por la cirugía, la pérdida de peso y el mantenimiento a largo plazo no están garantizados (citado en Sogg et al., 2016). El éxito del procedimiento depende en gran medida de modificaciones conductuales por parte del paciente y de su habilidad para implementar cambios permanentes en su estilo de vida, tales como adhesión al régimen alimenticio y de actividad física, así como aprender nuevos estilos de afrontamiento para evitar acudir a la comida en momentos de tensión / estrés emocional; de no lograrlos puede haber resultados pobres o hasta contraproducentes con resultados indeseables como la recuperación de peso, desnutrición, depresión y ansiedad (citado por Sierra-Murguía, 2013).

Sogg et al., (2016) señalan que los factores psicosociales tienen un efecto potencial en los resultados de la cirugía bariátrica a largo plazo, incluyendo el ajuste emocional, adherencia a las recomendaciones post operatorias de estilo de vida, resultados en la baja de peso y mejora de las comorbilidades. Los objetivos de la evaluación psicosocial para la cirugía bariátrica es dar una proyección e identificación de factores de riesgo o desafíos que pueden contribuir a un pobre resultado post operatorio. Estos factores pueden indicar la recomendación de un manejo adicional ya sea con intervenciones previas o posteriores a la cirugía y en algunos casos puede contraindicar la cirugía. Brinda también la posibilidad de establecer una relación positiva entre el clínico de la conducta y el paciente, lo cual favorece brindar el apoyo posterior a la cirugía. Lo anterior a partir de un metaanálisis en que se revisaron 673 artículos, capítulos de libros y otras fuentes.

Con relación a la evaluación inicial de los pacientes, el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIH) declaró en 1991, que todos los pacientes que se someten a cirugía bariátrica deben someterse también a un tratamiento interdisciplinario incluyendo una evaluación realizada por personal de salud mental (NIH, 1991), cuyo

objetivo es identificar posibles obstáculos para el éxito de la cirugía. A la fecha no existen guías que definan la evaluación psicológica de estos pacientes.

Sin embargo, las guías norteamericanas de cirugía bariátrica (AACE / TOS /ASMBS, 2008) indican que todos los pacientes que serán sometidos a este tipo de cirugía deberán ser sometidos a una evaluación completa para identificar los factores que influyeron en el desarrollo de la obesidad, así como, también aquellos factores que pudieran interferir en el bienestar del paciente después de la cirugía.

Con relación a los aspectos psicológicos, se menciona que el paciente deberá ser sometido a una evaluación psiquiátrica y conductual encaminada al conocimiento de factores ambientales, sociales, familiares y conductuales que influyan en el problema de la obesidad y que pudieran ser obstáculo para el cambio en su estilo de vida.

Marco Teórico

Del modelo médico al modelo biopsicosocial

Bernard y Krupat (1994) señalan las limitaciones del modelo biomédico ante el cambio de los patrones de enfermedad y la escalada de los costos del cuidado de la salud (Ahmed, Kolker & Coehlo, 1979) y su poca aplicabilidad en las enfermedades que se relacionan con los estilos de vida en donde interactúan aspectos sociales y psicológicos, tanto como biológicos, en la etiología, curso y tratamiento (Jemmott & Locke, 1984).

El psiquiatra George Engel, en 1977, fue el primero en proponer un modelo biopsicosocial de la enfermedad, considerando que el modelo médico debe incluir los aspectos del contexto social del paciente, por los efectos disruptivos que tiene en la enfermedad, repudiando el modelo dualista (Bernard & Krupat, 1994).

Knowles en 1977, señaló que arriba del 99% de las personas nacemos sanos y enfermamos como resultado de conductas y condiciones medioambientales. Por lo que la solución a los problemas de salud en la sociedad americana moderna involucra la responsabilidad individual, en primera instancia y la responsabilidad social a través de legislación pública, en segunda instancia (Bernard & Krupat, 1994).

Bernard y Krupat (1994), concluyen que el modelo biopsicosocial representa una mejor alternativa en el manejo de las enfermedades originadas en los estilos de vida, porque retoma los aspectos biológicos, pero también los factores psicosociales involucrados.

Por su parte, León y Medina (2002), señalan que el modelo biomédico propone que, toda enfermedad o trastorno físico puede ser explicado por problemas en los procesos fisiológicos a causa de desequilibrios bioquímicos internos e involuntarios o por la acción de patógenos externos como bacterias y virus. Desde este punto de vista la salud es definida como, la ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo por causas biológicas que poco tienen que ver con procesos psicológicos y sociales, de tal forma el individuo no tiene responsabilidad sobre la enfermedad, tan solo es la víctima de fuerzas ajenas a él, que producen un cambio en su organismo.

Desde este marco, las únicas acciones de salud posibles son el diagnóstico de la enfermedad y la intervención terapéutica para eliminar la patología orgánica subyacente. Este enfoque sanitario ha generado en los países desarrollados una mejoría del estado de salud de la población, con un aumento de la esperanza de vida y el descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas, en la segunda mitad del siglo XX, lo que ha llevado a un predominio de las enfermedades crónicas e incurables, para lo cual, los sistemas fundamentalmente asistencialistas no están preparados (León & Medina, 2002)

Bernard y Krupat (1994), comentan que los costos del cuidado de la salud han escalado dramáticamente como resultado del uso de tecnología médica más costosa, que involucra la atención de las enfermedades originadas por los estilos de vida. Por lo que, ante los cambios en los patrones de enfermedad y el escalamiento de los costos del cuidado de la salud, el modelo médico se ve en dificultades para resolverlos, al ser incompleto, ya que no toma en cuenta los factores psicosociales involucrados, y su efectividad en tratar los estilos de vida es limitado.

León y Medina (2002) agregan que en este panorama, diversas disciplinas como la epidemiología, antropología, sociología y la psicología han puesto de manifiesto la necesidad de desarrollar un modelo biopsicosocial de los problemas relacionados

con el binomio salud-enfermedad, un modelo que a diferencia del anterior, considere la salud y la enfermedad como fenómenos cualitativamente diferentes, establezca un continuum entre ellos y reconozca la influencia del contexto socio-cultural en la determinación de lo que representa el enfermar, la multicausalidad de la salud y la capacidad de las variables psicológicas para modificar nuestro funcionamiento biológico.

León y Medina (2002), señalan que el concepto de Parsons, del papel social del enfermo, en el cual la persona deja de desempeñar el habitual, cayendo en una situación de dependencia definida por expectativas institucionalizadas socialmente, representa el primer cuestionamiento sistemático al modelo biomédico, en el cual el enfermar es básicamente un proceso social.

Las críticas recibidas al modelo de Parsons llevaron a distintos autores a formular otros modelos de enfermedad, como el de Mechanic (1962, 1977, 1986), Pilowsky (1969, 1986), McHugh y Vallis (1986) y Leventhal (1986). Ante la caracterización de Parsons, de la enfermedad como una desviación social, Mechanic, consideró la enfermedad como un proceso dinámico de adaptación del individuo a las distintas dimensiones amenazantes implicadas en ella; Pilowsky, analizó el papel del grupo en la definición de la enfermedad; McHugh y Vallis, propusieron a los procesos de atribución y comparación social como determinantes de la experiencia de enfermedad; y Leventhal, definió al individuo como un sujeto activo orientado a la resolución de sus problemas de salud. Lo anterior pone en entredicho algunos de los principios del modelo biomédico, abriendo nuevas perspectivas en el ámbito de la investigación e intervención psicosocial sobre salud.

León y Medina (2002) concluyen que el modelo biomédico está en crisis, ya que no es un modelo apropiado para seguir explicando los problemas relacionados con la salud y la enfermedad en virtud de que:

- a) No presta atención a las dimensiones sociales y psicológicas de la enfermedad en términos de etiología, prevención y tratamiento.

- b) Su teoría del germen de la enfermedad (cada enfermedad debida a una causa simple), no es un marco apropiado para explicar un fenómeno que se muestra multicausal.
- c) Ignora que las alteraciones bioquímicas son condiciones necesarias, pero no suficientes para el desarrollo de la enfermedad.
- d) Pone énfasis en la curación de la enfermedad, cuando los problemas de salud, de las sociedades desarrolladas, son más de índole crónica e incurable.

La responsabilidad en materia de salud es siempre de la profesión médica, generando un modelo de sistema sanitario, asistencialista, unisectorial, costoso y deshumanizado:

- a) Promueve relaciones autoritarias entre los proveedores de salud y los usuarios.
- b) Considera la salud y la enfermedad como dos entidades diferentes.
- c) Rechaza que la mente puede actuar sobre la materia.
- d) Obstaculiza la colaboración interdisciplinaria.

Por lo anterior, se impone un nuevo modo de pensar, en el reconocimiento del importante papel que juegan los diversos factores psicológicos y sociales en la aparición y mantenimiento de las enfermedades. Es así como nace el modelo biopsicosocial de Bishop (1994) con base en la Teoría General de los Sistemas, pone énfasis en la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales en la enfermedad y la necesidad de abordarla en todos los niveles, en donde la salud es un problema social y político cuyo planteamiento pasa, necesariamente por la participación de la comunidad (León & Medina, 2002).

Por su parte Fish (2015), señala, que ante la imposibilidad de responder al panorama actual en salud por parte del modelo médico (originado en el siglo XIX), en el cual se define la enfermedad como una disfunción del cuerpo causada por microorganismos, en donde el énfasis está en los factores fisiológicos como origen de la enfermedad, surge el modelo biopsicosocial. Este introduce una visión holística de la salud, al considerar que la salud se explica por múltiples factores, tanto por factores biológicos, como por factores psicológicos, incluyendo

emociones, apoyo social y rasgos de personalidad, así como por factores sociales tales como la familia, la cultura y la comunidad. Sin embargo, este modelo ha sido criticado por continuar centrado en lo biológico, ya que los aspectos psicológicos y sociales son sólo aspectos adicionales y no contemplan los aspectos medioambientales como determinantes de la salud.

Surge así el modelo de bienestar que incluye la espiritualidad y la calidad de vida, entendiendo la espiritualidad como el significado individual de la vida y el impacto de sus valores sobre la salud, y la calidad de vida, como el concepto psicológico visto como la satisfacción con la vida y su efecto sobre el bienestar y la salud (Fish, 2015).

Por otro lado surge el modelo ecológico social, que incluye cinco determinantes mayores de la salud, el individual (biológico y conductual), el medio ambiente social (prácticas de la familia, la comunidad y la cultura), el ambiente físico (condiciones de la vivienda, sanidad del barrio, limpieza y seguridad y un espacio libre de tóxicos y contaminación), sistema de salud (organizaciones de cuidado de la salud y el acceso a ellas) y por último las políticas en salud, es decir las regulaciones para promover o proteger la salud de los individuos y la comunidad. En este modelo, el determinante biológico estudia los aspectos de genética, sistema inmune, nutrición, fisiología, género y edad; en el psicológico se estudian los estilos de afrontamiento, personalidad, pesimismo/optimismo, conductas de riesgo, respuesta al estrés y en el social, las creencias sociales, dieta, grupo étnico, clase socioeconómica, redes sociales de apoyo, conceptos de salud y creencias espirituales (Fish, 2015).

Psicología de la salud

Rodríguez-Marín (2001) señala que la Psicología de la Salud se define como un campo aplicado de la Psicología que hace especial referencia a la salud física, se nutre de una amplia gama de teorías y métodos de muchas disciplinas psicológicas

básicas. Se enfoca en la salud y/o enfermedad física, el sistema sanitario o la formación de políticas sanitarias.

Revenson (2012), señala que el paradigma adoptado por la Psicología de la Salud inicialmente fue el modelo biopsicosocial (Engel 1977; Schwartz, 1982), el cual proponía que los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales están trenzados, en los procesos de salud y enfermedad y que no se pueden estudiar de manera aislada. Esto estimuló la generación de teorías, investigación y métodos, que sugieren una multicausalidad y multiefectos en la aproximación a la salud y enfermedad.

Al analizar la salud como un proceso, como calidad de vida en general, es evidente la necesidad de incluir en los modelos explicativos la combinación de acciones de los múltiples factores de tipo biológico, psicológico y socio-cultural que confluyen en la compleja determinación del proceso (Flores-Alarcón, 2007).

Flores-Alarcón (2007) Menciona que la tendencia contemporánea distingue dos campos dentro de la psicología de la salud:

- a) Psicología clínica de la salud, campo dedicado a la intervención psicológica en situaciones de tratamiento y rehabilitación propias del ámbito de la salud, especialmente en el contexto del tratamiento de la enfermedad
- b) Psicología social de la salud, dedicado fundamentalmente a los tópicos de prevención y promoción de la salud, en especial de prevención universal y primaria.

Los temas que se han tratado en el primero, son los relacionados con la adhesión al tratamiento, la relación médico paciente, la preparación para la cirugía, la modificación de estados afectivos concurrentes a la enfermedad física, la psico-inmunología, la psico-oncología, y en general la intervención psicológica en el contexto del microproceso de enfermedad. Los temas relacionados con el segundo, son los estilos de vida, promoción de la salud y prevención de enfermedades, fomento de conductas saludables y modificación de conductas de riesgo en general.

Lo anterior implica que existen intersecciones e interacciones entre estos dos campos.

Labiano (2010), señala que de acuerdo con el modelo interactivo de conducta saludable de Heilby y Carlson (1986) se distinguen tres tipos de variables independientes:

- a) Situacionales, tales como el apoyo social que se recibe de otros modelos sociales, a los cuales el individuo está expuesto, evaluaciones externas, etc., son factores que ayudan a acrecentar o suprimir conductas saludables.
- b) Personales, tales como creencias, percepciones, expectativas, motivaciones, etc. que, en última instancia son las que juegan el papel decisivo en la adopción y mantenimiento de pautas saludables.
- c) Las consecuencias anticipadas de las conductas saludables con relación a los costos y beneficios percibidos, también son elementos importantes, diferentes de las contingencias de refuerzo o castigo al momento presente (Carlson, Harrigan & Seeley, 1997).

Temas abordados en Psicología de la salud

Dentro de los principales temas estudiados encontramos la personalidad, donde señalan Smith, Gallo, Shivpuri, y Brewer (2012), que algunas características de la personalidad, influyen en el riesgo o resiliencia para importantes aspectos de la salud física; por ejemplo la hostilidad o afectividad negativa, se han relacionado con la longevidad o el curso de la enfermedad coronaria y otras enfermedades del corazón; otros rasgos de personalidad se han relacionado con aspectos de conductas saludables, como no fumar, niveles de actividad física, dieta y uso de alcohol, que tienen una asociación con consecuencias futuras sobre la salud. La investigación actual ha adoptado una aproximación de efectos principales entre personalidad y salud, sin considerar el posible impacto mediador del contexto sociocultural, en el cual vive la persona.

Consideran también que el conocimiento de los efectos tanto de los factores psicosociales como de personalidad en el desarrollo, y curso de la enfermedad, permitirán el éxito de las intervenciones que intentan reducir los riesgos de la enfermedad o mejorar su curso, al ayudar a identificar quiénes pueden verse beneficiados por la intervención, qué factores de riesgo pueden ser trabajados en las intervenciones, cómo estructurar las intervenciones, identificar blancos de intervención, y recurrir a las transacciones medio ambiente-persona, que contribuyen a aspectos no saludables, permitiendo una exitosa comprensión de la influencia de la personalidad en la salud física.

Otro de los aspectos que han sido tratados en este campo son, el estilo de vida, definido como “el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce control” (Lalonde, 1996, pág 4 citado en Flores-Alarcón, 2007).

El estilo de vida se refiere al conjunto de hábitos de comportamiento que constituyen factores de protección para la salud, o factores de riesgo. En los estilos de vida entran en interacción tanto los factores biológicos, como medioambientales y los servicios de salud, para dar como resultado un determinado estado del proceso salud-enfermedad (Flores-Alarcón, 2007); por su parte Rodríguez-Marín (2001) señala que el estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona (Henderson, Hall y Lipton, 1980) o como la forma de vivir. Las pautas comportamentales pueden definirse, a su vez, como formas recurrentes de comportamiento, que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones, constituyen rutinas y subrutinas comportamentales.

Becoño y Oblitas (2010) señalan que uno de los problemas más importantes con el que se puede encontrar el clínico en sus intervenciones es el de que el paciente no

sigue sus prescripciones (no adherencia), a pesar de disponer de procedimientos eficaces para tratar o incluso prevenir los problemas. Esto genera costos personales importantes de calidad de vida; además lleva a una mala utilización de los servicios de salud, con el consiguiente e innecesario incremento de los costos sanitarios. Al respecto Rodríguez-Marín (2001) cita a Di Matteo (1985), quien señala que el incumplimiento de las recomendaciones terapéuticas en las enfermedades es de un 40%, lo que significa que dos de cada cinco, presentan una pobre adherencia a su tratamiento; en las enfermedades crónicas se estima que llega al 45% y en el caso de regímenes terapéuticos que consisten en cambios de hábitos o estilos de vida la tasa de incumplimiento es más alta (Cluss & Epstein, 1985). Aunque debe resaltarse que estos porcentajes probablemente subestiman el incumplimiento, en virtud de que las investigaciones se realizan con pacientes que aceptan participar y por lo tanto están más motivados.

Por otro lado, Bernard y Krupat (1994), señalan que la adherencia ha sido también llamada cumplimiento y se refiere a las conductas de las personas que son consistentes para seguir las indicaciones señaladas por el experto para el cuidado de la salud. Cerca de la mitad de los pacientes, no se adhieren al tratamiento, lo cual tiene consecuencias negativas tanto en costo económico por la necesidad de hospitalizaciones, uso de más medicamentos, y se estiman 125,000 muertes por año. Una preocupación importante es, por qué los pacientes no se adhieren a los tratamientos. Se ha señalado que se debe a características del paciente, como una persona deficiente en habilidades, en comprensión, o un bajo nivel educativo, o que tienen características de personalidad negativa.

Numerosos estudios asocian las tasas de adherencia con factores demográficos y de personalidad, encontrándose resultados débiles, inconsistentes o no existentes; variables como educación, clase social, edad, raza, género, inteligencia, ocupación estado civil y religión, no muestran una clara relación con la adherencia de los pacientes (Dihel, Bauer & Sugarek, 1987; Masur, 1981; Stone, 1979, citado en

Bernard & Krupat, 1994). Otros aspectos que se han estudiado son las características de la enfermedad, la información y las características del régimen.

Se han estudiado también, la motivación para el cambio, el apoyo social, cambio de hábitos, el proceso de afrontamiento y factores ambientales entre otros.

Varios son los problemas de salud sobre los que se ha centrado el trabajo en Psicología de la Salud, como hipertensión, artritis, cáncer, preparación para la cirugía, trastornos de la conducta alimentaria y en el panorama de salud actual, la epidemia de la obesidad.

Obesidad

Bernard y Krupat (1994) señalan que apetito es el término utilizado para la motivación de la conducta de comer; hambre es el término utilizado para el estado emocional y cognoscitivo asociado con el inicio de la conducta de comer; la sensación consciente de estar vacío; y saciedad, término para el estado cognoscitivo y emocional asociado con la finalización de la conducta de comer y la sensación consciente de estar lleno. La conducta de comer está multideterminada por una variedad de factores psicosociales, como la disponibilidad, las preferencias, hábitos, señales de comida; las evidencias señalan que son muy importantes y que algunas personas no comen cuando tienen hambre y otras comen incluso cuando están satisfechos. Adicionalmente, los factores psicosociales incluyen el estrés y las emociones, las cuales pueden generar que algunas personas coman más y otras coman menos, así como que difieran en el nivel de actividad.

Tena y Braun (2010) comentan que el peso corporal de una persona está determinado por el equilibrio de la energía de entrada y la energía gastada; existen factores sociales importantes tales, como los sistemas para proveer comida a la familia, los valores sociales acerca del peso adecuado de sus miembros, las

actividades por realizar, que hacen que el peso sea determinado por otras causas, además de la genéticas; comentan también que en la dinámica familiar elementos como cohesión y adaptabilidad son a menudo influencias importantes para desencadenar un trastorno alimentario. La organización de nuestra sociedad en sitios de trabajo o escuelas provee de un importante contexto en el cual se estimula la relación entre el peso corporal y los comportamientos.

Wing y Phelan (2012) consideran la obesidad como un área relevante de la Psicología de la Salud. Por el papel que juegan las conductas en la etiología y tratamiento de la obesidad, es necesaria la investigación y atención la prevención, mantenimiento y diseminación. En el área de prevención en grupos de alto riesgo, aproximaciones basadas en la cultura, los caminos para llegar a las personas, escuelas y otros centros comunitarios; en el área de mantenimiento, la ayuda que requiere el paciente con sobrepeso y obesidad para bajar de peso, la intervención en los estilos de vida. Es necesario comprender mejor los factores medioambientales, fisiológicos y psicológicos que intervienen en la dificultad de mantener la baja de peso; en el área de diseminación, los programas sobre estilos de vida no llegan a todas las personas que lo necesitan, y se requiere encontrar mecanismos que permitan una cobertura amplia. Concluyen que es de vital importancia que los psicólogos de la salud continúen trabajando en una aproximación multidisciplinaria para comprender los determinantes de la obesidad y la mejor forma de prevenir y tratar esta condición.

Definición de la obesidad

La OMS define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud (OMS).

Según el Consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la obesidad se define como una enfermedad crónica que se caracteriza

por un aumento de grasa, que a su vez se traduce en un incremento de peso. Aunque no todo incremento del peso corporal es debido a un aumento del tejido adiposo, en la práctica médica el concepto de obesidad está relacionado con el peso corporal (SEEDO, 2000).

Baltasar (2001) señala que es una condición corporal caracterizada por el almacenamiento de una cantidad excesiva de grasa bajo la piel y en el interior de ciertos órganos como: músculos, corazón, hígado, etc., que es causada por diversos factores incluido el hereditario; es progresiva, costosa, que acorta la vida y tiene múltiples consecuencias nocivas. El aumento de peso y grasa sólo se explica por un balance positivo entre lo que se ingiere y lo que se gasta, es decir, a mayor cantidad de ingesta y menor gasto energético, se producirá obesidad.

Obesidad en México

Resulta de suma importancia conocer cuál es el panorama actual en México acerca de la obesidad, ya que las causas de esta enfermedad suelen comenzar a edades tempranas. Conocer cuáles son las cifras y porcentajes de población expuesta o que ya padece esta enfermedad, los métodos de planeación y combate para la obesidad podrán estar mejor dirigidos y estructurados para cada tipo de población en específico.

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Secretaría de Salud, 2012) es una medida que permite conocer cómo evolucionan diferentes rubros, de la salud y la nutrición de niños, adolescentes, adultos y adultos mayores de la población mexicana, entre ellos, está incluida la obesidad, y gracias a estos datos se puede tener un amplio conocimiento del progreso de esta enfermedad.

Niños

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años ha registrado un ligero ascenso a lo largo del tiempo, casi 2 puntos porcentuales de 1988 a 2012 (de 7.8% a 9.7%, respectivamente). El principal aumento se registra en la región norte del país, que alcanza una prevalencia de 12% en 2012, 2.3% por arriba del promedio nacional.

Para la población en edad escolar (de 5 a 11 años de edad), la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4% (19.8 y 14.6%, respectivamente). Para las niñas esta cifra es de 32% (20.2 y 11.8%, respectivamente) y para los niños es casi 5% mayor, 36.9% (19.5 y 17.4%, respectivamente).

Estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5, 664, 870 niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional. En 1999, 26.9% de los escolares presentaron prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad (17.9 y 9.0%, respectivamente), sin embargo, para 2006 esta prevalencia aumentó de 8% a 34.8%.

El análisis de tendencias indica que estas cifras no han aumentado en los últimos seis años y que la prevalencia se ha mantenido sin cambios de 2006 a 2012. El aumento entre 1999 y 2006 fue de 1.1 % por año o 29.4% en tan sólo seis años para los sexos combinados. En contraste, entre 2006 y 2012 se observa una ligera disminución en la prevalencia de sobrepeso y obesidad para los sexos combinados. En 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 34.4% en ambos sexos, 0.4% o 1.1% menos que en 2006. Sin embargo, se observan algunas variaciones por sexo y en relación con el sobrepeso y la obesidad.

La comparación de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) en México a lo largo del tiempo, muestra desaceleración de la tendencia al alza en la prevalencia de peso excesivo (sobrepeso y obesidad) en niños y adolescentes.

Este hallazgo es de gran relevancia dado que las encuestas previas indicaban prevalencias altas y crecientes de este problema a edades cada vez más tempranas.

Atenuar esta tendencia es importante porque la obesidad repercute de manera importante en la salud y el desempeño a lo largo del curso de la vida. Una tercera parte de la población entre 5 y 11 años de edad en el país presenta exceso de peso corporal (sobrepeso más obesidad) y esto persiste como un gran reto para la salud. Como ya se mencionó, un resultado alentador es que no se observó un aumento importante en dichas prevalencias a partir de 2006. A pesar de que no hubo aumento durante los últimos seis años en la prevalencia de peso excesivo en la edad escolar, la cifra continúa siendo inaceptablemente alta, dadas las graves consecuencias para la salud que acarrea el exceso de peso.

Adolescentes

De acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012, 35% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. En el ámbito nacional esto representa alrededor de 6,325,131 individuos entre 12 y 19 años de edad. Además, indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad.

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8% para el sexo femenino (lo que representa a 3,175,711 adolescentes del sexo femenino en todo el país) y 34.1% en el sexo masculino (representativos de 3,148,146 adolescentes varones) en 2012. La proporción de sobrepeso fue más alta en mujeres (23.7%) que en hombres (19.6%, 4% mayor); y para obesidad, los datos revelan que el porcentaje de adolescentes de sexo masculino (14.5%) fue 2.4% mayor que en las de sexo femenino (12.1%).

El aumento entre 2006 y 2012 fue de 5% en seis años para los sexos combinados (0.28%/año); el incremento en el sexo femenino fue de 7% (0.40%/año) y en el sexo

masculino de 3% (0.18 %/año). La prevalencia de peso excesivo en los adolescentes ha aumentado en forma notable, casi tres veces, en el casi cuarto de siglo de seguimiento a partir de las encuestas de nutrición. Sin embargo, esta cifra aumentó a una menor tasa entre 2006 y 2012. Aun cuando la tasa de crecimiento ha disminuido, actualmente más de una tercera parte de los adolescentes del país presentan exceso de peso.

Adultos

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad (IMC ≥ 25 kg/m²) es mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%), y que la prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) es más alta en el sexo femenino que en el masculino.

En la distribución porcentual de las categorías de IMC de acuerdo con los grupos de edad, se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto en hombres como en mujeres tienen sus valores más bajos en los grupos extremos de edad, en la edad adulta; el grupo de edad más joven (20-29 años) y el grupo de mayor edad (80 o más). El sobrepeso aumenta en hombres a un valor máximo en la década de 60-69 años, mientras que en las mujeres el valor máximo se observa en la década de 30-39 años.

En el caso de la obesidad, la prevalencia más alta se presenta en el grupo de edad de 40 a 49 años en hombres y de 50 a 59 años en las mujeres. Se observa una prevalencia de 64.5% de obesidad abdominal en hombres y 82.8% en mujeres, para una prevalencia total nacional de 73.9%. Al analizar las prevalencias de obesidad abdominal por grupos de edad, se observó en los hombres una tendencia positiva (+78.3%) entre el grupo de 20 a 29 años y el grupo de 60 a 69 años. En el grupo de 70 a 79 años y de 80 o más años la tendencia fue negativa (-17.5%). En las mujeres, la prevalencia de obesidad abdominal más alta se registró en el grupo de 50 a 59

años y fue 47.6% mayor que la del grupo de 20 a 29 años o 30.6% mayor que la presentada en el grupo de 80 o más años de edad.

No hubo diferencias en las prevalencias de sobrepeso por tipo de localidad (urbana 38.8% vs. rural 39.1%). Sin embargo, la prevalencia de obesidad fue 28.5% más alta en las localidades urbanas. En la categorización por regiones, el Norte tuvo una prevalencia de sobrepeso 10% menor que las otras regiones, pero una prevalencia de obesidad mayor que el Centro (17.1%), Ciudad de México (15.9%) y Sur (14.9%).

Tendencias

En el análisis de tendencias de las categorías de IMC en mujeres de 20 a 49 años, se observó que en el periodo de 1988 a 2006 la prevalencia de sobrepeso incrementó 41.2% y la de obesidad 270.5%. Si bien la tendencia de sobrepeso disminuyó 5.1% entre el año 2006 y 2012, la de obesidad aumentó únicamente 2.9%.

En el caso de los hombres, en el periodo de 2000 a 2012 la prevalencia de sobrepeso aumentó 3.1% y la de obesidad incrementó 38.1%. Al agrupar el sobrepeso y la obesidad, la prevalencia incrementó 14.3% entre la encuesta del año 2000 y la de 2012. Sin embargo, la velocidad de incremento en el periodo 2006 a 2012 fue menor (sobrepeso=0.2% y obesidad=10.7%) que el observado en el periodo 2000-2006 (sobrepeso=2.9% y obesidad= 24.7%).

México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado de IMC excesivo (sobrepeso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones.

Los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial. De 1988 a 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 25 a 35.3% y la obesidad de 9.5 a 35.2%. Afortunadamente en el último periodo de evaluación (de 2006 a 2012),

la prevalencia agregada de sobrepeso y obesidad en adultos ha mostrado una reducción en la velocidad de aumento que era cercana al 2% anual (en el periodo 2000-2006) para ubicarse en un nivel inferior al 0.35% anual.

Después de aumentos rápidos en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad, se ha observado una menor aceleración en el porcentaje relativo de aumento entre los años 2006 y 2012. A nivel mundial se han propuesto diversas explicaciones sobre este fenómeno. Entre las principales destacan las siguientes: a) equilibrio de saturación: existe un porcentaje de población con alta susceptibilidad a desarrollar peso excesivo (por razones genéticas o de otra índole), que constituye el techo en la prevalencia, al que se está llegando ya en la población mexicana, b) efecto de intervenciones: los factores de riesgo inmediatos (ingestión de alimentos o actividad física) se han modificado como resultado de acciones gubernamentales de regulación o de educación, o del aumento en la conciencia colectiva o en ciertos grupos sociales sobre los efectos adversos de la obesidad o en las normas sociales como resultado de la socialización del problema mediante medios masivos de difusión, o de campañas colectivas de concientización y educación.

Aun cuando el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adultos mexicanos ha venido declinando en los últimos seis años, debe señalarse que estas prevalencias se encuentran entre las más altas del mundo. El que 7 de cada 10 adultos presenten sobrepeso y que, de éstos, la mitad presenten obesidad, constituye un serio problema de salud pública, por lo que es indispensable redoblar esfuerzos para disminuir estas prevalencias que están aumentando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles con grandes costos directos e indirectos para el Estado.

Se puede clasificar la obesidad en función de su causa, del patrón de distribución de la grasa corporal, del índice de masa corporal, de la edad de comienzo de la obesidad y en función de su celularidad.

Comorbilidades y complicaciones de la obesidad

El número y gravedad de complicaciones dependen de la severidad de la obesidad y el tiempo que se lleva sufriendola, las complicaciones médicas son muchas y muy variadas, pero se puede decir que las predominantes son: diabetes, hipertensión, enfermedades de la vesícula biliar, trastornos gastrointestinales, periodos menstruales irregulares, várices, síndrome de hipoventilación (apnea de sueño, ronquidos). También son de gran incidencia las enfermedades cardiacas de tipo coronaria y arterial, aumento en la probabilidad de sufrir algún tipo de cáncer, entre los más frecuentes, de ovario, útero, mamas, próstata, etc., propensión a accidentes que provocarían complicaciones médicas y pseudotumores (Baltasar, 2001).

Además de las complicaciones que ya se mencionaron existen problemas de tipo social asociados a la obesidad tales como limitaciones con la ropa (por la dificultad de encontrar tallas y ropa cómoda), limitaciones en la actividad diaria, en la higiene y limpieza, acceso limitado a sillas, asientos en el transporte público donde puedan “caber” adecuada y cómodamente y, en general, acceso libre y sin dificultades en lugares públicos tales como cines, restaurantes, estéticas, lugares estrechos como automóviles pequeños o medianos, puertas angostas, sanitarios, etc. El hecho de caminar, subir escaleras o ligeras pendientes o rampas representa grandes obstáculos para ellos y por último, limitaciones de tipo sexual.

Otro tipo de complicaciones que tiene son de tipo económico; por mencionar algunas, las grandes sumas de dinero que gastan en realizar regímenes inútiles para poder bajar de peso (dietas, medicamentos, “productos milagro”, cremas, consultas médicas con bariatras, nutriólogos, tratamientos de medicina alternativa, comidas especiales, etc.), el costo de la atención médica por problemas ocasionados por las comorbilidades, que ya se mencionaron con anterioridad, etc.

Aunado a esto, las limitaciones para encontrar un buen trabajo son muchas, provocando que los salarios que obtienen sean insuficientes para poder costear su

obesidad y probablemente la que ocasiona más gastos a su economía, la exorbitante cantidad de dinero que pueden llegar a gastar para comprar la elevada cantidad de alimentos que ingieren (Ríos, et al., 2010).

Las complicaciones psiquiátricas son otro obstáculo para estas personas, ya que tienen una elevada propensión a la depresión, a la ansiedad, al retiro social, a las alteraciones de tipo neurológico y marcados sentimientos de culpa e incapacidad (Baltasar, 2001).

Complicaciones psicosociales por ser obeso

Una problemática como la obesidad, al ser tratada conlleva todo un giro en el ámbito de la conducta como la alimentación, la familia, lo social, lo laboral y no menos importante, psicológicamente repercute en el individuo (Carter, 2015).

Guzmán, Castillo y García (2015) mencionan que, entre las consecuencias más negativas de la obesidad, se encuentran, la discriminación, problemas emocionales y conductuales, problemáticas con la imagen corporal, trastornos de la personalidad, conductas adictivas, pobres habilidades sociales, entre otras.

La obesidad ha sido estigmatizada social y culturalmente; este hecho ha conllevado a que el paciente obeso, sea injustamente culpabilizado, lo que persiste en la sociedad actual (Rivera-Santiago, 2013). La persona obesa sufre constantemente humillación y discriminación, las personas tienden a pensar “*que está así porque quiere*”, “*no tiene voluntad*”; se conceptualiza como carente de voluntad y compromiso; se siente excluido al vestirse, viajar en transporte público o asistir a ciertos lugares públicos (Guzmán et al., 2015).

Diagnóstico de la obesidad

Índice de masa corporal (IMC)

Kopelman (2000), señala que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una clasificación cuantitativa de sobrepeso y obesidad basada en el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC, índice de Quetelet o Body Mass Index (BMI), se define como el cociente que se obtiene de dividir el peso (en kg) por la talla en metros al cuadrado (m^2). En la actualidad es el índice más difundido, tanto en la clínica como para realizar estudios epidemiológicos, ya que es el que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal.

Puntos de corte propuestos por el comité de expertos de la OMS para la clasificación del sobrepeso

| IMC | Clasificación de la OMS | Descripción Clínica | Exceso de peso en kg. (Promedio) |
|------------------|--------------------------------|----------------------------|---|
| <18.5 | Bajo peso | Delgado | -10.0 |
| 18.5-24.9 | Normal | Normal | 0.0 |
| 25.0-29.9 | Grado 1 de sobrepeso | Sobrepeso | 10.0 |
| 30.0-39.9 | Grado 2 de sobrepeso | Obesidad | 20.0 |
| >40.0 | Grado 3 de sobrepeso | Obesidad Mórbida | 30 o más |

Además, en función del cociente obtenido, la SEEDO (2000) propone una clasificación para determinar el grado de obesidad:

| IMC | Clasificación de la SEEDO'2000 |
|------------------|---|
| <18.5 | Peso insuficiente |
| 18.5-24.9 | Normopeso |
| 25.0-26.9 | Sobrepeso grado I |
| 27.0-29.9 | Sobrepeso grado II (preobesidad) |
| 30-34.9 | Obesidad tipo I |
| 35-39.9 | Obesidad tipo II |
| 40-49.9 | Obesidad tipo III (mórbida) |
| >50 | Obesidad tipo IV (extrema) |

Otras medidas

Otra medida para cuantificar la grasa corporal total de una persona es mediante la medición del espesor de los pliegues cutáneos. La técnica se basa en determinar el espesor de la epidermis con su fascia adyacente y tejido adiposo subcutáneo, que es lo que se denomina pliegue subcutáneo en ciertas localizaciones del cuerpo consideradas como zonas de referencia (Kopelman, 2000).

Para poder realizar esta medición, es necesario contar con un caliper (medidor de grasa corporal) de alta precisión; éstos ejercen una presión constante de 10 g/cm³ e intervalos de medida de 0.5 a 1 mm. La medida debe realizarse en la zona del hemicuerpo no dominante y se considera el valor promedio de tres determinaciones

realizadas durante tres segundos. Los valores obtenidos deben compararse con las curvas de referencia poblacionales.

Causas de la obesidad

La causa de la obesidad se atribuye a una ingesta calórica superior al consumo energético, en la que pueden influir factores hereditarios, alteraciones metabólicas y neuroendócrinas, inadecuados hábitos alimentarios, estilo de vida y una serie de factores sociológicos. Los factores desencadenantes o que favorecen la enfermedad, ya sean estos de origen biológico o de origen sociocultural deben ser considerados para su tratamiento (Serrano et al., 2015).

Genética en la población mexicana

El grupo de investigación de la Unidad de Biología Molecular y Medicina Genómica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán ha iniciado el estudio de la genética de la obesidad en población mexicana mestiza residente en la ciudad de México. De esta manera se ha confirmado la participación en la obesidad de algunos genes ya conocidos, entre los que está el receptor de proliferación peroxisomal activado gamma; también se han estudiado otros genes cuyo papel en el desarrollo de este padecimiento aún está en discusión (Canizales-Quinteros, 2008).

Asimismo, Virrarreal-Molina, Aguilar-Salinas, Rodríguez-Cruz, Riaño, Villalobos-Comparan y Coral-Vázquez (2007), afirman que se ha logrado identificar genes que no se habían relacionado previamente con la obesidad, como el transportador ABCA1, que es un importante factor de riesgo tanto para la obesidad como para los fenotipos que se vinculan con ésta (diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico).

De ahí que el conocimiento de las bases genéticas y moleculares que predisponen al desarrollo de la obesidad podría contribuir al impulso de acciones preventivas y terapéuticas en los programas de salud pública.

Factores psicosociales

Guzmán, Castillo y García (2010) señalan que el enfoque de la Psicología de la Salud desde el modelo biopsicosocial señala que la exposición al agente patógeno, por ejemplo, un virus o bacteria no tiene necesariamente que desembocar en la infección y desarrollo de enfermedad por parte del individuo expuesto, sino que dependerá del grado de vulnerabilidad inmunológica que presente; y a su vez, esa mayor o menor vulnerabilidad estará relacionada con los hábitos de salud (dieta, tabaco, alcohol, práctica deportiva, horas de sueño, etc.), el ajuste psicológico (por ejemplo, los niveles de estrés) y social (disponibilidad de apoyo social entre otros) de cada individuo. En el caso de la obesidad se ha destacado el papel que juegan en su desarrollo y mantenimiento variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc.).

Factores sociales y ambientales

El ritmo de crecimiento de la obesidad ha sido vertiginoso; en un principio, esto se presentaba principalmente en los estratos más altos de la sociedad y en zonas urbanas. Hoy, las cifras indican que la obesidad crece de manera más acelerada en los estratos más pobres, y que las zonas rurales no están exentas de ella (Rivera & Sepúlveda, 2003).

Bourdieu (2002), plantea que la selección de alimentos y el gusto son una construcción social que se hace en función del estrato social al que se pertenece,

como una forma de marcar la distinción. Goody (1995), señaló que con la comida se expresa la pertenencia a un grupo social, o la aspiración de pertenecer a un grupo social.

En la medida en que la población cuenta con los recursos económicos y sociales, prefiere comer alimentos que den muestra de que han superado su condición marginal y se han incorporado al resto de la sociedad, como ocurre con los productos industrializados (Bertrán, 2005).

En México, el abasto de alimentos ha ido en aumento desde los años sesenta. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, señalan, que la energía disponible por habitante pasó de 2407 kilocalorías en el trienio de 1979 a 1981. Desde entonces y hasta el año 2001, la energía per cápita no ha bajado de las 3000 kilocalorías, cuando las recomendaciones son de alrededor de 2100 kilocalorías para la población adulta. En consecuencia, se observa un aumento paulatino en el consumo aparente de aceite, azúcar, carne y lácteos (FAO, 2004).

Ortiz (2006) analizó la evolución de los precios de los alimentos en México desde los años sesenta y observó que mientras el costo relativo de las frutas y verduras se incrementaba, el de los alimentos de gran densidad energética disminuía. Varios trabajos antropológicos han señalado que el tránsito de la escasez a la abundancia, en algunos sectores, puede ser un elemento que genere sobrealimentación. Es probable que, en México, ésto y las limitaciones económicas, sea un factor que condicione que los estratos más bajos tengan un consumo mayor de alimentos de elevada densidad energética.

En el análisis de los precios que efectuó Ortiz (2006), llama la atención el caso del aumento en el consumo de refrescos, pese a que su precio también ha crecido. Esto pone de manifiesto que, en situaciones particulares, los factores socioculturales pueden ser más importantes que las limitaciones económicas. México ocupa el

segundo lugar del mundo en el consumo per cápita de refrescos, con cifras de alrededor de 150 litros por persona al año.

Nichols, Nemeth, Magwood, Odulana y Newman, (2016) presentan los resultados de un estudio exploratorio y descriptivo utilizando Photovoice, para identificar las barreras ecológicas y los facilitadores hacia el peso saludable en una comunidad de adolescentes obesos y sus padres, que participan en un programa de control de peso. Los adolescentes desempeñaron un papel importante en la recolección y análisis de datos e identificaron áreas de oportunidad en cada nivel de la comunidad.

Los resultados demuestran que las poblaciones desatendidas son expertos en sus vidas y en sus comunidades y están dispuestos a actuar para influir positivamente en el cambio. Dadas las diversas circunstancias en las que viven los adolescentes, es importante que los médicos consideren a la familia extensa en los esfuerzos intervencionistas y educativos para maximizar la transición a través de todos los aspectos de su unidad familiar, a partir de una mayor comprensión de las influencias familiares y ambientales que enfrenta esta población. Como resultado de este estudio, se han utilizado fotografías para informar los cambios programados. Es importante que los proveedores de atención primaria y de salud pública exploren los factores ambientales que contribuyen a los problemas como un factor de peso, en su evaluación clínica y planes de tratamiento. Además, los académicos y los proveedores de salud pública necesitaban un socio, entre los miembros de la comunidad y los principales interesados para obtener apoyo para una evaluación integral del cambio. A través de una evaluación exhaustiva de las circunstancias contextuales que los individuos, las familias y las comunidades enfrentan en su vida cotidiana, los clínicos pueden adaptar mejor las intervenciones para abordar los comportamientos específicos de salud de los pacientes mediante la participación de líderes comunitarios y políticos para modificar factores contribuyentes a fin de incrementar la adopción de actividades de promoción de la salud.

Personal de parques y recreación y funcionarios de salud pública fueron invitados a una exposición de arte, en la que se exhibieron una selección de imágenes de estudio para aumentar la conciencia e iniciar el diálogo sobre posibles áreas de cambio. El modelo social ecológico (SEM) es un marco que contextualiza cómo los individuos viven en su entorno y cómo su ambiente los influye. El modelo abarca el entorno físico y los valores sociales y culturales que dan forma a los individuos, las familias y las comunidades. El SEM ha sido utilizado en la investigación para entender Las conductas de salud, las intervenciones de promoción de la salud y las influencias ambientales.

Tratamientos de la obesidad mórbida

Los principales tratamientos utilizados para los enfermos con obesidad mórbida son los programas de modificación de conducta, las dietas hipocalóricas, el tratamiento farmacológico y el tratamiento quirúrgico (SEEDO, 2000).

