



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ALTERACIÓN E INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN
CORPORAL EN PACIENTES CON OBESIDAD Y
POST OPERADOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

MELISSA VÁZQUEZ RUIZ

DIRECTOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

REVISOR: DR. ARIEL VITE SIERRA

COMITÉ: DRA. LUCÍA AMELIA LEDESMA TORRES

DRA. IVONNE DE LA VEGA MORALES

LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA



® Facultad
de Psicología

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis asesores,

A la Dra. Lucía Ledesma, por permitirme crecer en lo académico profesional, por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, por guiarme durante este proceso, por su dedicación y valiosos aportes al proyecto.

Al Dr. Ariel Vite Sierra, por enriquecer con su conocimientos y sugerencias este proyecto, por su criterio y aliento.

A mi familia,

A mis padres, por apoyarme incondicionalmente, sin su esfuerzo esto no hubiera sido posible, por creer en mí y ser mi mayor ejemplo a seguir.

A mi hermano, por ser mi compañero de vida y siempre estar presente.

A mis amigos,

A Vania, por seguir presente después tantos años de amistad y los distintos caminos de vida, por ayudarme y apoyarme cuando lo necesité.

A Gaby, por escucharme siempre y a pesar de tu vida tan ocupada por siempre hacer espacio para mí.

A Óscar, porque no sé cómo hubiera logrado estos años de carrera sin ti, por compartir tantas experiencias nuevas juntos.

A Yahel, sin ti este proyecto no hubiera comenzado, gracias por compartirlo y por ese apoyo incondicional.

A mi novio,

A José Eguiluz, por apoyarme en todas mis ideas por más locas que sean, por siempre estar presente en los momentos más importantes, este no podía faltar.

Índice

Resumen	4
1. Introducción	5
2. Antecedentes	7
2.1 Obesidad	7
2.1 Epidemiología	9
2.3 Tratamiento de la obesidad	10
2.4 Imagen corporal	14
2.5 Desarrollo	15
2.5 Componentes	16
2.6 Alteración de la imagen corporal	18
2.7 Satisfacción/ Insatisfacción de la imagen corporal	19
3. Justificación	22
3.1 Pregunta de Investigación	23
3.2 Objetivo	23
3.3 Hipótesis	24
4. Método	25
4.1 Diseño del estudio	25
4.2 Participantes	25
4.3 Escenario	26
4.4 Variables	26
4.5 Medición	27
4.6 Procedimiento	28
4.7 Análisis de resultados	29
5. Resultados	30
6. Discusión	38
7. Conclusiones	44
8. Recomendaciones	46
9. Referencias	47
10. Anexos	54

Resumen

Objetivo: La presente investigación tiene como objetivo evaluar la alteración de la imagen corporal y la presencia de satisfacción o insatisfacción de los individuos hacia su propio cuerpo, entre pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica y pacientes postoperados.

Participantes: La muestra se encuentra conformada por 104 participantes divididos en dos grupos: a) pacientes con obesidad candidatos a cirugía bariátrica y b) pacientes postquirúrgicos. Los pacientes fueron reclutados de forma no probabilística, por conveniencia durante el periodo de enero 2017 y diciembre 2018. **Medición:** Se aplicó una entrevista semiestructurada para recabar datos sociodemográficos y clínicos, y la Escala de Siluetas Visuales para Adolescentes y Adultos.

Análisis de resultados: Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes. Además, se realizó la prueba de Kruskal- Wallis con el fin de comparar los grupos para las variables de alteración y satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal. **Resultados:** 52 pacientes candidatos a cirugía bariátrica y 52 pacientes postoperados; dentro de los primeros se mostró que el 100% presentaban insatisfacción positiva, es decir deseaban estar más delgados, en contraste y con diferencias significativas de los pacientes postoperados un 88.5% presentaron insatisfacción positiva, además se observó que un 9.6% mostró satisfacción con su imagen corporal. En cuanto a la alteración de la imagen corporal, el 80.8% del grupo prequirúrgico no mostró alteración, mientras que el 19.2% presentó subestimación de la figura corporal. Dentro del grupo postquirúrgico, el 63.5% no mostró alteración, mientras que el 34.6% presentó subestimación de la figura corporal. **Conclusiones:** En ambos grupos existió la presencia, en diferentes niveles, de insatisfacción y alteración de la figura corporal. Sin embargo, ante la pérdida de peso se mostró mayor satisfacción corporal que se relaciona con la realización de conductas saludables. Por otro lado, aumentó la subestimación en los pacientes postoperados apoyando la idea de la normalización del exceso de peso. Por estas razones se vuelve necesaria la evaluación de estos componentes dentro de los protocolos de cirugía bariátrica.