En los *programas de modificación de conducta*, la finalidad es modificar el patrón alimentario y la actividad física del paciente, además de combinarlo con una educación nutricional y un tratamiento dietético que provoque un balance negativo (SEEDO, 2000). Aproximadamente, se pierden 0.5 kg a la semana y tiene una duración de 16 a 20 semanas. El mantenimiento de peso a largo plazo no es exitoso, probablemente debido a que la pérdida de peso no es muy elevada y el riesgo de recaídas es muy frecuente (Charles, 1987, Fettes, 1996, citado en Barriguete, 2011).

Lo que se le enseña al paciente consiste en: aprender conocimientos básicos sobre la dieta, el ejercicio físico y la forma de vida; realizar autorregistro de lo que ingiere, dónde lo come, con quién, cuáles son los sentimientos que experimenta al momento de comer y el grado de hambre o saciedad que tiene. Además, se le va induciendo

poco a poco para que realice cambios en la forma y el estilo de vida (no comer fuera del horario, ingerir sus alimentos en la mesa, tener un horario bien establecido para las comidas, comer lentamente, no realizar otras actividades mientras se come y, por último, tener un control de los estímulos individuales y sociales que lo inducen a comer (Charles, 1987, Fettes, 1996, citado en Barriguete, 2011).

Psicoterapeutas con orientación cognitiva, como Beck, (2009) aseguran que la modificación de la conducta se verá realizada siempre y cuando exista primero, un cambio a nivel cognoscitivo del paciente; esto quiere decir, que se piensen como personas delgadas y logren modificar sus patrones de pensamiento para que no vuelvan a recaer en viejos hábitos de comportamiento.

En las *dietas hipocalóricas* se trata de que el paciente ingiera una dieta de 400 a 800 kcal/día en forma de alimentos (ya sea en forma líquida o sólida). De alto contenido en proteínas de alta calidad e hidratos de carbono, enriquecidas con vitaminas y oligoelementos, debe llevarse a cabo bajo control médico y hospitalario y sólo dentro de un marco de tiempo de 12 semanas. Al igual que los programas de modificación de conducta, el mantenimiento de peso a largo plazo es bajo (Charles, 1987, Fettes, 1996, citado en Barriguete, 2011).

Los *tratamientos farmacológicos* son de uso paliativo solamente, ya que la obesidad rara vez suele ser curada y si es así, no es debido a tratamiento farmacológico sino a otras medidas para mitigarla. Actualmente existen muchos fármacos en fase de desarrollo o de investigación, pero solo uno es utilizado para el tratamiento de la obesidad: Orlistat (tetrahidrolipstatina): inhibidor de la lipasa pancreática que bloquea parcialmente la absorción de lípidos, con un máximo del 30% de inhibición de la absorción de grasa con una dosis de 120 mg, 3 veces al día. Se ha comprobado que la recuperación de peso a largo plazo es menor en comparación con los otros 2 métodos antes descritos.

El último método utilizado, y que se ha comprobado es el que mayores resultados positivos da (mayor mantenimiento del peso a largo plazo y mejoría del estado psicológico en general), es la *cirugía bariátrica* (Ballantyne, 2003).

Según Brownell (1991), la elección del tratamiento debe ser hecha con base en varios factores, como pueden ser el estado médico y psiquiátrico, el apoyo psicológico, los hábitos alimentarios, la activación física, la existencia de otros tratamientos previos y la preferencia del paciente.

Cirugía Bariátrica

Balsinger (2000, citado en Barriguete, 2011) expone respecto a la denominación de cirugía bariátrica, que proviene del griego “baros” que significa “peso” y de “iatrein” que significa “tratamiento”. Es el tratamiento de la obesidad por medio de la cirugía. Los primeros pasos se dieron en la Universidad de Minnesota en 1954, pero no es hasta la década de los años 60 cuando el Dr. W. Payne de Los Ángeles, California, publica las primeras series de pacientes operados con la cirugía malabsortiva.

El Dr. Edward Mason de la Universidad de Iowa, realizó en mayo de 1966 la primera derivación gástrica= bypass gástrico. Fue un cambio total e importantísimo de una cirugía que producía malabsorción a una que producía restricción de la cantidad de comida ingerida, operando el estómago. En Italia, el Dr. Nicola Scopinaro, el “padre europeo” de la terapia de la obesidad, aportó un concepto muy importante, que es el de la “cirugía mixta”.

Muchos otros cirujanos pioneros, con mucha imaginación y una extrema dedicación, diseñaron técnicas y operaciones, los doctores, Torres y Oca definieron la diferencia entre un bypass gástrico “proximal” y “distal” para ofrecerlo a los mórbidos el primero y a los superobesos el segundo; los doctores. Salmon, Hess y Marceau han dado nombre a otras técnicas y conceptos.

La cirugía no pretende tratar la causa de la obesidad, ya que la operación se hace en órganos que no están enfermos, así que la cirugía solo trata de hacer perder peso manipulando las funciones del aparato digestivo.

En la actualidad, se practican tres tipos de técnicas quirúrgicas:

Técnicas que producen una restricción gástrica (disminuyen la capacidad mecánica del estómago) como la gastroplastía vertical bandeada (Técnica de Mason) o la laparoscopia gástrica bandeada, que reduce la capacidad del estómago a una pequeña bolsa de 15 ml que está grapada quirúrgicamente con una banda para retrasar la eliminación de 9-10 mm de diámetro, de elección en obesidades mórbidas simples.

Técnicas que además de disminuir la capacidad de la parte proximal del estómago establecen malabsorción: bypass gástrico o gastroenteroanastomosis (en Y de Roux), en el cual se grapa una pequeña parte de la zona proximal del estómago (de 15 ml de capacidad) que se une con el intestino. Se utiliza cuando hay una obesidad muy severa o cuando existen complicaciones tras una gastroplastía (poca pérdida ponderal, dehiscencias). De elección en obesos mórbidos que ingieren gran cantidad de alimentos ricos en azúcares.

Técnicas mixtas entre las que se encuentran el cortocircuito biliopancreático y las que unen una gastroplastía vertical anillada con un bypass gástrico. De elección en obesos extremos.

Actualmente las tasas de mortalidad por el tratamiento quirúrgico en pacientes con obesidad mórbida son menores a un 0.5% (respiratorias, infecciosas, eventraciones, déficits nutricionales, síndrome de dumping, etc.) y la morbilidad asociada es insignificante si se compara con la morbilidad de la obesidad en sí misma.

Aunque la pérdida de peso a corto plazo es mayor con el bypass gástrico que con la gastroplastía, la gastroenteroanastomosis es más difícil técnicamente, ya que produce déficit de hierro y se ha descrito que las diferencias a largo plazo no son importantes.

Las complicaciones son numerosas, como técnica quirúrgica de alto riesgo que es, con complicaciones respiratorias, infecciosas y eventraciones posquirúrgicas, pero globalmente es bien tolerada, y en el seguimiento habrá que valorar las posibles deficiencias de nutrientes, sobre todo tiamina, vitamina B12, folatos y hierro, los problemas del síndrome de dumping, reflujo gastroesofágico, y en ocasiones trastornos depresivos, y deben ser seguidas de manera estrecha por un equipo multidisciplinario (SEEDO, 2000)

Los criterios para seleccionar a un paciente para realizarle cirugía bariátrica son:

Tener un IMC > 40 o de 35-40 si hay problemas médicos graves (diabetes mellitus con altos requerimientos de insulina, artritis, etc.).

Constancia de que el paciente ha realizado programas de tratamiento nutricional de forma correcta.

Tener obesidad desde hace más de 5 años.

Edad de 18-50 años, aunque ocasionalmente se puede aplicar entre los 14 y 18 años (Síndrome de Prader-Willi asociado a retraso mental, talla baja, hipogonadismo e hiperfagia) o entre 50 y 60 años (artritis severa de rodilla o cadera).

Excluir pacientes con hipotiroidismo o síndrome de Cushing.

Que no exista alcoholismo u otra drogodependencia o enfermedad psiquiátrica grave.

Que exista una adecuada comprensión de las alteraciones producidas por la intervención y una buena posibilidad de adhesión a la estrategia terapéutica propuesta.

Los anteriores criterios pueden verse modificados por la existencia de enfermedades que incrementan las indicaciones de la gastroplastía, como pueden ser: apnea de sueño; diabetes mellitus con inicio en la edad adulta, hipertensión arterial; osteoartritis severa; obesidad de predominio central (por el alto riesgo de trastornos cardiovasculares); reflujo gastroesofágico; incontinencia urinaria severa (Charles, 1987; Alastrué, 1993, citado en Barriguete, 2011).

La cirugía bariátrica ha mostrado producir resultados diferentes en cada paciente, variaciones que se atribuyen al procedimiento y a otros factores no quirúrgicos; la cirugía bariátrica es una modificación de conducta forzada, en la que los factores psicológicos juegan un papel determinante en los resultados (Van Hout, Van Oudheusde y Van Heck, 2004).

Resultados de cirugía bariátrica

Se realizó un control postoperatorio a 90 pacientes con obesidad mórbida que fueron intervenidos mediante la técnica del cruce duodenal en el Hospital General Universitario de Valencia entre los años 2001 y 2006. El valor medio del IMC preoperatorio fue de 49,7, con un sobrepeso medio de 69,1 kg. Se realizaron más de cinco controles: a los 3, 6, 12, 18, 24 meses y posteriormente anuales. A los tres meses del postoperatorio se observa un descenso del valor medio del Porcentaje de Pérdida de Sobrepeso (%SPP) del 31%, y un valor medio del IMC de 41.3. La mayor pérdida de peso se dio a los 2 años con un %SPP del 74,8% y un porcentaje de IMC perdido del 97,7%. En 68 pacientes (75,5%) hubo curación de sus comorbilidades, como hipertensión arterial, diabetes, SAOS, patología osteoarticular, dislipemia, un 14,4% presentó mejoría de las mismas y un 10% no

mejoró a pesar de la cirugía (Vázquez-Prado, Montalvá-Orón & de Tursi-Ríspoli, 2007).

La reducción de peso con *banding* gástrico (BG) es entre 29 y 87% del exceso de peso, la cirugía más común en el mundo (Papapietro, 2012). En IMC se reporta que la baja es entre 10.4 a 16.7 puntos (De Almeida-Godoy et al., 2015).

De 30 pacientes intervenidos mediante tubulización gástrica, en el periodo entre enero de 2007 y junio de 2010 de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Virgen de las Nieves, España, 16 pasaron por Terapia Cognoscitivo Conductual (TCC) previo a la cirugía bariátrica, las temáticas revisadas fueron: autoregistro de hábitos alimenticios y actividad física, control de estímulos externos, control de estímulos internos, reestructuración cognitiva, refuerzo positivo, adiestramiento nutricional y prevención de recaídas.

El promedio de IMC basal fue de 42, con una desviación de 10, de acuerdo con el porcentaje de Exceso de Peso Perdido $[(\text{Peso perdido} \times 100) / (\text{Peso inicial} - \text{Peso ideal})]$, se clasificó a la muestra entre “Exitosos” (17 personas) y “No exitosos” (13 personas), considerando como éxito la reducción del 50% o más del exceso de peso. La media del exceso de peso perdido fue del 77%, el 94% de los pacientes con éxito pertenece al grupo que fue intervenido con TCC, 15 individuos de los 17 totales (Abilés et al., 2013).

González, Gómez y Arriagada (2006) con el fin de evaluar los resultados de la cirugía bariátrica, utilizaron la escala BAROS, en una serie de pacientes obesos mórbidos, sometidos a bypass gástrico por vía abierta. El sistema de evaluación BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System) considera distintas variables como la pérdida de sobrepeso, corrección de las enfermedades asociadas a la obesidad severa, morbimortalidad del procedimiento a corto y largo plazo, y sobre todo incorpora la evaluación de la calidad de vida postoperatoria; la muestra estuvo conformada por 31 pacientes obesos mórbidos operados en el Hospital Dr.

Eduardo Pereira entre 1999 y mediados del 2004 con técnica abierta de bypass gástrico, que tenían más de 12 meses de evolución con buen control médico-quirúrgico; el porcentaje promedio de exceso de sobrepeso perdido fue un 67%; las comorbilidades mayores mejoraron en un 94%; la calidad de vida de acuerdo a la prueba de Moorehead - Ardelt mejoró en todos los pacientes; la evaluación con el sistema BAROS fue excelente en el 58,1%, muy bueno en el 22,6%, bueno en el 16,1%, y 3,2% regular; los resultados quirúrgicos fueron excelentes y son comparables con las mejores series publicadas en otros centros.

En el Scott & White Memorial Hospital en Temple, Texas, se observó a 230 pacientes que fueron intervenidos con una de las siguientes tres cirugías: Roux en Y, bypass gástrico, manga gástrica, encontrando que, posterior a un año de la cirugía, en todos los casos la lipoproteína de alta densidad aumentaba, y el colesterol lipoproteínico de baja densidad junto con las partículas de lipoproteína de baja densidad disminuían estando cada vez más cerca de los valores normales. Sin embargo, dichos autores reconocen el sesgo que se pudo crear puesto que no todos los pacientes realizaron el seguimiento postoperatorio necesario (N=147) (Bonner et al., 2014).

Ruiz-Lozano et al., (2016) realizaron un seguimiento a las personas con cirugía bariátrica efectuadas entre 2006 y 2011 en el Hospital Clínico de Barcelona; establecieron que la cirugía sería considerada exitosa si obtenía un decremento del 50% del peso presentado antes de la cirugía en un periodo de seis años; los resultados obtenidos posterior a revisar 260 casos son, que el 67.8% presentó un pérdida superior o igual al 50%, un 10.8% tuvo una pérdida primaria (35 y 40.9% del exceso de peso) y un 21.4% una pérdida secundaria (menor al 35% de exceso de peso).

Se ha observado que la mayor caída en términos de IMC es para aquellas personas que fueron intervenidas con bypass, disminuyendo 17.2 puntos IMC (N=256) y la menor pérdida usando banda gástrica, disminuyendo 10.5 puntos IMC (N=271). Sin

embargo, el bypass gástrico presenta deficiencia de nutrientes, hernias, infecciones de la herida y obstrucciones del intestino delgado, mientras que las complicaciones por banda gástrica son el deslizamiento de la banda y dilatación de la bolsa, que se pueden solucionar con una cirugía correctiva (O'Keefe, Kemmeter, & Kemmeter, 2010; Black, White, Viner, & Simmons, 2013).

Utilizando la técnica de gastrectomía vertical laparoscópica (GVL), se ha observado que durante el primer año se produce una gran pérdida de peso disminuyendo significativamente el IMC, pero esta disminución de peso no se mantiene a lo largo del tiempo, puesto que se produce una reganancia en los años posteriores a la intervención. A pesar de ello no se llega a recuperar el peso total perdido, transcurridos los cinco años se mantiene por encima del 55%. Esta ganancia de peso está relacionada con el abandono del ejercicio físico y la vuelta a los malos hábitos alimentarios, como el picoteo y alimentos indebidos (Alcaraz, Ferrer & Parrón, 2015).

Con todas las técnicas, la reducción del peso ocurre durante los 12 a 18 meses que siguen a la cirugía, aun en pacientes con superobesidad. El aumento de peso posterior a la cirugía bariátrica es reconocido en todas las series con seguimiento mayor a 2 años. Se ha reportado desde 20 a 87% de pacientes con reganancia de peso, el cual ocurre con mayor frecuencia entre 3 y 6 años después de la cirugía (Papapietro, 2012).

En años recientes se ha aceptado que el éxito en la cirugía bariátrica no solo se refiere a la baja de peso sino también al estado en salud mental y funcionamiento psicosocial (Wimmelmann, De la Rosa, y Mortensen, 2014).

Bauchowitz et al., (2005) reportan que, a pesar de los cambios anatómicos realizados por la cirugía, la pérdida de peso y el mantenimiento a largo plazo no están garantizados. El éxito del procedimiento depende en gran medida de modificaciones conductuales por parte del paciente y de su habilidad para

implementar cambios permanentes en su estilo de vida, tales como adhesión al régimen alimenticio y de actividad física, así como aprender nuevos estilos de afrontamiento para evitar acudir a la comida en momentos de tensión, estrés emocional; de no lograrlos puede haber resultados pobres o hasta contraproducentes con resultados indeseables como la recuperación de peso, desnutrición, depresión y ansiedad (citado en Sierra-Murguía, 2013).

La cirugía bariátrica ha demostrado producir resultados diferentes en cada paciente, variaciones que se atribuyen al procedimiento y a otros factores no quirúrgicos; la cirugía bariátrica es una modificación de conducta forzada, en la que los factores psicológicos juegan un papel determinante en los resultados (van Hout, Van Oudheusde & Van Heck, 2004).

Sierra-Murguía (2013) señala que se ha reportado que el 20% de los pacientes que se someten a cirugía para bajar de peso fracasan, ya sea porque no logran disminuir significativamente o lo recuperan a corto plazo, generalmente este fracaso es atribuido a causas psicológicas. No todos los pacientes se benefician con la cirugía; existen diferencias significativas en las variaciones en el peso a corto y largo plazo después de la cirugía (Kinzl et al., 2006). Un ejemplo de esto es que el 20% de los pacientes que se someten a cirugía para bajar de peso no logran disminuir significativamente o lo recuperan en corto plazo ([Greenberg, Sogg & Perna, 2009] citado en [Sogg, et al., 2016]). Este fracaso generalmente se atribuye a razones psicológicas o conductuales ([Busetto, Segato, Luca, Marchi, Foletto & Vianello, 2005] [citado en Sogg et al., 2016]).

Aspectos psicosociales en el resultado de la cirugía bariátrica

Guzmán et al., (2015) señalan que el enfoque de la Psicología de la Salud desde el modelo biopsicosocial señala que la exposición al agente patógeno, por ejemplo, un virus o bacteria no tiene necesariamente que desembocar en la infección y

desarrollo de enfermedad por parte del individuo expuesto, sino que dependerá del grado de vulnerabilidad inmunológica que presente; y a su vez, esa mayor o menor vulnerabilidad estará relacionada con los hábitos de salud (dieta, tabaco, alcohol, práctica deportiva, horas de sueño, etc.), el ajuste psicológico (por ejemplo, los niveles de estrés) y social (disponibilidad de apoyo social entre otros) de cada individuo.

Deben ser considerados los factores desencadenantes o que favorecen la enfermedad, ya sean estos de origen biológico o de origen sociocultural para ser tratados de mejor manera. Por ejemplo, en el caso de la población hispana, hay una mayor prevalencia de obesidad en comparación con la población caucásica, donde se muestra un 38.7 a un 25.6% de un total del 51% de personas con obesidad en Estados Unidos que se ve reflejada en factores genéticos, socioeconómicos y culturales (Serrano et al., 2015).

Algunos hallazgos sugieren que los factores preoperatorios, incluidos los factores psicológicos, los síntomas psiquiátricos, imagen corporal y autoestima pueden ser importantes para la salud mental postoperatoria. Sin embargo, la literatura es extremadamente escasa y es necesaria investigación futura. Resalta que los resultados sugieren que los problemas psicológicos son prevalentes en los candidatos a cirugía y sugieren que los factores psicológicos prequirúrgicos son importantes para la salud mental en el post operatorio (Wimmelmann, et al., 2014).

Por otro lado, Sogg, et al., (2016) señalan que los factores psicosociales tienen un efecto potencial en los resultados a largo plazo de la cirugía bariátrica, incluyendo el ajuste emocional, adherencia a las recomendaciones post operatorias de estilo de vida, resultados en la baja de peso y mejora de las comorbilidades. También se ha destacado el papel que juegan en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados

emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc.) (Guzmán et al., 2015).

Se realizó un estudio basado en la Teoría Fundamentada en el cual se pretendía describir los facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso, desde la perspectiva de los pacientes que han sido sometidos a cirugía bariátrica; la muestra se constituyó de 11 pacientes, 8 mujeres y 3 hombres intervenidos en clínicas privadas, se realizaron entrevistas en profundidad y los datos se analizaron a través de codificación abierta. Se encontró que los principales factores sociales asociados al éxito y/o fracaso en la baja y mantención del peso son: apoyo familiar y del grupo de amigos, adherencia a los controles, seguimiento y acompañamiento profesional durante el período post operatorio, además de que el fracaso y el éxito en la pérdida de peso post cirugía se encuentra asociado a la posibilidad de tener una red de apoyo emocional y social, así como a la posibilidad de comprender y modificar el papel de la comida como mecanismo de regulación emocional (Lecaros, Cruzat, Díaz & More, 2015).

Historia del peso

Se trata de una historia de la trayectoria del peso de los pacientes incluyendo los intentos de baja de peso; es necesario para aclarar la contribución del ambiente y los aspectos psicológicos que han afectado el peso del paciente y conocer las intervenciones específicas que ha tenido, duración, adherencia, y que factores ayudaron a promover la adherencia o las barreras que se presentaron para un cambio conductual sostenido ([Fabricatore, Crerand, Wadden, Sarwer & Krasucky, 2006; Wadden & Sarwer 2006; Walfish, Vance & Fabricatore 2006; Wendling & Wudyka, 2011; Applegate & Friedman, 2014] [citados en Sogg, et al, 2016]).

Dieta y Nutrición

Después de la cirugía bariátrica, los cambios destacables son aquellos en el estilo de vida para lograr la pérdida de peso deseada. La mayoría de los estudios han indicado que las dietas bajas en calorías provenientes de los carbohidratos ayudan a los pacientes a alcanzar una pérdida de peso mayor a corto plazo que las dietas bajas en grasas (Samaha et al., 2003; Shai et al., 2008).

En el estudio de Paredes-Despradel y Rivero Vergne (2015), diez pacientes que fueron sometidos a cirugía bariátrica contaron su experiencia a más de un año durante un grupo focal, todos expresaron que la cirugía era un medio que obligaba a hacer los cambios nutricionales y físicos que no se habían podido lograr con los métodos tradicionales de pérdida de peso. Según sus narrativas, el proceso de la cirugía sirvió como una herramienta de aprendizaje para cambiar su estilo de vida y mantener la pérdida de peso deseada.

Actividad física

La ausencia de actividad física es una de las causas de la obesidad. La motivación de una persona para realizar actividad física está sujeta a muchas variables y muchos factores, es muy difícil que en un grupo de personas los factores que la afectan sean los mismos (Aguilar, 2011).

Aguilar (2011), investigó la motivación que tienen pacientes en tratamiento por obesidad para realizar actividad física. Se postula que a medida que se va percibiendo beneficios en la salud, se incrementa la motivación para mantener y aumentar la práctica de la actividad física. En tanto que cuanto mayor sean los beneficios percibidos el incremento de la motivación será mayor. Esta relación se basa en las teorías de motivación, se evaluaron los motivos por los cuales los obesos realizan la práctica de ejercicio físico, resaltando dos aspectos principales:

La dirección de la acción, y la dirección intensiva. La primera deduce la relación existente entre los beneficios que se logran con las metas que se proponen los obesos en tratamiento para revertir la obesidad. La segunda deduce la relación existente que hay entre el esfuerzo y tiempo que dedican los alumnos/as al realizar actividad física, y la motivación que tienen para seguir practicándola. La evaluación se aplicó antes y después de haber empezado con el tratamiento para la obesidad para comparar el incremento de las dimensiones. La dirección de la acción incrementó luego del tratamiento; en algunos casos porque aumentó el tiempo y la intensidad con la que se ejecutaba la actividad física. La segunda incrementó porque los alumnos lograron mayor cantidad de metas al mantener actividad física durante 15 días.

Se evaluaron los motivos por los cuales los obesos realizaron la práctica de ejercicio físico. Los beneficios fueron categorizados en físicos, psicológicos y sociales; los dos primeros fueron los de mayor incremento. Los valores que tuvieron un mayor incremento son: la movilidad articular y mejoras en la respiración diaria (físicos); el aumento de la sensación de bienestar y mayor concentración en las actividades individuales (psicológicos).

La relación de las variables entiende a la actividad física como un factor muy importante para la retroalimentación de la motivación de los alumnos, para su bienestar y continuar practicando actividades físicas independientemente del tipo que sean. Esta última idea tuvo el apoyo empírico que, acorde a la hipótesis de esta investigación, corroboró que la percepción de los beneficios físicos, psicológicos y sociales incrementa la motivación para seguir practicando actividad física y mantenerla en el tiempo. Los últimos datos encuestados fueron los motivos por los cuales la muestra accedió a realizar la actividad física durante el tratamiento. Un gran porcentaje tuvo como primer motivo el compromiso con este último. La motivación en este caso fue estudiada por un análisis complejo. Primero porque la percepción de beneficios incrementó la motivación para seguir ejercitándose, pero de todos los motivos presentados en la encuesta el que mayor porcentaje tuvo fue

54

el compromiso con el tratamiento, y otros como placer, diversión de hacer actividad o realizarla por salud, quedaron en segundo y tercer plano (Aguilar, 2011).

Aunque la aplicabilidad del Enfoque del Proceso de Acción Sanitaria (HAPA) se ha probado en muchos contextos a diversos comportamientos de salud, Parschau et al., (2014) buscaron la asociación entre la actividad física y las variables motivacionales y volitivas especificadas en la HAPA (autoeficacia motivacional, expectativa de resultados, percepción de riesgo, intención, autoeficacia de mantenimiento, planificación de la acción, planificación de afrontamiento autoeficacia de la recuperación, apoyo social).

En una muestra de 484 hombres y mujeres obesos (IMC>30), los resultados del estudio apoyan parcialmente la aplicabilidad de la HAPA en relación con la actividad física entre los adultos obesos. En particular, confirman la importancia de la autoeficacia y sugieren que las expectativas de resultado y la autoeficacia motivacional facilitan la formación de la intención de ser físicamente activos y que en esta muestra el apoyo social puede ser más relevante que la planificación, para participar en la actividad física.

Aplicando el modelo de ecuaciones estructurales, el ajuste del modelo HAPA fue satisfactorio, explicando el 30% de la varianza para la intención y el 18% de la varianza para la actividad física. La autoeficacia motivacional, las expectativas de resultados y el apoyo social estaban relacionados con la intención. Se encontró una asociación entre la autoeficacia de mantenimiento y la planificación de afrontamiento. La autoeficacia de la recuperación y el apoyo social se asociaron con la actividad física. No se encontraron relaciones entre la percepción de riesgo y la intención y entre la planificación y la actividad física. Los supuestos derivados de la HAPA fueron parcialmente confirmados y el HAPA puede, por lo tanto, constituir un telón de fondo teórico para diseños de intervención para promover la actividad física

en adultos con obesidad, por lo que, el apoyo social está directamente relacionado con más actividad física.

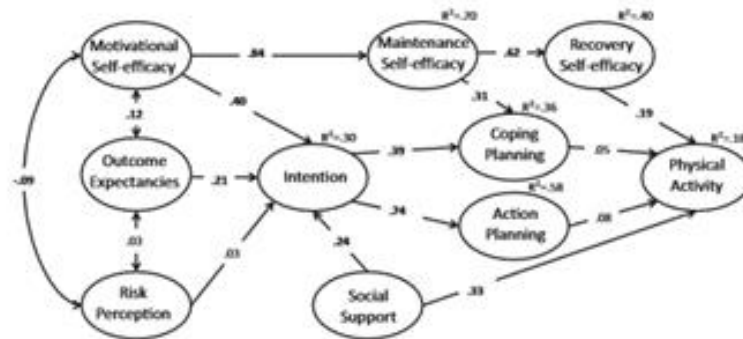


Figure 2. The Health Action Process Approach with social-cognitive determinants of physical activity in obese individuals. Boldfaced coefficients are statistically significant at least at the .05 level.

El modelo HAPA hace una distinción entre una fase de motivación que conduce a una intención conductual y una fase de volición que conduce al comportamiento saludable real (Parschau et al., 2014).

Amancio-Chassin, Ortigoza-Ramírez y Durante-Montiel (2016) describen que es mayor el impacto de la cantidad de ejercicio realizado que el de la intensidad del mismo. Realizar de 90 a 120 minutos por día, con un ingreso de energía estable, produce la pérdida de 7 a 8 kilos, a diferencia de solo realizar ejercicio que ocasiona la pérdida de 2 kg o de una dieta ajustada al ejercicio que produce la pérdida de 3 kg, por lo cual es recomendable realizar ejercicio de 30 a 60 minutos durante 5 a 7 días de la semana para mantener la pérdida de peso, destacando que los resultados serán visibles a largo plazo como medida preventiva contra el abandono. También, hay que explicar al paciente con obesidad que, al disminuir de peso, la actividad física debe incrementar, ya que, entre menos peso, la movilidad y la posibilidad de realizar actividades es mayor.

La práctica de actividad física está relacionada con una mayor baja de peso ([Livhits et al., 2010; Jacobi, Ciangura, Couet & Oppert, 2011; Josbeno, Kalarchian, Sparto, Otto & Jakicic, 2011, Egberts, Brown, Brennan & O' Brien, 2012], [citado en Sogg et al., 2016]) y una mejor calidad de vida ([Bond et al., 2015] [citado en Sogg et al., 2016]). Sin embargo, los autoreportes de incremento en la actividad física después de la cirugía, no corresponden a las mediciones objetivas, lo que sugiere que la mayoría de los pacientes no realizan un cambio sustancial en el ejercicio después de la cirugía ([Bond et al., 2010; King et al., 2012] [citado en Sogg et al., 2016]).

En población adolescente, Aguilar (2011) buscó conocer cómo actúa el incremento de la motivación en alumnos con obesidad y la manera de mantenerla, considerando que la práctica cotidiana del ejercicio físico sea una elección de vida para las personas. Para esto se creó la variable "incremento de la motivación" para aumentar y mantener la práctica de la actividad física; para poder medir la motivación fue necesario establecer sus dimensiones, tomando dos de ellas, la dimensión intensiva y la dimensión direccional. La primera incrementó luego del tratamiento; en algunos casos porque aumentó el tiempo y la intensidad con la que se ejecutaba la actividad física. La segunda incrementó porque los alumnos lograron mayor cantidad de metas al mantener actividad física durante 15 días. Los beneficios fueron categorizados en físicos, psicológicos y sociales; los dos primeros fueron los de mayor incremento. Los valores que tuvieron un mayor incremento son: la movilidad articular y mejoras en la respiración diaria (físicos); el aumento de la sensación de bienestar y mayor concentración en las actividades individuales de los alumnos (psicológicos). La relación de las variables entiende a la actividad física como un factor muy importante para retroalimentar la motivación de los alumnos, por su propio bienestar y para seguir practicando actividades físicas independientemente del tipo que fuesen. Esta última idea tuvo el apoyo empírico que, acorde a la hipótesis de esta investigación, corroboró que la percepción de los beneficios físicos, psicológicos y sociales incrementa la motivación para seguir practicando

actividad física y mantenerla en el tiempo. Primero, la percepción de beneficios incrementó la motivación para seguir ejercitándose, pero de todos los motivos presentados en la encuesta el que mayor porcentaje tuvo fue el compromiso con el tratamiento y otros como placer. Es posible concluir que el alumno empieza la actividad física por motivos externos y al percibir beneficios psicológicos y físicos puede apropiarse de la conducta de realizar actividad física como motivo en sí mismo, lo que lleva a aumentar y mantener la práctica por motivos propios no por motivos externos. Este dato abre otro campo de investigación ya que el comportamiento mediado por factores motivacionales internos es el que perdura en el tiempo y el que logra convertirse en hábito o práctica diaria de ejercicio.

Conductas alimentarias actuales (prequirúrgicas)

Entre las principales influencias de la sociedad y la cultura se encuentra lo que come la gente, como preparan sus alimentos, las prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren. Cultura y alimento se conjugan, en la identificación de toda tradición. Compartir unos hábitos alimentarios, unos modos de comportarse en la mesa, unas preferencias y unas aversiones alimentarias, proporcionan el mismo sentido de pertenencia e identidad, y por lo tanto de diferenciación respecto a los otros, que compartir un derecho, una lengua, un calendario ritual y festivo, determinados principios morales. La obesidad es el resultado de vivir en ambientes obesógenos que la sociedad ha construido como estereotipo de civilización y no necesariamente es una desatención de las instituciones de salud (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En el estudio de Abilés et al., (2013), compararon entre grupo de éxito (quienes bajaron >50% de exceso de peso) y el grupo no éxito (quienes no lo lograron). Utilizaron el Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T) y Eating Disorders Examination-Questionnaire (EDE-Q Versión 4). El ansia por la comida guiada por el

hambre ($p < 0.04$), la pérdida de control sobre la ingesta alimentaria) ($p < 0.000$) y el sentimiento de culpa ($p < 0.000$) fue menor en los pacientes que lograron una adecuada pérdida de exceso de peso (éxito), además realizaban menos planes para comer ($p < 0.03$) y comían menos por refuerzo positivo ($p < 0.000$).

Síntomas de trastornos de la conducta alimentaria

Mangweth-Matzek et al., (2014) realizaron una revisión de la literatura, en que examinaron los trastornos alimentarios, el comportamiento alimentario y la imagen corporal en mujeres mayores y de mediana edad; encontraron que se ha comenzado a abordar la epidemiología, las características y el tratamiento potencial de los trastornos alimentarios. Los hallazgos preliminares sugieren que los comportamientos alimentarios patológicos y los trastornos alimentarios son comunes en las mujeres mayores, las mujeres mayores parecen tener menos probabilidades de presentar anorexia y bulimia nerviosa y más probabilidades de presentar trastorno por atracón y trastorno alimentario no especificado; en muchos de los índices de trastornos alimentarios, las mujeres mayores con trastorno alimentario se asemejan en condiciones a las mujeres más jóvenes, aunque las mujeres mayores muestran preocupaciones únicas, tales como lidiar con la menopausia y con el envejecimiento.

Atracón (Binge eating).

Dawes et al., (2016) refieren que los atracones de comida son comunes entre los pacientes que buscan y se someten a la cirugía bariátrica. Se considera que el porcentaje de pacientes con este padecimiento, que son candidatos a cirugía bariátrica varía de un 2% a un 30% (Allison et al., 2006; Niego, Kofman, Weiss &

Geliebter, 2007). Sin embargo, los atracones no se vinculan con baja de peso tras la intervención (Dawes et al., 2016).

La investigación sugiere que lo más importante es el bajo control que tienen con relación a la comida. La pérdida de control aparece como el factor más relacionado a la severidad para el deterioro y asistencia psicopatológica, así como para la patología alimentaria post cirugía (Meany, Conceição & Mitchell, 2014).

Se propone que los síntomas de trastornos alimentarios o el trastorno por atracón se encuentran asociados con malos resultados en la pérdida de peso posterior a la cirugía (Sogg et al., 2016).

Diversos estudios han mostrado consistencia entre los trastornos de la conducta alimentaria postquirúrgicos, se relacionan con una pérdida de peso más pobre a largo plazo y peores resultados psicosociales; no todos los pacientes con problemas en esta área antes de la cirugía presentan problemas de trastornos de la conducta alimentaria en el post quirúrgico, por lo que es necesario educar a los pacientes acerca de los riesgos de presentar esta patología alimentaria después de la cirugía y dar medidas para tratar estos problemas si llegan a ocurrir. Adicionalmente hay que tener un seguimiento a largo plazo ([Kalarchian et al., 2002; Zilberstein et al., 2004; Sarwer, Wadden & Fabricatore, 2005; Niego, Kofman, Weiss & Geliebter, 2007; Colles, Dixon & O' Brien, 2008; Batsis et al., 2009; Sogg, 2010; de Zwaan et al., 2010; Kofman, Lent & Swencionis, 2010; White, Kalarchian, Masheb, Marcus & Grilo, 2010] [citados en Sogg et al., 2016]).

Síndrome de atracón nocturno

Sogg et al. (2016) señalan que pocos estudios han evaluado el atracón nocturno. Tener atracón nocturno no predice los resultados en la baja de peso posterior a la cirugía, pero se relaciona con un mayor IMC posquirúrgico y menor satisfacción con

los resultados ([Colles & Dixon, 2006; Morrow, Gluck, Lorence, Flancbaum & Geliebter, 2008; Allison et al., 2010] [citado en Sogg et al., 2016]).

Conductas compensatorias

Con relación a la conducta de purga, no se encontró relación entre la conducta prequirúrgica de purga y la baja de peso, a un año de la cirugía (O'Kearney, Gertler, Conti & Duff, 1998) aunque existe evidencia de que la conducta puede indicar mayor patología. Un número pequeño de pacientes tienen vómito autoinducido como forma de control de peso ([Warde-Kamar, Rogers, Flancbaum & Laferre, 2004; de Zwaan et al., 2010; Marino et al., 2012] [citado en Sogget al., 2016]) lo cual puede involucrar un vomito involuntario que es frecuente posterior a la cirugía.

Anorexia nervosa

En el meta análisis realizado por Sogg et al., (2016) no encontraron estudios que evaluarán la relación de anorexia nervosa y baja de peso posterior a la cirugía, pero si encontraron reportes de que algunos pacientes desarrollan un patrón de comer restrictivo posterior a la cirugía, se sugiere que los pacientes con una historia de síntomas de anorexia sean educados y monitorizados en un seguimiento a largo plazo al respecto ([Guisado et al, 2002; Rusch & Andris, 2007; Marino et al., 2012] [citado en Sogget al., 2016]).

Otras conductas alimentarias

Algunos pacientes no tienen una patología alimentaria, pero si presentan hábitos que pueden interferir con el éxito en la baja de peso, posterior a la cirugía, como

saltarse comidas, comer en ausencia de hambre, consumir grandes porciones y hacer muchas comidas fuera de casa. El evaluador puede examinar detalles específicos acerca de la planeación y preparación de las comidas, tamaño de las porciones y opciones de comida, así como la frecuencia de las comidas, patrones de colaciones y consumo de bebidas calóricas, que tienen un alto impacto en el resultado de la cirugía. El consumo de pequeñas porciones y la frecuencia de manera no planeada, aparentemente no se relacionan con una patología de la conducta alimentaria, sin embargo, este patrón de consumo puede comprometer la baja de peso posterior a la cirugía. ([Colles, Dixon & O' Brien 2008; Sheets, Zunker, Karr, Saunders & Mitchell, 2012; Sarwer, Allison, Bailer & Faulconbridge, 2014; Peat et al., 2015] [citado en Sogg et al., 2016]).

Para ser candidato a cirugía bariátrica, Sogg et al., (2016), sugieren tener cuidado con los síntomas de trastornos de conducta alimentaria, dar psicoeducación al paciente y mantener vigilancia al respecto, pero no necesariamente son una contraindicación.

Historia médica

La obesidad, especialmente la de tipo mórbido, se relaciona con diabetes, hipertensión arterial, riesgo de enfermedad cardiovascular, enfermedades pulmonares como el síndrome de apnea obstructiva del sueño, problemas a nivel articular que dificultan la movilidad, insuficiencia venosa, así como limitación en la actividad productiva. Para brindar tratamiento integral y multidisciplinario a las personas con obesidad mórbida, es decir, aquellas que exceden más de 50% de su peso ideal, es necesario conocer todas sus comorbilidades, por lo que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con una clínica de Diabetes Mellitus y Obesidad en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI

(Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], (2013). Otras instituciones cuentan también con programas de atención integral.

Historia Psiquiátrica y funcionamiento social

Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos son personas que tienen problemas afectivos o de personalidad que intentan aliviar mediante la conducta de comer. Esto, aunado a las condiciones culturales y sociales en que se desenvuelve un paciente, influye en su funcionamiento y bienestar psicológico, físico y social (Vázquez, 2004). Los pacientes con obesidad severa tienden a presentar más psicopatología que las personas con peso normal o que los menos obesos (Malik, Mitchell, Engel, Crosby & Wonderlich, 2014).

Adicionalmente los individuos que buscan atención para este problema presentan mayor psicopatología que las personas obesas de muestras de la comunidad ([Wadden et al., 2006; Berkowitz & Fabricatore, 2011; Malik et al., 2014).

Se puede tomar en cuenta que para establecer los índices de éxito de la cirugía bariátrica se deben evaluar aspectos biomédicos, fisiológicos y psicológicos, puesto que, en el caso de la obesidad mórbida ($IMC > 30$) existe una fuerte correlación de los trastornos alimentarios con la depresión y/o ansiedad (Jumbe, Barlett, Jumbe, & Meyrick, 2016).

Los pacientes con obesidad severa reportan mayores episodios de trastornos del ánimo y ansiosos a lo largo de su vida, principalmente estrés posttraumático, fobia social y trastorno de pánico ([Greenberg, Soog, Perna, Kaplan & Sullivan, 2005; Pawlow, O'Neil, White & Byrne, 2005; Rosik, 2005; Herpertz et al., 2006; Wadden & Sarwer, 2006; Rosenberger, Henderson & Grilo, 2006; Kalarchian et al., 2007; Wadden et al., 2007; Mauri, Rucci et al., 2008; Petry, Barry, Pietrzak & Wagner,

2008; Muhlhans, Horbach & de Zwaan, 2009; Bonfa et al., 2010; Malik et al., 2011; Engel, Crosby & Wonderlich, 2014] [citados en Sogg, et al.,2016]).

En cuanto a las alteraciones de la personalidad y los problemas psiquiátricos, se ha reportado que los más frecuentes son: agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia nervosa y dependencia del tabaco. Asimismo, se han apreciado trastornos de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una elevada ansiedad, conductas de evasión y agresión. Pero muchos de estos reportes no pueden representar el grado de psicopatología asociada a la obesidad, debido a la exclusión de grupos control apropiados. Hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad, o son éstas las que desencadenan la obesidad (Vázquez, 2004).

La depresión ha sido una de las patologías más estudiadas, se ha observado que los síntomas de la depresión mayor y las consecuencias físicas de la obesidad se sobreponen como la fatiga, incremento del apetito y sueño pobre, la depresión podría estar sobre diagnosticada en esta población ([Krukowski, Friedman & Applegate, 2010; Munoz et al., 2007; Hayden, Brown, Brennan & O'Brien, 2012] [citado en Sogg et al., 2016]).

En el estudio de Carpenter, Hasin, Allison y Faith (2000), se encontró una relación entre la obesidad y el trastorno depresivo mayor, con presencia de ideación e intentos suicidas. En las valoraciones que se han realizado en pacientes con obesidad extrema que fueron sometidos a cirugía bariátrica, comparado con un grupo de mujeres, también con obesidad, pero sometidas a reducción de peso con tratamiento farmacológico, se encontró que las candidatas a cirugía bariátrica mostraban altos puntajes en la Escala de Depresión de Beck; un 43% con trastorno depresivo mayor, 17% moderado, 15% severo y un 24.6% con trastorno depresivo leve.

Se ha observado que la depresión se presenta con regularidad en pacientes candidatos a cirugía bariátrica, tanto previa como posteriormente a la intervención (Dawes et al., 2016); sin embargo, no se ve estrechamente relacionada con la baja de peso tras el tratamiento quirúrgico a corto plazo o en la falta de adherencia ([Alger-Mayer, Rosati & Polimeni, 2009; Gorin & Raftopoulos, 2009; Toussi, Fujjoka & Coleman, 2009; Thonney, Pataky, Badel, Bobbioni-Harsch & Golay, 2010; Junior, & Amaral & Nonino-Borges, 2011] [citado en Sogg et al., 2016]).

Sin embargo, la cirugía bariátrica está asociada consistentemente con descensos en la prevalencia de la depresión postoperatoria, entre 8% a 74% de disminución, y de la gravedad de los síntomas depresivos, de 40% a 70% de disminución (Dawes et al., 2016).

Los trastornos depresivos y ansiosos antes de la cirugía pueden predecir positivamente depresión y ansiedad post operatoria (Wimmelmannel et al., 2014)

La relación entre psicopatología prequirúrgica y cirugía bariátrica parece ser compleja, algunos estudios no han demostrado relaciones significativas ([Herpertz, Kielmann, Wolf, Hebebrand, & Senf, 2004; Larsen et al., 2004; Ma et al., 2006; Lanyon & Maxwell, 2007; Hayden, Murphy, Brown, & O' Brien, 2014] [citado en Sogg et al., 2016]). Aunque otros estudios han mostrado un impacto de la psicopatología en los resultados de la cirugía en estudios con seguimiento a más de un año ([Legenbauer et al., 2009; Rutledge, Groesz, & Savu, 2011] [citado en Sogg et al., 2016]).

En algunos otros estudios se habla de la relación de la obesidad y la depresión, así como de conductas suicidas. En el estudio de Carpenter, Hasin, Allison y Faith (2000), se encontró una relación entre la obesidad y el trastorno depresivo mayor, con presencia de ideación e intentos suicidas. En las valoraciones que se han realizado en pacientes con obesidad extrema que fueron sometidos a cirugía bariátrica, comparado con un grupo de mujeres, también con obesidad, pero

sometidas a reducción de peso con tratamiento farmacológico, se encontró que las candidatas a cirugía bariátrica mostraban altos puntajes en la Escala de Depresión de Beck; un 43% con trastorno depresivo mayor, 17% moderado, 15% severo y un 24.6% con trastorno depresivo leve.

Es importante evaluar los eventos pasados de ideación e intentos suicidas, pues se ha encontrado una alta prevalencia de intentos suicidas en esta población. Hay evidencia de un alto riesgo de suicidio posterior a la cirugía. ([Omalu et al., 2004; Omalu et al., 2005; Sansone, Wiederman, Schumacher & Routsong-Weichers, 2008; Sansone, Windover, Merrell, Ashton & Heinberg 2010; Tindle et al., 2010; Wiederman, Schumacher & Routsong-Weichers, 2011; Chen et al., 2012; Heneghan, Heinberg, Windover, Rogula & Schauer 2012] [citado en Sogg et al., 2016]). El mayor predictor de un intento suicida, son los intentos previos.

Existe el consenso de que un intento de suicidio reciente es una contraindicación para la cirugía ([Bauchowitz et al., 2005; Fabricatore, Crerand, Wadden, Sarwer & Krasucki, 2006] [citados en Sogg et al., 2016]).

Se ha encontrado que una historia de trastorno bipolar se relaciona con una pobre baja de peso posterior a la cirugía ([Semanscin-Doerr, Windover, Ashton & Heinberg, 2010] [citado en Sogg et al., 2016]).

Se ha recalcado la alta incidencia que tiene la ansiedad en pacientes obesos mórbidos, la cual se tiende a exacerbar ante la presencia de complicaciones médicas propias de la obesidad (Berman, 1992; citado en Rojas, 2005). Sogg et al., (2016), comentan que la ansiedad es el más común de los diagnósticos psiquiátricos, entre la población candidata a cirugía bariátrica, sin embargo, ha sido menos estudiada que la depresión.

Un estudio demostró relación entre una historia de vida con trastorno de ansiedad con un peor resultado postquirúrgico, que cuando se tiene un diagnóstico actual,

tanto al año como dos y tres años posteriores a la cirugía ([de Zwaan et al., 2011] [citados en Sogg et al., 2016]).

Sogg et al., (2016), encontraron solo dos estudios de pacientes esquizofrénicos sometidos a cirugía, ya que generalmente son excluidos del procedimiento; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la baja de peso en un corto tiempo de seguimiento (6 meses) ([Hamoui, Kingsbury, Anthone & Crookes, 2004; Hayden, Murphy, Brown, & O' Brien, 2014] [citado en Sogg et al., 2016]).

La prevalencia de los trastornos de personalidad entre los pacientes candidatos a cirugía bariátrica se ha estimado del 20 al 30% ([Kalarchian et al., 2007; Mauri et al., 2008; Martinez, Gonzalez, Vicente, Van-der Hofstadt Roman, & Rodriguez-Marin, 2013] [citados en Sogg et al., 2016]). Encontrándose resultados mixtos de su influencia en el postquirúrgico.

Hay evidencia de que la severidad de los síntomas psiquiátricos más que la mera presencia tiene una mayor influencia en los resultados de la cirugía ([Sauerland et al., 2005; Sogg & Mori, 2009] [citados en Sogg et al., 2016]).

Personalidad y psicopatología

De acuerdo con las clasificaciones nosológicas, la obesidad no se considera un trastorno mental, sin embargo, se ha encontrado una relación entre el sobrepeso y la obesidad con ciertas alteraciones psicológicas sin llegar a un consenso sobre la existencia de un perfil de personalidad o psicopatológico que sea exclusivo de la obesidad (Luna, 2007).

El conocimiento de los aspectos psicopatológicos en el paciente con obesidad permite diagnosticar y tratar con oportunidad los trastornos psiquiátricos que en cada caso puedan influir en la génesis y perpetuidad de la obesidad.

Se ha discutido mucho acerca de las implicaciones psicopatológicas debidas o asociadas a la obesidad sin que se haya conseguido llegar a un acuerdo unánime. Sin embargo, en algunos estudios sí se han encontrado rasgos de personalidad que podrían tener un papel en el desarrollo de la obesidad, como lo es la impulsividad, la dependencia o la inseguridad ([Chalmers, Bowyer & Olenick, 1990] [citados en Sogg et al., 2016]).

El estudio de la relación entre la psicopatología y la obesidad permite, de acuerdo con Sánchez-Planell, Díez y Martínez (1992), ubicar a los pacientes en 3 categorías:

El paciente que padece algún trastorno psiquiátrico (trastorno de alimentación y trastorno afectivo) que contribuye a la génesis o desarrollo de la obesidad.

El paciente que desarrolla algún trastorno psiquiátrico reactivo a su obesidad, como producto de su incapacidad (provocada por su condición) de cumplir las demandas sociales, laborales y familiares, entre otras.

El paciente que durante el tratamiento de su obesidad llega a desarrollar algún trastorno psiquiátrico (trastorno de alimentación y trastorno afectivo) que no le permite una evolución favorable hacia la reducción de peso.

Se han realizado varios estudios en candidatos a cirugía bariátrica y entre las alteraciones más frecuentes en los pacientes con sobrepeso y obesidad se encuentran los trastornos del estado de ánimo, de la personalidad y de la conducta alimentaria (Sánchez et al., 2009); otros reportan una elevada prevalencia de psicopatología principalmente depresión y ansiedad en esta población (Glinski, Wetzler & Goodman, 2001). Una hipótesis es que las alteraciones se deben a las limitaciones sociales y personales que ocasiona la obesidad, por otro lado, también se considera que los factores psicológicos pueden influir en el inicio o desarrollo de la obesidad (Sánchez et al., 2009); se ha recalcado la alta incidencia que tiene la ansiedad en pacientes obesos mórbidos, la cual tiende a exacerbarse ante la

presencia de complicaciones médicas propias de la obesidad (Berman, 1992; citado en Rojas, 2005).

Mancilla-Díaz, Durán-Díaz, Ocampo Téllez-Girón y López-Alonso (1992) encontraron que pacientes obesos que asistían a una clínica de control de peso, presentaban características de personalidad tales como, activas, dominantes, vigorosas, correlacionando negativamente con las medidas de índice de grasa.

Kalarchian et al., (2007), confirman una elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas que buscan la cirugía bariátrica: 288 candidatos fueron evaluados con una entrevista estructurada. El 38% recibió un diagnóstico del Eje I: los trastornos de ansiedad se encontraron en el 24% de los pacientes; 16% presentaron un trastorno del estado de ánimo y alrededor del 29% cumplieron con los criterios de un trastorno de personalidad (citados en Sogg et al., 2016).

Sánchez, Arias, Gorgojo y Sánchez-Romero (2005) realizaron un estudio en la Consulta de Endocrinológica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, el cual tenía como objetivo, conocer la prevalencia de las alteraciones psicopatológicas de los pacientes con obesidad mórbida post cirugía bariátrica, analizar el valor pronóstico de estas alteraciones en los resultados de la intervención, y estudiar su evolución tras alcanzar un peso estable. Utilizaron las siguientes escalas: BDI (Escala de depresión de Beck), BAI (Escala de ansiedad de Beck), EAT (Prueba de actitudes hacia la comida), EDI (Inventario de trastornos de la alimentación) MOCI (Inventario de obsesiones-compulsiones de Maudsley), BITE (Prueba de investigación de bulimia de Edimburgo), BIS (Escala de impulsividad de Barrat), BSQ (Cuestionario sobre la figura corporal). Las pruebas se aplicaron a 108 pacientes a los 18 y 24 meses tras la cirugía. Encontraron que, el estado psiquiátrico varía enormemente entre las personas que buscan la cirugía bariátrica, una mayoría de éstos tiene un funcionamiento psicosocial esencialmente normal. Con relación a la psicopatología de la muestra, se encontró mediante valoración clínica una

elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos, aquellos individuos con menor puntuación en la escala de depresión, mayor impulsividad y mayor impulso a la delgadez tuvieron mayor probabilidad de evolución positiva tras la cirugía; sin embargo, los autores mencionan que el modelo multivariante obtenido en este estudio tiene un bajo poder predictivo y, por tanto, necesita validarse en otros estudios.

Sarwer, Fabricatore, Jones-Corneille, Allison, Faulconbridge y Wadden (2008), utilizaron el MMPI para evaluar las características de personalidad en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Los resultados de las pruebas mostraron que un 44% de los pacientes fueron categorizados como “funcionales”; el 31% como “neuróticos” (depresión y ansiedad social) y un 25% fueron caracterizados como “carácter desordenado”. También detectaron 4 grupos de pacientes: 52% con una modesta elevación de las subescalas de hipocondría e histeria, sugerente de desorden somatoforme; 20% con un alto puntaje en la subescala de desviación psicopática y 17% con elevaciones en 6 subescalas (hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, psicastenia y esquizofrenia), quienes fueron descritos como “emocionalmente perturbados”.

Sierra-Murguía (2013) señala que se han realizado numerosos estudios sobre la calidad de vida de los pacientes posterior a la cirugía. La obesidad es un problema de salud que no solo se relaciona con riesgos físicos, sino que también se encuentra asociada a una gran variedad de síntomas psicológicos. Se ha señalado que las personas que padecen obesidad frecuentemente son víctimas de discriminación, lo cual impacta negativamente en su salud mental ([Wadden et al., 2001] [citado en Sogg et al., 2016]) mostrando preocupaciones por el cuerpo, aislamiento social, estado de ánimo deprimido y baja autoestima ([Werrij et al., 2009] [citado en Sogg et al., 2016]); una disminución en la calidad de vida del sujeto, aumento de prevalencia de tabaquismo, alcoholismo, depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria, así como una mayor mortalidad.

De acuerdo con evidencia más reciente se observa, que, en algunos pacientes, existe una mejoría de las patologías psiquiátricas presentes antes de la cirugía, atribuible principalmente a la baja de peso y a los cambios en la imagen corporal, que llevan a un aumento en la sensación del paciente de ser capaz de retomar el control de su vida. Sin embargo, no todos los pacientes reportan los beneficios en la esfera psicológica, ya que en algunos casos puede recurrir patología previa o emerger una nueva psicopatología, deteriorando así la calidad de vida e interfiriendo en el logro de las metas propuestas (Olguín, Carvaja y Fuentes, 2014).

En México, Lara (2003), realizó un estudio exploratorio con 37 pacientes femeninas diagnosticadas con obesidad mórbida ($IMC > 30$), cuyas edades oscilaron entre los 18 y 65 años teniendo una edad promedio de 38 años; con nivel de escolaridad media superior y superior predominantemente. Estas pacientes se encontraban dentro del Protocolo de Cirugía Bariátrica del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE; el estudio se realizó con la finalidad de estudiar el perfil de personalidad obtenido por el MMPI y la relación de estos rasgos de personalidad con el grado de obesidad. Se estableció una combinación de perfil 2/8, que, de acuerdo con la propuesta diagnóstica de Rafael Núñez para el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, describe un trastorno de personalidad limítrofe, señalando como principales rasgos poca inteligencia social y carencia de elementos para expresar adecuadamente la emotividad, debido a las dificultades que advierten para adaptarse, su inseguridad y su búsqueda ansiosa de afecto y atención. Sin embargo, no se encontraron datos que establecieran relación entre el nivel de psicopatología y el grado de obesidad.

Realizando una investigación acerca de los factores psicosociales en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica, Sánchez, López y Vargas (2003), encontraron con el MMPI-2 un perfil general sin indicadores de psicopatología, sin embargo, llama la atención las elevaciones en las escalas de Hipocondría (Hs) e

Histeria (Hi), que habla de rasgos compatibles con una personalidad dependiente y pasivo-agresiva

Tratando de obtener un perfil de personalidad en pacientes con obesidad mórbida, Dávalos (2006) utiliza una muestra conformada por 100 pacientes que acudieron a un hospital de la Ciudad de México, que fueron diagnosticados con obesidad grado III u obesidad mórbida. Todos contaban con mínimo de escolaridad secundaria, obteniendo como resultado que la muestra utilizada no es homogénea, sino heterogénea; no hay una personalidad típica y única del individuo con diagnóstico de obesidad mórbida, sino que, si bien pueden tener algunos rasgos que comparten en lo general, en lo específico son diferentes. Una gran coincidencia que logró encontrar en su estudio es que la mayoría de los pacientes presenta una marcada elevación de la escala 1 (Hs: Hipocondriasis), encontrando una alta preocupación por su salud, lo cual tiene sentido a partir de que son personas cuya salud se ve seriamente afectada por su obesidad y que buscan tratamiento quirúrgico puesto que su vida está en peligro.

En 2011, Barriguete, realizó un estudio comparativo en 15 paciente post-operados de cirugía bariátrica para conocer si los trastornos que presentan los pacientes con obesidad mórbida disminuyen después de realizada la operación. De las características psicológicas de los obesos mórbidos en el preoperatorio y posoperatorio de la cirugía bariátrica y encontraron que las mujeres presentaron mayores calificaciones en todos los parámetros psicopatológicos, con diferencias más evidentes en los índices de depresión, ideación paranoide y sensibilidad interpersonal. En un seguimiento de 10-12 meses después de la cirugía, se observó una mejoría significativa en los parámetros de ansiedad fóbica, obsesiones y compulsiones, ideación paranoide y sensibilidad. Concluye que las alteraciones de la personalidad que frecuentemente se encuentran en este tipo de pacientes disminuyen considerablemente, sobre todo aquellos aspectos que propician problemas mentales serios de comportamiento social, familiar y personal, permitiéndoles esta mejoría una integración social y familiar importante, impactando

72

positivamente en su autoestima, indispensable para la realización de una vida normal.

Estos resultados son concordantes con otras investigaciones ([Guisado et al., 2002; Maddi et al., 2001; Herpertz et al., 2003] [citados en Sogg et al., 2016]), en las que se hace alusión a que la pérdida ponderal se relaciona con una mejoría en la calidad de vida, una menor alteración en los hábitos de comer y menor psicopatología, así como una actitud más positiva ante la vida.

Bravo del Toro et al., (2011) analizaron rasgos de personalidad con mayor incidencia en una población mexicana con obesidad, utilizaron inventario de la personalidad de Gordon aplicado a 60 pacientes (31 hombres y 29 mujeres, con edades de 30 a 40 años, casados, con nivel educativo básico). Se distinguieron los rasgos que intervienen en el funcionamiento diario de los sujetos, Ascendencia (indica que prefieren que otros tomen la iniciativa en las actividades de grupo), Responsabilidad (que denota no poder realizar la misma tarea por mucho tiempo), Estabilidad emocional (implica parecer constantemente preocupado ante la mayoría de las situaciones), Sociabilidad (alude a no tener interés en unirse a actividades grupales), Cautela (se refiere a una tendencia a actuar impulsivamente), Originalidad (que implica una preferencia a poner en práctica los proyectos que a planearlos), Relaciones personales (entraña que la persona se sienta ofendida cuando es criticada por los demás) y Vigor (denota una preferencia a tomar las situaciones con calma en el trabajo o en la vida diaria). Cautela fue el rasgo de personalidad con menor prevalencia, los varones mostraron menor puntaje (40%) que las mujeres (60%), infirieron que los pacientes manifiestan poco interés en las situaciones emocionantes, tienden a actuar de manera pasiva, carecen de interés para pensar de manera crítica al no tener una mente inquisitiva, tienden a perder rápidamente la paciencia, se sienten ofendidos en mayor medida cuando los demás los critican, la manera en la que trabajan es más lenta, tienen menos energía que la mayoría de las personas, son inseguros al manifestar sus opiniones, carecen de

seguridad en sí mismos en diversas situaciones, son nerviosos, se disgustan fácilmente si las cosas van mal, no les interesa participar en actividades de grupo y limitan su medio social y sus conocidos a unos cuantos; por lo que sugieren que se trabaje con estos pacientes de manera multidisciplinaria y no sólo enfocándose en el control de su peso, ya que de esta manera se puede manejar en la intervención psicológica aspectos tales como la ansiedad, la depresión y los rasgos de personalidad que se ven afectados debido a una autoimagen disminuida. Además, se comprobó que los pacientes con obesidad tienden a mostrar rasgos de personalidad por debajo de la norma.

En 2012, Burgoa, realizó una investigación en una muestra no probabilística conformada por 225 pacientes diagnosticados con obesidad mórbida, candidatos a cirugía bariátrica que se encontraban dentro del Protocolo del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (CMN 20 de Noviembre del ISSSTE), con la finalidad de obtener rasgos de personalidad o patologías psiquiátricas que expliquen el desarrollo de la obesidad de los pacientes, llegando a la conclusión de que tienen rasgos que conforman una personalidad inmadura y pueril, que al correlacionarse con una visión psicodinámica, se puede pensar en rasgos orales, con una importante tendencia a contrarrestar la ansiedad con mecanismos inmediatos para mitigarla, en este caso, la comida. Presentan quejas múltiples, tendencia a sentirse insatisfechos la mayor parte del tiempo, con sentimientos de infelicidad y tendencia a la irritabilidad, pero no se encuentra un trastorno de personalidad específico en los pacientes obesos.

A pesar de que hay pocos estudios y los resultados son promisorios, en dos estudios, las variables de personalidad explican 40% de la varianza de la pérdida de peso a un año de la cirugía ([De Panfilis et al., 2006; De Panfilis et al., 2014] [citados en Sogg et al., 2016]).

Sogg, Lauretti y West-Smith (2016), señalan que un área emergente en la investigación, que parece prometedora, en la evaluación prequirúrgica, es la relación entre personalidad o temperamentos específicos y los resultados de la cirugía. Hay investigación que sugiere que ciertas características de personalidad, un bajo control de impulsos, un elevado neuroticismo (tendencia a experimentar estados de ánimo lábiles y negativos) están relacionadas a riesgo para obesidad (Sutin, Ferrucci, Zonderman & Terracciano, 2011; Gerlach, Herpertz & Loeber, 2015). Identificando tipos específicos de personalidad (como opuesto a trastorno) puede ser predictor de resultados relacionados con aspectos psicosociales, médicos y conductuales y sugerir nuevas estrategias para optimizar los resultados de la cirugía (Muller, Claes, Wilderjans & de Zwaan, 2014).

Canetti, Bachar y Bonne (2016) evaluaron la salud mental y el funcionamiento psicológico de los pacientes bariátricos antes de la cirugía, a un 1 año y 10 años después, y se les comparó con los participantes de un programa de dieta, la muestra estuvo conformada por 36 pacientes con cirugía bariátrica y 34 participantes del programa de pérdida de peso. Se pesaron y asistieron a 3 consultas en diferentes momentos en el transcurso de 10 años, se les administró el inventario de salud mental y escalas de neuroticismo, sentido del control y temor a la intimidad. El grupo de pacientes operados logró resultados exitosos en la pérdida de peso (27% de reducción del peso preoperatorio) después de 10 años y mejor que los valores basales de calidad de vida relacionados con la salud. Sin embargo, su estado general de salud mental, neuroticismo, sensación de control y temor a la intimidad mostraron un deterioro significativo en comparación con los niveles preoperatorios, mientras que los participantes del programa de dieta se mantuvieron psicológicamente estables entre las tres diferentes consultas durante el transcurso de 10 años (citados en Sogg et al., 2016).

Historia y desarrollo familiar

La familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, de tal forma que la conducta de ellos depende del efecto de las interacciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo, sirven como modelos que refuerzan y apoyan la adquisición y mantenimiento de las conductas alimentarias y de ejercicio social (Vázquez, 2004).

Se propone que la obesidad no es el resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema, la familia debe considerarse parte de la problemática social (Guzmán et al., 2015).

En la población con obesidad se reportan historias de mayores eventos de vida adversos y asociadas a experiencias tempranas, que son asociadas al desarrollo de la obesidad ([Alciati, Gesuele, Rizzi, Sarzi-Puttini & Foschi 2011; Alciati, Gesuele, Casazza & Foschi, 2013] [citados en Sogg et al., 2016]).

Numerosos estudios no han encontrado relación entre historia de trastorno de estrés postraumático, abuso sexual u otras experiencias infantiles negativas, y los resultados de baja de peso posterior a la cirugía ([Hilburger & Alverdy, 2004; Larsen & Geenen, 2005; Grilo, White, Masheb, Rothschild & Burke-Martindale, 2006; Oppong, Nickels & Sax, 2006; Clark et al, 2007; Fujioka, Yan, Wang & Li, 2008; Buser, Dymek-Valentine, Buser, Lam & Poplawski, 2009; Ikossi, Maldonado, Hernández-Boussard & Eisenberg, 2010] [citados en Sogg et al., 2016]). Estos eventos no representan una contraindicación para la cirugía, sin embargo, las investigaciones sugieren que una historia de trauma puede afectar el desarrollo y mantenimiento de condiciones crónicas y puede impactar los resultados postquirúrgicos ([Salwen, Hymowitz, O'Leary & Pryor, 2014] [citados en Sogg et al., 2016]).

La comida, además de ser un medio de adquisición de energía y nutrientes esenciales, es un hecho social, un medio de relación e interacción para las personas; otra fuente importante de aprendizaje es la familia, los estilos de vida de los padres influyen en el desarrollo de las preferencias alimentarias, ya que los miembros de la familia sirven como modelos que refuerzan y apoyan la adquisición y mantenimiento de las conductas alimentarias y de ejercicio; el perder peso significa un cambio importante para el paciente y su entorno, este cambio no siempre es asimilado adecuadamente y a veces se vive como una situación muy traumatizante para la pareja (Ríos, et al., 2010).

Las consecuencias de largo alcance que la relación madre-hijo tiene sobre la obesidad del niño, están relacionadas con acosar al niño con comida cada vez que llora y continuar empleando la comida para tranquilizarlo y durante su desarrollo puede equivaler a criar un pequeño que confunde sus estados internos (Bruch, 1973 citado en Guzmán, et al., 2015).

Tratamientos de salud mental pasados y actuales

El evaluador debe obtener una breve historia de los tratamientos de salud mental previos, incluidas hospitalizaciones psiquiátricas (Sogg et al., 2016).

Se sabe que pacientes que han estado en el pasado en tratamiento por abuso de sustancias, demostraron una mejor baja de peso a los dos años de la cirugía ([Clark et al., 2003] [citado en Sogg et al., 2016]).

En relación con pacientes, que tienen una historia de múltiples o recientes hospitalizaciones psiquiátricas, se puede ver reflejada una gran severidad en la patología psiquiátrica, o inestabilidad, ([Cunningham et al., 2012] [citados en Sogg, 2016]), no hay un consenso a si deben ser rechazados. Es importante considerar tener contacto con el psiquiatra que lleva el tratamiento del paciente, a fin de

conocer el tratamiento farmacológico que tiene, y considerar que la cirugía puede alterar la absorción de los medicamentos (Sogg et al., 2016).

Funciones cognoscitivas

Algunos estudios han identificado dificultades en la esfera cognoscitiva en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, particularmente en el área de funciones ejecutivas ([Cserjesi, Luminet, Poncelet & Lenard, 2009; Lokken, Boeka, Yellumahanthi, Wesley & Clements, 2010; Gunstad et al., 2011; Smith, Hay, Campbell & Trollor, 2011; Alosco et al., 2014] [citados en Sogg et al., 2016]). Adicionalmente las evidencias, sugieren comorbilidad entre el trastorno de déficit de atención, obesidad y ganancia de peso ([Davis, Levitan, Smith, Tweed & Curtis, 2006; Cortese et al., 2008; Levy, Fleming & Klar, 2009; Pagoto et al., 2009; Fuemmeler, Ostbye, Yang, McClernon & Kollins, 2011] [citado en Sogg et al., 2016]) y una elevada prevalencia en pacientes candidatos a cirugía bariátrica ([Gruss, Mueller, Horbach, Martin & de Zwaan, 2012] [citados en Sogg, 2016]).

Las habilidades de las funciones ejecutivas son esenciales para la adherencia al régimen postoperatorio, si están alteradas se tienen pobres resultados a largo plazo. En un estudio, el funcionamiento cognoscitivo fue inversamente relacionado al IMC a 12 meses de seguimiento posterior a la cirugía ([Spitznagel et al., 2013] [citados en Sogg, 2016]). En otro estudio el funcionamiento cognoscitivo fue encontrado como positivamente relacionado a una temprana adherencia a las recomendaciones conductuales postoperatorias ([Spitznagel, Galioto, Limbach, Gunstad & Heinberg, 2013] [citados en Sogg, 2016]).

En otros estudios se ha encontrado que puede haber una mejora de las funciones cognoscitivas después de la cirugía, particularmente en el primer año ([Alosco et al., 2014; Marques et al., 2014] [citados en Sogg et al., 2016]).

Es importante evaluar las habilidades de comprensión de la información de los pacientes referente a la cirugía: procedimientos, riesgos, beneficios y régimen conductual posterior a la cirugía (Mechanick, Youdim et al., 2013 citados en Sogg et al., 2016).

Está documentada, en la literatura médica, una asociación entre una pobre escolaridad y resultados de salud pobres, por lo que es importante proveer apoyo adicional, con programas educativos especiales para estos pacientes ([Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty, 2011; Sarwer, Allison, Bailer & Faulconbridge, 2014] [citados en Sogg et al., 2016]).

Estresores agudos y crónicos

Sogg et al., (2016) señalan que los estresores pueden tener un impacto en la habilidad de los pacientes para focalizarse en el autocuidado y adherencia a la dieta y actividad física. Por lo tanto, la presencia de estresores actuales y su influencia en el funcionamiento del autocuidado debe ser evaluado (Applegate & Friedman, 2014). En muchos pacientes, cualquier tipo de estresor, favorece a una mala adherencia y autocuidado pudiendo limitar el éxito de la cirugía ([Lanyon & Maxwell, 2007; Sarwer, Dilks & West-Smith, 2011] [citados en Sogg et al., 2016]). Los pacientes que experimentan estresores severos en la actualidad, como un divorcio, se benefician de tener soportes adicionales y se debe considerar retrasar la cirugía hasta que los estresores estén bajo control ([Sarwer, Allison, Bailer & Faulconbridge, 2010] [citados en Sogg et al., 2016]).

Adherencia

Es importante que la evaluación prequirúrgica se centre en el impacto de los síntomas y/o el diagnóstico sobre la adherencia y autocuidado (Sogg et al., 2016).

Sogg et al., (2016), establecen que los pacientes deben estar motivados y dispuestos a la dieta necesaria después de la cirugía y a los cambios conductuales ([Buchwald, 2005; Sauerland et al, 2005; Mechanick et al., 2009; Mechanick et al., 2013] [citados en Sogg et al., 2016]).

La adherencia previa, a la prescripción de medicamentos, es uno de los mejores indicadores de la adherencia posterior a la cirugía. Es importante tener esta información para dar una intervención que permita al paciente manejar las barreras para la adecuada adherencia (resolución de problemas, recomendaciones conductuales, entrevista motivacional) ([Applegate & Friedman, 2014] [citados en Sogg et al., 2016]). Además se ha establecido el impacto significativo de la adherencia a las recomendaciones postoperatorias para los resultados de la cirugía ([Shen et al.,2004; Bhesania & Boutt, 2005; Poole et al., 2005; Schreiber et al., 2005; Gould, Beverstein, Reinhardt & Garren, 2007; Harper, Madan, Ternovits & Tichansky, 2007; Pontiroli et al., 2007; Rasmussen, Fuller & Ali, 2007; Ramirez, Duffy, Roberts & Bell, 2008; Sarwer et al., 2008; Welch, Wesolowski, Piepul, Kuhn, Romanelli & Garb, 2008; Sivagnanam & Rhodes, 2010] [citados en Sogg et al., 2016]).

Utilizando dos muestras independientes, una experimental (8 personas con obesidad) y una de control (33 personas sin obesidad), se realizó una intervención psicoeducativa en la Unidad de Especialidades Médicas de Soledad de Graciano Sánchez en San Luis Potosí, México. Durante 12 sesiones en 4 meses, se instruyó a las personas sobre temáticas como: causas y síntomas sobre la obesidad como enfermedad, estilo de vida saludable, asertividad, lazos afectivos, estrategias de adherencia, reestructuración cognitiva, autocuidado y automonitoreo, información

de nutrición saludable, estrategias para el control de peso, mitos y creencias, ser mujer y obesidad y familia y obesidad. A las 41 mujeres con obesidad se les evaluó pre y post de la intervención, además de aplicar el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria OQ-2007 de O'Donnell y Warren (2007) integrado por 80 reactivos que miden cogniciones, conductas-hábitos, emociones y actitudes relacionadas con la obesidad. Utilizando la prueba estadística t de student se observó que para el grupo experimental se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el pre y post test para todos los factores de la escala. Únicamente en el factor "Motivaciones para bajar de peso", los puntajes obtenidos en el post aumentaron. Al comparar al grupo experimental con el control, en la evaluación previa a la intervención psicoeducativa se observó que ambos grupos son homogéneos en las variables comportamentales y cognitivas. En la evaluación post, se encontró diferencia significativa en las variables sobreingesta alimentaria, antojos alimentarios, expectativas relacionadas con comer, racionalizaciones y aislamiento social (Cruz-Guillén, 2013).

Compromiso al cambio

Es necesario evaluar la disposición al cambio que tiene cada uno de los pacientes, por lo que es necesario identificar si se manifiestan ambivalencias y resistencias ante el tratamiento, sí el paciente no está motivado (Vázquez, 2004).

Lorence (2007) concluye que el 19.3% de 31 pacientes que participaron en su estudio, consideran que su grado de obesidad no es grave, 80.7% atribuyen las causas de sus problemas a otros, no se responsabilizan de sus errores y fracasos y actúan pasivamente ante las dificultades que se le presentan.

Conocimiento del procedimiento quirúrgico, riesgos, beneficios y régimen postquirúrgico

Sogg et al., (2016) refieren que las guías clínicas existentes señalan que los pacientes deben ser bien informados acerca de los diversos procedimientos quirúrgicos existentes, sus riesgos y beneficios y el régimen postquirúrgico ([Buchwald, 2005; Sauerland, Angrisani, Belachew, Chevallier, Favretti, Finer, Fingerhut, Garcia Caballero, Guisado Macias, Mittermair, Murino, Msika, Rubino, Tacchino, Weiner & Neudebauer, 2005; Mechanick, Kushner, Sugerman, Gonzalez-Campoy, Collazo-Clavell, Guven, Spitz, Apovian, Livingston, Brolin, Sarwer, Anderson & Dixon, 2009; Gould, Ellsmere, Fanelli, Hutter, Jones, Pratt, Schauer, Schirmer & Schwaitzberg, Jones, 2011; Mechanick, Youdim, Jones, Garvey, Hurley, McMahon, Heinberg, Kushner, Adams, Shikora, Dixon & Brethaver, 2013] [citados en Sogg et al., 2016]).

Aunque no todos los pacientes son capaces de verbalizar y comprender los beneficios de la cirugía, pueden tener una tendencia a sobrevalorar o minimizar los riesgos asociados a la cirugía y los cambios conductuales requeridos. Es importante para los pacientes la comprensión de que el resultado de la cirugía es variable y depende fuertemente de la implementación de los cambios de estilo de vida recomendados. Los pacientes deben verbalizar su comprensión de la necesidad de la participación en cada uno de los cuidados y compromiso para la adherencia al régimen postquirúrgico (Wadden, Sarwer & Williams, 2006; Sogg & Mori, 2009).

Apoyo Social y/o Redes de apoyo

Rodríguez-Marín (2001) señala que el apoyo social puede jugar un papel en la salud tanto como variable antecedente, como variable intermedia, puede contribuir a la salud, generando un ambiente promotor de salud que mejore el bienestar o la autoestima, disminuyendo la probabilidad de que se produzcan acontecimientos

estresantes y proporcionando a las personas información en retrospectiva, confirmando o no que, sus actos lo conducen a las consecuencias socialmente deseables. Y como variable intermedia el apoyo social contribuye a la salud amortiguando los efectos negativos de los acontecimientos estresantes que se producen en la vida del sujeto, influyendo sobre las interpretaciones de tales acontecimientos y las respuestas emocionales que da ante ellos.

Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social; las principales de acuerdo con Gallar (2006) son:

a) Redes de apoyo social natural; la familia, amigos y allegados, compañeros de trabajo, vecinos, compañeros espirituales. b) Redes de apoyo social organizado, organizaciones de ayuda al enfermo, seguridad social, empresa para la que se trabaja: muchas cuentan con sistemas organizados de ayuda al empleado, instituciones de acogida, organizaciones de voluntariado (Gallar, 2006 citado en Ortega, López y Álvarez 2010).

Smith, Gallo, Shivpuri, y Brewer (2012), señalan que las redes sociales y el apoyo social, son factores predictivos para el estado de salud, las investigaciones señalan que las redes de apoyo social y la percepción de aprovechamiento de las funciones de soporte se relacionan con menor morbilidad y mayores niveles de bienestar psicológico (Cohen & Wills, 1985; Sandler, Miller, Short & Wolchik, 1989; Seeman, 1996).

Lecaroz, et al., (2015) realizaron un estudio basado en la Teoría Fundamentada en el cual se pretendía describir los facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso, desde la perspectiva de los pacientes que han sido sometidos a cirugía bariátrica; la muestra se constituyó de 11 pacientes, 8 mujeres y 3 hombres intervenidos en clínicas privadas, se realizaron entrevistas en profundidad y los

datos se analizaron a través de codificación abierta. Se encontró que los principales factores sociales asociados al éxito y/o fracaso en la baja y mantenimiento del peso son: apoyo familiar y del grupo de amigos, adherencia a los controles, seguimiento y acompañamiento profesional durante el período post operatorio, además de que el fracaso y el éxito en la pérdida de peso post cirugía se encuentra asociado con la posibilidad de tener una red de apoyo emocional y social, así como a la posibilidad de comprender y modificar el papel de la comida como mecanismo de regulación emocional.

Existe evidencia empírica en diversas áreas médicas en las que el manejo de la conducta para bajar de peso se extiende a la calidad de apoyo social que tengan los pacientes ya que impacta en la adherencia al tratamiento y los resultados de la cirugía ([Olbrisch, Benedict, Ashe & Levenson, 2002; DiMatteo, 2004] [citado en Sogg et al., 2016]).

Livhits, Mercado, Yermilov, Parikh, Dutton, Mehran, Ko, Shekelle y Gibbons (2011) trabajaron con pacientes que autoreportaron el apoyo de la familia y amigos para tomar la decisión de someterse a la cirugía, la cual estuvo asociada con una mayor probabilidad de tener resultados exitosos. La evidencia también sugiere que contar con grupos de apoyo de postoperados se relaciona con mayor pérdida de peso.

A pesar de que en la evaluación puede ser un tema delicado y complicado, se debe preguntar al paciente sobre la presencia y calidad de relaciones con parejas románticas, amigos, miembros de la familia y organizaciones comunitarias (Sogg, Lauretti et al., 2016).

Conductas relacionadas con la salud

Uso de sustancias

King et al., (2015) intentaron determinar la prevalencia de consumo de alcohol pre y post operatorio y predictores independientes del consumo de alcohol post operatorio; la muestra estuvo constituida por adultos que se sometieron a cirugía bariátrica en 10 hospitales de los Estados Unidos. De 2458 participantes, 1945 (78,8% mujeres, con mediana de edad = 47 años, mediana de índice de masa corporal= 45,8 kg / m²) completó las evaluaciones pre y post operatorias (1 y/o 2 años) entre 2006-2011. Se obtuvo que la prevalencia del riesgo de consumo de alcohol es mayor en el segundo año post operatorio, en comparación con el preoperatorio y con el primer año post operatorio.

Entre la evaluación realizada a los candidatos a cirugía bariátrica se incluye si en el pasado o actualmente usan alcohol y otras sustancias de abuso, incluidos medicamentos de prescripción (Sogg et al., 2016), Un diagnóstico de abuso o dependencia puede ser relevante para el resultado de la cirugía ([Higa, Ho, Boone & Roubicek, 2001; Wendling & Wudyka, 2011] [citado en Sogg et al., 2016]).

Los pacientes usuarios de marihuana que no necesariamente cumplen criterios de dependencia o abuso tienen mayor riesgo de mortalidad en el postoperatorio, úlceras e infecciones. Una historia de abuso y dependencia de sustancias debe ser considerada para el manejo del dolor en el perquirúrgico ([Higa, et al., 2001; Wendling & Wudyka, 2011] [citados en Sogg et al., 2016]). Es casi unánime el acuerdo de que el abuso o dependencia de sustancias actual es una contraindicación de la cirugía ([Bauchowitz et al., 2005; Fabricatore, Crerand, Wadden, Sarwer & Krasucki, 2006; Walfish, Vance & Fabricatore, 2007] [citados en Sogg et al., 2016]).

Un estudio multisitio, prospectivo, encontró que el uso problemático de sustancias cercano al tiempo de la cirugía se asocia con un alto riesgo de desarrollar un trastorno en el consumo de alcohol entre el primero y segundo año posteriores a la cirugía (King et al., 2012). Otros estudios han encontrado que los pacientes bajan o cesan su consumo de alcohol posterior a la cirugía ([Ertelt et al., 2008] [citado en Sogg et al., 2016]; King et al., 2012).

Se ha visto que los individuos que han tenido una remisión exitosa en el uso de sustancias por abuso o dependencia no presentan un alto riesgo de recaída u otros inconvenientes a consecuencia de la cirugía (Sogg et al., 2016). En dos estudios se asoció un manejo exitoso del consumo de sustancias con una mayor pérdida de peso ([Clark et al., 2003; Heinberg & Ashton, 2010] [citado en Sogg et al., 2016]). Puede ser que estos individuos usen su historia para enfrentar las dificultades del cambio de conductas ([Heinberg & Ashton, 2010] [citado en Sogg et al., 2016]).

El mayor riesgo de recaída en el uso de sustancias se da en el primer año de sobriedad ([Miller, 1996] [citado en Sogg et al., 2016]) por lo que muchos programas requieren evidencia de un año de sobriedad, antes de la cirugía en pacientes con historia de consumo problemático de sustancias ([Clark et al., 2003; Heinberg & Ashton, 2010; Cunningham, Merrell, Sarr, Somers, McAlpine, Reese, Stevens & Clark, 2012; Heinberg, Ashton & Coughli, 2012] [citado en Sogg et al., 2016]).

El uso problemático de sustancias y otras conductas compulsivas después de la cirugía conllevan un gran riesgo, sobre todo el mal uso de alcohol, que puede ocurrir en pacientes sin historia previa de problemas en el área (King et al., 2012; [Buffington, Daley, Warthen & Marema, 2006; Ertelt, Mitchell, Lancaster, Crosby, Steffen & Marino, 2008; Sauleset et al., 2010; Adams, Gabriele, Baillie & Dubbert, 2012; Suzuki, Haimovici & Chang, 2012; Ostlund et al., 2013; Conason et al., 2013] [citados en Sogg et al., 2016]).

King et al., (2012) han identificado que el riesgo postquirúrgico de mal uso de sustancias es mayor en hombres, jóvenes, fumadores, con uso frecuente o problemático de alcohol en el tiempo de la cirugía y uso recreativo de drogas.

Fumar

Las guías clínicas recomiendan se suspenda el fumar como política por los riesgos quirúrgicos que favorece, problemas de cicatrización, infecciones, úlceras, neumonía (Delgado-Rodriguez et al., 2003; Schreiber, Ben-Meir, Sonpal, Patterson, Salomone & Marshall, 2005; Moller, 2006; Rasmussen, Fuller & Ali, 2007; Mechanick et al., 2013) [citado en Sogg et al., 2016]).

Motivación

Para Aguilar (2011) la motivación "... es definida como algo que activa y orienta la conducta." Señala que Woolfock (1989, Pág. 337), se basa en un marco de elecciones, planes, metas, objetivos o intereses que la persona tenga. Parafraseando a Escarti y Cervelló (1994) la motivación, en psicología moderna, es utilizada para designar la cantidad de energía y la dirección del comportamiento humano. "La motivación puede definirse como la dirección o intensidad del esfuerzo" (Sage 1977, pág.63). Dirección del esfuerzo; se refiere a si se busca, se aproxima o se siente atraído por ciertas situaciones (Aguilar, 2011).

La motivación es la causa de una conducta, es decir, los factores que, operando en el plano psicológico del individuo, determinan la ejecución o no de una actividad. Es el porqué de la conducta (Ramajo, 1992 citado en Aguilar, 2011).

También se menciona, una dimensión intensiva que refiere al porqué las personas mantienen en el tiempo determinados comportamientos; e incluye una dimensión direccional que indica la finalidad del comportamiento, porqué elegimos un objetivo sobre otro. “La motivación se refiere al proceso o condición que puede ser fisiológico o psicológico, innato o adquirido, interno o externo al organismo el cual determina o describe por qué, o respecto a qué, se inicia la conducta, se mantiene, se guía, se selecciona o finaliza” (Littman 1958 citado Aguilar, 2011).

Otra denominación de motivación está relacionada con los objetivos que tiene el paciente. Para entender este punto se deben conocer las necesidades individuales de cada uno, base de los objetivos y metas, haciendo referencia a los componentes energéticos, se refiere a cuanto esfuerzo emplea para conseguir un objetivo (Aguilar, 2011), o la persistencia como una habilidad, para continuar con el propósito y mantenerse en las metas a pesar de las condiciones negativas y frustraciones ([De Panfilis, Cero, Torre, Salvatore, Dall'Aglio, Adorni & Maggini, 2006; De Panfilis, Generali, Dall' Aglio, Marchesi, Ossola & Marchesi, 2014; Gordon , Sallet , Sallet, 2014] [citado en Sogg et al., 2016]).

Flores-Alarcón (2007), considera la motivación como disponibilidad al cambio y señala que, si se aborda el comportamiento saludable desde una perspectiva motivacional, es necesario enfatizar la interacción entre personalidad y motivación en la conducta individual, de ahí que la personalidad y su evolución durante el ciclo vital, lo mismo que variables sociales y culturales deben tomarse en cuenta en la determinación del comportamiento. Bajo la propuesta de patrones de comportamiento que reflejan estabilidades en el estilo de pensar, de sentir y de actuar de las personas, las cuales configuran formas prototípicas de comportamiento complejo ante situaciones con determinada significación psicológica; estas formas o patrones tienden a asociarse con la enfermedad o con la salud.

Los pacientes con obesidad mórbida suelen referir abrumadoramente, los problemas de salud como la principal motivación para someterse a la cirugía ([Ray, Nickels, Sayeed & Sax, 2003; Libeton, Dixon, Laurie & O'Brien, 2004; Dixon, Laurie, Anderson, Hayden, Dixon, & O'Brien, 2009; Karmali, Kadikoy, Brandt & Sherman, 2011] [citado en Sogg, et al., 2016]). Sin embargo, las razones de los pacientes no están, siempre vinculadas con los resultados de la cirugía. Para el éxito de la cirugía, se deben tener expectativas realistas de los pacientes, acerca del grado en que la baja de peso puede cambiar sus vidas o resolver problemas psicosociales existentes (Sogg & Mori, 2009).

Expectativas

Olguín, Carvajal y Fuentes (2014) hacen referencia a lo importante que es lograr que el paciente tenga expectativas realistas en la evaluación preoperatoria, entienda los riesgos de la cirugía y el cambio en el estilo de vida que deberá realizar.