1. Introducción

La obesidad es una enfermedad que en los últimos años ha aumentado su prevalencia e incidencia tanto en México como a nivel mundial. De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2019), en el 2016 México contaba con una prevalencia del 72.5% de su población con sobrepeso y obesidad, siendo que de este porcentaje el 33.3% tenía obesidad y el 39.2% tenía sobrepeso. Además, dentro de los países miembros de la OCDE, México ocupa el segundo lugar en obesidad dentro de la población adulta solo después de Estados Unidos de América.

La obesidad en nuestro país se ha convertido en un problema de salud pública, ya que no solo afecta a nivel nacional sino también de manera individual. Diversos estudios sugieren que el incremento en la prevalencia de la obesidad ha modificado las percepciones sociales de lo que es “sano y apropiado” en cuanto al peso y figura corporal. Se ha observado que uno de los factores asociados al incremento de la prevalencia de la obesidad son las relaciones interpersonales, además es importante señalar la influencia y efecto que tiene el peso socialmente, por ejemplo, la probabilidad de una persona en convertirse en obesa aumenta si dentro de su círculo social hay obesos como familia o amigos (Christakis y Fowler, 2007). Esto quiere decir que hay una tendencia en referenciar nuestro estado nutricional con respecto a la distribución del peso de nuestro círculo social. Un estudio realizado por Chandler-Laney, et al. (2009), mostró que los participantes que percibían a las personas de su entorno como obesas o con sobrepeso tenía un impacto negativo en su propia disminución de peso, así como en el mantenimiento de éste, logrando ejemplificar la importancia de la percepción social del peso corporal.

La obesidad se acompaña con frecuencia de alteraciones psicológicas como baja autoestima, depresión, ansiedad, fobias, trastorno por atracón, insatisfacción y alteración de la imagen corporal, entre otras. Los individuos con obesidad manifiestan alteraciones dentro

del componente perceptual de su imagen corporal, en donde hay una discordancia entre la imagen percibida y la imagen real, medida de acuerdo a las categorías del índice de masa corporal. Diversos estudios han planteado la existencia de una tendencia a subestimar el peso cuando los individuos tienen sobrepeso y obesidad, es decir tienden a percibir su cuerpo con menor tamaño que el real. Por lo que, asociado al aumento de la prevalencia se ha observado que la capacidad de las personas con obesidad y sobrepeso para percibir su peso corporal real se ha modificado, ya que las personas con sobrepeso son cada vez menos capaces de percibirse corporalmente con sobrepeso y se identifican como normopeso (Johnson-Taylor, Fisher, Hubbard, Starke-Reed y Eggers, 2008). Conforme esta distorsión de la autopercepción del peso siga presente, es muy probable que estos individuos no realicen los cambios de hábitos y conductas necesarias saludables encaminadas hacia la pérdida de peso.

Asimismo, se ha visto una modificación dentro del componente afectivo en donde se ve alterada la satisfacción que se tiene respecto a la imagen corporal. Diversos estudios sugieren que la mayoría de los individuos con sobrepeso y obesidad manifiestan cierto grado de insatisfacción. Además, se ha encontrado que la insatisfacción corporal se asocia con la práctica de conductas alimentarias negativas, como un mal control de peso, atracones de comida, poca actividad física y dietas no saludables; también se encontró que la insatisfacción no funciona como un motivador para realizar conductas alimentarias saludables, sino que predice estas conductas de riesgo antes mencionadas (Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines y Story, 2006).