Las investigaciones señalan que los pacientes tienen expectativas no realistas acerca de la pérdida de peso después de la cirugía ([Dalle Grave, Calugi, Magri, Cuzzolaro, Dall'aglio, Lucchin & Melchionda, 2004; Bauchowitz, Azarbad, Day & Gonder-Frederick, 2007; White, Masheb, Rothschild, Burke-Martindale & Grilo, 2007; Kaly, Orellana, Torrella, Takagishi, Saff-Koche & Murr, 2008; Heinberg, Keating & Simonelli, 2010; Karmali, Kadikoy, Brandt & Sherman, 2011; Wee, Hamel, Apovian, Blackburn, Bolcic-Jankovic, Colten, Hess, Huskey, Marcantonio, Schneider & Jones, 2013] [citado en Sogg, et al.,2016]); esto también se ha encontrado para tratamientos no quirúrgicos ([Dalle Grave, Calugi, Magri, Cuzzolaro, Dall'aglio, Lucchin & Melchionda, 2004; Foster, Phelan, Wadden, Gill, Ermold & Didie, 2004; Bauchowitz, Azarbad, Day & Gonder-Frederick, 2007; White, Masheb, Rothschild, Burke-Martindale & Grilo, 2007; Kaly, Orellana, Torrella, Takagishi, Saff-Koche & Murr, 2008; Heinberg, Keating & Simonelli, 2010; Karmali,

Kadikoy, Brandt & Sherman, 2011; Wee, Hamel, Apovian, Blackburn, Bolcic-Jankovic, Colten, Hess, Huskey, Marcantonio, Schneider & Jones, 2013] [citado en Sogg et al., 2016]).

Los resultados de las investigaciones respecto a la influencia de las expectativas y la baja de peso son mixtos ([Wadden, Womble, Sarwer, Berkowitz, Clark, & Foster, 2003; Linde, Jeffery, Finch, Ng & Rothman, 2004; Ames, Perri, Fox, Fallon, De Braganza, Murawski, Pafumi & Hausenblas, 2005; Finch, Linde, Jeffery, Rothman, King & Levy, 2005; Fabricatore, Wadden, Womble, Sarwer, Berkowitz, Foster & Brock, 2007; White, Masheb, Rothschild, Burke-Martindale & Grilo, 2007; Gorin, Marinilli Pinto, Tate, Raynor, Fava & Wing, 2007; White, Masheb, Rothschild, Burke-Martindale & Grilo, 2007; Durant, Joseph, Affuso, Dutton, Robertson & Allison, 2013] [citado en Sogg et al., 2016]). Sin embargo, en el estudio realizado por Lorence (2007), se puede observar que de 31 pacientes con obesidad mórbida (IMC>40), atendidos por la Unidad de Riesgo Cardiovascular del “Hospital Virgen Macarena” de la provincia de Sevilla, el 64.5% de ellos tienen esperanza de que la enfermedad evolucione positivamente.

Brindar al paciente información realista sobre la pérdida de peso debe incluir información acerca del exceso de piel que quedará después de la baja de peso (Wee, Jones, Davis, Bourland & Hamel, 2006), lo cual puede ser muy estresante e interferir con el funcionamiento cotidiano ([Song, Rubin, Thomas, Dudas, Marra & Fernstrom, 2006; Sarwer, Fabricatore, Jones-Corneille, Allison, Faulconbridge & Wadden, 2008; Munoz, Chen, Fischer, Sanchez-Johnsen, Roherig, Dymek-Valentine, Alverdy & Le Grange, 2010; Sarwer, Wadden, Moore, Eisenberg, Raper & Williams, 2010; Sinno, Thibaudeau, Tahiri, Mok, Christodoulou, Lessard, Williams & Lin, 2011; Steffen, Sarwer, Thompson, Mueller, Baker & Mitchell, 2012] [citado en Sogg et al., 2016]).

Imagen corporal

Cuando se describe a una persona, se describen las características físicas, (Cabello & Arroyo, 2013) por lo que la descripción del cuerpo tiene un impacto e influye en la definición y configuración de los cuerpos. Las personas le dan mayor importancia a la transmisión de mensajes positivos de las personas que consideran importantes, para la consideración de una imagen corporal positiva más allá del peso corporal (Prieto, Fernández, Ríos & Lobera, 2010).

La obesidad ha sido estigmatizada social y culturalmente; este hecho ha conllevado a una injusta culpabilización del paciente obeso que persiste en la sociedad actual (Rivera-Santiago, 2013). La persona obesa sufre constantemente humillación y discriminación, las personas tienden a pensar “*que está así porque quiere*”, “*no tiene voluntad*”, se conceptualiza como carente de voluntad y compromiso; se siente excluido al vestirse, viajar en transporte público o asistir a ciertos lugares públicos (Guzmán, et al., 2015).

Bun, Schwiebbe, Schütz, Bijlsma-Schlösser y Hirasing (2011) evaluaron la prevalencia de la imagen corporal negativa y el comportamiento de pérdida de peso entre los niños de la escuela primaria y secundaria; los datos fueron recogidos durante una evaluación de salud de rutina, en 10.767 niños (de 6º grado entre 9 y 10 años de la escuela primaria y del 2º grado entre 13 y 14 años de la escuela secundaria) de Utrecht, una provincia en los Países Bajos. El comportamiento de pérdida de peso y la imagen corporal fueron evaluados durante una entrevista y se midieron el peso y la altura; encontraron que 7.8% de los niños y 13.9% de las niñas de primaria tenían una imagen corporal negativa; 2.9% de los niños y 6.9% de las niñas evaluaban como demasiado gordos cuando tenían un peso corporal normal. En la secundaria el 15,8% de los niños y el 32,5% de las niñas se evaluaban demasiado gordos, cuando tenían un peso corporal normal; el 4.7% de los niños y el 12.9% de las niñas con un peso normal mostraron un comportamiento de pérdida

de peso, por lo que concluyeron que una imagen corporal negativa y el comportamiento de pérdida de peso ya estaban presentes en niños de 9 a 10 años y en niños con peso normal. Entre los niños de secundaria (13-14 años), la prevalencia de una imagen corporal negativa y de conducta de pérdida de peso fue alta, especialmente en las niñas por lo que consideran que se necesitan herramientas de diagnóstico para que los trabajadores de salud detecten comportamientos innecesarios de pérdida de peso en los jóvenes.

Heijens, Janssens y Streukens (2011), señalan que la obesidad se ha convertido en un problema de salud en Europa occidental y Bélgica: el 54% de los hombres y el 40% de las mujeres tienen sobrepeso y un alto porcentaje de niños tienen sobrepeso, soportan bromas debido a su peso, por lo que estudiaron el efecto que tiene el historial de burlas en personas con sobrepeso y obesidad, su insatisfacción corporal y la intención de comer sano. En el estudio participaron 239 personas con sobrepeso y obesidad, con una historia de burlas sobre su peso. Los factores que contribuyen a la conducta de control de peso fueron estudiados para obtener más información sobre la comprensión de dicho comportamiento, la intención de comer sano se estimó mediante el índice de masa corporal (IMC), la norma social, la internalización, la historia de burlas, la insatisfacción corporal y la autoeficacia. Encontraron que el historial de burlas y la norma social tuvo un efecto directo en la insatisfacción corporal, así como un efecto indirecto a través de la internalización. El IMC parecía no tener efectos, la insatisfacción corporal y la autoeficacia tuvieron efectos sobre la intención de comer sano, por lo que la autoeficacia tiene un gran efecto en la intención de comer sano y debe ser aumentada.

Madrigal-Fritsch et al., (1999) compararon la percepción de la imagen corporal utilizando el Índice de Masa corporal (IMC), la muestra fue de 517 hombres y 483 mujeres españoles, mayores de 15 años. Entre los resultados, encontraron que el estado nutricional mostró mayor sobrepeso en hombres y mayor obesidad en mujeres, ambas condiciones incrementan conforme aumenta la edad y con mayor educación disminuyen.

Johnson, Stewart y Pusser (2012) consideran que las relaciones sociales positivas trabajan como factores protectores para personas con sobrepeso, ya que les ayuda a hacer frente a los discursos negativos hacia la obesidad debido a que la construcción de la imagen corporal se realiza con base en el otro, bajo estándares sociales.

Con relación a la cirugía bariátrica se encontró que la pérdida de peso durante los primeros seis meses post cirugía es lo suficientemente rápida como para que se presenten dificultades en la integración psicológica de la persona, generando expectativas poco realistas y distorsiones en la imagen corporal, volviéndose más exigente e incoherente ante la pérdida de peso y la figura alcanzada (Lecaros et al., 2015). El grado de satisfacción tras la cirugía bariátrica dependerá de la satisfacción con las relaciones sociales y la imagen corporal, más allá del peso disminuido (Prieto et al., 2010). Por otro lado, Ruíz et al., (2002) consideran como variable de importancia la edad y las características relacionadas con ella, concluyendo que entre más joven sea el paciente sometido a cirugía, más insatisfecho se encuentra con su figura independientemente de la pérdida de peso. Los autores sugieren que este resultado se explica por la presión sociocultural para tener una figura delgada que se observa en grupos de menor edad.

Calidad de vida

Parece ser que las personas obesas se enfrentan con dificultades cuando intentan mantener o establecer relaciones interpersonales; es posible que esto se deba a que carecen de algunas habilidades sociales como: asertividad, problemas para descifrar algunos mensajes no verbales, dificultades para expresar sus sentimientos y una carencia de ajuste social (Guzmán et al., 2015).

La obesidad mórbida constituye uno de los principales estigmas sociales, con un costo psicológico individual. El desarrollo de afecciones psiquiátricas pueden ser el resultado de limitaciones sociales, como la discriminación, que afectan la conducta y conducen a la disminución de autoestima y el aislamiento (Villaseñor, Ontiveros & Cárdenas, 2006). Se ha encontrado que las personas con obesidad tienen una mayor dificultad para participar en eventos sociales y deportivos, en sus relaciones interpersonales, logros, heridas emocionales, agresión y apetito sexual (Ríos et al; 2010).

Existen estudios, que demuestran que la Calidad de Vida del paciente obeso se deteriora en varios aspectos: capacidad física, bienestar psicológico, funcionamiento social, etc. ([Rejeski et al., 2006; Tyler et al., 2007] [citados en Sogg et al., 2016]).

En el estudio transversal de González, Moreno, Medina y Valdez-Rojas (2008) con 812 pacientes derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se aplicó el cuestionario Perfil de Salud de Nottingham para medir Calidad de Vida Relacionada con la Salud. El diagnóstico y clasificación de la obesidad se realizó de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El 32.9% presentaron obesidad, incluyendo 7.3% con obesidad grado II y 2.3% con obesidad grado III. Sólo el 25% de la población presentó índices de masa corporal (IMC) normales. El IMC correlacionó significativamente con las dimensiones energía ($p < 0.01$), dolor ($p < 0.0001$) y movilidad ($p < 0.001$), del Perfil de Salud de Nottingham, calificando peor conforme aumentaba su IMC.

El objetivo de Valente y Leite (2012) fue evaluar los resultados del Programa de Obesidad Mórbida, del Hospital de Fuerza Aérea del Galeão (HFAG). Se analizó la Calidad de Vida de 46 pacientes sometidos a cirugía y pacientes en espera de la cirugía. Para la identificación de la situación de esos pacientes se utilizó una clasificación: grupo A, pacientes del pre-operatorio; grupo B, pacientes hasta 12

meses de postoperatorio; grupo C, pacientes de 13 a 36 meses de postoperatorio; y grupo D, pacientes con más de 37 meses de postoperatorio. Se utilizó una muestra estratificada que corresponde al 30 % de cada categoría distribuidos: Grupo A, siete pacientes; Grupo B totalizó cuatro pacientes; Grupo C, siete pacientes; y Grupo D, 28 respondientes.

Los datos fueron obtenidos a través de (a) cuestionario del Impacto del Peso sobre la Calidad de Vida (QOL), (b) grupos focales, (c) la encuesta de los expedientes médicos de los pacientes de cirugía bariátrica, para comprobar la frecuencia de las visitas después de la cirugía. Los resultados de la evaluación indican que la mayoría de los pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica en HFAG disminuyeron las comorbilidades después de la cirugía. La mayor pérdida de peso se da en el primer año posterior a la cirugía, hubo una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes en comparación con los pacientes no operados. Los resultados demuestran un impacto positivo en la vida diaria en los dominios de la función física, autoestima, vida sexual, vergüenza y trabajo público, mayor independencia en actividades de la vida diaria, capacidad funcional e integración social.

En promedio, de los 39 operados se revela una mejora significativa en la calidad de vida en los ámbitos de: la condición física, la autoestima, la vida sexual, la vergüenza en público y el trabajo. Se observa también un aumento más significativo en la Calidad de vida en el grupo B comparado con el grupo A y una elevación progresiva y significativa del puntaje en el grupo C y D, con aumento de Calidad de vida. En el tercer año hay, en promedio, un aumento de hasta 10%, del peso.

Salazar-Maya, Hoyos-Duque y Bojanini-Acevedo (2014) buscaron identificar el estado de salud y calidad de vida de los pacientes postoperados de cirugía bariátrica. La calidad de vida se definió como "la percepción que los individuos tienen de su lugar en la existencia, dentro del contexto de la cultura y del sistema de valores en que viven y en relación con sus expectativas y normas". Participaron

338 personas que asistieron a la consulta particular de un cirujano bariátrico de Medellín (Colombia). Se recolectó información de tipo sociodemográfica y el cuestionario abreviado de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQoL-Bref). Se observó que, en orden del mayor al menor, las dimensiones con la mejor clasificación de escala fueron: salud psicológica, salud física, relaciones sociales y medio ambiente; y los reactivos con las mejores puntuaciones en este instrumento fueron: disfrute de la vida, capacidad de movilidad, relaciones personales y satisfacción con el ambiente del hogar. Por el contrario, los reactivos con las puntuaciones más bajas en el WHOQoL-Bref fueron: satisfacción con el sueño, tener sentimientos negativos frecuentes, satisfacción con la sexualidad y tener suficiente dinero para cubrir las necesidades.

La conclusión de este estudio es que, como consecuencia de la importante y rápida pérdida de peso que se produce durante los primeros meses después de la cirugía, la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica perciben tener una muy buena calidad de vida.

Alcaraz et al., (2015) evaluaron el impacto en la calidad de vida de las personas obesas antes y después de ser intervenidas de cirugía bariátrica, mediante la técnica de gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) en un seguimiento a corto, medio y largo plazo. La población de estudio fueron todas las personas con obesidad mórbida, candidatos a cirugía, que acuden al Servicio de Cirugía Bariátrica del Hospital Torrecárdenas (Almería). Tras la evaluación de los pacientes obesos al año, a los dos años y a los cinco años de la cirugía, se ha observado una disminución del peso, por tanto, descenso en el IMC y en el grado de obesidad, la mejoría o desaparición de las comorbilidades y por ello un aumento en las variables de calidad de vida, ésta se puede medir con ayuda de cuestionarios genéricos o específicos, por ejemplo Bariatric Outcomes System (BAROS), Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), Impact of Weight on Quality of Life (IWQoL-Lite). La percepción que tienen los pacientes de su calidad de vida, de acuerdo con los instrumentos MA II y BAROS reflejan que casi la mitad de la población de este

96

estudio sienten que tienen una calidad de vida que se encuentra en el rango de muy pobre a buena y el resto la perciben de buena a muy buena para MAII, mientras que para la prueba de BAROS el 40% de ellos la perciben de mala a buena y el 60% restante de muy buena a excelente.

Wimmelmann et al., (2014) realizaron un metanálisis, donde se revisaron las bases de datos PubMed PsycInfo and Web de ciencias buscando investigaciones sobre predictores psicológicos tempranos de la salud mental o HRQL después de la cirugía bariátrica. De los artículos publicados entre 2003 y 2012, se obtuvo una muestra mayor a 30 al establecer que tuvieran un año de seguimiento, sin embargo, solamente 10 artículos fueron incluidos.

Los predictores de la calidad de vida post operatoria incluyen la personalidad, desórdenes psiquiátricos severos y síntomas depresivos. Adicionalmente los síntomas psiquiátricos que persisten después de la cirugía y las conductas alimentarias inadecuadas postoperatorias son probablemente los que contribuyen a una pobre salud relacionada con los resultados en la calidad de vida. Concluyen que los factores psicológicos parecen ser importantes para la salud mental y la calidad de vida después de la cirugía bariátrica.

Sogg et al., (2016), señalan que la obesidad está asociada significativamente a un deterioro en la calidad de vida, particularmente en términos del impacto de las comorbilidades como la depresión y la ansiedad ([Montgomery & Watkins, 2005; Ahroni, Brancatisano, Wahlroos & Brancatisano, 2008; Aasprang, Andersen, Vage, Kolotkin & Natvig, 2013; Lin et al., 2013; Castellini, Godini, Amedei, Faravelli et al., 2014; Castellini, Godini, Amedei, Galli et al., 2014] [citado en Sogg et al., 2016]), infertilidad ([Merrell, Lavery, Ashton & Heinberg, 2014] [citado en Sogg et al., 2016]), desórdenes del piso pélvico ([Whitcomb, Horgan, Donohue & Lukacz, 2012; Cuicchi et al., 2013] [citado en Sogg et al., 2016]). funcionamiento físico ([Tompkins, Bosch, Chenowith, Tiede & Swain, 2008; Josbeno, Jakicic, Hergenroeder & Eid, 2010;

Vincent et al., 2012; Vargas, Picolli, Dani, Padoin & Mottin, 2013] [citado en Sogg et al., 2016]), reflujo gástrico (Woodman et al., 2012) y funcionamiento sexual ([Hernández-Hernández et al., 2013] [citado en Sogg et al., 2016]).

Lo anterior afecta la calidad de vida física y mental siendo fuertes motivaciones para someterse a la cirugía ([Libeton, Dixon, Laurie & O'Brien, 2004] [citados en Sogg et al., 2016]). Numerosos estudios han encontrado mejoras significativas en la salud, peso y calidad de vida posterior a la cirugía ([Meneghelli, Bressani & Scopinaro, 1999; Mathus-Vliegen, de Weerd & de Wit, 2004; Rodrigo, Diago & Díez, 2004; Montgomery, Watkins, 2005; Peluso & Vanek, 2007; Ahroni, Brancatisano, Wahlroos & Brancatisano, 2008; Klingemann, Pataky, Iliescu & Golay, 2009; McKillop & Jull, 2012; Guedea et al., 2012; Himpens, Verbrugghe, Cadiere, Everaerts & Greve, 2012; McLeod et al., 2012; Aasprang, Andersen, Vage, Kolotkin & Natvig, 2013; Laurino Neto & Herbella, 2013; Prazeres de Assis, Alves da Silva & Sousa Vieira de Melo, 2013; Robert, Denis, Badol-Van Straaten, Jaisson-Hot & Gouillat, 2013; Mar, Karlsson, Arrospide, Mar, Martinez de Aragon & Martinez-Blazquez, 2013; Schwartz, Etchechoury & Collet, 2013; Adami et al., 2014; Colquitt et al., 2014; Jensen et al., 2014; Loveman & Frampton, 2014; Warholm, Marie Oien & Raheim, 2014] [citados en Sogg et al., 2016]), incluidos aspectos específicos como mejor funcionamiento ocupacional (Sockalingam, et al., 2015) y sexual (Rosenblatt, Faintuch & Cecconello, 2013).

Impulsividad

La impulsividad se relaciona con una mayor ingesta de calorías, elección de comidas con bajo valor nutricional, valorando en mayor medida el sabor de la comida, además se ve involucrada en el consumo de alimento bajo la influencia de estados emocionales negativos, como tristeza y enojo (Jasinska et al., 2012) una mayor reactividad a las señales de comida y comer una mayor cantidad con la presencia de otras personas (Van den Akker et al., 2014).

Se consideran dos vías principales por las cuales la disminución de la actividad del factor neurotrófico del cerebro (BDNF) puede conferir vulnerabilidad a la sobrealimentación y al aumento de peso en un ambiente obesogénico. La primera vía "directa" se centra en el papel específico del BDNF como mediador del control de la ingesta de alimentos en áreas cerebrales ricas en receptores de BDNF, incluyendo el hipotálamo y el cerebro posterior. Se propone que la actividad baja de BDNF limitada a esta vía directa, lo que puede explicar mejor la sobrealimentación y la obesidad fuera del contexto de trastornos neuropsiquiátricos mayores. Una segunda vía "indirecta" considera los amplios efectos neurotróficos del BDNF en sistemas de monoamina claves, que median la desregulación del humor, la impulsividad y la disfunción ejecutiva, así como el comportamiento alimentario per se. La interrupción en esta vía puede explicar mejor la sobrealimentación y la obesidad en el contexto de diversas alteraciones neuropsiquiátricas, incluyendo trastornos del estado de ánimo, trastorno por déficit de atención y / o trastornos por atracón (Ooi, Kennedy, & Levitan, 2012).

La alta reacción asociada a las señales de comida y la respuesta impulsiva a estas señales, puede ser una contribución importante para la epidemia de obesidad. Van den Akker et al., (2014) revisan el papel de la reacción a las señales de comida (respuestas fisiológicas y psicológicas asociadas a las señales de comida que motivan la conducta de comer) y la impulsividad (acción rápida sin considerar todas las consecuencias) para la ingesta de comida, el índice de masa corporal y la baja de peso exitosa. Las inconsistencias en la definición y medida de estos constructos crean dificultades para interpretar los hallazgos, sin embargo, la evidencia parece sostener que están relacionados; parece existir una relación entre éstos y los patrones de comida. La reacción a las señales de comida comprende una serie de respuestas psicológicas y fisiológicas asociadas con símbolos, una parte de la respuesta está condicionada por la genética, pero también tiene un importante componente aprendido, incluido el condicionamiento Pavloviano. En las personas

con sobrepeso y obesidad parece haber una mayor respuesta a las señales y consumir más alimentos que los individuos de peso saludable en pruebas de sabor falso. Aunque algunos estudios demuestran que la respuesta a las señales de comida se asocia con una mayor ingesta de alimentos, esta respuesta a los alimentos sólo predice la ingesta de alimentos en individuos con bajo control de impulsos. Ser altamente sensible a señales de alimentos es un factor de pronóstico negativo para el éxito en la pérdida de peso, pero la pérdida de peso también parece reducir la respuesta a las señales de comida. La obesidad a su vez puede mantener o incluso facilitar el comportamiento impulsivo, como resultado de los efectos de inflamación sistémica, la resistencia a la insulina y la desregulación de los lípidos que llevan a la reducción de la función ejecutiva (Van den Akker et al., 2014).

Las personas con sobrepeso/obesidad parecen tener más dificultades para inhibir las respuestas, reportando comportamientos más impulsivos y diferir las recompensas, con más dificultad que los individuos de peso saludable. La impulsividad también parece interferir con el éxito en las intervenciones para la pérdida de peso, aunque los hallazgos son mixtos (Van den Akker et al., 2014).

Nederkoorn, Smulders, Havermans, Roefs, y Jansen, (2006), señalaron que en nuestro ambiente obesogénico, el autocontrol puede ser necesario para evitar comer en exceso, la impulsividad hace más difícil resistir la tentación de comer demasiado y, por lo tanto, puede contribuir al sobrepeso. En este estudio, se puso a prueba la hipótesis de que los individuos obesos son más impulsivos. Se evaluaron 31 mujeres obesas y 28 mujeres delgadas, de la población normal, en comportamiento y tres medidas de auto-reporte de impulsividad (Demora de la respuesta, carácter impulsivo de la Prueba de Personalidad de Eysenck y Escala de búsqueda de sensaciones). Las mujeres obesas parecen más impulsivas en la última parte de la tarea conductual, pero no en las medidas de autoinforme.

El aumento de la impulsividad y la ineficiente inhibición del control son cada vez más reconocidos como factores de riesgo para la alimentación poco saludable y la

obesidad, pero los procesos subyacentes no se entienden plenamente. Se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales para investigar las relaciones entre la impulsividad, el control de la inhibición, el comportamiento alimenticio, y el índice de masa corporal (IMC) en 210 estudiantes de pregrado que oscilaron entre bajo peso y obesidad. Se demostró que la impulsividad y los déficits de control inhibitorio se asocian positivamente con varias facetas de la alimentación poco saludable, incluyendo comer en exceso en respuesta a señales externas de alimentos y en respuesta a estados emocionales negativos y hacer elecciones de alimentos basadas en preferencias de gusto, sin considerar el valor para la salud. Este tipo de alimentación poco saludable, en su mayoría, se asocia con el aumento del IMC (Jasinska et al., 2012).

Afrontamiento

Moliner (1988) dice que es la acción de afrontar, de hacer frente, a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, etc. (citado en Rodríguez-Marín, 2001) o un agente o acontecimiento estresante. Señala que la mayoría de las investigaciones lo definen como un proceso que incluye los intentos del individuo para manejar los estresores, se trata pues de un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital y restablecer el equilibrio, es decir adaptarse a la nueva situación.

Desde la perspectiva transaccional Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o interna que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Es interesante señalar que pese a ser uno de los temas más abordados, en psicología de la salud para diversos padecimientos como en cardiopatías, artritis, trastornos digestivos, etc.), no ha sido así para la obesidad.

Rodríguez-Marín (2001) señala que Lazarus desde 1966 discutió dos tipos de respuesta de afrontamiento: acciones observables diseñadas para modificar la situación estresante directamente y en segundo lugar un tipo de afrontamiento paliativo definido como más acomodaticio, en cuyo caso la situación estresante se acepta, y las acciones se orientan al manejo o reducción de los sentimientos de estrés negativo o *distrés* que resultan de ella. El afrontamiento centrado en la emoción se usa para controlar ésta, algunas veces alterando el significado de un resultado; el centrado en el problema se usa para controlar la relación alterada entre la persona y su circunstancia mediante la solución del problema, la toma de decisiones y/o la acción directa y puede dirigirse tanto al entorno como a uno mismo.

Rodríguez-Marín (2001) presenta otras aproximaciones de clasificaciones de las respuestas de afrontamiento, según el foco, orientadas a la situación, orientadas a la representación u orientadas a la evaluación; según el método aproximativas, pasivas, evitativas; según el tipo de proceso comportamentales o cognoscitivas; según el momento anticipatorias o restaurativas; según su amplitud generales/globales o específicas.

Rodríguez-Marín (2001), comenta que la selección de una respuesta de afrontamiento en particular puede depender de varios factores, como son la gravedad, mutabilidad y la remediabilidad percibida del estresor; la forma en que llevamos a cabo estas elecciones podría estar relacionado con estilos de afrontamiento o con dimensiones de personalidad básica; otro factor importante es la dificultad o costo de la respuesta de afrontamiento.

Paff y Park (2016) realizaron una investigación de corte cualitativo, cuyo propósito fue comprender cómo las mujeres enfrentan el estrés interpersonal asociado con la cirugía bariátrica. Para lo cual se realizaron 13 entrevistas en profundidad con mujeres que habían sido sometidas a cirugía bariátrica. Los datos se analizaron utilizando procesos de comparación constantes, los análisis revelaron que los participantes afrontaron el estrés asociado con la cirugía bariátrica usando cinco

formas, incluyendo: buscar y proporcionar apoyo social; decidir no revelar el hecho de su cirugía a otros ("no divulgación voluntaria"), "tamizaje o screening" es decir limitando deliberadamente sus interacciones o contacto con individuos que percibían como amenazantes para su bienestar emocional, reestructuración del problema, y educar a otros sobre la cirugía bariátrica. En la medida en que los participantes adoptaron diversas formas de afrontamiento y adaptaron la forma de hacer frente a la situación actual, su enfoque para tolerar el estrés interpersonal que surgen de sus cirugías reflejaba "flexibilidad para el afrontamiento". Aunque varias de las estrategias de afrontamiento ayudaron a los participantes a manejar el estrés interpersonal asociados con la cirugía bariátrica, otros crearon estrés adicional en sus vidas o resultaron ambivalentes.

Monitoreo de salud conductual posterior a la cirugía

Sogg et al., (2016) indican que la necesidad de asegurar los cuidados psicosociales postquirúrgicos, está establecida en las guías clínicas ([Sauerland et al., 2005; Greenberg, Sogg & Perna, 2009; Mechanick et al., 2009] [citados en Sogg et al., 2016]) y la evidencia sugiere que tales cuidados están asociados con mejores resultados posteriores a la cirugía ([Beck, Johannsen, Støving, Mehlsen & Zachariae, 2012 citados en Sogg et al., 2016]).

Han sido reportados en la literatura resultados adversos, incluida la no adherencia al régimen post operatorio ([Jamal et al., 2006; Pontiroli et al., 2007; Rasmussen, Fuller & Ali, 2007; Sarwer et al., 2008; Welch et al., 2008; Toussi, Fujioka & Coleman, 2009; Warde-Kamar, Rogers, Flancbaum & Laferre, 2004; Gorin, 2009; Junior, do Amaral & Nonino-Borges, 2011; Welch, Wesolowski, Zagarins, Kuhn, Romanelli, Garb & Allen, 2011] [citados en Sogg, Lauretti & West-Smith, 2016]). pérdida insuficiente del exceso de peso ([Zijlstra et al., 2009] [citados en Sogg et al., 2016]) o reganancia de peso ([Busetto et al., 2006; Barhouch, Zardo, Padoin,

Colossi, Casagrande, Chatkin & Mottin, 2010; Welch, Wesolowski, Piepul, Kuhn, Romanelli & Garb, 2008; Kofman, Lent & Swencionis, 2010; Deitel, 2011; Higa, Ho, Tercero, Yunus & Boone, 2011] [citados en Sogg et al., 2016]) dificultades alimentarias (King et al., 2012; [Kalarchian et al., 2002; Niego, Kofman, Weiss & Geliebter, 2007; Rusch & Andris, 2007; Colles, Dixon & O' Brien, 2008; de Zwaan et al., 2010; Kofman, Lent & Swencionis, 2010; White, Kalarchian, Masheb, Marcus & Grilo, 2010] [citados en Sogg et al., 2016]), problemas de adicción ([Ertelt et al., 2008; Saules et al., 2010; Wendling & Wudyka, 2011; Suzuki, Haimovici & Chang, 2012; Conason, Teixeira, Hsu, Puma, Knafo & Geliebter, 2013] [citados en Sogg et al., 2016]) y en circunstancias extremas, suicidio ([Omalu et al., 2004; Omalu et al., 2005; Tindle et al., 2010] [citados en Sogg et al., 2016]).

En ausencia de resultados adversos, se encuentran cambios conductuales y adherencia sostenida al régimen postoperatorio a largo plazo ([Sheets et al., 2015] [citados en Sogg et al., 2016]).

Los factores psicosociales tienen un mayor efecto en los resultados en el primer año posterior a la cirugía cuando los efectos mecánicos y biológicos tienen mayor efecto ([Rutledge, Groesz, & Savu, 2011] [citados en Sogg et al., 2016]). Las mejoras posquirúrgicas en calidad de vida, funcionamiento psicosocial, síntomas psiquiátricos tienen que ser observados, para ver si se deterioran con el tiempo ([Strain et al., 2011; Mitchell et al., 2014] [citados en Sogg et al., 2016]). Debe contemplarse un seguimiento a largo plazo de los pacientes de cirugía bariátrica ([Van Hout et al., 2006; Kalarchian et al., 2008; Alger-Mayer, Rosati, Polimeni & Malone, 2009; Davin & Taylor, 2009; Hwang et al., 2009; Kruseman, Leimgruber, Zumbach & Golay, 2010; Livhits et al., 2010; Legenbauer, Petrak, Zwaan & Herpertz, 2011; Rutledge, Adler & Friedman, 2011; Grupski et al., 2013; Kubik, Gill, Laffin & Karmali, 2013] [citados en Sogg et al., 2016]) y el plan para este seguimiento debe ser definido antes de la cirugía, la conducta en casa, grupos de apoyo, monitoreo por el equipo de cirugía, siendo referido al profesional adecuado, cuando es necesario (Sogg et al., 2016).

De lo anterior se puede concluir que los factores psicosociales, la adherencia y el régimen de estilo de vida posterior a la cirugía son de suma importancia para los resultados postoperatorios. Los especialistas recomiendan la evaluación y cuidado del paciente tanto antes como después de la cirugía. El clínico juega un papel importante en el tratamiento multidisciplinario del paciente bariátrico, para identificar los factores que pueden plantear desafíos al resultado quirúrgico y proporcionar recomendaciones al paciente y al equipo bariátrico sobre cómo manejar estos aspectos, por lo que la participación del psicólogo es de suma importancia como veremos en el siguiente apartado.

El papel del psicólogo en el equipo interdisciplinario para cirugía bariátrica

Con relación a la evaluación inicial de los pacientes, el National Institute of Health Consensus (NIH) declaró que todos los pacientes que se someten a cirugía bariátrica deben someterse también a un tratamiento interdisciplinario incluyendo una evaluación por personal de salud mental (NIH, 1991), cuyo objetivo es identificar posibles obstáculos para el éxito de la cirugía; estos factores pueden indicar la recomendación de un manejo adicional ya sea con intervenciones previas o posteriores a la cirugía y en algunos casos puede contraindicar la cirugía.

A la fecha no existen guías que definan con precisión la evaluación psicológica de estos pacientes. Sin embargo, las guías norteamericanas de cirugía bariátrica (AACE/TOS /ASMBS, 2008) indican que todos los pacientes que serán sometidos a este tipo de cirugía deberán ser sometidos a una evaluación completa para identificar los factores que influyeron en el desarrollo de la obesidad, como así también aquellos factores que pudieran interferir en el bienestar del paciente después de la cirugía.

En la actualidad la norma oficial NOM-168-SSA1-1998 y NOM-174-SSA1-1998 para el tratamiento de la obesidad establece: “La indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad, deberá ser resultado de la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario, conformado al menos por: cirujano, anestesiólogo, internista, licenciado en nutrición y *psicólogo clínico*” (Secretaría de Salud, 1999; 2000).

El papel del psicólogo en un equipo interdisciplinario para cirugía bariátrica consiste en la evaluación inicial de los pacientes con el fin de determinar su capacidad para cumplir con los cambios en el estilo de vida que se necesitan antes y después de la cirugía, brindar al paciente psico-educación a fin de prepararlo para estos cambios y para tomar una decisión informada acerca de someterse o no a la cirugía (Sierra-Murguía, 2013). En el tratamiento psicológico se debe contemplar no sólo la reducción de peso como producto final, sino un proceso continuo con resultados positivos en la calidad y estilo de vida, así como la conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica que prevenga las recaídas (Villaseñor et al., 2006).

De las actividades del psicólogo en la evaluación de los candidatos dentro de los Protocolos de Cirugía Bariátrica, Sogg et al., (2016) señalan que habitualmente incluye una entrevista clínica, sobre aspectos generales y específicos referidos a los componentes psicosociales, psicopatología y estado mental, así como pruebas psicométricas.

Sierra-Murguía (2013) dice que el paciente deberá ser sometido a una evaluación psiquiátrica y conductual encaminada al conocimiento de factores ambientales, sociales, familiares que influyen en el problema. El psicológico deberá identificar posibles contraindicaciones para la cirugía tales como adicciones, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, psicosis severa, esquizofrenia, retraso mental severo, trastorno de estrés post-traumático, desorden de ansiedad generalizado, desregulación de la conducta alimentaria, depresión, crisis emocional actual, situaciones de riesgo (consumo de drogas, trastorno por atracón), poco apoyo social, entorno familiar disfuncional, historia previa de bulimia y/o abuso de alcohol

(por lo menos 1 año en remisión), expectativas poco realistas de la cirugía y duelo reciente; factores que son más comunes entre los pacientes con obesidad que en la población general.

Pérez y Gastañaduy (2005) manifiestan que en el Hospital de Conxo, del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) se utiliza una evaluación psicológica psiquiátrica, con la finalidad de realizar una buena selección de los candidatos, a fin de que se obtengan los resultados esperados a largo plazo. En las evaluaciones psicológicas se incluyen: Los hábitos alimenticios y la posible existencia de trastornos de la conducta alimentaria; la capacidad del enfermo para comprender en qué consiste la cirugía, los riesgos de ésta y los cuidados que de por vida requerirá; los posibles trastornos mentales y rasgos patológicos de personalidad de los pacientes.

En esta evaluación utilizan una entrevista para valorar los hábitos de alimentación de los pacientes y se piden registros de alimentación, el BITE (Prueba de Investigación de Bulimia de Edinburgo), que proporciona información sobre síntomas relacionados con la bulimia nerviosa (atracones, vómitos y otras formas inadecuadas para perder peso) y sobre la gravedad de estos síntomas, el Cuestionario de Trastornos de la Alimentación (EDI) y el BSQ que valora la satisfacción con la propia imagen corporal; la prueba de Vocabulario del WAIS-III (que es la que mejor correlaciona con la puntuación total de la prueba). Si con esta información existe sospecha de retraso mental se le administra el WAIS-III completo. Otro instrumento frecuentemente utilizado ha sido el Escala de Matrices Progresivas de Raven que valora inteligencia general. Por último, para valorar existencia de trastornos mentales que pudieran contraindicar la cirugía, tanto el psicólogo clínico como el psiquiatra realizan entrevistas clínicas, se evalúan las expectativas que el paciente tiene acerca de los resultados de la cirugía y en qué medida éstas son realistas, así como las motivaciones que han llevado al paciente a la intervención quirúrgica.

En el Hospital General de Alicante, la valoración psicológica de los pacientes con obesidad mórbida previa a la cirugía bariátrica es parte crucial en la correcta selección de los candidatos. Utilizan el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) en su versión abreviada de 13 reactivos y el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) (Pérez-Martínez, De la Torre, Tirado & Hofstadt, 2011).

Tura, Escudero, Romaguera y Burguera (2013), consideraron la deserción como un problema muy frecuente y grave en la efectividad de la pérdida de peso y una de las principales causas de fracaso del tratamiento en el manejo de los pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica. Para averiguar que pruebas son más predictivas de éxito, en la evaluación psicométrica de estos pacientes, evaluaron a sesenta pacientes entre 18 y 65 años a los que les aplicaron la Escala de Depresión de Hamilton, la Escala de Ansiedad de Hamilton, el Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok, El Inventario Eating Disorder 2, SF-36 Health Survey y el Cuestionario de Impulsividad de Plutchik. Los resultados sugieren que el Cuestionario de impulsividad de Plutchik, podría ser utilizado como un predictor para el éxito de los cambios en el estilo de vida para perder peso. Sugieren que los perfiles con más probabilidad de éxito son aquellos de cualquier edad, casados, con menos de 15 años de escolaridad, con manejo de los impulsos y poco peso inicial que perder.

En el Servicio de Psicología Médica de Boston del VA Boston Healthcare System, se realizó una entrevista semiestructurada con la finalidad de asegurar una investigación exhaustiva de los factores pertinentes para el éxito de la cirugía bariátrica y la generación de protocolos estándar. La Entrevista Boston organiza la información en 7 áreas principales de evaluación: 1) historia del peso, la dieta y la nutrición 2) conductas alimentarias actuales; 3) historia médica; 4) el conocimiento de los procedimientos quirúrgicos, riesgos y el régimen post-quirúrgico; 5) la motivación y las expectativas de resultado quirúrgico; 6) las relaciones y sistema de apoyo; y 7) el funcionamiento psiquiátrico (Sogg & Mori, 2004).

El consenso mexicano de psicología bariátrica (Ríos et al., 2010) sugiere que, en la evaluación inicial de los pacientes, los objetivos son determinar su capacidad para cumplir con los cambios en el estilo de vida que se necesitan antes y después de la cirugía, brindar al paciente psico-educación a fin de prepararlo para estos cambios y para tomar una decisión informada acerca de someterse o no a la cirugía. Esta preparación ayuda al paciente a tener expectativas realistas sobre los resultados del procedimiento al que se quiere someter y disminuye el sentimiento de incertidumbre, que a su vez genera ansiedad.

En esta primera evaluación se debe lograr una buena empatía con el paciente y su familia; los aspectos a ser evaluados son la presencia de psicopatología, su historia psiquiátrica, la historia del peso, la conciencia de enfermedad, la motivación para realizar la cirugía, el compromiso al cambio, expectativas de los resultados, redes de apoyo, conductas alimentarias incluyendo trastornos de la misma, los factores psicológicos que contribuyeron al desarrollo y mantenimiento de la obesidad y también las complicaciones psicosociales de la pérdida de peso. Sugieren también evaluar cómo ha repercutido la obesidad en los aspectos físico, emocional, social, familiar y sexual.

Señalan Ríos, et al., (2010), en conclusión, los dos objetivos del trabajo del psicólogo en un equipo de cirugía bariátrica son: a) Identificar posibles contraindicaciones para la cirugía tales como adicciones, trastornos psiquiátricos graves, trastornos psiquiátricos moderados o descontrolados. b) Identificar retos post-quirúrgicos y proporcionar estrategias conductuales para la modificación del estilo de vida y el mantenimiento a largo plazo del mismo. Se debe reforzar el cambio de hábitos, apoyar el cambio en la imagen corporal y el manejo de relaciones sociales y familiares. El tiempo que sugiere el consenso mexicano de psicología bariátrica es de un año, dividido de acuerdo con las necesidades del paciente.

El consenso mexicano de cirugía bariátrica señala como contraindicaciones absolutas: crisis emocional actual, trastornos psiquiátricos, situaciones de riesgo (consumo de alcohol, drogas, trastorno por atracón), poco apoyo social y contra indicaciones relativas: entorno familiar disfuncional, historia previa de bulimia y/o abuso de alcohol (por lo menos 1 año en remisión), expectativas poco realistas de la cirugía y duelo reciente. No se recomienda que el paciente sea sometido a la cirugía hasta resolver estas condiciones, sí es que las presenta.

Pruebas psicométricas

Sogg, et al., (2016) establecen en su análisis que entre la mitad y las dos terceras partes de los reportes profesionales, utilizan pruebas psicométricas en los protocolos de evaluación bariátrica, con instrumentos específicos de una amplia variedad ([Bauchowitz et al., 2005; Fabricatore et al., 2006; Walfish, Vance & Fabricatore 2006] [citados en Sogg et al., 2016]).

Las pruebas psicométricas pueden proporcionar datos con respecto a rasgos de personalidad y psicopatología, más de los que pueden obtenerse en la entrevista clínica, pero deben relacionarse con la baja de peso postquirúrgica y otros resultados de la cirugía ([Marek, Ben-Porath, Merrell, Ashton & Heinberg, 2014; Marek et al., 2015] [citados en Sogg et al., 2016]).

Algunos instrumentos incluyen uno o más índices de validez de las respuestas que dan los pacientes al responder; esto es relevante porque algunos pacientes tienden a presentarse a sí mismo de manera sobrevalorada positivamente y / o minimizar el estrés psicológico debido a las creencias de que este resultado puede hacerlos más recomendables para la cirugía ([Walfish & Ritz, 2010; West-Smith & Sogg, 2010; Heinberg, 2013] [citados en Sogg et al., 2016]).

Hay evidencia que sostiene una alta probabilidad, de que las problemáticas conductuales sean respondidas en un cuestionario realizado en una interacción frente a frente con un profesional ([Heinberg, 2013] [citado en Sogg et al., 2016]).

Cuando se considera incluir medidas psicométricas en el protocolo de evaluación, debe considerarse:

- La confiabilidad y validez de las mediciones (Walfish & Ritz, 2010).
- Existencia de evidencia empírica de normas específicas para población bariátrica.
- Evidencia empírica que demuestre una relación entre el instrumento y varios aspectos del resultado de la cirugía.
- La relevancia de que los aspectos evaluados por el instrumento se vinculan al proceso de la cirugía.
- El grado en el cual la medida es subjetiva, de autoreporte y la inclusión de índices de validez de la respuesta del paciente.
- La carga de tiempo, intrusión en aspectos personales, costo de la medición para los pacientes, el programa y el clínico.
- Que la información obtenida incrementa la información y que va más allá de lo que puede ser fácil y confiablemente obtenido en una entrevista clínica.

Cualidades del evaluador

Se ha indicado que los profesionales de la salud conductual son los más calificados para evaluar los aspectos conductuales, emocionales, psicosociales y psiquiátricos (Sogg et al., 2016). Es importante que el evaluador tenga conocimientos especializados, experiencia y entrenamiento en obesidad, trastornos alimentarios y cirugía bariátrica ([Greenberg, Soog, Perna, Kaplan & Sullivan, 2005; Wadden & Sarwer 2006; Bauchowitz, Azarbad, Day & Gonder-Frederick, 2007; Wadden et al., 2007; Walfish, Vance & Fabricatore, 2007; Mechanick et al., 2009; West-Smith & Sogg, 2010] [citados en Sogg et al., 2016]). La evaluación de los aspectos requeridos no son parte de una medición psicológica regular (Sogg et al., 2016).

Reporte escrito

Sogg et al., (2016) comentan que un reporte debe incluir un breve resumen de los hallazgos más relevantes de la entrevista y cuando es adecuado, de otras fuentes de información. Lo más importante del reporte es que incluya los requerimientos y/o recomendaciones basadas directamente en los hallazgos de la evaluación. Esto puede incluir, cuando es pertinente, sugerencias de intervenciones pre o post quirúrgicas, las cuales deberán ser especificadas, paso a paso, para minimizar barreras y obtener resultados psicosociales y médicos óptimos después de la cirugía, mejorando la adherencia conductual ([Walfish & Ritz, 2010] [citado en Sogg et al., 2016]).

Con base en los antecedentes revisados en la literatura nacional e internacional, se puede puntualizar la importancia de evaluar los factores psicosociales asociados al éxito o fracaso posterior a la cirugía bariátrica, en primer término se ha estudiado la personalidad del paciente obeso, con resultados contradictorios (Luna, 2007); respecto a la importancia de comprender los beneficios de la cirugía, se ha encontrado que los pacientes pueden tener una tendencia a sobrevalorar o minimizar los riesgos asociados a la cirugía y los cambios conductuales requeridos (Wadden, Sarwer & Williams, 2006; Sogg & Mori, 2009).

Por otro lado la motivación se considera la causa de una conducta (Ramajo, 1992 citado en Aguilar, 2011) los pacientes con obesidad mórbida suelen referir los problemas de salud como la principal motivación para someterse a la cirugía (Sogg, et al., 2016)], otro factor que se ha considerado importante en estos pacientes es la influencia de las expectativas y la baja de peso, en donde se han encontrado resultados mixtos (Sogg et al., 2016).

La impulsividad se ha relacionado con una mayor ingesta de calorías, elección de comidas con bajo valor nutricional, valorando en mayor medida el sabor de la

comida, además de que se considera se ve involucrada en el consumo de alimento bajo la influencia de estados emocionales negativos, como tristeza y enojo (Jasinska et al., 2012), otro factor que ha sido estudiado en el manejo de la conducta para bajar de peso, se extiende a la calidad de apoyo social que tengan los pacientes ya que impacta en la adherencia al tratamiento y los resultados de la cirugía (Sogg et al., 2016).

Uno de los aspectos más estudiados dentro de la Psicología de la Salud es el afrontamiento de los pacientes y su relación con la enfermedad, en el caso de la obesidad mórbida solo se encontró el estudio de Paff y Park (2016) de corte cualitativo sobre cómo las mujeres enfrentan el estrés interpersonal asociado con la cirugía bariátrica.

Lo señalado anteriormente, permite determinar la vital importancia de desarrollar investigación para identificar los factores psicosociales asociados al éxito o fracaso de la cirugía bariátrica, y pone de manifiesto la escasa investigación que al respecto existe en nuestro país, pese a ser el país con primer lugar en obesidad infantil y el segundo en obesidad de adultos, que debería dedicar esfuerzos muy importantes en la comprensión de este fenómeno, que amenaza con colapsar todos los sistemas de salud del país, en la atención de las comorbilidades.

En el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad de Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), al iniciarse el Protocolo de Cirugía Bariátrica y ante la solicitud del Servicio de Cirugía en cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana de realizar una evaluación Psicológico- Psiquiátrica de los pacientes para evaluar la viabilidad de la cirugía, se inició con la aplicación de la batería establecida para la evaluación de la personalidad en los Servicios de Psicología del ISSSTE compuesta por la Escala de Matrices Progresivas de Raven, Prueba de la Figura Humana de Machover, Prueba de Frases incompletas de Sacks y MMPI-2, que a consideración del equipo de trabajo no ha permitido diferenciar a

los pacientes que tendrán éxito en la cirugía y que motivaron la creación de una línea de investigación registrada en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre (CMN 20 de Noviembre) y de la cual este trabajo forma parte.

Método

Planteamiento del problema

México está considerado como el segundo lugar de obesidad en el mundo, lo que representa un problema de salud pública, considerando que de la población adulta el 30% es portadora de obesidad, esto significa 24.3 millones de adultos, de estos el 3%, es decir .729 millones de adultos presenta obesidad mórbida. De los 23.57 millones de obesos no mórbidos, de seguir la historia natural de la obesidad, el porcentaje que transitará a la obesidad mórbida aumentará considerablemente. Por otro lado, 4 de cada 10 adolescentes presentan sobrepeso u obesidad por lo que con mayor facilidad transitarán a la obesidad mórbida.

Según estimaciones del McKinsey Global Institute, la obesidad a nivel mundial impone costos equivalentes a 2.8% del PIB global. Esta cifra es parecida a la que generan los conflictos armados y el tabaquismo. Esto implica una gran presión sobre el presupuesto de las familias, los sistemas de salud y las finanzas públicas. Por una parte, afecta la salud de los habitantes, lo que tiene un impacto en la dinámica familiar, impone costos elevados de tratamiento y afecta su productividad. Por el otro, al reducirse la productividad de los trabajadores las empresas se ven afectadas, además la mayor necesidad de tratamiento impone retos considerables para las finanzas gubernamentales (IMCO).

Las complicaciones médicas de la obesidad, en el caso de México, se asocia con diabetes mellitus tipo dos, enfermedades cardiovasculares, trastornos al aparato locomotor y algunos tipos de cáncer, que se encuentran dentro de las principales causas de mortalidad en el país, el costo de la atención sobrepeso y la obesidad con un costo entre los 82 y 98 mil millones de pesos que equivalen a 73% y 87% del gasto programable en salud (2012), sólo considerando los costos atribuibles por

diabetes (IMCO), a estas cifras habría que sumarle los costos de los costos de las otras comorbilidades.

En el caso de la obesidad mórbida se suma al costo de la atención de las comorbilidades, el costo de una cirugía bariátrica oscila entre 55 mil y 150 mil pesos, cabe destacar que la cirugía mejora las comorbilidades principalmente la diabetes y disminuye las constantes ausencias al trabajo por razones médicas; sin embargo, de los pacientes que se someten a esta cirugía, de acuerdo a Bauchowitz et al., (2005) reportan que, a pesar de los cambios anatómicos realizados por la cirugía, la pérdida de peso y el mantenimiento a largo plazo no están garantizados. El éxito del procedimiento depende en gran medida de modificaciones conductuales por parte del paciente y de su habilidad para implementar cambios permanentes en su estilo de vida, tales como adhesión al régimen alimenticio y de actividad física, así como aprender nuevos estilos de afrontamiento para evitar acudir a la comida en momentos de tensión, estrés emocional; de no lograrlos puede haber resultados pobres o hasta contraproducentes con resultados indeseables como la recuperación de peso, desnutrición, depresión y ansiedad (citado en Sierra-Murguía, 2013).

No todos los pacientes se benefician con la cirugía; existen diferencias significativas en las variaciones en el peso a corto y largo plazo después de la cirugía (Kinzl et al., 2006). Un ejemplo de esto es que el 20% de los pacientes que se someten a cirugía para bajar de peso no logran disminuir significativamente o lo recuperan en corto plazo ([Greenberg, Sogg & Perna, 2009]) [citado en Sogg, Lauretti & West-Smith, 2016]). Este fracaso generalmente se atribuye a razones psicológicas o conductuales ([Busetto, Segato, Luca, Marchi, Foletto & Vianello, 2005] [citado en Sogg et al. 2016]).

En este panorama como señalan Bernard y Krupat (1994) las limitaciones del modelo biomédico ante el cambio de los patrones de enfermedad y la escalada de los costos del cuidado de la salud (Ahmed, Kolker & Coehlo, 1979) y su poca aplicabilidad en las enfermedades que se relacionan con los estilos de vida en

donde interactúan aspectos sociales y psicológicos, tanto como biológicos, en la etiología, curso y tratamiento (Jemmott & Locke, 1984), encontrándose entre estas enfermedades el sobre peso y obesidad los cuales son producto de estilos de vida poco saludables, en los que se combina una mala alimentación, generalmente rica en azúcares y/o grasas, con poca o nula actividad física, sin embargo existen múltiples causas subyacentes que influyen en las decisiones de los individuos, sobre estos aspectos de su estilo de vida.

En el CMN 20 de Noviembre, se realizan cirugías bariátricas desde la década de los 90's, la norma oficial NOM-168-SSA1-1998 y NOM-174-SSA1-1998, establece la necesidad de una evaluación multidisciplinaria para la realización de la cirugía, en donde se incluye la evaluación psicológica.

La experiencia en el CMN, 20 de Noviembre, es similar a la reportada en la literatura respecto al fracaso del 20% y ha originado, que algunos pacientes vuelvan a ser operados, generando dobles costos con una nueva cirugía; y el abandono del seguimiento en alrededor del 40% de los pacientes.

Ante el panorama de salud que enfrenta el país y la institución (CMN 20 de Noviembre) con el creciente número de pacientes portadores de obesidad mórbida, y ante el panorama de aumento inminente de esta patología es necesario conocer cuáles son los aspectos psicosociales asociados al éxito en pacientes sometidos a una cirugía bariátrica, a fin de brindar una atención adecuada a estos pacientes.

Objetivo general

Establecer indicadores de las características de personalidad y psicosociales de los pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica de éxito, que logran y mantienen una reducción de peso de al menos 50% del exceso de peso, después de un año o más, posterior a la cirugía.

Generar un instrumento de medición para estos indicadores.

Con los resultados encontrados, plantear estrategias de intervención para mejorar los resultados de los pacientes no exitosos.

Estudio 1

Objetivo

Determinar si existen rasgos de personalidad que diferencien entre pacientes exitosos y no exitosos posteriores a la cirugía bariátrica.

Variables

Definición conceptual

Éxito en la cirugía bariátrica: pacientes que logran y mantienen una reducción de peso de al menos el 50% del exceso de peso, después de un año o más de la cirugía (Abilés, Abilés, Rodríguez-Ruiz, Luna, Martín, Gándara & Fernández-Santaella, 2013).

Rasgos de personalidad, características de una persona particular, físicas y psicológicas, que influyen en la conducta y las respuestas al ambiente social y físico (Liebert & Lagenbach, 2000, p.5).

Definición operacional

Éxito en la cirugía bariátrica: Con el peso inicial y estatura, se obtuvo el Índice de Masa Corporal (IMC) inicial, con los datos actuales de peso y estatura, se obtuvo el IMC actual.

Se obtuvo para cada paciente la diferencia de IMC inicial y el IMC ideal de (24.9 normopeso) obteniéndose el 50% correspondiente de pérdida de peso esperado para considerarlo de éxito.

Se obtuvo la diferencia del IMC inicial y el IMC actual, este resultado se comparó con el ideal esperado, determinando si se había logrado, diferencias de > 0 , se consideró de éxito, si los resultados eran < 0 se consideraron no éxito.

Rasgos de personalidad, evaluados con las escalas clínicas del MMPI-2.

Tipo de estudio

De campo, correlacional, pues busca la asociación de variables mediante un patrón predecible para un grupo (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Comparativo, pretende recolectar en dos o más muestras información con el propósito de observar el comportamiento de una variable (Sánchez & Reyes, 1996).

Diseño

No experimental, las variables no se manipularán; transversal, las mediciones se realizarán en un solo momento (Hernández et al., 2010).

Participantes

250 pacientes mayores de 18 años, en Protocolo de Cirugía Bariátrica del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, que contaban con aplicación de MMPI-2 al ingresar al protocolo y que tenían más de un año de operados.

Muestreo

Intencional, la elección es por métodos no aleatorios se buscan las características a las de la población objetivo.

Criterios de inclusión/exclusión

Criterios de inclusión:

Pacientes dentro del protocolo de cirugía bariátrica, con al menos un año de haber sido operados, mayores de 18 años, que contaran en el expediente médico con el reporte del MMPI-2

Criterios de exclusión:

Pacientes del protocolo de cirugía bariátrica que no habían sido operados, que no tenían más de un año de haber sido operados, que no contaban en su expediente con el reporte del MMPI-2

Instrumento

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2. El MMPI-2, es un inventario de lápiz papel incluye 567 reactivos y no tiene reactivos repetidos. La prueba se puede aplicar de manera individual o colectiva. Su ejecución lleva entre 60 y 90 minutos. La prueba está estandarizada en México, (Lucio y Reyes-Lagunes, 1994). La edad de aplicación va de 18 a 84 años, pero cuidando que “el nivel de lectura del usuario sea de una persona de segundo de secundaria.”

Contiene siete escalas de validez: Mentira (L), Validez (F), Corrección (K), No puedo decir (?), Inconsistencia en las Respuestas Variables (INVAR) e Inconsistencia en

las Respuestas Verdaderas (INVER), las escalas clínicas son diez: Hipocondría (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi), Desviación Psicopática (Dp), Masculinidad-Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es), Hipomania (Ma) e Introversión social (Is). Cuenta con trece escalas suplementarias que son: Timidez (T), Ansiedad (A), Represión (R), Fuerza del Yo (Fyo), Alcoholismo de Mac Andrew (A-MAC), Hostilidad Reprimida (HR), Dominancia (Do), Responsabilidad Social (Rs), Desajuste Profesional (Dpr), Género Masculino (GM), Género Femenino (GF), Estrés Post-traumático de Keane (EPK), Estrés Post-traumático de Schlenger (EPS). Las escalas de contenido son quince: Ansiedad (ANS), Miedo (MIE), Obsesión (OBS), Depresión (DEP), preocupación por la salud (SAU), Pensamiento extravagante (DEL), Hostilidad (ENJ), Cinismo (CIN), Prácticas Antisociales (PAS), Personalidad Tipo A (PTA), Baja autoestima (BAE), Incomodidad Social (ISO), Problemas Familiares (FAM), Dificultad en el Trabajo (DTR) y Rechazo al Tratamiento (RTR).

En esta investigación se utilizaron sólo las escalas clínicas.

Procedimiento

Se elaboró una base de datos de los pacientes que fueron evaluados dentro del Protocolo de Cirugía Bariátrica de 2006 a 2014, por el Servicio de Psicología.

De los expedientes clínicos, se obtuvo la información referente a si fueron operados, en qué fecha, peso inicial y la evolución del peso posterior a la cirugía, perfiles de las escalas clínicas del MMPI-2, así como abandono o permanencia del seguimiento médico posterior a la cirugía.

Resultados

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para obtener frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de dispersión, y comparativas con prueba t de Student de los datos de las variables de estudio entre los grupos exitosos – no exitosos.

De los Participantes

Fueron 250 pacientes, 197 mujeres (79%); 146 de ellas (74%) lograron bajar el 50% de exceso de peso mientras que 51 de ellas no (26%). De los 53 hombres; 30 de ellos disminuyeron el exceso de peso (57%) y 23 no lo hicieron (43%). Ver Tabla 1.

Tabla 1. Éxito o no éxito al bajar el 50% de peso ideal, por sexo.

| | Total | | Éxito | | No Éxito | |
|---------|----------|----|----------|----|----------|----|
| | Cantidad | % | Cantidad | % | Cantidad | % |
| Hombres | 53 | 21 | 30 | 57 | 23 | 43 |
| Mujeres | 197 | 79 | 146 | 74 | 51 | 26 |

Nota. n=250 pacientes.

La edad de la muestra fue de 19 a 67 años (M=42.7 años, DT= 9.14). El IMC pre quirúrgico fue de 32.87 a 88.58 (M=47.37, DT= 7.27), el IMC post quirúrgico de 14.46 a 58.69 (M= 34.21, DT= 7.05). Ver Tabla 2.

Tabla 2. Edad, estatura, peso e IMC pre quirúrgico (PreQx), Peso e IMC Post Quirúrgico (PostQx) de la muestra completa.

| | Rango | Media | DE |
|------------|--------------------------------|--------|-------|
| Edad | 19-67 años | 42.7 | 9.14 |
| Estatura | 1.43-1.95 m | 1.62 | 9.12 |
| Peso pre | 80-250 kg | 125.16 | 24.25 |
| Peso post | 46.5- 175 kg | 90.24 | 21.36 |
| IMC pre Qx | 32.87- 88.58 kg/m ² | 47.37 | 7.27 |
| IMC postQx | 14.46- 58.69 kg/m ² | 34.21 | 7.05 |

Los pacientes residían en su mayoría en la Ciudad de México (102 pacientes; 41%), le sigue el Estado de México (25 pacientes; 10%) y el estado de Querétaro (20 pacientes; 8%), el resto provienen de diversos estados del interior del país (41%).

Análisis del MMPI-2

Para el análisis realizado con la muestra completa, se eliminó la escala 5 (Masculinidad- feminidad, del MMPI-2), ya que la manera de calificar es dependiendo del sexo y no se estaban contemplando en los objetivos diferencias por sexo.

Para conocer si existen diferencias entre grupos, se realizó la prueba t de Student por cada una de las escalas clínicas de la prueba MMPI-2, sin obtener resultados estadísticamente significativos. Ver Tabla 3.

Tabla 3. Prueba t de student diferencias entre pacientes exitosos y no exitosos por escala del MMPI-2.

| Escala | Grupo | Medias | DT | t | gl | Sig. |
|-------------------------|----------|---------|-------|--------|---------|------|
| L | No éxito | 57.5676 | 12.86 | .270 | 124.236 | .788 |
| | Éxito | 57.1023 | 11.44 | | | |
| F | No éxito | 51.2162 | 12.78 | -1.064 | 142.482 | .289 |
| | Éxito | 53.1250 | 13.32 | | | |
| K | No éxito | 51.6216 | 10.10 | -.326 | 159.709 | .745 |
| | Éxito | 52.1023 | 11.86 | | | |
| 1 Hipocondría | No éxito | 62.4324 | 10,47 | .290 | 159.836 | .772 |
| | Éxito | 61.9886 | 12.30 | | | |
| 2 Depresión | No éxito | 57.8378 | 13.19 | .350 | 125.488 | .727 |
| | Éxito | 57.2159 | 11.91 | | | |
| 3 Histeria | No éxito | 59.1892 | 10.85 | -.653 | 160.760 | .515 |
| | Éxito | 60.2273 | 12.82 | | | |
| 4Desviación Psicopática | No éxito | 54.1892 | 11.31 | -.729 | 140.392 | .467 |
| | Éxito | 55.3409 | 11.60 | | | |
| 6 Paranoia | No éxito | 53.3784 | 12.71 | -.887 | 137.613 | .377 |
| | Éxito | 54.9432 | 12.76 | | | |
| 7 Psicastenia | No éxito | 54.8649 | 12.55 | .818 | 130.139 | .415 |
| | Éxito | 53.4659 | 11.82 | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------|----------------|--------------|--------------|----------------|-------------|
| 8 Esquizofrenia | No éxito | 54.4595 | 13.33 | .231 | 136.420 | .818 |
| | Éxito | 54.0341 | 13.25 | | | |
| 9 Hipomanía | No éxito | 52.1622 | 11.76 | -.396 | 121.453 | .693 |
| | Éxito | 52.7841 | 10.20 | | | |
| 0Introversión social | No éxito | 51.0811 | 12.80 | -.184 | 248 | .854 |
| | Éxito | 51.3636 | 10.27 | | | |

Discusión

Los resultados posteriores a la cirugía bariátrica con relación a la pérdida de peso y al mantenimiento de la misma posterior al año de la cirugía reportados por la literatura internacional refieren que en promedio del 20 al 30% de los pacientes intervenidos no lo logran (Serna et al., 2014, Mensorio & Costa-Junior, 2016), por lo cual se han propuesto realizar evaluaciones completas de la personalidad (Bravo del Toro et al., 2011) a fin de encontrar alternativas que permitan resolver esta situación. Para la evaluación de la personalidad se han utilizado diversos instrumentos, uno de los más utilizados ha sido el MMPI.

Al analizar los resultados obtenidos en diversos estudios, realizados con el MMPI se ha encontrado que describen al paciente obeso como preocupado por su salud, por el énfasis encontrado en la escala 1 (Hs: Hipocondriasis) (Dávalos, 2006), como personas con dificultades para expresar sus emociones (Lara, 2003) o como personas que tienden a quejarse por malestares físicos relacionados principalmente con el estrés (Rojo-Alonso, 2014). Sin embargo, solo se han encontrado tendencias y no un resultado que determine un perfil de personalidad homogéneo. En esta fase de la investigación no se encontraron indicadores que permitieran distinguir entre los pacientes exitosos y no exitosos, lo cual es consistente con los resultados de las investigaciones previas (Sánchez, Arias, Gorgojo & Sánchez-Romero, 2005; Dávalos, 2006) en las cuales no se ha podido establecer características de personalidad que diferencien entre los pacientes portadores de obesidad mórbida.

Estos resultados pueden verse afectados por el uso de instrumentos de autoreporte que, se ven influenciados por la deseabilidad social, en el caso de esta investigación, la aprobación de la cirugía bariátrica depende, de acuerdo a la norma oficial, de la aprobación de la evaluación psicológica, por lo que las respuestas de los pacientes es muy probable se vean afectadas por esta situación, en ambos

sentidos tratando de dar una imagen favorable o bien tratando de mostrar mayor patología a fin de ser operados.

Un aspecto muy importante que considerar es el no haber contado con las escalas complementarias y suplementarias que pudieron arrojar resultados importantes.

Los resultados anteriores sugieren que las características de personalidad no son determinantes en el éxito o no éxito posterior a la cirugía bariátrica, sin embargo, estos resultados deben ser corroborados con el uso de otros instrumentos de personalidad, como la versión del MMPI-2RF (todas las escalas, no sólo las clínicas), BFQ (Evaluación de los Cinco Grandes Factores) o el PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad).

De acuerdo a Van Hout, Van Oudheusden y Van Heck, 2004, el éxito depende de factores psicológicos, como señalan Bravo del Toro et al., (2011) el éxito depende de factores, cognitivos, afectivos, y ambientales, lo que hace necesario mayor investigación de estos factores, así como construir instrumentos específicos que nos permitan evaluar estas dimensiones.

Estudio 2

Fase 1

Objetivo

Adaptación cultural y modificación de un instrumento que mida las variables conocimiento del procedimiento (procedimiento quirúrgico, riesgos del mismo y proceso de recuperación postquirúrgica así como el régimen dietético postquirúrgico), motivación para la cirugía, expectativas sobre la cirugía impulsividad y redes de apoyo.

Variables

Definición conceptual.

Conocimiento del procedimiento de la Cirugía Bariátrica: se centra sobre tres aspectos, el propio procedimiento y los riesgos que implica, el proceso de recuperación postquirúrgica así como el régimen dietético postquirúrgico (Sogg & Mori 2004).

Motivación para la cirugía: definida como lo que activa y orienta la conducta (Aguilar, 2011) para someterse a una cirugía bariátrica.

Expectativas sobre la cirugía: resultados que espera obtener posteriores a la cirugía con relación a la pérdida de peso y el tiempo en que lo perderá (Sogg & Mori 2004).

Impulsividad: historial de comportamiento impulsivo, definido como la acción rápida sin considerar todas las consecuencias (Van den Akker, Stewart, Antoniou,

Palmberg, & Jansen, 2014) y autolesivo, incluyendo intentos de suicidio y abuso de sustancias (Sogg & Mori 2004).

Redes de apoyo: anticipar la manera en que la pérdida de peso podría afectar sus relaciones familiares y si cuenta con el apoyo de algún familiar o amigos en este proceso (Sogg & Mori 2004).

Definición operacional.

Se elaboró un instrumento semiestructurado que evaluó:

Conocimiento del procedimiento de la Cirugía Bariátrica, preguntas sobre el procedimiento y los riesgos que implica, el proceso de recuperación post quirúrgico y el régimen dietético postquirúrgico.

Motivación para la cirugía, reactivos sobre las razones para someterse a una cirugía bariátrica.

Expectativas sobre la cirugía, se elaboraron preguntas sobre el porcentaje de pérdida de peso que espera lograr y el tiempo en el que lo conseguirá.

Impulsividad, preguntas sobre comportamiento impulsivo, intentos de suicidio y abuso de sustancias.

Redes de apoyo, preguntas sobre la manera en que la pérdida de peso podría afectar sus relaciones familiares y si cuenta con el apoyo de algún familiar o amigos en este proceso.

Tipo de estudio

De campo, descriptivo, ya que buscó especificar las propiedades, características y perfiles de los grupos de estudio (Hernández, et al., 2010).

Tipo de Diseño

No experimental, las variables no se manipularon; transversal, las mediciones se realizaron en un solo momento (Hernández et al., 2010).

Participantes

47 pacientes de nuevo ingreso al Protocolo de Cirugía Bariátrica, del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, mayores de edad.

Muestreo

El muestreo es Intencional, en el cual, la elección es por métodos no aleatorios, donde se buscan las características de la población objetivo.

Criterios de inclusión/exclusión

Criterios de inclusión:

Pacientes dentro del protocolo de cirugía bariátrica, que no habían sido operados, mayores de edad, que aceptaron participar en el estudio previa firma de la carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes dentro del protocolo de cirugía bariátrica que habían sido operados, y/o portadores de alguna discapacidad que les impedía contestar el instrumento, y/o que se negaron a contestar el instrumento.

Instrumentos

Carta de Consentimiento Informado.

La Carta de Consentimiento Informado fue elaborada para la Línea de Investigación Indicadores psicológicos de éxito en pacientes candidatos a cirugía Bariátrica, aprobada por el comité de Ética del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, dentro de la cual se integra el presente trabajo Doctoral. (Anexo 3).

Encuesta semiestructurada.

Con base en la literatura se adaptó una entrevista semiestructurada que contenía preguntas sobre: conocimiento del procedimiento, motivación para la cirugía, impulsividad, redes de apoyo y expectativas sobre la cirugía.

Escala de las nueve siluetas (Stunkard, Sorensen & Schlusing 1983, en Sinead, Kearney, Giachetti, Zunft & Martínez, 1999)

Escala compuesta por nueve figuras femeninas y masculinas que representan variaciones en el peso desde extremadamente delgado hasta obesidad mórbida.

Procedimiento

Se realizó una búsqueda en las bases de datos de pubmed y pshycinfo para encontrar instrumentos que evaluaran factores psicosociales en pacientes

candidatos a cirugía bariátrica, que permitieran establecer quienes eran buenos candidatos para la cirugía, se eligió la de Sogg y Mori (2004) desarrollado por el Servicio de Psicología Médica del VA BostonHealthcare System, es una entrevista estandarizada que asegura una evaluación integral de los factores relevantes; facilita tanto la investigación como la formación de recursos humanos; y facilita la educación del paciente sobre el procedimiento.

La Entrevista de Boston organiza información en 7 áreas principales de evaluación: 1) historial de peso, dieta y nutrición; 2) conductas alimentarias actuales; 3) la historia médica; 4) comprensión de los procedimientos quirúrgicos, los riesgos y el régimen posquirúrgico; 5) motivación y expectativas de resultado quirúrgico; 6) relaciones y sistemas de apoyo; y 7) funcionamiento psiquiátrico. Anexo 1.

Con base en la encuesta se realizó la traducción y adaptación cultural de los reactivos para una entrevista semiestructurada, seleccionándose para esta investigación sólo los aspectos de comprensión del procedimiento, motivación y expectativas y redes de apoyo. Este proceso fue evaluado por tres jueces, los responsables de la evaluación psiquiátrica-psicológica de los pacientes en el CMN 20 de Noviembre, el Psiquiatra adscrito, el residente de cuarto año de psiquiatría y la psicóloga adscrita. Anexo 2.

Se explicaron los objetivos de la investigación a 47 pacientes de nuevo ingreso, al Protocolo de Cirugía Bariátrica, al manifestar su acuerdo a participar firmaron la carta de consentimiento informado, el cual también fue firmado por dos testigos y se aplicó la entrevista semiestructurada. Se realizó una base de datos en el programa IBM SPSS versión 20, con la información obtenida.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 47 individuos de los cuales 26 fueron mujeres y 21 hombres, con un rango de edad para las mujeres de 27 a 59 años con una media de 43.7 y para los hombres un rango de 19 a 63 años con una media de 44.01. Con un IMC para mujeres con un rango de 39.7 a 58.8 y para los hombres de 41.18 a 66.42.

Con las respuestas obtenidas se realizaron modificaciones al instrumento para lograr mayor claridad en los reactivos, se separaron los reactivos que contenían más de una pregunta, aspectos de formato, en el apartado de expectativas se agregó la escala de figuras de Stunkard, Sorensen & Schlusing 1983 (Sinead, Kearney, Giachetti, Zunft & Martínez 1999), se decidió agregar una subescala de impulsividad, señalada como una de los factores psicosociales más influyentes (Jasinska et al., 2012, Tura, et al., 2013, Van den Akker et al., 2014,)

1) Conocimiento del procedimiento, riesgos y régimen alimenticio post-quirúrgico:

| Inicial | Final |
|--|--|
| a) Conocimiento del procedimiento quirúrgico (5 opciones de respuesta nulo, poco, bueno, muy bueno, excelente, con una columna para colocar la calificación) | a) Conocimiento del procedimiento quirúrgico se modificó a 4 opciones de respuesta, NADA, POCO, MUCHO, TODO, para evitar la tendencia a contestar la opción central, se modificó el formato colocando las columnas de respuesta. |
| ¿Entiende en lo que consiste la cirugía? ¿Conoce los riesgos de una cirugía mayor con anestesia general? | ¿Entiende en qué consiste la cirugía? ¿Conoce los riesgos de una cirugía mayor con anestesia general? Se separaron las distintas secuelas, para mayor claridad |



| | |
|---|---|
| <p>¿Esta consciente de las secuelas que se pudieran presentar después de la cirugía? (nausea, Vómito, diarrea, pérdida del apetito, deficiencia nutricional).</p> <p>¿Esta consciente de que el tratamiento puede fallar si usted consume alimentos con alto contenido en carbohidratos o en cantidades mayores a las permitidas?</p> | <p>De cuáles de las siguientes consecuencias, está usted consciente que se pueden presentar después de la cirugía:</p> <p>Nausea</p> <p>Vómito</p> <p>Diarrea</p> <p>Pérdida del apetito</p> <p>Deficiencia nutricional</p> <p>Se separó en dos reactivos</p> <p>¿Está consciente de que el tratamiento puede fallar si usted consume alimentos con alto contenido en carbohidratos?</p> <p>¿Está consciente de que el tratamiento puede fallar si usted consume alimentos en cantidades mayores a las permitidas?</p> |
| <p>b) Conocimiento de la recuperación y cuidados post-quirúrgicos (5 opciones de respuesta nulo, poco, bueno, muy bueno, excelente, con una columna para colocar la calificación).</p> | <p>b) Respecto a la recuperación y cuidados postquirúrgicos se modificó a 4 opciones de respuesta, NADA, POCO. MUCHO, TODO, para evitar la tendencia a contestar en la opción central.</p> |
| <p>¿Qué tanto está enterado de lo que pasara después de la cirugía?</p> <p>¿Conoce el tiempo que tomará su recuperación?</p> <p>¿Conoce las actividades que podrá y no podrá realizar?</p> <p>¿Conoce el tiempo que tardará en retomar sus actividades diarias?</p> | <p>¿Qué tanto sabe de lo que pasará después de la cirugía?</p> <p>¿Sabe cuánto tiempo tomará su recuperación?</p> <p>Se separó en dos preguntas</p> <p>¿Conoce las actividades que podrá realizar?</p> <p>¿Conoce las actividades que no podrá realizar?</p> <p>Se eliminó por ser una pregunta dicotómica, si, no.</p> <p>¿Conoce el tiempo que tardará en retomar sus actividades diarias?</p> |
| <p>c) Conocimiento del régimen dietético post-quirúrgico (5 opciones de respuesta nulo, poco, bueno, muy</p> | <p>c) Conocimiento del régimen dietético post-quirúrgico.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>bueno, excelente, con una columna para colocar la calificación).</p> | |
| <p>¿Esta consciente que durante el primer mes post-quirúrgico su dieta se restringirá a líquidos?</p> <p>¿Entiende que después de la cirugía la cantidad de alimento que tolerará se reducirá permanentemente a 4 cucharadas aproximadamente?</p> <p>¿Conoce que alimentos podrá ingerir y cuáles estarán prohibidos?</p> <p>¿Conoce los hábitos óptimos que deberá seguir?</p> | <p>Al observar las respuestas se observó un sesgo hacia la respuesta todo, se consideró que la primera pregunta inducía la respuesta, la segunda no se aplica en el Protocolo del CMN 20 de Noviembre y en las otras se desconocía sí en realidad conocían respecto a lo preguntado, por lo que se decidió dejarlo como preguntas abiertas</p> <p>¿Sabe que comerá durante el primer mes después de la cirugía?</p> <p>¿Sabe que podrá comer durante el segundo mes después de la cirugía?</p> <p>Se separó en dos preguntas abiertas.</p> <p>¿Sabe que alimentos podrá comer?</p> <p>¿Sabe que alimentos estarán prohibidos?</p> <p>Se modificó la redacción</p> <p>¿Conoce los hábitos de alimentación que deberá seguir?</p> |

2) Motivación y expectativas de la cirugía:

| Inicial | Final |
|---|---|
| <p>A) Motivación 5 opciones de respuesta (1=nada importante, 2=poco importante, 3= moderadamente importante, 4= considerablemente importante, 5= extremadamente importante, con una columna para colocar la calificación)</p> | <p>A) Motivación se modificó a 4 opciones de respuesta (Nada importante, Poco importante, Considerablemente importante, Extremadamente importante) para evitar la tendencia a contestar en la opción central, se modificó el formato de respuesta, colocando las columnas para cada opción.</p> |
| <p>A continuación, se mencionan algunas de las razones por las cuales las personas se someten a este procedimiento.</p> | <p>Se observó la necesidad de modificar la instrucción</p> <p>¿Qué tan importante es para usted...</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Califique individualmente, de acuerdo a la importancia que tienen en cada una de ellas para usted:</p> <p>Mejorar su movilidad</p> <p>Sentirse más cómodo al socializar con otros</p> <p>Mejorar su desempeño laboral</p> <p>Mejorar su salud</p> <p>Mejorar su apariencia</p> <p>Mejorar su vida sexual</p> <p>Mejorar su relación de pareja o iniciar una</p> <p>Otra:</p> | <p>Mejorar su movilidad</p> <p>Sentirse más cómodo al convivir con otros</p> <p>Mejorar su desempeño laboral</p> <p>Mejorar su salud</p> <p>Mejorar su apariencia</p> <p>Mejorar su vida sexual</p> <p>Se separó en dos reactivos</p> <p>Mejorar su relación de pareja</p> <p>Iniciar una relación de pareja</p> <p>Otra:</p> <p>¿Cuál?</p> |
| <p>B) Expectativas</p> | |
| <p>De su peso actual ¿Qué cantidad de kilos espera perder después de la cirugía?</p> <p>¿Qué tan rápido espera conseguir el peso esperado? Especifique meses</p> <p>¿Ha pensado en el cambio de aspecto (imagen corporal) que tendrá al conseguir su peso ideal?</p> | <p>De su peso actual ¿Qué cantidad de kilos espera perder después de la cirugía?</p> <p>Se modifica la redacción</p> <p>¿En cuánto tiempo cree usted conseguir el peso esperado? Especifique meses</p> <p>¿Ha pensado en el cambio de aspecto (imagen corporal) que tendrá al llegar a su peso ideal?</p> <p>Se agregó, Escala de las nueve siluetas (Stunkard, Sorensen & Schlusing 1983 citada en Sinead, Kearney, Giachetti, Zunft & Martínez, 1999).</p> <p>Indique cuál de las siguientes imágenes se asemeja más a su cuerpo actualmente</p> |

| | |
|--|--|
| |  <p>E) Indique cuál de las siguientes imágenes se asemeja más al cuerpo que desea tener después de la cirugía</p>  |
|--|--|

3) Redes de apoyo:

| | |
|---|---|
| <p>Con dos opciones de respuesta SI, NO y una columna de Por qué</p> | <p>Con dos opciones de respuesta SI, NO y una columna de Por qué</p> |
| <p>Si usted logra perder de peso, ¿afectaría esto sus relaciones sociales? (pareja, familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.)</p> | <p>Si usted logra perder peso</p> <p>Se especifica si afectaría positiva o negativamente y se separa cada aspecto</p> <p>¿Afectaría (positiva o negativamente) sus relaciones sociales con...?</p> <p>Pareja</p> <p>Familia</p> <p>Amigos</p> <p>Compañeros de trabajo</p> |

| | |
|--|---|
| <p>¿Hay alguien que pueda sentirse infeliz o incomodo son su pérdida de peso?</p> <p>Si fuera necesario, ¿Esa persona estaría dispuesta a acudir a consulta?</p> | <p>Otros:</p> <p>Especifique</p> <p>Se separa en dos la pregunta</p> <p>¿Hay alguien que pueda sentirse infeliz con su pérdida de peso?</p> <p>¿Hay alguien que pueda sentirse incómodo con su pérdida de peso?</p> <p>Si fuera necesario, ¿Esa persona estaría dispuesta a acudir a consulta?</p> |
|--|---|

En la revisión de la literatura (Jasinska et al., 2012, Tura, et al, 2013 y Van den Akker et al., 2014) refieren la impulsividad como una característica muy importante, que influye en la conducta de comer, por lo que se retomó la Escala de Impulsividad de Plutchik y Van Praag (1989) y la de Dickman (1990), para la elaboración de una subescala de impulsividad.

4) Impulsividad

De acuerdo a lo que usted le ha sucedido en los últimos 6 meses, marque con una cruz una sola opción para cada pregunta, de acuerdo a como actúa la mayor parte del tiempo.

| | Nunca | A veces | A menudo | Casi siempre |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Le resulta difícil esperar en una fila | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Hace cosas sin pensarlas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Gasta dinero impulsivamente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Planea con anticipación | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Pierde fácilmente los estribos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Le resulta fácil concentrarse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Le resulta difícil controlar sus impulsos sexuales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Dice lo primero que le viene a la mente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Usted come, aunque no tenga hambre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Es usted impulsivo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Termina las cosas que empieza | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Le resulta difícil controlar sus emociones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Se distrae con facilidad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Le es difícil permanecer quieto mientras está sentado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Es usted precavido | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Le gusta tomar decisiones rápidamente, incluso las decisiones simples, tales como elegir que vestir, o que preparar para comer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Le agrada resolver problemas lenta y cuidadosamente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Frecuentemente se programa citas sin pensar si podrá cumplirlas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Frecuentemente compra cosas sin pensar si realmente pueden permitírselo sus recursos económicos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. A menudo se encuentra en problemas a causa de que no piensa antes de actuar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Se le agregó una ficha de datos sociodemográficos.

A la versión resultante del instrumento se le denominó Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica. (Anexo 4).

Fase 2

Objetivo

Validación psicométrica y confiabilidad de las subescalas Conocimiento del procedimiento, Conocimiento de recuperación y cuidados postquirúrgicos, Motivación e Impulsividad de la Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica,

Tipo de estudio

De campo, descriptivo, pues busca especificar las propiedades, características y perfiles de los grupos de estudio (Hernández et al., 2010).

Tipo de Diseño

No experimental, las variables no se manipularon, transversal, las mediciones se realizaron en un solo momento (Hernández et al., 2010).

Participantes

100 sujetos candidatos al Protocolo de Cirugía Bariátrica del CMN 20 de Noviembre, del ISSSTE, mayores de edad.

Muestreo

Intencional, la elección es por métodos no aleatorios se buscan las características a las de la población objetivo.

Criterios de inclusión/exclusión

Criterios de inclusión:

Pacientes dentro del protocolo de cirugía bariátrica, que no habían sido operados, mayores de 18 años. que aceptaron participar una vez que se les explicaron los objetivos del estudio, previa firma de la carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes del protocolo de cirugía bariátrica que ya habían sido operados, y/o que contaban con alguna discapacidad que les impedía contestar el instrumento, y/o pacientes que se negaban a participar.

Instrumentos

Carta de Consentimiento Informado

La Carta de Consentimiento Informado fue elaborada para la Línea de Investigación Indicadores psicológicos de éxito en pacientes candidatos a cirugía Bariátrica, aprobada por el comité de Ética del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, dentro de la cual se integra el presente trabajo Doctoral

Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica.

Procedimiento

Se acudió al Servicio de Cirugía General del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, los días lunes y martes en que eran vistos los pacientes del Protocolo de Cirugía

Baríátrica, con el apoyo de la enfermera, que indicaba cuales eran los pacientes de ingreso al Protocolo, se contactaba a los pacientes, en la sala de espera a su llegada, se les explicaba el objetivo de la investigación y se les solicitaba su colaboración, si aceptaban se les pedía que firmaran la carta de consentimiento informado, la cual fue firmada por el paciente y dos testigos y se les brindaba la Escala para que la respondieran, al finalizar se les agradecía su participación. Se realizó una base de datos en el programa IBM SPSS versión 20, con los datos obtenidos.

Resultados

Participantes

Con el programa IBM SPSS versión 20, se realizaron estadísticos de frecuencia y medidas de tendencia central para caracterizar la muestra. La cual estuvo compuesta por 101 sujetos, de los cuales el 71.3% eran mujeres y 26.7% eran hombres, con un rango de edad de 19 a 70 años, la media de estatura de las mujeres era de 1.56, con un peso medio 116 Kg. de y un IMC de 46.05; el de los hombres fue de 1.73, con un peso medio 136 Kg. y un IMC 45.17. El 54% de la muestra estaban casados, el 11% vivían en unión libre y el 34% eran solteros. Con relación a la escolaridad el 2% tenía primaria, el 15% secundaria, el 32% bachillerato, el 33% licenciatura y el 16% estudios de posgrado.

De la Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica

Para la validez y confiabilidad se realizaron análisis factorial exploratorio y confirmatorio, con el programa RStudio.

Sub escala: Conocimiento del procedimiento.

Análisis factorial exploratorio.

Escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, de 9 reactivos, al tratarse de variables ordinales se realizó una matriz de correlaciones policóricas, se obtuvo el Alpha ordinal de .82 y una varianza explicada de .35, se sometió a un Análisis Factorial por el método de Ejes Principales y rotación oblimin. Se presentan en la Tabla 4 las cargas factoriales.

Tabla 4. Cargas factoriales análisis exploratorio, de la Subescala Conocimiento del Procedimiento.

| Reactivos | Carga Factorial |
|--|-----------------|
| Entiende en que consiste la cirugía | .57 |
| Conoce los riesgos de una cirugía mayor con anestesia general | .52 |
| De cuáles de las siguientes consecuencias, está usted consciente que se pueden presentar después de la cirugía | |
| Nausea | .71 |
| Vómito | .61 |
| Diarrea | .51 |
| Pérdida de apetito | .61 |
| Deficiencia nutricional | .72 |
| Puede fallar si consume alimentos altos en carbohidratos | .51 |
| Puede fallar si consume alimentos en cantidades mayores a las permitidas | .48 |

Análisis Factorial Confirmatorio.

Utilizando R studio en el análisis factorial confirmatorio se obtuvo una Chi cuadrada de 9.649 (5) con una p de .86 y un Índice de ajuste comparativo (CFI) de .98 y una Aproximación al error cuadrático medio (RMSEA) de .096, por lo que se considera que la escala tiene un ajuste aceptable al modelo. En la Tabla 5 se presentan las cargas factoriales.