Estas modificaciones dentro de los componentes de la imagen corporal toman gran importancia, ya que son un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, así como en la realización de hábitos y conductas no saludables. Por esta razón, es importante considerar la inclusión de los componentes de la imagen corporal dentro de las evaluaciones y el tratamiento de la obesidad.

2. Antecedentes

2.1 Obesidad

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la obesidad y el sobrepeso se definen como la acumulación excesiva de grasa que puede ser adverso para la salud. La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial que produce alteraciones fisiológicas en el cuerpo, pero al mismo tiempo se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de múltiples enfermedades cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, psicológicas, entre muchas otras.

Existe una clasificación de la obesidad para los adultos que depende del Índice de Masa Corporal (IMC) que es un indicador de la relación entre el peso y la talla, que resulta de dividir el peso (p) del individuo entre la talla (t) elevada al cuadrado ($imc = p/t^2$). Esta medida es utilizada para determinar el estado nutricional, así como los distintos padecimientos de la obesidad, es una medida sencilla que se puede utilizar en hombres y mujeres adultos. Además, permite identificar a individuos que requieran de intervención oportuna para la prevención de obesidad y sus comorbilidades. Conforme a la OMS (2018), existe una clasificación del IMC para los adultos. Ver Tabla 1.

Tabla 1.

Clasificación del IMC para adultos

Categoría	IMC
Insuficiencia ponderal	<18.5
Intervalo normal	18.5-24.9
Sobrepeso	25.0-29.9
Obesidad de clase I	30.0-34.9

Clasificación del IMC para adultos

Obesidad de clase II	35.0-39.9
Obesidad de clase III	>40.0

A pesar de que existen varios factores genéticos, hormonales, del entorno y de estilos de vida, el sobrepeso y la obesidad se deben principalmente al desequilibrio energético entre calorías consumidas y calorías gastadas provocando que el cuerpo almacene esas calorías no gastadas en forma de grasa. Pero como se mencionó no sólo se encuentra involucrado el desequilibrio energético, sino que la obesidad tiene un origen multifactorial.

Los factores genéticos también pueden intervenir en el desarrollo de esta enfermedad. Existen diversos estudios que reportan mutaciones en más de 250 genes, marcadores y cromosomas que se han asociado al desarrollo de la obesidad (Amancio, Ortigoza, Durante, 2007). Sin embargo, la expresión del fenotipo se encuentra determinado por la interacción entre genes y el entorno. En relación al entorno, en este interviene la globalización, la cultura, el nivel socioeconómico, la educación, la urbanización y las políticas públicas, así como también el ambiente social.

Sin embargo, uno de los factores más importantes en el desarrollo de la obesidad es el estilo de vida. Actualmente en el mundo hay una ingesta inadecuada de alimentos hipercalóricos, ricos en grasa, sal y azúcares, pero con falta de macronutrientes y micronutrientes. Además, los estilos de vida tienden a repetirse dentro de nuestros círculos sociales, como familia y amigos. En un estudio realizado en la Universidad de Sussex por Dolton y Xiao (2017), se encontró que los hijos de padres obesos son más propensos a ser obesos en su vida adulta que los que no lo son, puesto que se encontró un “efecto parental” del IMC de los padres sobre el IMC de los hijos, especialmente cuando los

padres son obesos y los hijos ya tienen sobrepeso u obesidad infantil más del 50% de su IMC se determina por los padres. En este mismo estudio se analizaron diversos países, y se encontró que México tenía un predominio de obesidad en madres de manera significativa, y esto fue consistente con el aumento de la prevalencia de obesidad en nuestro país durante su estudio.

Se ha comprobado que la obesidad y el sobrepeso incrementan el riesgo de muerte prematura y el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedad coronaria, apnea del sueño, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis y algunos cánceres, además implica un alto impacto en el costo social y reducción de la calidad de vida (Dávila, González y Barrera, 2014). De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015), las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer se encuentran dentro de las principales causas de mortalidad en el país.

2.1 Epidemiología

La obesidad en México y a nivel mundial se ha convertido en una enfermedad que aumenta su prevalencia a velocidad alarmante. De acuerdo a la OMS (2018), en el 2016 a nivel mundial, el 39% de las personas adultas tenían sobrepeso, y categorizado por sexo; 39% de los hombres y 40% de las mujeres. En cuanto la obesidad, 13% de la población mundial eran obesos, 11% de los hombres y 15% de las mujeres. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México de Medio Camino (Shamah, Cuevas, River, y Hernández, 2016), existe una prevalencia mayor de sobrepeso en mujeres (75.4%) que en hombres (69.4%). Asimismo, existe una prevalencia de obesidad mayor en mujeres (38.6%) que en hombres (27.7%).

De acuerdo con la OCDE (2019), en el 2016 México contaba con una prevalencia del 72.5% de su población con sobrepeso y obesidad, el

33.3% tenía obesidad y el 39.2% con sobrepeso. Además, México ocupa el segundo lugar en obesidad de la población adulta dentro de los países miembros después de Estados Unidos. En nuestro país, se ha incrementado la prevalencia de la obesidad a lo largo de tres décadas desde 1980, triplicando la tendencia (Villa, Escobedo y Méndez-Sánchez, 2004). Las proyecciones de la OCDE estiman que para el año 2020 más de dos terceras partes de la población mundial tendrán sobrepeso u obesidad (Sassi y Devaux, 2012).

La obesidad y el sobrepeso se han convertido en un problema de salud pública tanto en México como a nivel mundial. McKinsey Global Institute (Dobbs et al., 2014), estima que los costos a nivel mundial de la obesidad son equivalentes a 2.8 del PIB global, cifra que es similar a los conflictos armados y tabaquismo. De acuerdo al Instituto Mexicano para la Competitividad (2015), los costos totales por diabetes atribuibles al sobrepeso y obesidad, en el año 2012 en México, oscilan entre 82 y 98 millones de pesos, estas cifras son similares al porcentaje del gasto programable del presupuesto de salud.

Actualmente en México y otros países latinoamericanos se están viviendo transiciones importantes en cuanto a salud, nutrición y demografía. La transición nutricional está cambiando de una alta prevalencia de desnutrición a una predominancia de enfermedades crónico degenerativas relacionadas con la dieta, esto se asocia a los cambios en la urbanización y el crecimiento económico que ha llevado a la reducción de la actividad física, al cambio de patrones de alimentación y la dieta (Rivera, Barquera, Gonzalez-Cossio, Olaiz, y Sepulveda, 2004).

2.3 Tratamiento de la obesidad

El tratamiento de la obesidad debe de ser multidisciplinario e integral, que incluya tratamientos médicos, nutricionales, quirúrgicos y psicológicos. Los objetivos principales del tratamiento son: alcanzar un rango normal de acuerdo a la medida del IMC, tener una dieta

balanceada, incremento de actividad física y cambios conductuales enfocados hacia la pérdida de peso.

Farmacológico

“El tratamiento farmacológico debe de ser precedido por una evaluación tanto médica como nutricional, basada en indicadores clínicos, dietéticos y antropométricos, que incluyan el IMC, el Índice Cintura Cadera (ICC), la Circunferencia de Cintura (CC) y las pruebas de laboratorio correspondientes”. (Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, 2000)

El tratamiento farmacológico se recomienda cuando los individuos presentan un IMC ≥ 30 kg/m² o >27 kg/m² con comorbilidades, además de que no se haya logrado una disminución del peso corporal por medio de la modificación de hábitos. Actualmente el fármaco aprobado por la Secretaría de Salud en México para su uso a largo plazo ha sido el Orlistat, siendo un inhibido de lipasa gastrointestinal que reduce 30% la absorción de grasa ingerida (Campos et al., 2008). El uso de fármacos como tratamiento de la obesidad ha sido altamente criticado por la efectividad, seguridad, abuso y efectos adversos. Esto ha provocado que los criterios de aprobación de los fármacos se hayan vuelto muy exigentes, convirtiéndose en uno de los principales problemas actuales con los tratamientos farmacológicos ya que los pacientes al tener escasas alternativas terapéuticas, deciden tomar suplementos para bajar de peso que son pocos efectivos.