Tabla 5. Cargas factoriales análisis confirmatorio, de la Subescala Conocimiento del Procedimiento.

| Reactivos | Carga Factorial |
|--|-----------------|
| Entiende en que consiste la cirugía | |
| Conoce los riesgos de una cirugía mayor con anestesia general | .36 |
| De cuáles de las siguientes consecuencias, está usted consciente que se pueden presentar después de la cirugía | |
| Nausea | |
| Vómito | |
| Diarrea | .63 |
| Pérdida de apetito | .75 |
| Deficiencia nutricional | .86 |
| Puede fallar si consume alimentos altos en carbohidratos | .56 |
| Puede fallar si consume alimentos en cantidades mayores a las permitidas | |

Quedando la escala en cinco reactivos, utilizando el IBM SPSS versión 20 obtuvo un Alpha de Crombach de .72, que se considera un adecuado nivel de confiabilidad.

Subescala: Conocimiento de la Recuperación y cuidados post quirúrgicos.

Análisis Factorial Confirmatorio.

Escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, de 4 reactivos, al tratarse de variables ordinales se realizó una matriz de correlaciones policóricas, se obtuvo el Alpha ordinal de .94 y una varianza explicada de .76, se sometió a un Análisis Factorial por el método de Ejes Principales y rotación oblimin. Se presentan en la Tabla 6 las cargas factoriales.

Tabla 6. Cargas factoriales análisis exploratorio de la Subescala Recuperación y cuidados post quirúrgicos.

| Reactivos | Carga Factorial |
|--|-----------------|
| Qué tanto sabe lo que pasará después de la cirugía | .94 |
| Sabe cuánto tiempo tomará la recuperación | .91 |
| Conoce las actividades que podrá realizar | .91 |
| Conoce las actividades que no podrá realizar | .81 |

Análisis Factorial Confirmatorio.

En el análisis factorial confirmatorio, la subescala de Recuperación se obtuvo una Chi cuadrada de 17.88 (14) con una p de .212 y CFI de .99 y un RMSEA de .31, por lo que se considera que la Escala tiene un adecuado ajuste al modelo. En la Tabla 7 se muestran las cargas factoriales.

Tabla 7. Cargas factoriales análisis factorial confirmatorio de la Subescala Recuperación y cuidados post quirúrgicos.

| Reactivos | Carga Factorial |
|--|-----------------|
| Qué tanto sabe lo que pasará después de la cirugía | .88 |
| Sabe cuánto tiempo tomará la recuperación | .98 |
| Conoce las actividades que podrá realizar | .92 |
| Conoce las actividades que no podrá realizar | .84 |

Esta subescala quedó con cuatro reactivos y se obtuvo un alpha de Crombach utilizando el IBM SPSS versión 20 de .93, que se considera un buen nivel de confiabilidad.

Subescala: Conocimiento del Régimen Dietético.

No se obtuvieron propiedades psicométricas de esta subescala al ser de preguntas abiertas, sobre lo que podrá comer y no en distintos momentos del postquirúrgico, con respuestas correctas e incorrectas.

1. Sabe qué comerá durante el primer mes después de la cirugía.

Correcto: líquidos, Gatorade y power azul.

Incorrecto: carne, fruta, semillas (nuez y almendras), jugos.

2. Sabe qué podrá comer durante el segundo mes después de la cirugía.

Correcto: verduras cocidas, puré de verduras, dieta blanda, pollo.

Incorrecto: leguminosas, leche, huevo, carbohidratos.

3. Sabe qué alimentos podrá comer. (Después de la cirugía).

Correcto: Verduras, pollo, proteína, agua, carne, frutas, de todo, pero en cantidades pequeñas

Incorrecto: carne magra, frijoles.

4. Sabe qué alimentos estarán prohibidos. (Después de la cirugía).

Correcto: Alimentos altos en contenido de grasas, carbohidratos, azúcar, dulces y pan. No refrescos, o bebidas azucaradas. No tabaco.

Incorrectos: fruta.

5. Conoce los hábitos de alimentación que deberá seguir. (Después de la cirugía).

Correcto: Comer cantidades pequeñas, realizar cinco comidas al día, no consumir alcohol.

Incorrecto: hacer ejercicio, no comer.

Subescala: Motivación.

Análisis Factorial Exploratorio.

Escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, de completamente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Con la indicación A continuación se mencionan algunas de las razones de las personas para someterse al procedimiento, al tratarse de variables ordinales se realizó una matriz de correlaciones policóricas, se obtuvo el Alpha ordinal de .86 y una varianza explicada de .45, se sometió a un Análisis Factorial por el método de Ejes Principales y rotación oblimin. En la Tabla 8 se muestran los reactivos y las cargas factoriales obtenidas.

Tabla 8 Cargas factoriales análisis factorial exploratorio de la Subescala de Motivación.

| Reactivos | Carga Factorial |
|--|------------------------|
| Qué tan importante es mejorar su movilidad | .61 |
| Sentirse más cómodo al convivir con otros | .67 |
| Mejorar su desempeño laboral | .69 |
| Mejorar su salud | .51 |
| Mejorar su apariencia | .70 |
| Mejorar su vida sexual | .80 |
| Mejorar su relación de pareja | .85 |
| Iniciar una relación de pareja | .42 |

Análisis Factorial Confirmatorio.

En el análisis factorial confirmatorio se obtuvo una Chi cuadrada de 17.88 (14), con un p de .212, un CFI de .95 y un RMSEA .053. Se considera un buen ajuste al modelo. En la Tabla 9 se presentan las cargas factoriales obtenidas.

Tabla 9 Cargas factoriales análisis factorial confirmatorio de la Subescala de Motivación.

| Reactivos | Carga Factorial |
|--|------------------------|
| Qué tan importante es mejorar su movilidad | .54 |
| Sentirse más cómodo al convivir con otros | .66 |
| Mejorar su desempeño laboral | .60 |
| Mejorar su salud | |
| Mejorar su apariencia | .69 |
| Mejorar su vida sexual | |
| Mejorar su relación de pareja | .76 |
| Iniciar una relación de pareja | .44 |

Esta subescala quedó con seis reactivos y obtuvo un alpha de Crombach utilizando el IBM SPSS versión 20 de .75, que se considera un buen nivel de confiabilidad.

Escala Expectativas sobre la cirugía.

Se elaboraron preguntas sobre la pérdida de peso que espera lograr y el tiempo en el que lo conseguirá.

Se incluyeron las figuras de Sinead, Kearney, Giachetti, Zunft, Martínez,(1999) y se les pidió que señalaran la figura actual y la que esperaban tener posterior a la cirugía.



¿De su peso actual, que cantidad de kilos espera perder después de la cirugía?

¿En cuánto tiempo cree usted conseguir el peso esperado (meses)?

¿Ha pensado en el cambio de aspecto (imagen corporal) que tendrá al llegar a su peso ideal? Si o No.

Subescala de: Impulsividad.

Análisis Factorial Exploratorio.

Los reactivos de esta subescala no fueron piloteados en la primera aplicación, por lo que se decidió realizar el proceso de discriminación de reactivos antes de realizar el Análisis Factorial Exploratorio, en primer lugar, se realizó el análisis de sesgo y kurtosis, con el programa estadístico RStudio, los resultados se muestran en la Tabla 10

Tabla 10 Sesgos y kurtosis de la Subescala de Impulsividad.

| Reactivos | Sesgo | Kurtosis |
|---|-------|----------|
| 1. Le resulta difícil esperar en una fila | 0.94 | 0.47 |
| 2. Hace cosas sin pensarlas | 1.26 | 2.30 |
| 3. Gasta dinero impulsivamente | 0.87 | 0.21 |
| 4. Planea con anticipación | -0.28 | -1.10 |
| 5. Pierde fácilmente los estribos | 1.03 | 0.63 |
| 6. Le resulta fácil concentrarse | 0.10 | -1.31 |
| 7. Le resulta difícil controlar sus impulsos sexuales | 2.27 | 3.84 |
| 8. Dice lo primero que le viene a la mente | 0.88 | 0.79 |

| | | |
|---|--------------|--------------|
| 9. Usted come, aunque no tenga hambre | 0.90 | 0.68 |
| 10. Es usted impulsivo | 0.93 | 0.19 |
| 11. Termina las cosas que empieza | -0.78 | -0.36 |
| 12. Le resulta difícil controlar sus emociones | 0.93 | 0.42 |
| 13. Se distrae con facilidad | 0.84 | 0.66 |
| 14. Le es difícil permanecer quieto mientras está sentado | 0.87 | -0.04 |
| 15. Es usted precavido | -0.62 | -0.55 |
| 16. Le gusta tomar decisiones rápidamente, incluso las decisiones simples, tales como elegir que vestir, o que preparar para comer | -0.13 | -1.31 |
| 17. Le agrada resolver problemas lenta y cuidadosamente | -0.27 | -1.06 |
| 18. Frecuentemente se programa citas sin pensar si podrá cumplirlas | 1.36 | 1.00 |
| 19. Frecuentemente compra cosas sin pensar si realmente pueden permitírselo sus recursos económicos | 0.99 | 0.11 |
| 20. A menudo se encuentra en problemas a causa de que no piensa antes de actuar | 1.41 | 1.72 |

En este proceso se eliminó el reactivo 7, se procedió a comparar los reactivos por grupos extremos con prueba t de Student para muestras independientes, se eliminaron los reactivos 4, 6, 11,15 y 17 los puntajes se muestran en la Tabla 11.

Tabla 11 prueba t de Student de la Subescala de Impulsividad.

| Reactivos | t | Sig. |
|--|--------------|-------------|
| 1. Le resulta difícil esperar en una fila | -4.19 | .00 |
| 2. Hace cosas sin pensarlas | -6.17 | .00 |
| 3. Gasta dinero impulsivamente | -4.6 | .00 |
| 4. Planea con anticipación | -.17 | .85 |
| 5. Pierde fácilmente los estribos | -5.54 | .00 |
| 6. Le resulta fácil concentrarse | -1.09 | .27 |
| 8. Dice lo primero que le viene a la mente | -5.72 | .00 |
| 9. Usted come, aunque no tenga hambre | -3.04 | .00 |
| 10. Es usted impulsivo | -5.27 | .00 |
| 11. Termina las cosas que empieza | -.671 | .50 |
| 12. Le resulta difícil controlar sus emociones | -5.97 | .00 |
| 13. Se distrae con facilidad | -6.04 | .00 |
| 14. Le es difícil permanecer quieto mientras está sentado | -4.94 | .00 |

| | | |
|---|--------------|------------|
| 15. Es usted precavido | -0.86 | .93 |
| 16. Le gusta tomar decisiones rápidamente, incluso las decisiones simples, tales como elegir que vestir, o que preparar para comer | -2.69 | .00 |
| 17. Le agrada resolver problemas lenta y cuidadosamente | .40 | .68 |
| 18. Frecuentemente se programa citas sin pensar si podrá cumplirlas | -5.26 | .00 |
| 19. Frecuentemente compra cosas sin pensar si realmente pueden permitírselo sus recursos económicos | -5.69 | .00 |
| 20. A menudo se encuentra en problemas a causa de que no piensa antes de actuar | -5.81 | .00 |

A continuación, con el programa RStudio se realizó una matriz de correlaciones policóricas, se obtuvo el Alpha ordinal de .90 y una varianza explicada de .39, se sometió a un Análisis Factorial por el método de Ejes Principales y rotación oblicua. Se presentan en la Tabla 12 las cargas factoriales.

Tabla 12 Cargas factoriales análisis factorial exploratorio de la Escala de Impulsividad

| Reactivos | Carga Factorial |
|--|-----------------|
| 1. Difícil esperar en una fila | .51 |
| 2. Hace cosas sin pensar | .72 |
| 3. Gasta dinero impulsivamente | .58 |
| 5. Pierde fácilmente los estribos | .71 |
| 8. Dice lo primero que le viene a la mente | .61 |
| 9. Come, aunque no tenga hambre | .40 |
| 10. Es impulsivo | .60 |
| 12. Difícil controlar emociones | .67 |
| 13. Se distrae con facilidad | .66 |
| 14. Difícil permanecer quieto | .70 |
| 16. tomar decisiones rápidamente | .13 |
| 18. Programar citas sin pensar si podrá cumplirlas | .68 |
| 19. Comprar sin pensar si podía | .66 |
| 20. Problemas no pensar antes de actuar | .81 |

Se eliminó el reactivo 16 por su baja carga factorial.

Análisis Factorial Confirmatorio.

Se realizó con el programa RStudio el análisis factorial confirmatorio, se obtuvo una Chi cuadrada de 125.690 (54), con un p de .002, un CFI de .90 y un RMSEA .08. Se considera un buen ajuste al modelo, se presentan las cargas factoriales, en la Tabla 13.

Tabla 13. Cargas factoriales análisis confirmatorio de la Escala de Impulsividad

| Reactivos | Carga Factorial |
|--|-----------------|
| 1. Dificil esperar en una fila | .55 |
| 2. Hace cosas sin pensar | .79 |
| 3. Gasta dinero impulsivamente | .69 |
| 5. Pierde fácilmente los estribos | .74 |
| 8. Dice lo primero que le viene a la mente | .60 |
| 9. Come, aunque no tenga hambre | .40 |
| 10. Es impulsivo | .63 |
| 12. Dificil controlar emociones | .68 |
| 13. Se distrae con facilidad | .64 |
| 14. Dificil permanecer quieto | .70 |

| | |
|--|-----|
| 18. Programar citas sin pensar si podrá cumplirlas | .68 |
| 19. Comprar sin pensar si podía | .76 |
| 20. Problemas no pensar antes de actuar | .83 |

Esta subescala quedó en 13 reactivos, obtuvo un alpha de Crombach utilizando el IBM SPSS versión 20 de .86, que se considera un buen nivel de confiabilidad.

Redes de Apoyo.

Preguntas relacionadas con las personas a las que les podría afectar si baja de peso y cómo les afectaría.

Tabla 14. Preguntas sobre redes de apoyo.

| Si usted logra perder peso. | Si | No | ¿Cómo? |
|---|----|----|--------|
| ¿Afectaría (positiva o negativamente sus relaciones con..?) | | | |

Pareja

Familia

Amigos

Compañeros de Trabajo

Otros (especifique)

¿Cree que alguien podría sentirse infeliz?

Quién

¿Cree que alguien podría sentirse incómodo?

Y si la persona afectada aceptaría acudir a terapia.

Discusión

En esta fase se realizó la validez y confiabilidad del instrumento Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica (Anexo 5), compuesta por siete subescalas, con respecto a las subescalas: conocimiento del procedimiento, recuperación y cuidados postquirúrgicos, motivación e impulsividad, a todas las escalas se les realizó tanto análisis factorial exploratorio como confirmatorio, mostrando adecuados niveles de confiabilidad y validez para la población del Protocolo de Cirugía Bariátrica

Por otro lado, las subescalas: conocimiento del régimen dietético, expectativas sobre la cirugía y redes de apoyo, consistieron en preguntas abiertas, en el caso del conocimiento del régimen dietético hay respuestas correctas e incorrectas, para las expectativas redes de apoyo las respuestas son descriptivas.

Con este instrumento, de acuerdo con la literatura revisada, cubre los aspectos que se han considerado más relevantes para el éxito de la cirugía bariátrica, por lo que se decidió pasar a la tercera fase de comparación de pacientes de éxito y no éxito.

Cabe señalar que la aplicación de este instrumento implicó año y medio para la recolección de la muestra, ya que hay periodos del año en que casi no hay pacientes de nuevo ingreso, más el rechazo de algunos pacientes a responder, cuando el equipo de Psiquiatría que evaluaba a los pacientes cambio.

Estudio 3

Objetivo

Determinar si existen diferencias en las variables de: conocimiento del procedimiento de la cirugía bariátrica, motivación para la cirugía, impulsividad, expectativas sobre la cirugía, redes de apoyo, y afrontamiento entre pacientes exitosos y no exitosos sometidos a cirugía bariátrica.

Variables

Definición conceptual

Éxito en la cirugía bariátrica: pacientes que logran y mantienen una reducción de peso de al menos el 50% del exceso de peso, después de un año o más de la cirugía (Abilés, Abilés, Rodríguez-Ruiz, Luna, Martín, Gándara & Fernández-Santaella, 2013)

Conocimiento del procedimiento de la Cirugía Bariátrica: se centra sobre tres aspectos, el propio procedimiento y los riesgos que implica, el proceso de recuperación postquirúrgico así como el régimen dietético postquirúrgico (Sogg & Mori 2004).

Motivación para la cirugía: definida como lo que activa y la conducta (Aguilar, 2011) para someterse a una cirugía bariátrica.

Expectativas sobre la cirugía: resultados que espera obtener posterior a la cirugía con relación a la pérdida de peso y el tiempo en que lo perderá (Sogg & Mori 2004).

Impulsividad: historial de comportamiento impulsivo, definido como la acción rápida sin considerar todas las consecuencias (Van den Akker, Stewart, Antoniou, Palmberg, & Jansen, 2014).

Redes de apoyo: anticipar cómo la pérdida de peso podría afectar sus relaciones familiares y si cuenta con el apoyo de algún familiar o amigos en este proceso (Sogg & Mori 2004).

Afrontamiento. Esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman 1984).

Definición operacional.

Conocimiento del procedimiento de la Cirugía Bariátrica, Motivación para la cirugía, Expectativas sobre la cirugía, Impulsividad, Redes de apoyo, respuesta a la Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica.

Afrontamiento, respuestas a la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) pp. 346-349.

Tipo de estudio

De campo, correlacional, pues asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Comparativo, pretende recolectar en dos o más muestras información con el propósito de observar el comportamiento de una variable (Sánchez & Reyes, 1996).

Tipo de Diseño

No experimental, las variables no se manipularán; transversal, las mediciones se realizarán en un solo momento (Hernández et al., 2010).

Participantes

30 pacientes postoperados dentro del Protocolo de Cirugía Bariátrica del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, mayores de edad, que cumplieran los criterios de éxito a más de un año de la cirugía

20 pacientes postoperados dentro del Protocolo de Cirugía Bariátrica del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, mayores de edad, que no cumplieran los criterios de éxito a más de un año de la cirugía

Muestreo

Intencional, la elección es por métodos no aleatorios se buscan las características a las de la población objetivo.

Criterios de inclusión/exclusión

Criterios de inclusión:

Pacientes del sexo femenino dentro del protocolo de cirugía bariátrica, mayores de edad, que tenían al menos un año de haber sido operados, residentes de la Cd. México.

Criterios de exclusión:

Pacientes del protocolo de cirugía bariátrica que no habían sido operados y/o que contaban con alguna discapacidad que les impedía contestar el instrumento.

Instrumentos

Carta de Consentimiento Informado.

La Carta de Consentimiento Informado fue la realizada para la Línea de Investigación Indicadores psicológicos de éxito en pacientes candidatos a cirugía Bariátrica, aprobada por el comité de Ética del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, dentro de la cual se integra el presente trabajo Doctoral

Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica, elaborada y validada en el estudio 2. Con la indicación de que lo respondiera pensando antes de la cirugía. (Anexo 6)

Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) pp 346-349.

Se utilizó la validación realizada por Joya y Ortega, presentada en el I Congreso Internacional de Psiquiatría de Enlace, el 3 de julio de 1997, de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

El inventario de Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman) de 67 reactivos fue aplicado a una muestra de 239 sujetos con diversas patologías médicas en la consulta externa del H.R. 20 de Noviembre, mayores de 18 años, alfabetos, durante el tiempo de espera de su consulta médica o donación de sangre.

A los datos obtenidos se les realizó un análisis de frecuencias, para descartar aquellos reactivos que no presentaban una distribución normal. La decisión se tomó con base en las frecuencias, sesgo, y kurtosis, se eliminaron aquellas frecuencias que acumulaban más del 40% de respuestas en una opción y los sesgos y kurtosis mayores a 0.5.

En este proceso se redujeron de 67 reactivos a 36. A estos reactivos se les aplicó un análisis factorial por el método de componentes principales con rotación varimax. Se requirieron 19 variaciones para alcanzar la convergencia.

En el análisis factorial resultaron 7 factores que explican el 51.7% de la varianza. Uno de los factores se eliminó por tener menos de tres reactivos, finalmente la varianza explicada correspondió al 48.3%.

Se presenta la conformación de los factores con cargas factoriales de los reactivos y confiabilidad de los factores con su valor de Alpha de Crombach en la Tabla 15.

Tabla 15 Alpha de Crombach y cargas factoriales del Instrumento de Afrontamiento, por subescala.

| Reactivo | Factor: Re-evaluación positiva. Alpha de Crombach .85 | Carga factorial |
|----------|--|-----------------|
| 18 | Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona. | .52 |
| 19 | Me dije a mi mismo cosas que me hicieron sentirme mejor. | .52 |
| 23 | Cambié, maduré como persona. | .64 |
| 30 | Salí de la experiencia mejor de lo que entré. | .43 |
| 36 | Tuve fe en algo nuevo. | .60 |
| 38 | Redescubrí lo que es importante en la vida. | .70 |
| 39 | Cambié algo para que las cosas fueran bien. | .56 |
| 46 | Me mantuve firme y peleé lo que quería. | .72 |
| 49 | Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien. | .70 |
| 54 | Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en otras cosas. | .47 |

| | | |
|--|---|-----|
| Factor (negación) Huida -evitación. Alpha de Crombach .65 | | |
| 43 | Oculté a los demás lo mal que iban las cosas. | .41 |
| 55 | Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía. | .59 |
| 57 | Soñé o me imaginé otro tiempo mejor que el presente. | .69 |
| 59 | Fantaseé o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas. | .72 |
| Factor (Acción-análisis) Planeación-Confrontación . Alpha de Crombach .44 | | |
| 1 | Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso). | .57 |
| 2 | Intenté analizar el problema para comprenderlo. | .66 |
| 8 | Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación. | .65 |
| Factor (Acción -decisión) Autocontrol- Responsabilidad. Alpha de Crombach .60 | | |
| 29 | Me di cuenta de que yo fui la causa del problema. | .40 |
| 34 | Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado. | .47 |
| 52 | Propuse un par de soluciones distintas al problema. | .39 |
| Factor (emoción apoyo) Apoyo social responsabilidad. . Alpha de Crombach .62 | | |
| 24 | Esperé a ver que pasaba antes de hacer nada. | .40 |
| 25 | Me disculpé o hice algo para compensar. | .42 |

| | | |
|--|---|-----|
| 42 | Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo. | .68 |
| 45 | Le conté a alguien como me sentía. | .73 |
| Factor (acción pasiva) Distanciamiento. Alpha de Crombach .60 | | |
| 3 | Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás. | .58 |
| 4 | Creí que el tiempo cambiaría las cosas y todo lo que tenía que hacer era esperar. | .42 |
| 27 | Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería. | .27 |
| 44 | No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio. | .44 |

Los resultados obtenidos explican un porcentaje similar de varianza de las investigaciones previas, 48% en la presente investigación, 42% en la de Aldwin, Folkman, Schaefer, Coyne & Lazarus, (1980) y 41% Sánchez Canovas en 1991.

Con relación a la forma en que se integraron las subescalas encontramos similitud en las escalas de Confrontación o enfrentamiento del problema de Aldwin, et al (1980) y la presente validación, por otra parte, reevaluación positiva es similar a la de la validación de Sánchez Canovas (1991) y Crecimiento para Aldwin, et. al (1980). Distanciamiento, es similar a minimizar la amenaza para Aldwin, et. al (1980) y para Sánchez Canovas (1991) distanciamiento; en la presente investigación búsqueda de apoyo social es similar a la búsqueda de sostén social de Aldwin, et al., (1980), Vtiliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker (1985) y en Sánchez Canovas denominaron apoyo social; Responsabilidad es similar a la autocolpa de Aldwin, et. Al (1980) y Vtiliano et al. (1985), y aceptación de la responsabilidad de Sánchez

Canovas (1991); la subescala de Evitación-huida es similar a la del mismo nombre de Sánchez Canovas (1991), y a la de evitación de la validación de Vtiliano et al. (1985); finalmente la subescala de autocontrol es similar a la de Sánchez Canovas (1991).

En la subescala en que se encuentra diferencia es esperanza, que, si tiene Aldwin, et al., (1980) y Vtiliano et al., (1985), algunos de esos reactivos se encuentran en el factor de huida- evitación de la presente investigación.

Es importante resaltar que aun cuando las escalas no son exactamente iguales en las cuatro validaciones son muy semejantes, aunque la importancia relativa de las subescalas varía.

Cabe destacar que en esta investigación la subescala que explicó una mayor cantidad de varianza es el relacionado con la reevaluación positiva a diferencia de investigaciones anteriores en las cuales era sobresaliente la subescala de enfrentar al problema o confrontación. Otras escalas como minimización de la amenaza o distanciamiento que en otras investigaciones se encuentran en segundo o cuarto lugar, en la presente se sitúa en el último sitio; otro aspecto importante de la presente investigación es que la subescala que se ubica en segundo lugar es huida- evitación, siendo en otras más importante el distanciamiento o la esperanza; con relación a la culpa y a la búsqueda de apoyo social encontramos semejanzas; la subescala de planeación - confrontación se ubica en el tercer lugar mientras que en otras investigaciones se encuentra en primero o segundo lugar, como se mencionó anteriormente.

Procedimiento

Se elaboró una base de datos de los pacientes que habían sido evaluados dentro del Protocolo de Cirugía Bariátrica de 2006 a 2016, por el Servicio de Psicología.

Se obtuvo de los expedientes clínicos la información referente a si fueron operados, en qué fecha, peso inicial y la evolución del peso posterior a la cirugía, así como abandono o permanencia del seguimiento médico posterior a la cirugía.

Se solicitó autorización para tener acceso a los datos de contacto de los pacientes registrados en el sistema del CMN 20 de Noviembre, se realizaron llamadas telefónicas para localizar a los pacientes y explicarles que se estaba realizando una investigación y solicitar su colaboración, pidiéndoles acudir al hospital para la aplicación de unos instrumentos. Esta estrategia fue poco efectiva, porque los datos de contacto no eran actuales o los pacientes se negaban.

Ante esta situación, se acudió a la consulta de Cirugía Bariátrica contactando a través de la enfermera del Servicio, pacientes con más de un año de operados, a los que se les solicitaba contestar los instrumentos. En muchas ocasiones se negaron a participar.

También se contactó al Servicio de Endocrinología y se les pidió que les solicitaran a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión al Servicio de Psiquiatría, los pacientes decían que lo harían, pero no llegaban al Servicio de Psiquiatría, por lo que se solicitó que les pidieran su teléfono para contactarlos por teléfono y hacer una cita, en algunos casos se acordó una cita en sus centros de trabajo para la aplicación.

Como otra estrategia se localizó en la base de datos las citas que tendrían los pacientes en los diversos Servicios del CMN, se estuvo acudiendo a buscarlos, en ocasiones no aceptaban participar o no habían acudido a su consulta. Esta situación se agravó ante la contingencia por el sismo de septiembre de 2017, que obligó a desalojar la Torre de Consulta Externa y teniendo ubicaciones temporales, situación que se mantiene para varios servicios, hasta la fecha (enero 2018).

A los pacientes que se captaron se les explicaba el objetivo de la investigación, a los que aceptaban se les pedía que firmaran la carta de consentimiento informado, la cual era firmada también por dos testigos y se les entregaba el instrumento para responderlo, al terminar se le agradecía su participación.

Resultados

Participantes

El grupo de pacientes exitosos estuvo compuesto por 30 mujeres, con una media de 45 años, 46% solteros y 53% viven en pareja, con una media de IMC inicial de 49.44 con una desviación típica de 10.21, varianza de 104.28 y un rango de 37.92 a 91.1 y una media de IMC a más de un año de operadas de 30.86, con una desviación de 5.82 y varianza de 33.91, con un rango de 23.19 a 52.44.

El grupo de paciente no exitosos estuvo compuesto por 20 mujeres, con una media de edad de 45 años, 50% solteros y 50% viven en pareja, con una media de IMC inicial 51.60 con una desviación típica de 7.50, varianza de 57.7 y un rango de 36.21 a 71.91 y una media de IMC a más de un año de operadas de 42.80, una desviación de 4.75 y una varianza de 22.62 con un rango de 37.46 a 55.47.

Es necesario destacar que los pacientes del grupo de éxito, aunque cumplen con lo señalado por el protocolo de la reducción de al menos el 50% del exceso de peso, la media del grupo se mantiene en rangos de obesidad, no llegando en su mayoría, al 24.9, IMC máximo de normopeso.

De los instrumentos

Con relación al conocimiento del procedimiento y de la recuperación y cuidados post quirúrgicos encontramos que:

El grupo de exitosos obtuvo una media para conocimiento del procedimiento de 1.88 y una desviación típica de .51 y para los no exitosos de 1.84 con una desviación típica de .49, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Para el factor de recuperación y cuidados post quirúrgicos los exitosos obtuvieron una media de 3.44 con una desviación típica de 1.0 y los no exitosos una media de 3.35 con una desviación típica de 1.28.

Al realizar una prueba t de Student para comparar los grupos no se encuentran diferencias estadísticamente significativas (Tabla 16).

Tabla 16 Prueba t de Student de conocimiento de las subescalas de procedimiento quirúrgico y recuperación y cuidados postquirúrgicos

| Factor | Grupo | Media | Desv. | t | gl | sig |
|--|----------|-------|-------|-----|-------|-----|
| Conocimiento del procedimiento | Éxito | 1.88 | .51 | .24 | 42.19 | .81 |
| | No éxito | 1.84 | .49 | | | |
| Recuperación y cuidados post operatorios | Éxito | 3.44 | 1.00 | .27 | 34 | .78 |
| | No éxito | 3.35 | 1.28 | | | |

Al realizar un análisis estadístico de la potencia del efecto utilizando el programa G*Power 3.1., encontramos un valor de .079 para la Subescala de Conocimiento del Procedimiento y .078 para la subescala de Recuperación que indica con un 99% de probabilidad, que de ser mayor la muestra las diferencias serían significativas.

Respecto a lo que será su alimentación posterior a la cirugía

Los pacientes exitosos conocen lo que comerán el primer mes posterior a la cirugía en un 77%, en el segundo mes 47%, lo que podrán comer a futuro en un 60%, que alimentos estarán prohibidos en un 83% y los hábitos alimentarios que deberán tener en un 46%.

Los pacientes no exitosos conocen lo que comerán el primer mes en un 60% en el segundo mes 40%, lo que podrán comer a futuro en un 60%; los alimentos prohibidos en un 85% y los hábitos en un 40%.

En una prueba de chi cuadrada no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 17).

Tabla 17 Prueba Chi cuadrada de la subescala de Alimentación después de la cirugía

| Reactivo | Chi | gl | sig |
|----------------------|------|----|------|
| Comer primer mes | 1.58 | 1 | .28 |
| Comer segundo mes | .261 | 1 | .642 |
| Alimentos permitidos | .0 | 1 | 1 |
| Alimentos prohibidos | .025 | 1 | .87 |
| Hábitos alimentarios | .21 | 1 | .64 |

Para el factor de Motivación los pacientes exitosos tuvieron una media de 1.76 con una desviación típica de .47 y los no exitosos tuvieron una media de 1.61 con una desviación típica de .41.

Con relación a la Motivación para el procedimiento no se encontraron resultados estadísticamente significativos (Tabla 18).

Tabla 18. Prueba t de Student para la subescala de Motivación para el procedimiento.

| Grupo | Media | Desv | t | gl | Sig |
|----------|-------|------|------|----|-----|
| Éxito | 1.76 | .48 | 1.19 | 48 | .23 |
| No éxito | 1.61 | .41 | | | |

Al realizar un análisis estadístico de la potencia del efecto utilizando el programa G*Power 3.1., encontramos un valor de .33 para la Subescala de Motivación para el procedimiento, con un 67% de probabilidad que de ser mayor la muestra las diferencias serían significativas

Se realizó un análisis de frecuencias para los reactivos originales de la escala de motivación, destaca que la principal motivación referida es mejorar la salud (Tabla 19).

.

Tabla 19 Puntajes por reactivo de la subescala de Motivación para el procedimiento.

| Éxito | | |
|---|--------------|----------------------------|
| | Media | Desviación estándar |
| Mejorar su movilidad | 3.37 | .85 |
| Sentirse más cómodo al convivir con otros | 2.87 | 1.13 |
| Mejorar su desempeño laboral | 3.13 | 1.10 |
| Mejorar su salud | 3.90 | .40 |
| Mejorar su apariencia | 3.07 | .86 |
| Mejorar su relación de pareja | 2.60 | 1.13 |
| Iniciar una relación de pareja | 2.10 | 1.12 |
| No éxito | | |
| Mejorar su movilidad | 3.60 | .50 |
| Sentirse más cómodo al convivir con otros | 2.65 | .93 |
| Mejorar su desempeño laboral | 2.75 | 1.07 |
| Mejorar su salud | 3.95 | .22 |
| Mejorar su apariencia | 2.95 | .88 |

| | | |
|--------------------------------|------|------|
| Mejorar su relación de pareja | 1.90 | .96 |
| Iniciar una relación de pareja | 1.95 | 1.14 |

Con relación a las Expectativas

El grupo de pacientes con éxito eligió la figura 9 como la figura previa a la cirugía en un 66%, correspondiente a un IMC mayor a 40, y 20% la figura 8 que corresponde a un IMC superior a 30.

El 70% esperaban después de un año tener una figura 3, 4 y 5 que corresponde a un IMC de 20 a 24.9 es decir en normopeso. El 50% esperaban perder entre 40 y 60 Kilos.

Esperaban obtenerlo en un promedio de 16 meses con una desviación típica de 8.78.

Después de un año de operadas las pacientes exitosas bajaron en promedio 18 puntos de IMC con una desviación típica de 5.77. Siendo la media de 30.86 de IMC con una desviación típica de 5.86, es decir la mayoría no llegaron a normopeso, bajando un promedio de 48 kilos con una desviación típica de 13.48, con un rango de 26 a 87 kilos.

El grupo de pacientes de no éxito eligió la figura 9 como la figura previa a la cirugía en un 65%, correspondiente a un IMC mayor a 40, y 30% la figura 8 que corresponde a un IMC superior a 30.

Esperaban, después de un año, el 50% tener una figura 2 y 3, es decir un IMC por debajo de normopeso y la 4 y la 5 el 40%, es decir un IMC de normopeso. El 40% esperaban perder 50 kilos, y el 15% esperaba perder 75 kilos.

Esperaban obtenerlo en un promedio de 20 meses con una desviación típica de 13.1.

Después de un año de operadas las pacientes no exitosas bajaron en promedio 8.8 puntos de IMC con una desviación típica de 17.88. Siendo la media de 42.8 con una desviación típica de 4.7. Bajaron en promedio 21.7 kilos con una desviación típica de 13.15. Con un rango desde subir cuatro kilos hasta bajar 40.

De las pacientes exitosas el 65% había pensado en el cambio de imagen y en las no exitosas el 75%.

Respecto a la Impulsividad

El grupo de pacientes exitosas tuvo una media de 1.21 con una desviación típica de .38 y el grupo de no exitosas tuvo una media de 1.28 con una desviación típica de .47.

Al realizar una comparación de los grupos con prueba t de Student no se encontraron diferencias significativas (Tabla 20).

Tabla 20 Prueba t de Student para la subescala de Impulsividad

| Grupo | Media | Desv | t | Grados de libertad | Significancia |
|----------|-------|------|------|--------------------|---------------|
| Éxito | 1.21 | .38 | -.48 | 34.8 | .62 |
| No éxito | 1.38 | .49 | | | |

Al realizar un análisis estadístico de la potencia del efecto utilizando el programa G*Power 3.1., encontramos un valor de .16 para la Subescala de Impulsividad que indica que de ser mayor la muestra con un 84% las diferencias serían significativas.

Redes de apoyo

Las pacientes exitosas consideraban en un 63% que su relación de pareja no se vería afectada, el 70% pensaba que no afectaría sus relaciones familiares, el 73% creía que no afectaría su relación con los amigos, el 70% que no afectaría su relación con sus compañeros de trabajo. El 3% refirió una reacción negativa de la pareja, 3% declaró que se volvió muy celoso. Respecto a la familia el 3% declaró que la evitaban por creída, el 6% refirió una respuesta negativa de los compañeros de trabajo.

Por su parte las pacientes no exitosas consideraban en un 75% que su relación de pareja no se vería afectada, el 70% pensaba que no afectaría su relación con familiares, el 80% creía que no afectaría su relación con los amigos y el 100% que no afectaría su relación con sus compañeros de trabajo. Las pacientes no refirieron ninguna consecuencia negativa.

Respecto a si la persona que se sintiera incómoda aceptaría ir a terapia, sólo dos pacientes de no éxito la respondieron, una afirmativamente y otra negativamente.

Afrontamiento

Al hacer una comparación con prueba t de Student solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en la subescala de Planeación confrontación, se muestran los resultados en la Tabla 21.

Tabla 21. Pruebas t de la Escala de Afrontamiento

| Escala | | Media | Desviación típica | t | gl | signifi |
|-----------------------------|----------|-------|-------------------|-------|------|---------|
| Reevaluación positiva | Éxito | 1.76 | .34 | .76 | 41.6 | .45 |
| | No éxito | 1.83 | .33 | | | |
| Huida-avoidancia | Éxito | 1.34 | .38 | .53 | 35.4 | .59 |
| | No éxito | 1.41 | .46 | | | |
| Planeación-confrontación | Éxito | 1.73 | .36 | -2.18 | 44.3 | .03 |
| | No éxito | 1.93 | .32 | | | |
| Autocontrol-responsabilidad | Éxito | 1.30 | .35 | -1.31 | 38.4 | .19 |
| | No éxito | 1.44 | .38 | | | |
| Apoyo social | Éxito | 1.36 | .34 | .22 | 35.6 | .82 |
| | No éxito | 1.38 | .41 | | | |
| Distanciamiento | Éxito | 1.07 | .30 | -.99 | 42.2 | .32 |
| | No éxito | 1.15 | .28 | | | |

Al someter a la prueba de potencia del efecto encontramos para la Subescala de Reevaluación positiva .20, para la Subescala de Huida Evitación .16, para la subescala de Autocontrol Responsabilidad .38, para la subescala de Apoyo social .05 y para la Subescala de Distanciamiento de .27. Lo anterior significa que si la muestra fuera mayor los resultados serían significativos con una probabilidad de 80%, 84%, 62%, 95% y 73% respectivamente.

Discusión

La obesidad y en especial la obesidad mórbida es una de las enfermedades que como señalan Jemmott y Locke, 1984 y Bernard y Kupat (1994), el modelo biomédico se ve limitado, al estar muy relacionada con los estilos de vida en donde interactúan aspectos sociales y psicológicos, tanto como biológicos en la etiología curso y tratamiento, el objetivo de esta investigación era determinar si existen diferencias en las variables de: conocimiento del procedimiento de la cirugía bariátrica, motivación para la cirugía, impulsividad, expectativas sobre la cirugía, redes de apoyo, y afrontamiento entre pacientes exitosos y no exitosos sometidos a cirugía bariátrica, en virtud del alto costo que este procedimiento tiene, siendo fundamental que todos los pacientes sometidos a este procedimiento tengan resultados exitosos.

Con relación al conocimiento del procedimiento, las tendencias nos indican un menor conocimiento del procedimiento, de la recuperación y cuidados y de la alimentación después de la cirugía en el grupo de no éxito. Los pacientes exitosos conocen mejor lo que comerán el primer mes posterior a la cirugía, en el segundo mes y los hábitos alimentarios, sin embargo, para ambos grupos con relación al nivel de conocimiento, se encuentran medias del puntaje alrededor de dos y tres de un rango de cuatro, lo que nos indica que el nivel de conocimiento respecto al procedimiento para ambos grupos es menor a lo deseable, principalmente para el conocimiento del procedimiento.

Sogg et al., (2016) refieren que las guías clínicas existentes señalan que los pacientes deben ser bien informados acerca de los diversos procedimientos quirúrgicos existentes, sus riesgos y beneficios y el régimen postquirúrgico

Aunque no todos los pacientes son capaces de verbalizar y comprender los beneficios de la cirugía, pueden tener una tendencia a sobrevalorar o minimizar los riesgos asociados a la cirugía y los cambios conductuales requeridos. Es importante

para los pacientes comprender que el resultado de la cirugía es variable y depende fuertemente de la implementación de los cambios de estilo de vida recomendados. Los pacientes deben verbalizar su comprensión de la necesidad de la participación en cada uno de los cuidados y compromiso para la adherencia al régimen postquirúrgico (Wadden, Sarwer & Williams, 2006; Sogg & Mori, 2009).

Olguín, Carvajal y Fuentes (2014) hacen referencia a lo importante que es lograr que el paciente tenga expectativas realistas en la evaluación preoperatoria, entienda los riesgos de la cirugía y el cambio en el estilo de vida que deberá realizar.

Para la motivación también encontramos medias de los puntajes ligeramente inferiores en el grupo de no éxito, aunque las diferencias no son significativas. Resalta que para ambos grupos la motivación es baja centrándose mayormente en aspectos de salud como el principal motivador, lo que coincide con lo señalado por Ray, Nickels, Sayeed & Sax, 2003; Libeton, Dixon, Laurie & O'Brien, 2004; Dixon, Laurie, Anderson, Hayden, Dixon, & O'Brien, 2009; Karmali, Kadikoy, Brandt & Sherman, 2011 (citado en Sogg, et al., 2016) respecto a que, los problemas de salud son referidos como la principal motivación para someterse a la cirugía, los resultados anteriores pueden deberse al número y tipo de reactivos y a que los pacientes son enviados al protocolo, no siendo una necesidad sentida por ellos.

Las investigaciones señalan que los pacientes tienen expectativas no realistas acerca de la pérdida de peso después de la cirugía ([Dalle Grave, Calugi, Magri, Cuzzolaro, Dall'aglio, Lucchin & Melchionda, 2004; Bauchowitz, Azarbad, Day & Gonder-Frederick, 2007; White, Masheb, Rothschild, Burke-Martindale & Grilo, 2007; Kaly, Orellana, Torrella, Takagishi, Saff-Koche & Murr, 2008; Heinberg, Keating & Simonelli, 2010; Karmali, Kadikoy, Brandt & Sherman, 2011; Wee, Hamel, Apovian, Blackburn, Bolcic-Jankovic, Colten, Hess, Huskey, Marcantonio, Schneider & Jones, 2013] [citado en Sogg, et al., 2016]); en este caso encontramos que el 70% de los pacientes de éxito esperaban tener un normopeso en un año,

mientras que el 50% de los no exitosos esperaban tener una figura por debajo de normopeso, para ambas muestras los resultados no fueron como lo esperaban, lo que nos indica expectativas poco realistas, siendo muy importante que el paciente tenga expectativas realistas (Olguín, Carvajal & Fuentes, 2014).

Los resultados de las investigaciones respecto a la influencia de las expectativas y la baja de peso son mixtos ([Wadden, Womble, Sarwer, Berkowitz, Clark, & Foster, 2003; Linde, Jeffery, Finch, Ng & Rothman, 2004; Ames, Perri, Fox, Fallon, De Braganza, Murawski, Pafumi & Hausenblas, 2005; Finch, Linde, Jeffery, Rothman, King & Levy, 2005; Fabricatore, Wadden, Womble, Sarwer, Berkowitz, Foster & Brock, 2007; White, Masheb, Rothschild, Burke-Martindale & Grilo, 2007; Gorin, Marinilli Pinto, Tate, Raynor, Fava & Wing, 2007; White, Masheb, Rothschild, Burke-Martindale & Grilo, 2007; Durant, Joseph, Affuso, Dutton, Robertson & Allison, 2013] [citado en Sogg et al., 2016]), en la presente investigación el grupo de éxito tiene expectativas más realistas que el grupo de no éxito.

Referente a la impulsividad, aunque no es estadísticamente significativa la tendencia es más alta en las medias para la puntuación de las pacientes no exitosas, la impulsividad se ha relacionado con una mayor ingesta de calorías, elección de comidas con bajo valor nutricional, valorando en mayor medida el sabor de la comida, además se ve involucrada en el consumo de alimento bajo la influencia de estados emocionales negativos, como tristeza y enojo (Jasinska et al., 2012) una mayor reactividad a las señales de comida y comer una mayor cantidad con la presencia de otras personas (Van den Akker et al., 2014). Los puntajes bajos en esta escala pueden deberse a la deseabilidad social, mostrando que tienen autocontrol, en las entrevistas en el consultorio los pacientes suelen manifestar que no saben por qué están obesos si no comen tanto.

Las personas con sobrepeso/obesidad parecen tener más dificultades para inhibir las respuestas, reportando comportamientos más impulsivos con mayor dificultad para diferir las recompensas, que los individuos de peso saludable. La impulsividad

también parece interferir con el éxito en las intervenciones para la pérdida de peso, aunque los hallazgos son mixtos (Van den Akker et al., 2014).

Nederkoorn, Smulders, Havermans, Roefs, y Jansen, (2006), señalaron que en nuestro ambiente obesogénico, el autocontrol puede ser necesario para evitar comer en exceso, la impulsividad hace más difícil resistir la tentación de comer demasiado y, por lo tanto, puede contribuir al sobrepeso. Sin embargo, en la presente investigación, ambos grupos refieren puntajes bajos (medias menores a dos) en la escala de impulsividad

Respecto al apoyo social, las pacientes no exitosas tenían expectativas más favorables sobre la reacción a la cirugía de la pareja, amigos y compañeros de trabajo.

Lecaroz, et al., (2015) encontraron que los principales factores sociales asociados al éxito y/o fracaso en la baja y mantenimiento del peso son: apoyo familiar y del grupo de amigos, adherencia a los controles, seguimiento y acompañamiento profesional durante el período post operatorio, además de que el fracaso y el éxito en la pérdida de peso post cirugía se encuentra asociado con la posibilidad de tener una red de apoyo emocional y social, así como a la posibilidad de comprender y modificar el papel de la comida como mecanismo de regulación emocional.

Existe evidencia empírica en diversas áreas médicas en las que el manejo de la conducta para bajar de peso se extiende a la calidad de apoyo social que tengan los pacientes ya que impacta en la adherencia al tratamiento y los resultados de la cirugía ([Olbrisch, Benedict, Ashe & Levenson, 2002; DiMatteo, 2004] [citado en Sogg et al., 2016])

Los resultados encontrados, pueden deberse a que las pacientes no exitosas, esperaban un mayor apoyo de sus redes sociales del que encontraron después de la cirugía, lo que les dificultó la adherencia.

Lo anterior sugiere que a pesar de que en la evaluación puede ser un tema delicado y complicado, se debe preguntar al paciente sobre la presencia y calidad de relaciones con parejas románticas, amigos, miembros de la familia y organizaciones comunitarias (Sogg, Lauretti et al., 2016).

Finalmente respecto al afrontamiento, los grupos difieren significativamente en el factor de planeación confrontación, que se refiere a analizar el problema, obtener información y enfocarse en las acciones, en donde los pacientes de no éxito obtienen puntajes más altos; es probable que el enfocarse de esta manera, les genere ansiedad que los lleve a comer, coincidiendo con lo señalado por Guzmán, Castillo y García (2010), con relación a la obesidad quienes mencionan que se ha destacado el papel que juegan en su desarrollo y mantenimiento variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc.).

Se observa también, que los pacientes no exitosos tienden a utilizar más la reevaluación positiva, a utilizar estrategias de huida evitación, de autocontrol, búsqueda de apoyo social y de distanciamiento. Lo cual parece indicar que están más enfocados en tratar de manejar las situaciones estresantes, generando una mayor reacción emocional displacentera, como ya se mencionó.

Sogg et al., (2016) señalan que los estresores pueden tener un impacto en la habilidad de los pacientes para focalizarse en el autocuidado y adherencia a la dieta y actividad física. En muchos pacientes, cualquier tipo de estresor, favorece una mala adherencia y autocuidado pudiendo limitar el éxito de la cirugía ([Lanyon & Maxwell, 2007; Sarwer, Dilks & West-Smith, 2011] [citados en Sogg et al., 2016]).

Si bien las pruebas estadísticas indican que de ser mayor el tamaño de las muestras los resultados de la comparación de medias serían significativas, no se puede dejar de señalar que estos resultados pueden deberse al tipo de reactivos de los instrumentos, que, al ser preguntas directas, las respuestas pueden estar

fuertemente influidos por la deseabilidad social, es importante continuar trabajando en contar con instrumentos elaborados ad hoc para esta población.

Es importante señalar que los comentarios realizados a la entrevistadora por parte de las pacientes no exitosas señalaban su descontento con su imagen corporal al bajar de peso, por los colgajos, y la respuesta negativa de la pareja y/o familia y/o amigos a la baja de peso y al cambio de hábitos alimentarios como factores que influyeron en el no éxito.

Propuesta de Psicoeducación

Las guías norteamericanas de cirugía bariátrica (AAACE/TOS /ASMBS, 2008) indican que todos los pacientes que serán sometidos a este tipo de cirugía deberán ser sometidos a una evaluación completa para identificar los factores que influyeron en el desarrollo de la obesidad, como así también aquellos factores que pudieran interferir en el bienestar del paciente después de la cirugía.

En la actualidad la norma oficial NOM-168-SSA1-1998 y NOM-174-SSA1-1998 para el tratamiento de la obesidad establece: “La indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad, deberá ser resultado de la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario, conformado al menos por: cirujano, anestesiólogo, internista, licenciado en nutrición y psicólogo clínico” (Secretaría de Salud, 1999; 2000).

El rol del psicólogo en un equipo interdisciplinario para cirugía bariátrica consiste en la evaluación inicial de los pacientes con el fin de determinar su capacidad para cumplir con los cambios en el estilo de vida que se necesitan antes y después de la cirugía, brindar al paciente psico-educación a fin de prepararlo para estos cambios y para tomar una decisión informada acerca de someterse o no a la cirugía (Sierra-Murguía, 2013). En el tratamiento psicológico se debe contemplar no sólo la reducción de peso como producto final, sino un proceso continuo con resultados positivos en la calidad y estilo de vida, así como la conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica que prevenga las recaídas (Villaseñor et al., 2006).

El consenso mexicano de psicología bariátrica (Ríos et al., 2010) sugiere que, en la evaluación inicial de los pacientes, los objetivos son determinar su capacidad para cumplir con los cambios en el estilo de vida que se necesitan antes y después de la cirugía, brindar al paciente psico-educación a fin de prepararlo para estos cambios y para tomar una decisión informada acerca de someterse o no a la cirugía. Esta preparación ayuda al paciente a tener expectativas realistas sobre los resultados

del procedimiento al que se quiere someter y disminuye el sentimiento de incertidumbre, que a su vez genera ansiedad.

Objetivo

Brindar un proceso de psicoeducación estandarizado a los pacientes antes de la cirugía, que les permita una decisión informada, mayores competencias y mejor adaptación a los cambios de estilo de vida que deberán afrontar, con base en los resultados obtenidos en el estudio 3.

Participantes

Pacientes mayores de edad aceptados en el Protocolo de Cirugía Bariátrica del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE.

Criterios de inclusión

Pacientes aceptados en el Protocolo de Cirugía Bariátrica, por el equipo quirúrgico, del CMN 20 de Noviembre.

La participación en el grupo de psicoeducación será obligatoria como parte del proceso del protocolo.

Criterios de exclusión

Pacientes no aceptados en el Protocolo de Cirugía Bariátrica, por el equipo quirúrgico, del CMN 20 de Noviembre.

Psicoeducación

El objetivo de la Psicoeducación es ofrecer información y formación, con respecto a la naturaleza polifacética del trastorno y las razones para la cirugía, un conocimiento

claro de las características y riesgos del proceso quirúrgico, del postquirúrgico y los cambios en el estilo de vida para lograr buenos resultados, debe involucrar también los aspectos relacionados con la motivación, apoyándose en la motivación por la salud, que es al parecer la más importante para estos pacientes, abordar las expectativas reales de los logros que se pueden obtener con la cirugía, la necesidad de autorregulación y estrategias para lograrlo, así como expectativas sobre sus redes de apoyo (pareja, familia, amigos, compañeros de trabajo) y las posibles respuestas de ellos, así como la necesidad de asegurar este apoyo, debe abordar estrategias de afrontamiento al estrés, como técnicas de relajación y solución de problemas. Finalmente es necesario incluir información sobre alimentación, hábitos alimentarios, y aspectos ambientales para el manejo saludable de la ingesta alimentaria, así como de la actividad física a realizar.

Estructura de la Intervención

Modalidad grupal.

La intervención se realizará en grupos de 10 a 12 pacientes, esta modalidad permite el intercambio de experiencias y soluciones de los participantes, y la optimización de tiempos y espacios en el CMN 20 de Noviembre.

Escenario.

Aula de la Biblioteca del CMN 20 de Noviembre.

Periodicidad.

Sesión semanal con duración de hora y media.

Numero de sesiones.

Las sesiones serán cinco que se irán repitiendo cada mes, en el caso de que algún paciente no acuda a alguna de las sesiones con el grupo que inicio deberá reponer la sesión con un nuevo grupo.

Seguimiento.

Se realizarán sesiones mensuales de seguimiento hasta la cirugía y posteriores a la cirugía, hasta que cumplan un año de operados.

Primera sesión.

Bienvenida al grupo.

Presentación de los asistentes.

Firma de la carta de consentimiento informado.

Aplicación de la Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica.

Planteamiento de las reglas del grupo con relación a la confidencialidad.

Presentación con apoyo visual de:

Características de los diversos tipos de cirugía bariátrica.

Pros y contras de cada técnica.

Riesgos de una cirugía bajo anestesia general.

Régimen dietético postquirúrgico primera semana y cuidados postquirúrgicos.

Régimen dietético postquirúrgico primer mes.

Régimen dietético postquirúrgico segundo mes.

Régimen dietético permanente.

Posibles secuelas del procedimiento.

Hábitos alimentarios

Imagen corporal y colgajos de la piel al bajar de peso.

Definición e importancia de la actividad física, actividades permitidas y no permitidas.

Posibilidad de aumento de peso.

Planteamiento y solución de dudas de los temas expuestos.

En esta sesión se deberá contar con el apoyo de alguno de los médicos del equipo quirúrgico para la exposición de los aspectos de la cirugía.

Segunda sesión.

Bienvenida al grupo.

Registro de asistencia

Aplicación de un cuestionario de conocimientos de los temas abordados en la primera sesión.

Presentación con apoyo visual sobre:

Motivación y y fases de la motivación con base en la entrevista motivacional de Miller y Rollnick.

Expectativas sobre la cirugía y las redes de apoyo

Realizar una discusión grupal sobre los motivos para someterse a la Cirugía Bariátrica y reflexionar en que fase de la motivación están; que esperan lograr y en cuanto tiempo, así como sus expectativas sobre el apoyo de sus redes sociales.

De la discusión se buscará hacer énfasis, en la motivación por aspectos de salud, las expectativas reales que pueden esperar de la cirugía y la importancia de aclarar cuáles son las redes sociales con las que cuenta.

Se planteará la necesidad de cambiar hábitos cotidianos.

Se plantearán y resolverán dudas.

Tercera sesión.

Bienvenida al grupo

Registro de asistencia

Se retomarán las conclusiones de la sesión anterior.

Se realizará una exposición con apoyo visual de:

Relación de los pensamientos, los sentimientos y la conducta.

La autoregulación emocional y conductual.

Técnicas de relajación

Técnica de solución de problemas.

Realizar una discusión grupal sobre los temas expuestos.

De la discusión se buscará hacer énfasis, en la importancia que nuestra forma de pensar y evaluar la realidad, y la autorregulación emocional y conductual han tenido en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad.

Se planteará la necesidad de cambio.

Se plantearán y resolverán dudas.

Cuarta sesión.

Bienvenida al grupo

Registro de asistencia

Se retomarán las conclusiones de la sesión anterior.

Se realizará una exposición con apoyo visual sobre:

El afrontamiento, definición, proceso, estrategias de afrontamiento.

Se realizará una discusión grupal sobre el tema, destacando que todas las estrategias son útiles dependiendo de las situaciones y la importancia de elegir la más adecuada para cada situación, y no utilizarlas de manera estereotipada.

Se realizará una dinámica grupal de lluvia de ideas, acerca de las principales dificultades que enfrentan para manejar la obesidad y las que tendrán después de la cirugía buscando alternativas de solución con base en los temas revisados.

Se obtendrán conclusiones grupales.

Quinta sesión.

Bienvenida al grupo

Registro de asistencia

Se retomarán las conclusiones de la sesión anterior.

Se realizará una exposición con apoyo visual sobre la necesidad de bajar 20 kg. Previos a la Cirugía como lo señalan las guías clínicas.

Aspectos básicos de la alimentación e índice glucémico de los alimentos y hábitos alimentarios.

Aspectos ambientales de la alimentación, estímulos de los ambientes obesogénicos (Buffets, restaurantes, comidas rápidas, publicidad), reuniones familiares, sociales, comer solo o acompañado, etc.

Aspectos relacionados con la actividad física que se pueden realizar y como debe incrementarse.

Se realizará una discusión grupal sobre los temas, una dinámica grupal de lluvia de ideas, acerca de las principales dificultades que enfrentan para la baja de peso en este periodo previo a la cirugía buscando alternativas de solución con base en los temas revisados.

Se obtendrán conclusiones grupales.

Elaborarán su plan de acción, apoyándose en técnicas de autorregistro para el control de la alimentación, hábitos alimentarios y actividad física (los cuales diseñarán de acuerdo a sus objetivos y necesidades).

Cierre y despedida del grupo.

A lo largo de estas sesiones es importante detectar a aquellos pacientes que requieran una intervención individual y al finalizar la psicoeducación sean canalizados a psicoterapia y de ser necesario a atención psiquiátrica.

Seguimiento

En estas sesiones se revisarán sus avances dentro del protocolo de Cirugía y la baja de peso que han ido logrando, así como sus autorregistros.

Se revisarán las dificultades que se han presentado en discusión grupal y se plantearán estrategias de manejo con base en lo revisado en la fase de psicoeducación.

Seguimiento Posterior a la Cirugía

Posterior a la cirugía se verán después de dos semanas y posteriormente cada mes.

En estas sesiones se revisará la baja de peso que han ido logrando y se les pedirá elaboren nuevos autorregistros de acuerdo a las necesidades del momento.

Se revisarán las dificultades que se han presentado en discusión grupal y se plantearán estrategias de manejo con base en lo revisado en la fase de psicoeducación

Conclusiones

Los resultados anteriores sugieren que las características de personalidad no son determinantes en el éxito o no éxito posterior a la cirugía bariátrica, por lo que de acuerdo a Van Hout, Van Oudheusden y Van Heck, 2004, el éxito depende de otros factores psicológicos, como señalan Bravo del Toro et al., (2011). Estos factores son, cognitivos, afectivos, y ambientales, lo que hace necesario mayor investigación de estos factores, así como construir instrumentos específicos que nos permitan evaluar estas dimensiones.

En la presente investigación se observa que los pacientes tienden a mostrar una imagen diferente, acorde a lo que consideran deseable, que bien puede ser mostrar una mayor problemática o menor como lo muestran los resultados obtenidos en el primer estudio con el MMPI-2

Se obtuvo la Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica que mide las variables conocimiento del procedimiento (procedimiento quirúrgico, riesgos del mismo y proceso de recuperación postquirúrgica así como el régimen dietético postquirúrgico), motivación para la cirugía, expectativas sobre la cirugía, impulsividad y redes de apoyo, con adecuadas características psicométricas.

En la muestra estudiada se encontró un nivel de conocimiento sobre el procedimiento y riesgos, de la cirugía, recuperación, cuidados y alimentación posteriores a la cirugía, por debajo de lo deseable.

Así mismo en esta población se encontró para ambos grupos una baja motivación para la cirugía.

Ambos grupos tienen expectativas poco realistas sobre la baja de peso posterior a la cirugía, siendo menos realistas en el grupo de no éxito.

Ambos grupos refieren una baja impulsividad, siendo menor en el grupo de éxito, contrario a lo señalado por Jasinska et al., (2012) y Van den Akker et al., (2014).

Respecto al apoyo social, las pacientes no exitosas tenían expectativas más favorables sobre la reacción a la cirugía de la pareja, amigos y compañeros de trabajo, que no siempre se vieron cumplidas.

Con relación al afrontamiento, las pacientes no exitosas parecen estar más atentas a la resolución de las situaciones que se presentan, lo cual puede generar estados emocionales displacenteros que pueden llevarlos a no regular la ingesta de alimentos, favoreciendo una mala adherencia y autocuidado, pudiendo limitar el éxito de la cirugía.

Es fundamental que todo el equipo del Protocolo de Cirugía Bariátrica sea sensibilizado a la importancia de los factores psicosociales, a lo que el presente trabajo pretende contribuir, para lograr una intervención multidisciplinaria en beneficio del paciente.

Sugerencia y limitaciones

Sugerencias

En estudios posteriores será necesario agregar preguntas abiertas acerca del conocimiento específico sobre la cirugía, sus riesgos y cuidados post operatorios, a fin de corroborar que tanto conocen los pacientes al respecto.

Continuar trabajando en la elaboración de instrumentos ad hoc para esta población de las variables relacionadas con el éxito en la cirugía.

Estudiar la personalidad de los pacientes obesos mórbido en general y si hay diferencias entre exitosos y no exitosos con otras pruebas como el MMPI2-RF (todas las escalas, no sólo las clínicas), BFQ (Evaluación de los Cinco Grandes Factores) o el PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad).

Realizar estudios sobre el afrontamiento en estos pacientes utilizando otros instrumentos como el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A).

Estudiar la satisfacción con los resultados obtenidos.

Estudiar la autopercepción de logro de los pacientes.

Es importante realizar estudios longitudinales de largo plazo con estos pacientes, en los que se pueda observar los cambios en el tiempo de las características psicosociales estudiadas.

Aumentar las muestras de pacientes post operados de éxito y no éxito.

Es muy importante evaluar otros factores psicosociales que no fueron abordados en la presente investigación como, factores ambientales (ambientes obesogénicos), historia del peso, subestimación de los alimentos ingeridos, etc.

Realizar estudios en población masculina.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones se pueden señalar, las dificultades para obtener las muestras:

Las altas tasas de abandono del seguimiento de los pacientes no exitosos.

Las altas tasas de abandono del seguimiento de los pacientes postoperado a más de dos años de seguimiento.

Las dificultades institucionales para contactar a los pacientes.

Tener que realizar mediciones transversales, por las dificultades para realizar estudios longitudinales.

Haber contado sólo con las escalas clínicas del MMPI-2, pues la información de las escalas de contenido y suplementaria brindan información importante referente a aspectos de salud.

No contar con datos del MMPI-2 de las pacientes exitosas y no exitosas, por cambios en el Protocolo de Cirugía Bariátrica al momento de la aplicación del Estudio tres.

La necesidad de ajustar la investigación psicológica en Salud en Ambientes Hospitalarios a los Protocolos Médicos, que no necesariamente son el marco más adecuado.

Referencias

- AACE/TOS/ASMBS Guidelines. (2008). Medical Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. *Endocrine Practice*, April Vol. 14, No. 3, 318-336.
- Abilés, V., Abilés, J., Rodríguez-Ruiz, S., Luna, V., Martín, F., Gándara, N. & Fernández-Santaella, M. C. (2013). Efectividad de la terapia cognoscitivo-conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida. *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 1109-1111.
- Aguilar, L. (2011). Motivación en obesos para realizar actividad física. *Revista electrónica de Ciencias Aplicadas al Deporte (ReCAD)*, 4(13), 1-23.
- Alcaraz, A.M, Ferrer, M. & Parrón T. (2015). Calidad de vida en los pacientes obesos y su cambio tras cirugía bariátrica a medio y largo plazo. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (5), 2033-2046. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8792>.
- Aldwin, C. M., Folkman, S., Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1980). *Ways of Coping: A process measure*. Paper presented at the 88th annual convention of the APA.
- Ballantyne, G. H. (2003). Measuring outcomes following bariatric surgery: weight loss parameters, improvement in co-morbid conditions, change in quality of life and patient satisfaction. *Obesity surgery*, 13(6), 954-964.
- Baltasar, A. (2001). *Obesidad y cirugía. Cómo dejar de ser obeso*, Madrid:Arán Ediciones.
- Barriguete, J. (2011). *Cambios de los rasgos de personalidad en pacientes con obesidad mórbida posterior a cirugía bariátrica* (Tesis de posgrado en Psiquiatría). Facultad de Medicina, UNAM, México.
- Baum, A., Revenson, T. & Singer, J. eds. (2012). *Handbook of Health Psychology*. USA: Psychology Press.

- Beck, J. (2009). *El método Beck para adelgazar: Entrene su mente para pensar como una persona delgada*. México: Gedisa.
- Becoño, E. & Oblitas, L. (2010). Promoción de estilos de vida saludable. En Oblitas, L. (ed), *Psicología de la Salud y Calidad de vida*. (pp. 83- 112). México: Cenage Learning.
- Bernard, L. & Krupat, E. (1994). *Health Psychology. Biopsychosocial Factors in Health and Illness*. USA: Harcourt Brace College Publishers.
- Bertrán, M. (2005). *Cambio alimentario e identidad de los indígenas mexicanos*. Programa Universitario México Nación Multicultural. México: Publicaciones y Fomento Editorial. UNAM.
- Bertrán, M. (2006). Significados socioculturales de los alimentos en la ciudad de México. En: Bertrán, M. y Arroyo, P. (Eds.). *Antropología y nutrición* (pp. 157-176). México: Fundación Mexicana para la Salud. Fondo Nestlé para la Nutrición-Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
- Bourdieu, P. (2002). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Barcelona: España, Taurus.
- Bravo del Toro, A., Espinoza-Rodríguez, T., Mancilla-Arroyo, L. N. & Tello- Rencilla, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 155- 123.
- Brownell, K. D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22, 1–12.
- Bun, C. J. E., Schwiebbe, L., Schütz, F. N., Bijlsma-Schlösser, J. F. M. & Hirasing, R. A. (2011). Negative body image and weight loss behavior in Dutch school children. *European Journal of Public Health*, 22 (1), 130-133.
- Burgoa, A. (2012). Rasgos de Personalidad en pacientes obesos (Tesis de Posgrado en Psiquiatría). Facultad de Medicina, UNAM, México.
- Busetto L., Segato G., De Luca M., De Morchi, F., Foletto, M., Vianello, M. Valero, 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.

- Cabello, M.L. & Arroyo, M.C. (2013). La obesidad paradójica: construcción de una imagen corporal contradictoria. *Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 6. doi: <https://doi.org/10.5944/comunitania.6.5>.
- Canizales-Quinteros, S. (2008). Aspectos genéticos de la obesidad humana. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 16(1), 9-15.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B. & Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90(2), 251-257.
- Chalmers, D. K., Bowyer, C. A. & Olenick, N. L. (1990). Problem drinking and obesity: a comparison in personality patterns and life-style. *The International Journal of the Addictions*, 25(7), 803-17.
- Chinchilla, A. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Dávalos, L. J. (2006). Obesidad mórbida: definición, etiología y perfil psicológico a través del MMPI-2. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Dunbar- Jacob, J., Schlenk, E. & McCall, M. (2012). Patient Adherence to Treatment Regimen. En Baum, A., Revenson, T. & Singer, J. (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. (pp. 271-292). USA: Psychology Press.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davis, B. A. & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425-32.
- FAO. Estadísticas sobre seguridad alimentaria-México. (2004). Disponible en http://www.fao.org/faostat/foodsecurity/Countries/SP/Mexico_s.pdf

- Farooqi, I. S. & O'Rahilly, S. (2005). Monogenetic obesity in humans. *Annual Review of Medicine*, 56, 443-58.
- Fiorentino, M.T. (2010). Conductas de la salud. En Oblitas L. (Ed.) . *Psicología de la Salud y Calidad de vida*. (pp.57-82). México: Cenage Learning.
- Fish, D. (2015). *Health Psychology. An interdisciplinary approach to health*. USA: Pearson.
- Flores-Alarcón, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y Prevención*. Bogotá: Manual Moderno.
- Gerlach G., Herpertz S. & Loeber S. (2015) Personality traits and obesity: a systematic review. *Obesidad Review*, 16(1), 32–63.
- Glinski, J., Wetzler, S. & Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 11(5), 581-588.
- González, A. Moreno, Y. C., Medina, L. & Valdez-Rojas, F. (2008). Asociación entre índice de masa corporal y calidad de vida relacionada con la salud en una Clínica de Medicina Familiar. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 16 (4) Octubre-Diciembre, 144-152.
- Goody, J. (1995). *Cocina, cuisine y clase. Estudio de sociología comparada*. Barcelona: Gedisa.
- Greenspan, F. S. & Forsham, P. H. (1988). *Endocrinología básica y clínica*. México: Manual Moderno.
- Guisado, J. A., Vaz, F. J., Alarcón, J., López-Ibor, J. J., Rubio, M.A. & Gaité, L. (2002). Características clínicas de los pacientes con obesidad mórbida. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29(2), 85-94.
- Guzmán, R., Castillo, A. & García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En Morales, J.A. (Ed.) *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario*. Pachuca: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. (pp. 201-218).
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª Ed.) Perú: Mc Graw Hill.

- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Langkafel, M., Senf, W. & Hebebrand, J. (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27(11), 1300-1314.
- Instituto Mexicano para la Competitividad AC (IMCO). Kilos de más, pesos de menos: Los costos de la obesidad en México. http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/20150127_ObesidadEnMexico_DocumentoCompleto.pdf
- Jasinska, A., Yasuda, M., Burant, C. F., Gregor, N., Khatri, S., Sweet, M. & Falk, E. B. (2012). Impulsivity and inhibitory control deficits are associated with unhealthy eating in young adults. *Appetite*, 59 (3), 738-747.
- Johnson, W., Stewart, R. & Pusser, A. (2012). The perceptual threshold for overweight. *Eating Behaviors*, 13 (3), 188-193.
- Joya, L. & Ortega, R. (1997) I Congreso Internacional de Psiquiatría de Enlace. Secretaría de la Defensa Nacional. Hospital Central Militar. Simposio con el tema *Validación del instrumento de afrontamiento de Lazarus*, 3 de julio de 1997.
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., Courcoulas, A. P., Pilkonis, P. A., Ringham, R. M.,... Rofey, D. L. (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 328-334.
- King, W.C., Chen, J.Y., Mitchell, J.E., Kalarchian, M.A., Steffen, K.J., Engel, S.G., Courcoulas, A.P., Pories W.J. & Yanovski, S.Z. (2012) Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *Journal of the American Medical Association*, Jun, 307(23), 2516-2525.
- Kopelman, P. G. (2000). Obesity as a medical problem. *Nature*, 404, 635-43.
- Labiano, M. (2010) Introducción a la psicología de la salud. En Oblitas, L. (Ed.). *Psicología de la Salud y Calidad de vida*. (pp. 3-22). México: Cenage Learning.

- Lara, W. (2003). Estudio del Perfil de Personalidad de mujeres con obesidad mórbida (IMC>30), pacientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Roca.
- Lecaros, J., Cruzat, C., Díaz, F. & Moore, C. (2015). Cirugía bariátrica en adultos facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los pacientes. *Nutrición Hospitalaria*, 32 (4), 1504-1512.
- León, J. M. & Medina, S. (2002). *Psicología social de la salud. Fundamentos teóricos y metodológicos*. España: Comunicación social ediciones y publicaciones.
- Liebert, R. M. & Lagenbach, L. (2000). *Personalidad. Estrategias y temas*. México: Thompson Editores.
- Logan, G. D., Schachar, R. J., & Tannock, R. (1997). Impulsivity and inhibitory control. *Psychological Science*, 8, 60–64.
- Lorence, B. (2007). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de psicología*, 26(1), 1093-1106.
- Lucio, G-M. E. y Reyes-Lagunes, I., (1994). La nueva version del Inventario Multifasico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 para estudiantes universitarios Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 11(2), 45-54
- Luna, I. (2007). Psicopatología y obesidad. *Avances en psiquiatría biológica*, 8, 58-84.
- Maddi, S. R., Fox, S. R., Khoshaba, D. M., Harvey, R. H., Lu, J. L. & Persico M. (2001). Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 11(6), 680-685.
- Madrigal-Fritsch, H., Irala-Estévez, J., Martínez-González, M., Kearney, J., Gibney, M. & Martínez-Hernández, J. (1999). Percepción de la Imagen corporal como

- aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública de México*, 41(6), 479-486.
- Mensorio, M. & Costa-Júnior, A. (2016). Intervención psicológica a candidatos de cirugía bariátrica en un hospital público de Brasil. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(1), 120-127.
- Muller, A., Claes, L., Wilderjans, T. & de Zwaan, M. (2014) Temperament Subtypes in Treatment Seeking Obese Individuals: A Latent Profile Analysis. *European Eating Disorders Review*, 22 (4), 260-266.
- Nederkoorn, Ch., Smulders, F., Havermans, R., Roefs, A., & Jansen, A. (2006). Impulsivity in obese women. *Appetite*, 47, 253–256.
- NIH National Institutes of Health (1991) Consensus Development Conference Statement. *Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity*, Mar 9(1),1-20.
- Olguín, P., Carvajal, D., & Fuentes, M. (2015). Patología Psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 67(4), 441-447.
- Ooi, C., Kennedy, J., & Levitan, R. (2012) A Putative Model of Overeating and Obesity Based on Brain-Derived Neurotrophic Factor: Direct and Indirect Effects. *Behavioral Neuroscience*, 126(4), 505–514.
- Ortega, M., López, S. & Álvarez, M. (2010). ¿Qué es el apoyo social? Curso en línea de Ciencias Psicosociales. Universidad de Cantabria. *Ciencias de la Salud*. Recuperado de:<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social-1/13.1.2.-que-es-el-apoyo-social>
- Ortiz, L. (2006). Evolución de los precios de los alimentos y nutrimentos en México entre 1973 y 2004. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 56(3), 201-15.

- Paff, J. & Park, J. (2016). Coping with the interpersonal stresses of bariatric surgery: An interpretive study of women's experiences. *International Journal of Psychology and Counselling*, 8(4), 34-44. DOI: 10.5897/IJPC2015.0374.
- Pérez, J. & Gastañaduy, M. J. (2005). Valoración Psicológica y Psiquiátrica de los candidatos a Cirugía Bariátrica. *Papeles del psicólogo*, 26(90), 10-14.
- Pérez-Martínez, E., De la Torre, M., Tirado, S. & Hofstadt, R. (2011). Assessment of candidates for bariatric surgery: profile of demographic and psychological variables. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 99, 29-40.
- Prieto, R., Fernández, S., Ríos, B. & Lobera, J. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 12, 1330-1348.
- Revenson, T. (2012). Introduction Progress, Premises And Promises Of Health Psychology. En Baum, A., Revenson, T. & Singer, J. (Eds.) *Handbook of Health Psychology*. (pp. xxi-xxvi). USA: Psychology Press.
- Ríos, B., Sánchez-Rentería, M., Guerrero, M., Pérez- Carbajal, D., Gutiérrez-Pérez, S. Rico, M., Villalobos, E. (2010) The role of the psychologist in bariatric surgery. *Cirujano general*, 32(2), 114-120.
- Rivera, J. & Sepúlveda, A. (2003). Conclusiones de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999: traduciendo resultados en políticas públicas sobre nutrición. *Salud Pública de México*, 45(4), 565-75.
- Rivera-Santiago, Y. (2013). Percepción del profesional de enfermería hacia el paciente obeso y su relación con la calidad de cuidado. (Tesis de Maestría). Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad Metropolitana.
- Rodríguez-Marín, J. (2001). *Psicología social de la Salud*. España: Síntesis.
- Rojas, M., (2005). Frecuencia de trastornos afectivos en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica en la clínica de obesidad del INCMNSZ (Tesis de posgrado). Facultad de Medicina, UNAM, México.

- Ruiz, M., Berrocal, C. & Moore, L. (2002) Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema* 14, (3), 577-582.
- Salazar-Maya, A.M., Hoyos-Duque, T.N. y Bojanini-Acevedo, L. (2014). Percepción de calidad de vida de un grupo de personas operadas de cirugía bariátrica. *Investigación en educación en enfermería*, 32 (1), 22-32.
- Sánchez, C.& Reyes, M. (1996) *Metodología y diseño de la investigación científica* (2ª Ed.). Perú: Inide.
- Sánchez, R. S., López, A. J. & Vargas, M. A. (2003). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con obesidad extrema candidatos a cirugía bariátrica. *Revista de investigación clínica*, 55(4), 400-404.
- Sánchez, S., Arias, F., Gorgojo, J. J. & Sánchez-Romero, S. (2009). Evolución de alteraciones psicopatológicas en pacientes con obesidad mórbida tras cirugía bariátrica. *Medicina Clínica*, 133 (6), 206-212.
- Sánchez-Cánovas, J. (1991). Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento. En G. Buéla-Casal (Ed.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. (pp. 247-270). Madrid: Siglo XXI.
- Sánchez-Planell, L., Díez, C. & Martínez, B. (1992). Alteraciones psicopatológicas en la obesidad mórbida. *Endocrinología (Bare)* , 38(8), 360-364.
- Sánchez-Talamantes, E. (2010). Evaluación de factores psicosociales en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica (Tesis de Maestría en Psicología General Experimental). Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Sarwer, D., Fabricatore, A., Jones-Corneille, R., Allison, K., Faulconbridge, L. & Wadden, T. (2008). Psychological Issues Following Bariatric Surgery. *Primary Psychiatry*, 15(8), 50-55.
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2009). *Teorías de la personalidad*. México: Thomson.
- Secretaría de Salud. (1999). Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1 1998, del expediente clínico. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>.

Secretaria de Salud. (2000). Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1 1998, Para el manejo integral de la obesidad. Recueprado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>.

Secretaria de Salud. (2012). *Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 1-196.

Serna-López, A. M., Donado-Gómez, J. H., Giraldo-Villa, A., Mustiola-Cajella, G., López-Gómez, L. M., Pérez-Mejía, C. & Toro-Escobar, J. M. (2014). Condiciones psicológicas preoperatorias y su efecto sobre la pérdida de peso durante los primeros 18 meses postquirúrgicos en pacientes obesos sometidos a bypass gástrico. *Medicina Universidad Pontificia Bolivariana*, 33(2), 106- 116.

Sierra-Murguía, M. (2013). The Psychologist's role in a Bariatric Interdisciplinary team. *Interdisciplinaria*, 30(2), 191-199.

Smith, T., Gallo, L., Shivpuri, S. & Brewer, A. (2012). Personality and Health: Current Issues and Emerging Perspectives. En Baum, A., Revenson, T. & Singer, J. (Eds.). *Handbook of Health Psychology*. (pp. 375-404). USA: Psychology Press.

Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). (2000). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 115, 587-597.

Sogg, S. & Mori, D. (2004). The Boston interview for gastric bypass: determining the psychological suitability of surgical candidates. *Obesity Surgery*, 14(3), 370-380.

Sogg, S., Llauretti, J. West-Smith, L. (2016) Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients. *Surgery for Obesity Disease*, 12, 731-749.

- Stunkard, A. J., Sørensen T., & Schulsinger, F., (1983) Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Research publications - Association for Research in Nervous and Mental Disease* 60,115-20.
- Sutin, A.R., Ferrucci, L., Zonderman, A.B. & Terracciano, A.(2011) Personality and obesity across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, Sep.,101(3), 579-92. doi: 10.1037/a0024286.
- Tena, A. & Braun, D. (2010). Alimentación sana. En Oblitas, L. (Ed.) *Psicología de la Salud y Calidad de vida*. (pp. 279-290). México: Cenage Learning.
- Tura, J., Escudero, A., Romaguera, D. & Burguera, B., (2013). How can we predict which morbidly obese patients will adhere to weight-loss programs based on life style changes? *Endocrinología y Nutrición*, 60(6), 297-302.
- Van den Akker, K., Stewart, K., Antoniou, E., Palmberg, A. & Jansen, A. (2014) Food Cue Reactivity, Obesity, and Impulsivity: Are They Associated? *Current Addiction Report*, 1,301–308 Doi 10.1007/s40429-014-0038.
- Van den Akker, K., Stewart, K., Antoniou, E. E., Palmberg, A. & Jansen, A. (2014). Food cue reactivity, obesity and impulsivity: are they associated? *Current Addiction Reports*, 1(4), 301-308. DOI 10.1007/s40429-014-0038
- Van Hout, G. C., Van Oudheusden, I. & Van Heck, G. L. (2004). Psychological profile of the morbidly obese. *Obesity Surgery*, 14(5), 579-588.
- Valente, B. & Leite, L.S. (2012). Qualidade de Vida: um processo avaliativo pos-cirúrgico. *Revista Meta: Avaliação*,4 (10) 78-90.
- Valdez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12 (4) S136-S142.
- Villaseñor, S. J., Ontiveros, C. & Cárdenas, K.V. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en Salud*, VIII (2) agosto, 86-90.

- Vitiliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Virrarreal-Molina, M. T., Aguilar-Salinas, C. A., Rodríguez-Cruz, M., Riaño, D., Villalobos-Comparan, M. & Coral-Vázquez, R. (2007). The ATP-binding cassette transporter A1 R230C in the Mexican population: association with obesity and obesity-related comorbidities. *Diabetes*, 56(7), 1881-7.
- Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Womble, L. G., Foster, G. D., McGuckin, B. G. & Schimmel, A. (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics North America*, 81(5), 1001-1024.
- Wadden, T.A., Sarwer D.B.& Williams, N.N. (2006). Behavioral assessment and characteristics of patients seeking bariatric. *Surgery. Obesity (SilverSpring)* 14, (Suppl 2), 51S–52S.
- Wimmelmann, C. De la, Rosa, F. & Mortensen, E. (2014). Predictores psicológicos de salud mental y salud relacionada a la Calidad de Vida después de una cirugía bariátrica: Revisión de la investigación reciente. *Obesity Research & Clinical Practice*, 8, 314-324.
- Wing, R. y Phelan, S. Obesity. (2012). En Baum, A., Revenson, T. & Singer, J. (Eds.). *Handbook of Health Psychology*. (pp. 333-354). USA: Psychology Press.

Anexo 1

Entrevista de Boston.

The Boston Interview for Gastric Bypass
Massachusetts General Hospital
IP: 132.183.109.203
Date: 2007..03..30..21..18..
Sogg and Mori
378 Obesity Surgery, 14, 2004

- Capitalized, numbered headings in UNDERLINED BOLD indicate each of the 7 main content areas.
- Headings in underlined Boldface indicate subtopics within main content areas.
- Text in italic boldface indicates a direct question to the patient. The question does not have to be posed verbatim and may be rephrased; the text is meant as a suggestion of an effective way to phrase the question.
- Text in a box indicates special instruction for the interviewer.

Date of Interview: ____/____/____

Mo Day Year

Patient's Name: _____

Social Security #: _____

Clinician's Name: _____

We're going to spend the next hour or so talking about a number of issues that pertain to your weight and your desire to have gastric bypass surgery. It is important for the positive outcome of any medical treatment you receive that you try to be as truthful and accurate as you can. If you don't understand a question, please ask me to explain it. If you prefer not to answer a question, you are free to skip it, but we prefer that you answer as many of the questions as you can.

DEMOGRAPHIC, EDUCATIONAL, EMPLOYMENT, FINANCIAL, FAMILY INFORMATION

1) WEIGHT/DIET/NUTRITION HISTORY

I'm going to ask you some questions now about your weight and dieting history.

How tall are you? _____

How much do you weigh? _____

How long have you had a problem with your weight? (e.g., childhood, adulthood, discharge from military, life stressors, etc.):

Since you have had a weight problem, what is the lowest weight you ever obtained (through deliberate effort)?

(Weight obtained) _____ For how long did you maintain this weight? _____

(If different from above, how long do you typically maintain a major weight loss?
_____)

Food Log

Notes on daily intake:

Current and Past Weight Loss Attempts

Next, I'm going to ask you about different ways you might have tried to lose weight in the past. For each method, I'll be asking you whether you are currently trying it, and whether you've tried it in the past. I'll also be asking you how successful you were with each method.

For each attempt, indicate current or past, and how successful the attempt was, using the following scale:

0 = Not at all successful; gained or didn't lose weight; 1 = Slightly successful; 3 = Moderately successful; 5 = Very successful

The patient will have been asked to fill out a questionnaire containing this information, and bring it to the interview. Take a moment before the interview to skim the questionnaire, and ask more about information that is incomplete or seems to require further clarification or elaboration.

The patient will have been sent a self-monitoring sheet and asked to list all foods eaten during a typical day. Please briefly examine this sheet and question anything that requires clarification or elaboration.

Current Past

Attempted How successful? Attempted How successful?

Following a Diet on Your Own

Over the Counter Diet Medication (e.g., Dexatrim)

Prescribed Diet Medication

Fasting

Low-Calorie Diet During Inpatient Hospital Admission

Outpatient Dietician

Outpatient Psychotherapy (focused on weight loss)

Exercise Program

Surgical Interventions (e.g., liposuction) (Specify:)

Purging (e.g., specify vomiting, diuretics, laxatives)

Weight loss support groups (OA, TOPS, WW)

Jenny Craig, other services providing diet food. (Specify:)

Other

2) EATING BEHAVIORS

I'm going to ask you about a few different types of eating behaviors and I'd like you to tell me if you do each one and, if so, how frequently you do it.

Bingeing and Bulimia

0 = No, 1 = Yes (Describe food eaten below)

(Note frequency)

Current Past

Other Eating Behaviors

I'm going to list a few other eating behaviors, and I'd like you to tell me if you do each one and, if so, how frequently you do it.

For each behavior, 0 = no and 1 = yes.

For frequency, 0 = N/A or never.

1 = less than once a month; 2 = approximately once a month; 3 = approximately once a week; 4 = several times a week; 5 = daily

3) MEDICAL HISTORY

Review medical information section from Patient Information Form

Notes on medical history and responsibility for knowledge of medication:

Note: Interviewer should familiarize him/herself with binge criteria before interview. Ask the bold-faced, bulleted questions as necessary, then give an overall rating of 0 if the patient's eating does not qualify as a binge, or 1 if the patient's eating does qualify as a binge.

Have you ever had an episode when you have had a "binge," a time when you've eaten a lot of food at one time, more food than most people would eat at a time?

Did you feel out of control while you were eating this way?

How did you feel afterward?

<< MEETS BINGE CRITERIA? >>

After you have had a binge, do you ever try to "get rid of" what you've eaten in any of the following ways

Self-induced vomiting

Misuse of laxatives

Diuretics

Enemas

Fasting

Excessive Exercise

Purging Behavior (enter "1" if any of the above behaviors were endorsed).

Eating Behavior Yes/No Frequency

"Grabbing" food and eating it in the kitchen while standing up

Eating while cooking or preparing food

Eating very quickly (more quickly than most other people eat)

Eating when you are not physically hungry

Eating large quantities of food during the night

Drinking carbonated beverages

Drinking large amounts of caloric liquids (Gatorade, milkshakes, sugared soda)

Drinking at least 8 glasses of water each day

Taking vitamin/mineral supplements

Interviewer: Make special note of how well patient understands why he/she is on each of the meds and what they are for. Assess whether he/she is the person who is responsible for own meds or if someone else takes primary responsibility for this.

Delivered by Ingenta to

4) PATIENT UNDERSTANDING OF SURGICAL PROCEDURES, RISKS, ETC.

Now I am going to ask you about what you know about the gastric bypass procedure, the risks involved with it, and the changes you would have to make in your diet after you had the surgery.

How would you rate the patient's awareness of the associated risks of this surgery?

1 = Poor, 2 = Fair, 3 = Good, 4 = Very Good, 5 = Excellent, 0 = Did not assess

Care Requirements

Rate patient's knowledge about postsurgical care:

1=Poor, 2=Fair, 3=Good, 4=Very Good, 5=Excellent, 0 = Did not assess

KNOWLEDGE OF POST-SURGICAL DIETARY RESTRICTIONS

How much do you know about how your diet will have to be after the surgery?