Quirúrgicos

La cirugía bariátrica se define como el tratamiento quirúrgico del estómago y/o intestinos enfocado a la pérdida ponderal y en consecuente la mejoría de problemas de salud relacionados a la obesidad. La cirugía bariátrica se reserva cuando los demás tratamientos han fallado para la pérdida de peso, así que se vuelve en una opción

para los sujetos con bajo riesgo quirúrgico y que cumplan con los requisitos específicos. De acuerdo a la Guía de Referencia Rápida para el Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad en el Adulto (2009), los principales criterios de selección para ser candidato a cirugía bariátrica son: tener un IMC > 40 kg/m² o un IMC de 35 a 40 Kg/m² asociado a al menos una comorbilidad de mayor seriedad clínica (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, apnea del sueño, dislipidemia y enfermedad articular), historial de fracaso terapéutico en la pérdida de peso o en la capacidad de mantener la pérdida de peso posterior a un tratamiento farmacológico y no farmacológico, tener adecuada red de apoyo familiar, comprender y someterse a una evaluación médica y psicológica antes y después de la cirugía, y adecuado apego terapéutico a un programa de control y seguimiento nutricional y psicológico.

Los pasos a seguir para los candidatos son someterse a una evaluación del equipo interdisciplinario conformado por el cirujano bariatra, médico internista, endocrinólogo, anestesiólogo, psicólogo, psiquiatra, nutriólogo y trabajador social. Luego se clasifica el riesgo quirúrgico y anestésico y se realiza la evaluación integral. Por último, se selecciona el tipo de procedimiento quirúrgico, así como el abordaje y técnica.

Existen 3 principales tipos de cirugía bariátrica:

- 1) Restrictiva: este procedimiento limita el volumen de alimento sólido mediante la reducción de la cavidad gástrica y limitando la salida hacia el resto del estómago. Las técnicas básicas son la banda gástrica ajustable por vía y manga gástrica.
- 2) Combinadas: añaden al componente restrictivo en el estómago principalmente, pero reducen la absorción como el bypass gástrico en Y de Roux.
- 3) Malabsortivas: reducen principalmente la absorción de calorías con limitada restricción como la derivación biliopancreática con cruce duodenal.

De acuerdo al Protocolo Clínico para el Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad (Campos, et al., 2008), la cirugía bariátrica tiene una alta efectividad, ya que logra disminuir en un 16%- 43% el peso de los sujetos en un periodo de 1 a 2 años.

Psicológico

La psicoterapia cognitivo conductual aplicada a trastornos de la conducta alimentaria tiene como propósito modificar comportamientos y pensamientos específicos, el cambio de hábitos alimenticios y de actividad física que contribuyen a la obesidad, además de fomentar el compromiso de los individuos ante los cambios del estilo de vida. Se trabaja con nuevas conductas y cogniciones en las sesiones para que posteriormente el paciente logre generalizarlas en su vida diaria.

De acuerdo de Larrañaga y García- Mayor (2007), los principales pasos para la psicoterapia cognitiva conductual aplicada a los trastornos de la conducta alimentaria son: a) aumentar el conocimiento de los patrones de pensamiento, b) reconocer la conexión entre sentimientos, pensamientos autodestructivos y conductas no funcionales de la ingesta, c) analizar la validez de pensamientos y creencias específicas, d) reemplazar creencias erróneas por otras más adecuadas y e) modificar gradualmente suposiciones fundamentales de los trastornos de la ingesta.

De la Vega (2011), reporta en un estudio a la intervención cognitivo-conductual como una herramienta confiable y efectiva para abordar los factores asociados a la obesidad. En este estudio de la Vega, propone un plan de tratamiento con los siguientes objetivos principales: a) la psicoeducación y alimentación, b) la modificación ambiental mediante distintas técnicas conductuales, c) reestructuración de las distorsiones cognitivas, incluyendo pensamientos relacionados a la

imagen corporal y autoestima, d) manejo emocional relacionado a la alimentación, e) imagen corporal, su importancia, ideas y rol de la mujer, y f) habilidades sociales como comunicación efectiva, asertividad y solución de problemas. Los resultados de este tratamiento fueron el mantenimiento de la dieta, organización de alimentos y rutinas, manejo emocional, mejora en la comunicación, regulación de ansiedad y solución de problemas, concluyendo que la intervención representa un adecuado abordaje como tratamiento de la obesidad (De la Vega, 2011).