For each box, give a global rating of the patient's knowledge about post-surgical dietary restrictions, based on his or her knowledge of the bulleted points below.

1 = Poor, 2 = Fair, 3 = Good, 4 = Very Good, 5 = Excellent (goes with chart on next page)

Note to interviewer: After you ask about each risk/side-effect, briefly educate the client about each aspect, where necessary.

Do you know what happens during gastric bypass surgery? Does patient understand the operation itself?

What do you know about the risks of any major surgery or use of general anesthesia?

Does patient understand that the surgical procedure entails general anesthesia?

What do you know about the risks and side-effects associated with gastric bypass surgery?

Place a check beside each risk/side-effect of which the patient is aware, give global rating based on these responses.

Nausea

Vomiting

Diarrhea

Dumping Syndrome

Hypoglycemia

Loss of desire to eat (Anorexia)

Nutritional Deficiencies and why they occur

Iron, vitamin B 12, folic acid, A,D, E

Corrected by vitamin supplements

Because GBP entails shortening the intestine

Failure to lose weight

An average of 15% of patients don't lose weight (range reported: 5-40%)

Failure more likely among those who eat continuously or eat soft/liquid food or sweets

- Other, less common side-effects (list briefly)
- (e.g., outlet problems, small bowel obstruction (5%), ventral hernia (5%), peptic ulcer (1-25%), gallstones (common complication of massive weight loss 2-73%), leak from pouch or distal pouch (3-9%)

Global rating of the patient's knowledge of risks and side-effects of the procedure

Note to interviewer: After you ask about each aspect of post-surgical care, briefly educate the client about each aspect, where necessary.

How much do you know about what will happen right after the surgery?

Place a check beside each aspect of which the patient is aware, and give global rating based on these responses.

Duration of postoperative hospital stay? (7-10 days)

No heavy household/work chores for 6 weeks

Return to work/daily activities (2-3 weeks)

Global rating of the patient's knowledge about post-surgical care

5) MOTIVATION AND OUTCOME EXPECTATIONS

Motivation

I'm going to list a few reasons why some people want to have gastric bypass surgery. On a scale of 1-5, how important is each one to your

desire to have this surgery?

1 = Not At All 4 = Considerably

2 = Slightly 5 = Extremely

3 = Moderately N/A = Not Applicable

a. Increased day-to-day mobility..... _____

b. Feeling more comfortable when socializing with others..... _____

c. Enhanced occupational functioning..... _____

d. Improved health..... _____

e. Improved appearance..... _____

f. Improved sex life..... _____

g. Improved relationship with your partner or spouse..... _____

h. Other (describe _____)..... _____

Comments:

Outcome Expectations

How much do you know about what to expect after the surgery in terms of weight loss?

Rate patient's knowledge about post-surgical outcome:

1 = Poor, 2 = Fair, 3 = Good, 4 = Very Good, 5 = Excellent, 0 = Did not assess

What will your diet be like for the first 3-4 months?

- Meal portions must be limited to 2 ounces or 4 tablespoons
- This may increase, but should never be larger than a child-sized portion.
- Low sugar, low fat, liquid/puree diet consisting of skim or 1% milk, skim milk pudding, sugar free gelatin, low calorie custards, bouillon, strained vegetable soup, strained whole grain cereals.

When you begin to eat solid foods, which ones can you eat?

- Generally, soft, high-fiber foods that are either starchy or high in protein.

Plain bread, crackers and rolls, rice and pasta, cooked or dried cereal, cottage cheese, low fat cheeses, well cooked veggies, scrambled eggs, tender meats, fresh or canned unsweetened soft fruits.

Which foods must you avoid or limit?

Soft, high calorie foods like ice cream, chocolate, cheese, cookies, easily crumbled junk food like chips.

High calorie liquids like alcohol and non-diet sodas, sports drinks, milkshakes.

Problems associated with these foods include: dumping syndrome (nausea, light-headedness, flushing and diarrhea).

Also, can gain weight back eating high calorie foods.

Obstructive foods: tough fatty red meat, breads made with refined flour, wide types of noodles, membranes of citrus fruits

Problems associated with these foods include: the tough wide or fibrous foods can get stuck in the new stomach pouch

and be unable to move through the bowels.

What would your optimal eating habits be?

6-8 small meals a day

Chew carefully and completely to facilitate the digestive process.

Be sure to stop eating when you feel full.

Child-sized portions

You should not drink beverages during or within 30 minutes before or after eating. It causes food to move through the stomach too quickly and may cause distention or vomiting.

How much weight do you expect to lose after the surgery?

Ideally patient will lose 60-70% of excess body weight.

This weight can be regained, if patient does not adhere to a strict diet

How long will it take for maximum weight loss?

Most rapid during the first few months after surgery.

Maximum weight loss can take up to two years

Delivered by Ingenta to

How will it be for you to limit your food intake so severely?

Do you have concerns that you will not be able to restrict yourself?

If you have had trouble limiting your eating in the past, why will this be different if you have the surgery? _____

Will you be able to obtain and prepare the foods that you need?

Will your living environment help or hinder your attempts to control your eating? _____

6) RELATIONSHIPS / SUPPORT SYSTEM

If you are successful in losing weight, how might this affect your relationships? (spouse or partner, family, friends, co-workers, others) _____

Is there anyone who might feel unhappy or uncomfortable with your weight loss?

If necessary, would this person (people) be willing to come in for a consultation before your surgery? ____ (0 = No, 1 = Yes)

7) PAST AND CURRENT PSYCHIATRIC FUNCTIONING

1. Is there a history of: (0=no, 1=yes)

a. Serious depression _____

b. Suicidality _____

c. Serious anxiety _____

d. Panic attacks _____

e. Physical/Sexual abuse _____
(describe)

f. Psychotropic medications _____

Current Psychotropic meds

Psychotropic meds taken in past

g. Psychiatric Hospitalization(s) _____

Dates/ Diagnoses/Symptoms

h. Outpatient Psychotherapy _____

Dates/ Diagnoses/Symptoms

i. Substance Abuse _____

Anexo 2

Escala de Boston adaptación cultural.(Piloteo)



Instituto de Seguridad
Y Servicios Sociales
De los Trabajadores
Del Estado

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, PAIDOPSIQUIATRÍA, Y PSICOLOGÍA



Fecha: ____/____/____
dd mm aa

Nombre: _____ edad: _____
Registro (RFC): _____

El siguiente cuestionario es referente a su peso y su deseo de someterse a un procedimiento de cirugía bariátrica, es requisito esencial en su valoración y deberá entregarlo contestado obligatoriamente a su médico psiquiatra en su próxima cita. Lea cuidadosamente cada parte del cuestionario y conteste con la mayor veracidad posible, en caso de no comprender la pregunta, omítala y solicite que se le aclare al momento de su cita.

Nota: La información que usted proporcione será confidencial y formará parte de su expediente médico

Peso:

¿Cuál es su estatura?: _____

¿Cuál es su peso?: _____

1) Entendimiento del procedimiento, riesgos y régimen alimenticio post quirúrgico

Califique que tanto es su entendimiento acerca de las siguientes cuestiones, tomado en cuenta la información que le han dado sus médicos o la que usted ha obtenido por su cuenta.

(1= nulo, 2= poco, 3= bueno, 4= muy bueno, 5=excelente)

a) Respetto al procedimiento quirúrgico

| | |
|--|--|
| ¿Entiende en qué consiste la cirugía? | |
| ¿Conoce los riesgos de una cirugía mayor con anestesia general? | |
| ¿Esta consciente de las secuelas que se pudieran presentar después de la cirugía? (nausea, vómito, diarrea, pérdida del apetito, deficiencia nutricional) | |
| ¿Esta consciente de que el tratamiento puede fallar si usted consume alimentos con alto contenido en carbohidratos o en cantidades mayores a las permitidas? | |

b) Respetto a la recuperación y cuidados post quirúrgicos

| | |
|---|--|
| ¿Qué tanto está enterado de lo que pasara después de la cirugía? | |
| ¿Conoce el tiempo que tomara su recuperación? | |
| ¿Conoce las actividades que podrá y no podrá realizar? | |
| ¿Conoce el tiempo que tardara en retomar sus actividades diarias? | |

c) Respetto al régimen alimenticio post quirúrgico

| | |
|--|--|
| ¿Esta consciente que durante el primer mes post quirúrgico su dieta se restringirá a líquidos? | |
| ¿Entiende que después de la cirugía la cantidad de alimento que tolerará se reducirá permanentemente a 4 cucharadas aproximadamente? | |
| ¿Conoce que alimentos podrá ingerir y cuales estarán prohibidos? | |
| ¿Conoce los hábitos alimenticios óptimos que deberá seguir? | |

2) Motivación y expectativas de la cirugía

a) A continuación se mencionan algunas de las razones por las cuales las personas se someten a este procedimiento, califique individualmente del 1 al 5 de acuerdo a la importancia que tienen cada una de ellas para usted.

(1=nada importante, 2=poco importante, 3= moderadamente importante, 4= considerablemente importante, 5= extremadamente importante)

| | |
|---|--|
| Mejorar su movilidad | |
| Sentirse más cómodo al socializar con otros | |
| Mejorar su desempeño laboral | |
| Mejorar su salud | |
| Mejorar su apariencia | |
| Mejorar su vida sexual | |
| Mejorar su relación de pareja o iniciar una | |
| Otra: | |

b) Conteste lo que se le pide:

¿Qué porcentaje de su peso actual espera perder después de la cirugía?:

¿Qué tan rápido espera conseguir el peso esperado?

¿Ha pensado en la imagen corporal que tendrá al conseguir su peso ideal?

3) Relaciones y red de apoyo

Si usted logra perder peso ¿Cómo afectara esto sus relaciones sociales? (pareja, familia, amigos compañeros de trabajo)

¿Hay alguien que pueda sentirse infeliz o incomodo con su pérdida de peso?

Si fuera necesario, ¿esa persona estaría dispuesta a acudir a consulta? SI NO

Anexo 3

Carta de Consentimiento Informado



Instituto de Seguridad Y Servicios Sociales De los Trabajadores



SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, PAIDOPSIQUIATRÍA, Y PSICOLOGÍA

Fecha: ____/____/____
dd mm aa

Nombre: _____ edad: _____
Registro (RFC): _____

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN Indicadores psicológicos de éxito en pacientes candidatos a cirugía Bariátrica.

Investigador principal: Dr. Hugo Martínez Lemus.

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Brindar una mejor atención a la población derechohabiente del Instituto al ser sometido a un procedimiento de cirugía bariátrica

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos conocer las características psicosociales específicas que permiten una adaptación exitosa a la cirugía bariátrica que permita la baja de peso y mantenimiento de la misma.

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Este estudio permitirá que en un futuro que otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido en el mismo al fin de brindarles la mejor alternativa para este problema de salud.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si decide participar en el estudio se le pedirá que conteste el siguiente cuestionario. Este cuestionario es referente a su peso actual, historia nutricional, conducta alimentaria, hábitos alimenticios, historia médica, entendimiento del procedimiento de la cirugía, riesgos y régimen alimenticio posterior, expectativas de la misma, síntomas emocionales e imagen corporal.

Posterior a la cirugía realizaremos un monitoreo de sus avances a los tres, seis, nueve, un año y año y medio posteriores a su cirugía.

5. ACLARACIONES

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será confidencial.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos

obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Nombre y Firma del paciente

Fecha

Domicilio

Testigo 1 Nombre

Fecha

Domicilio

Parentesco

Testigo 2 Nombre

Fecha

Domicilio

Parentesco

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____
la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.
Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y Firma del investigador

Fecha

Av. Coyoacán 1344 9º piso Col del Valle

CP03229 Delegación Benito Juárez

52005003 ext. 50074

Mtra. Lilia Joya Laureano

Dr. Abel Archundia García
Presidente del Comité de Ética
Av. Felix Cuevas 540 Col del Valle.
CP03229 Delegación Benito Juárez
52005003 ext. 14629

Anexo 4

Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica (Validación)

FECHA: _____ / _____ / _____ /
Día Mes Año

NOMBRE: _____

Edad: _____.

REGISTRO (RFC): _____

El siguiente cuestionario se refiere a su peso y su deseo de someterse a un procedimiento de cirugía bariátrica, es requisito para su valoración y deberá entregarlo contestado a su médico psiquiatra en su próxima cita.

Lea cuidadosamente cada parte del cuestionario y conteste lo más sincero posible, en caso de no comprender la pregunta, déjela en blanco y solicite que se le aclare al momento de su cita.

NOTA: Recuerde que no existen respuestas buenas o malas, la información que usted proporcione será confidencial y formará parte de su expediente médico.

| | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Lugar de nacimiento: | | Lugar de residencia: | | | |
| Estado: _____ | | Estado: _____ | | | |
| Municipio (Delegación): _____ | | Municipio (Delegación): _____ | | | |
| Estado Civil: | Soltero (a) | Casado (a) | Viudo (a) | Unión libre | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Grado de estudios concluido: | Primaria | Secundaria | Bachillerato | Licenciatura | Posgrado |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | |
|------------|---------------------|
| Ocupación: | Horario de trabajo: |
| | Entrada: _____ |
| | Salida: _____ |

| | | | |
|---|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| La vivienda en donde habita es: | Propia | Rentada | De un familiar |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Su vivienda cuenta con los siguientes servicios? | Agua potable | Drenaje | Luz |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Gas | Baño dentro de la casa | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| El piso de su vivienda es de: | Cemento | | Otro acabado |
| | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| | Tierra | | |
| | <input type="radio"/> | | |
| ¿Cuántas personas viven con usted | | | |

| | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| ¿Cuál es su estatura?: _____ cm. | ¿Cuál es su peso?: _____ kg |
|-------------------------------------|--------------------------------|

1) Comprensión del procedimiento, riesgos y régimen alimenticio post-quirúrgico.

Califique que tanto entiende acerca de los siguientes temas, tomando en cuenta la información que le han dado sus médicos o la que usted ha obtenido por su cuenta.

A) Respecto al procedimiento quirúrgico

| | Nada | Poco | Mucho | Totalmente |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Entiende en qué consiste la cirugía? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Conoce los riesgos de una cirugía mayor con anestesia general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| De cuáles de las siguientes consecuencias, está usted consciente que se pueden presentar después de la cirugía: | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nausea | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vómito | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diarrea | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pérdida del apetito | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Deficiencia nutricional | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Está consciente de que el tratamiento puede fallar si usted consume alimentos con alto contenido en carbohidratos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Está consciente de que el tratamiento puede fallar si usted consume alimentos en cantidades mayores a las permitidas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B) Respecto a la recuperación y cuidados post-quirúrgicos

| | Nada | Poco | Mucho | Totalmente |
|---|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| ¿Qué tanto sabe de lo que pasará después de la cirugía? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Sabe cuánto tiempo tomará su recuperación? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Conoce las actividades que podrá realizar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Conoce las actividades que no podrá realizar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Sabe cuánto tiempo tardará en retomar sus actividades diarias? | <input type="radio"/> Si | | <input type="radio"/> No | |

C) Respecto al régimen alimenticio post-quirúrgico

| | Si | No |
|---|--|-----------------------|
| ¿Sabe que comerá durante el primer mes después de la cirugía? | <input type="radio"/> Especifique <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <input type="radio"/> |
| ¿Sabe que podrá comer durante el segundo mes después de la cirugía? | <input type="radio"/> Especifique <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <input type="radio"/> |

| | | |
|---|---|------------------------------|
| <p>¿Sabe que alimentos podrá comer?</p> | <p><input type="radio"/> Especifique</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <p><input type="radio"/></p> |
| <p>¿Sabe que alimentos estarán prohibidos?</p> | <p><input type="radio"/> Especifique</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <p><input type="radio"/></p> |
| <p>¿Conoce los hábitos de alimentación que deberá seguir?</p> | <p><input type="radio"/> Especifique</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <p><input type="radio"/></p> |

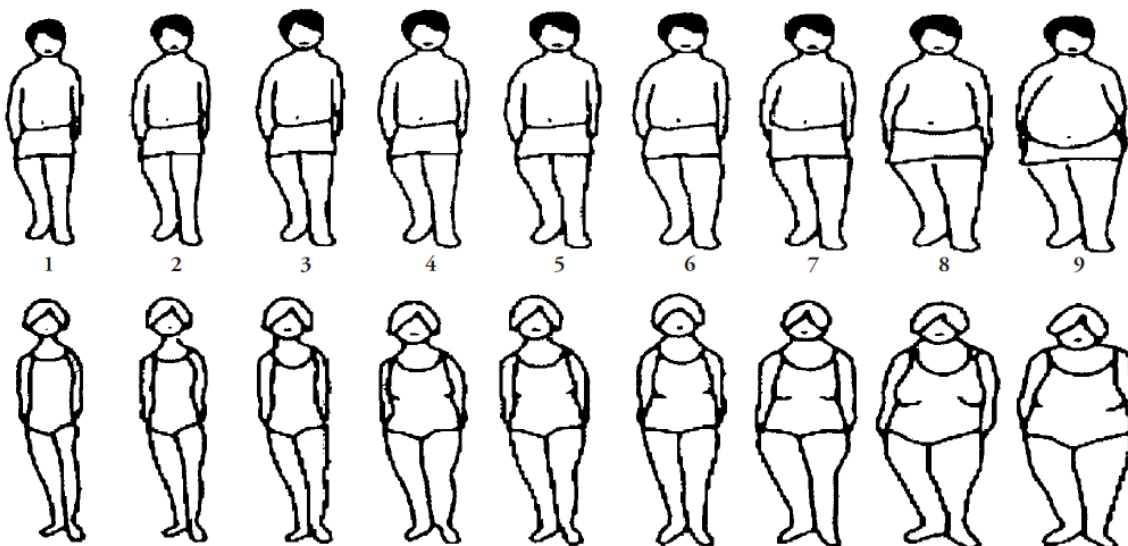
2) Motivación y expectativas de la cirugía.

A) A continuación, se mencionan algunas de las razones por las cuales las personas se someten a este procedimiento.

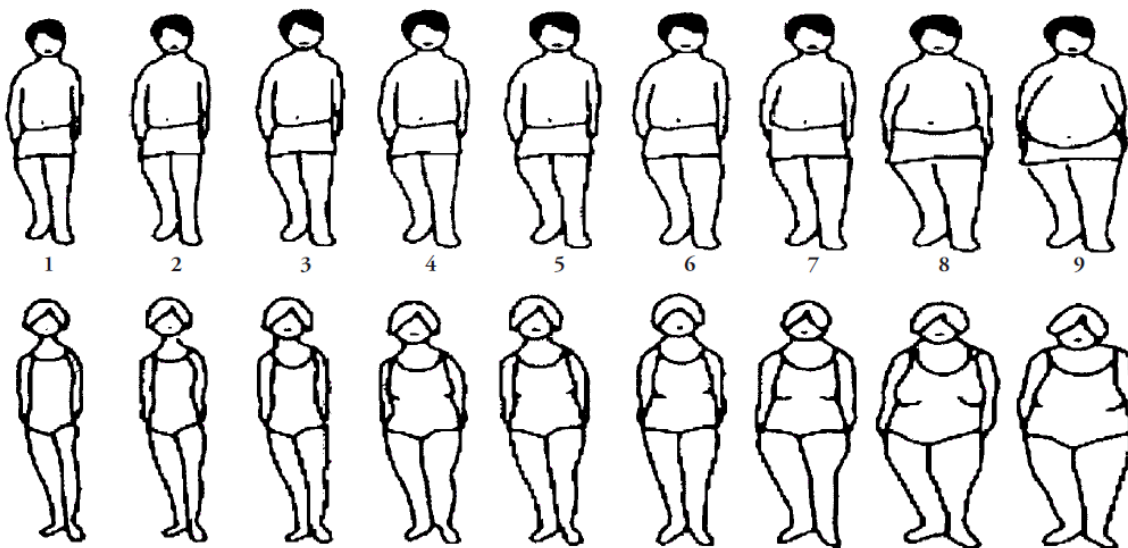
Califique individualmente, de acuerdo a la importancia que cada una de ellas tiene para usted

| ¿Qué tan importante es para usted... | Nada Importante | Poco Importante | Muy Importante | Totalmente Importante |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mejorar su movilidad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentirse más cómodo al convivir con otros | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mejorar su desempeño laboral | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mejorar su salud | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mejorar su apariencia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mejorar su vida sexual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mejorar su relación de pareja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Iniciar una relación de pareja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Otra: ¿Cuál? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B) Indique cuál de las siguientes imágenes se asemeja más a su cuerpo actualmente.



C) Indique cuál de las siguientes imágenes se asemeja más al cuerpo que desea tener después de la cirugía.



Ahora conteste lo siguiente

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| De su peso actual ¿Qué cantidad de kilos espera perder después de la cirugía? | _____ kg. | |
| ¿En cuánto tiempo cree usted conseguir el peso esperado? | Especificar en meses o años _____. | |
| ¿Ha pensado en el cambio de aspecto (imagen corporal) que tendrá al llegar a su peso ideal? | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |

3) Impulsividad

De acuerdo a lo que usted le ha sucedido en los últimos 6 meses, marque con una cruz una sola opción para cada pregunta, de acuerdo a como actúa la mayor parte del tiempo.

| | Nunca | A veces | A menudo | Casi siempre |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Le resulta difícil esperar en una fila? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Hace cosas sin pensarlas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Gasta dinero impulsivamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Planea con anticipación? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Pierde fácilmente los estribos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Le resulta fácil concentrarse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Le resulta difícil controlar sus impulsos sexuales? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ¿Dice lo primero que le viene a la mente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. ¿Usted come aunque no tenga hambre? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ¿Es usted impulsivo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. ¿Termina las cosas que empieza? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. ¿Le resulta difícil controlar sus emociones? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. ¿Se distrae con facilidad? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. ¿Le es difícil permanecer quieto mientras está sentado? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. ¿Es usted precavido? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Le gusta tomar decisiones rápidamente, incluso las decisiones simples, tales como elegir que vestir, o que preparar para comer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Le agrada resolver problemas lenta y cuidadosamente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 18. Frecuentemente se programa citas sin pensar si podrá cumplirlas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Frecuentemente compra cosas sin pensar si realmente pueden permitírselo sus recursos económicos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. A menudo se encuentra en problemas a causa de que no piensa antes de actuar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4) Relaciones y red de apoyo.

| Si usted logra perder peso ¿Afectaría (positiva o negativamente) sus relaciones sociales con...? | Si | No | ¿Cómo afectaría? |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------|
| Pareja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Familia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Amigos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Compañeros de trabajo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Otros: Especifique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| ¿Hay alguien que pueda sentirse infeliz con su pérdida de peso? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
|---|-----------------------|-----------------------|--|
| ¿Hay alguien que pueda sentirse incómodo con su pérdida de peso? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Si fuera necesario, ¿Esa persona estaría dispuesta a acudir a consulta? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Gracias.

Anexo 5

Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica (Final)

FECHA: ____ / ____ / ____ /
Día Mes Año

NOMBRE: _____

Edad: _____.

REGISTRO (RFC): _____

El siguiente cuestionario se refiere a su peso y su deseo de someterse a un procedimiento de cirugía bariátrica, es requisito para su valoración.

Lea cuidadosamente cada parte del cuestionario y conteste lo más sincero posible, en caso de no comprender la pregunta, déjela en blanco y solicite que se le aclare.

NOTA: Recuerde que no existen respuestas buenas o malas, la información que usted proporcione será confidencial y formará parte de su expediente médico.

| | |
|--|--|
| Lugar de nacimiento: Estado: _____ Municipio (Delegación): _____ | Lugar de residencia: Estado: _____ Municipio (Delegación): _____ |
|--|--|

| | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Estado Civil: | Soltero (a) <input type="radio"/> | Casado (a) <input type="radio"/> | Viudo (a) <input type="radio"/> | Unión libre <input type="radio"/> | |
| Grado de estudios concluido: | Primaria <input type="radio"/> | Secundaria <input type="radio"/> | Bachillerato <input type="radio"/> | Licenciatura <input type="radio"/> | Posgrado <input type="radio"/> |

| | |
|------------|--|
| Ocupación: | Horario de trabajo: Entrada: _____ Salida: _____ |
|------------|--|

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|
| La vivienda en donde habita es: | Propia <input type="radio"/> | Rentada <input type="radio"/> | De un familiar <input type="radio"/> |
| ¿Su vivienda cuenta con los siguientes servicios? | Agua potable <input type="radio"/> | Drenaje <input type="radio"/> | Luz <input type="radio"/> |
| | Gas <input type="radio"/> | Baño dentro de la casa <input type="radio"/> | |

| | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| El piso de su vivienda es de: | Cemento <input type="radio"/> | Otro acabado <input type="radio"/> |
| | Tierra <input type="radio"/> | |
| ¿Cuántas personas viven con usted | | |

| | |
|------------------------------------|----------------------------|
| ¿Cuál es su estatura?: _____cm. | ¿Cuál es su peso?: _____kg |
|------------------------------------|----------------------------|

1) Comprensión del procedimiento, riesgos y régimen alimenticio post-quirúrgico.

Califique que tanto entiende acerca de los siguientes temas, tomando en cuenta la información que le han dado sus médicos o la que usted ha obtenido por su cuenta.

A) Respecto al procedimiento quirúrgico

| | Nada | Poco | Mucho | Totalmente |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Conoce los riesgos de una cirugía mayor con anestesia general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De cuáles de las siguientes consecuencias, está usted consciente que se pueden presentar después de la cirugía: | | | | |
| Diarrea | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pérdida del apetito | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Deficiencia nutricional | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Está consciente de que el tratamiento puede fallar si usted consume alimentos con alto contenido en carbohidratos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B) Respecto a la recuperación y cuidados post-quirúrgicos

| | Nada | Poco | Mucho | Totalmente |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Qué tanto sabe de lo que pasará después de la cirugía? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Sabe cuánto tiempo tomará su recuperación? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Conoce las actividades que podrá realizar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Conoce las actividades que no podrá realizar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C) Respecto al régimen alimenticio post-quirúrgico

| | Si | No |
|---|---|-----------------------|
| ¿Sabe que comerá durante el primer mes después de la cirugía? | <input type="radio"/> Especifique _____ _____ _____ _____ | <input type="radio"/> |
| ¿Sabe que podrá comer durante el segundo mes después de la cirugía? | <input type="radio"/> Especifique _____ _____ _____ _____ | <input type="radio"/> |
| ¿Sabe que alimentos podrá comer? | <input type="radio"/> Especifique _____ _____ _____ _____ | <input type="radio"/> |
| ¿Sabe que alimentos estarán prohibidos? | <input type="radio"/> Especifique _____ _____ _____ _____ | <input type="radio"/> |
| ¿Conoce los hábitos de alimentación que deberá seguir? | <input type="radio"/> Especifique _____ _____ _____ _____ | <input type="radio"/> |

2) Motivación y expectativas de la cirugía.

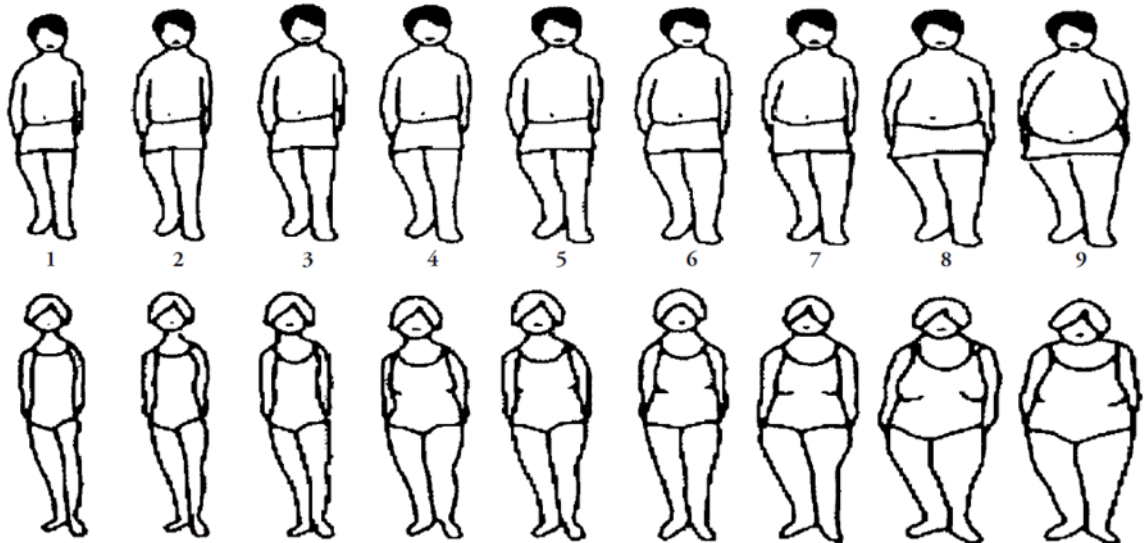
A) A continuación se mencionan algunas de las razones por las cuales las personas se someten a este procedimiento.

Califique individualmente, de acuerdo con la importancia que cada una de ellas tiene para usted

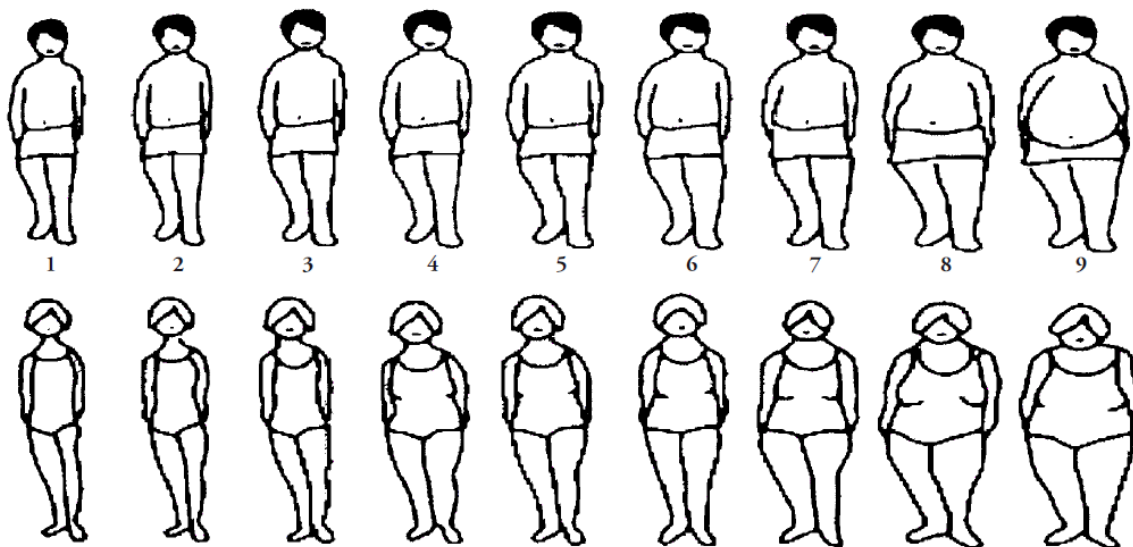
| ¿Qué tan importante es para usted... | Nada Importante | Poco Importante | Muy Importante | Totalmente Importante |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mejorar su movilidad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentirse más cómodo al convivir con otros | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mejorar su desempeño laboral | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mejorar su salud | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mejorar su apariencia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mejorar su relación de pareja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Iniciar una relación de pareja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B) Ahora conteste lo siguiente:

Indique cuál de las siguientes imágenes se asemeja más a su cuerpo actualmente.



Indique cuál de las siguientes imágenes se asemeja más al cuerpo que desea tener después de la cirugía.



| | | |
|---|--|-----------------------------|
| De su peso actual ¿Qué cantidad de kilos espera perder después de la cirugía? | _____ kg. | |
| ¿En cuánto tiempo cree usted conseguir el peso esperado? | Especificar en meses o años _____. | |
| ¿Ha pensado en el cambio de aspecto (imagen corporal) que tendrá al llegar a su peso ideal? | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |

3) Impulsividad

De acuerdo a lo que usted le ha sucedido en los últimos 6 meses, marque con una cruz una sola opción para cada pregunta, de acuerdo a como actúa la mayor parte del tiempo.

| | Nunca | A veces | A menudo | Casi siempre |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Le resulta difícil esperar en una fila? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Hace cosas sin pensarlas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Gasta dinero impulsivamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Pierde fácilmente los estribos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Dice lo primero que le viene a la mente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Usted come aunque no tenga hambre? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Es usted impulsivo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ¿Le resulta difícil controlar sus emociones? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. ¿Se distrae con facilidad? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ¿Le es difícil permanecer quieto mientras está sentado? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Frecuentemente se programa citas sin pensar si podrá cumplirlas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Frecuentemente compra cosas sin pensar si realmente pueden permitírselo sus recursos económicos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. A menudo se encuentra en problemas a causa de que no piensa antes de actuar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4) Relaciones y red de apoyo.

| Si usted logra perder peso ¿Afectaría (positiva o negativamente) sus relaciones sociales con...? | Si | No | ¿Cómo afectaría? |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------|
| Pareja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Familia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Amigos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|--|
| Compañeros de trabajo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Otros: Especifique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| ¿Hay alguien que pueda sentirse infeliz con su pérdida de peso? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| ¿Hay alguien que pueda sentirse incómodo con su pérdida de peso? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Si fuera necesario, ¿Esa persona estaría dispuesta a acudir a consulta? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Gracias

Anexo 6

Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica, en pasado.

FECHA: ____ / ____ / ____ /
 Día Mes Año

NOMBRE: _____

Edad: _____.

REGISTRO (RFC): _____

El siguiente cuestionario se refiere a su peso y su deseo al someterse a un procedimiento de cirugía bariátrica.

Lea cuidadosamente cada parte del cuestionario y conteste lo más sincero posible, en caso de no comprender la pregunta, déjela en blanco y solicite que se le aclare al momento de entregarla.

NOTA: Recuerde que no existen respuestas buenas o malas, la información que usted proporcione será confidencial y formará parte de su expediente médico.

| | |
|--|--|
| Lugar de nacimiento: Estado: _____ Municipio (Delegación): _____ | Lugar de residencia: Estado: _____ Municipio (Delegación): _____ |
|--|--|

| | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Estado Civil: | Soltero (a) <input type="radio"/> | Casado (a) <input type="radio"/> | Viudo (a) <input type="radio"/> | Unión libre <input type="radio"/> | |
| Grado de estudios concluido: | Primaria <input type="radio"/> | Secundaria <input type="radio"/> | Bachillerato <input type="radio"/> | Licenciatura <input type="radio"/> | Posgrado <input type="radio"/> |

| | |
|------------|--|
| Ocupación: | Horario de trabajo: Entrada: _____ Salida: _____ |
|------------|--|

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---|
| La vivienda en donde habita es: | Propia <input type="radio"/> | Rentada <input type="radio"/> | De un familiar <input type="radio"/> |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---|

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|------------------------------|
| ¿Su vivienda cuenta con los siguientes servicios? | Agua potable <input type="radio"/> | Drenaje <input type="radio"/> | Luz <input type="radio"/> |
| | Gas <input type="radio"/> | Baño dentro de la casa <input type="radio"/> | |
| El piso de su vivienda es de: | Cemento <input type="radio"/> | Otro acabado <input type="radio"/> | |
| | Tierra <input type="radio"/> | | |
| ¿Cuántas personas viven con usted | | | |

Las siguientes preguntas se refieren al periodo **ANTERIOR** a la cirugía.

| | |
|-------------------------------------|---|
| ¿Cuál es su estatura?: _____ cm. | ¿Cuál fue su peso antes de la cirugía? _____ kg ¿Cuál es su peso actual?: _____ kg |
|-------------------------------------|---|

1) Comprensión del procedimiento, riesgos y régimen alimenticio post-quirúrgico.

Califique que tanto entendió acerca de los siguientes temas, tomando en cuenta la información que le dieron sus médicos o la que usted obtuvo por su cuenta.

A) Respecto al procedimiento quirúrgico

| | Nada | Poco | Mucho | Totalmente |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Entendía en qué consistía la cirugía? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Conoció los riesgos de una cirugía mayor con anestesia general? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De cuáles de las siguientes consecuencias, estaba usted consciente que se podían presentar después de la cirugía: | | | | |
| Diarrea | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pérdida del apetito | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Deficiencia nutricional | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Estaba consciente de que el tratamiento podía fallar si usted consumía alimentos con alto contenido en carbohidratos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B) Respecto a la recuperación y cuidados post-quirúrgicos

| | Nada | Poco | Mucho | Totalmente |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Qué tanto sabía de lo que pasaría después de la cirugía? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Sabía cuánto tiempo tomaría su recuperación? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Conocía las actividades que podía realizar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Conocía las actividades que no podía realizar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C) Respecto al régimen alimenticio post-quirúrgico

| | Si | No |
|--|--|-----------------------|
| ¿Sabía que comería durante el primer mes después de la cirugía? | <input type="radio"/> Especifique <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <input type="radio"/> |
| ¿Sabía que podía comer durante el segundo mes después de la cirugía? | <input type="radio"/> Especifique <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <input type="radio"/> |
| ¿Sabía que alimentos podría comer? | <input type="radio"/> Especifique <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <input type="radio"/> |

| | | |
|--|--|-----------------------|
| ¿Sabía que alimentos estarían prohibidos? | <input type="radio"/> Especifique <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <input type="radio"/> |
| ¿Conocía los hábitos de alimentación que debía seguir? | <input type="radio"/> Especifique <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <input type="radio"/> |

2) Motivación y expectativas de la cirugía.

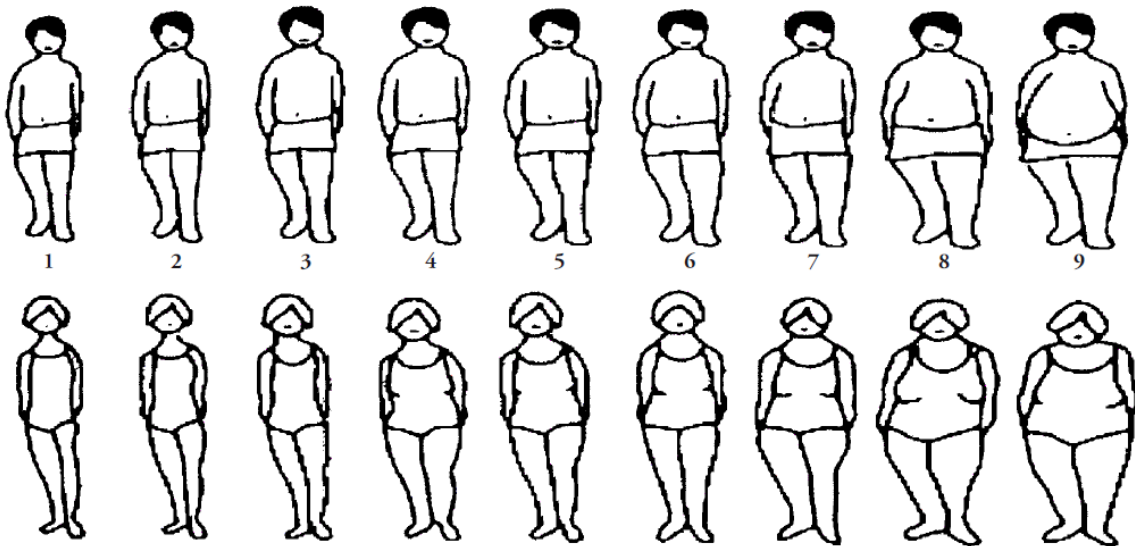
A) A continuación, se mencionan algunas de las razones por las cuales las personas se someten a este procedimiento.

Califique individualmente, de acuerdo con la importancia que cada una de ellas tuvo para usted

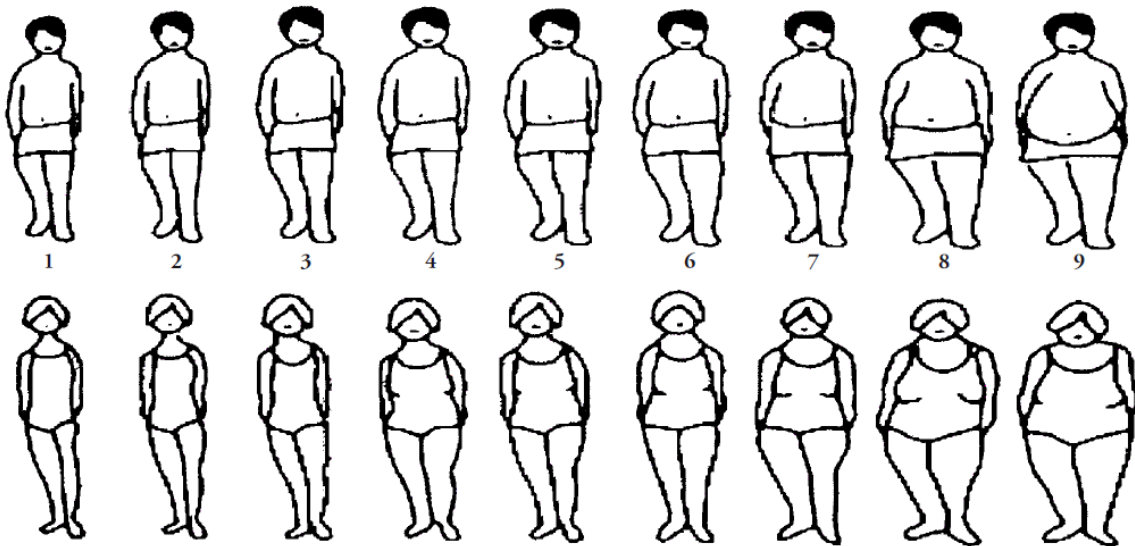
| ¿Qué tan importante era para usted ANTES de la cirugía... | Nada Importante | Poco Importante | Muy Importante | Totalmente Importante |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mejorar su movilidad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentirse más cómodo al convivir con otros | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mejorar su desempeño laboral | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mejorar su salud | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mejorar su apariencia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mejorar su relación de pareja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Iniciar una relación de pareja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B) Ahora conteste lo siguiente:

Indique cuál de las siguientes imágenes se asemejaba más a su cuerpo antes de la cirugía.



Indique cuál de las siguientes imágenes creía que se parecería más al cuerpo que tendría después de la cirugía.



| | | |
|---|--|-----------------------------|
| De su peso ¿Qué cantidad de kilos esperó perder después de la cirugía? | _____ kg. | |
| ¿En cuánto tiempo creyó usted que conseguiría el peso esperado? | Especificar en meses o años _____. | |
| ¿Pensó en el cambio de aspecto (imagen corporal) que tendría al llegar a su peso ideal? | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |

3) Impulsividad

De acuerdo a lo que usted le ha sucedido en los 6 meses previos de la cirugía, marque con una cruz una sola opción para cada pregunta, de acuerdo a como actuaba la mayor parte del tiempo.

| | Nunca | A veces | A menudo | Casi siempre |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Le resultaba difícil esperar en una fila? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Hacía cosas sin pensarlas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Gastaba dinero impulsivamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Perdía fácilmente los estribos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Decía lo primero que le venía a la mente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Usted comía aunque no tenía hambre? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Era usted impulsivo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ¿Le resultaba difícil controlar sus emociones? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. ¿Se distraía con facilidad? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ¿Le es difícil permanecer quieto mientras está sentado? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Frecuentemente se programaba citas sin pensar si podría cumplirlas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Frecuentemente compraba cosas sin pensar si realmente podía permitírselo sus recursos económicos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. A menudo se encontraba en problemas a causa de que no pensaba antes de actuar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4) Redes de apoyo.

| ¿El perder peso, pensaba ANTES de la cirugía que afectaría (positiva o negativamente) sus relaciones sociales con...? | Si | No | ¿Cómo afectaría? |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------|
| Pareja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Familia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Amigos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Compañeros de trabajo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Otros: Especifique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| ¿Creía que alguien que podía sentirse infeliz con su pérdida de peso? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| ¿Creía que había alguien que podía sentirse incómodo con su pérdida de peso? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Si su respuesta fue sí, ¿Pensaba que esa persona estaría dispuesta a acudir a consulta? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Gracias.