El éxito de la psicoterapia cognitivo-conductual no es adelgazar, sino mantener el peso perdido, y esto solo es posible con el cambio de estilo de vida en sí mismo ya que nos permite lograr una motivación y apego terapéutico adecuado (Larrañaga y García- Mayor, 2007).

2.4 Imagen corporal

Existen varias definiciones de qué es la imagen corporal, la más clásica la describe como “la imagen de nuestro propio cuerpo que forma nuestra mente, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta” (Schilder, 2013, p.11). Por otro lado, también la definen como experiencias psicológicas de la personificación, que involucra a las autopercepciones y actitudes corporales, que incluyen pensamientos, creencias, sentimientos y conductas (Cash, 2004).

Por otro lado, Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor, y López-Miñarro, (2013) conciben que la imagen corporal se encuentra constituida por tres componentes:

Perceptual: se refiere a la precisión con qué se percibe el tamaño corporal de diferentes áreas corporales o en su totalidad. La sobrestimación, que es la percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales, y la subestimación, que es la percepción de un tamaño corporal inferior al real, son las alteraciones que se pueden presentar dentro de este componente.

Subjetivo: se refiere a las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones del cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física. Las alteraciones de este componente se presentan como insatisfacción corporal.

Conductual: que se refiere a las conductas que son provocadas por la percepción del cuerpo y sentimientos relacionados.

2.5 Desarrollo

El desarrollo de la imagen corporal depende de varios factores, como el ideal de belleza de cada sociedad, la importancia concedida al aspecto físico, las experiencias corporales, la imagen con y de nuestro entorno. Además de que se encuentra relacionado al desarrollo social, cognitivo y el propio del individuo.

Smolak (2011), estudió el desarrollo de la imagen corporal y concluyó que desde los años preescolares varios aspectos de la imagen corporal se desarrollaran. De acuerdo a Smolak, alrededor de los 15 meses de edad se comienza la concientización de la propia apariencia, como reconocerse en el espejo o fotografías. Entre un año y medio y dos años y medio de edad, los niños se reconocen dentro de sus círculos sociales. Después entre los tres y seis años de edad comienzan a internalizar los estándares sociales de apariencia. Ésta se establece a partir de la exposición a estímulos socioculturales, convirtiéndose en metas inalcanzables que, en lugar de ser un referente, ocasiona insatisfacción corporal.

Posteriormente para la edad de 6 años las niñas ya reportan insatisfacción corporal, manifestando querer ser más altas y delgadas. Sin embargo, aún no es claro si esta insatisfacción a corta edad es un factor de riesgo para el futuro desarrollo de malos hábitos alimenticios, baja autoestima y/o trastornos alimenticios (Smolak, 2011).

La adolescencia se caracteriza como un periodo decisivo en el desarrollo de la imagen corporal, ya que existen cambios sociales, cognitivos y físicos que incrementan la concientización de la figura y peso corporal (Lawler y Nixon, 2011). Existen varios estudios que demuestran un alto índice de insatisfacción durante esta etapa, especialmente en mujeres (Santana, 2013). En un estudio realizado por Babiloni, Pich, Pons y Tur (2013), acerca de la imagen corporal y los patrones alimenticios en adolescentes se encontró que el 52.6% de los adolescentes hombres con sobrepeso deseaban estar más delgados por lo que se encontraban insatisfechos con su imagen corporal, mientras que el 88.7% de las mujeres con sobrepeso mostraron insatisfacción.

En la adultez se dan cambios físicos asociados a la edad de forma gradual, que lleva a una modificación de los esquemas de la imagen corporal. A estos cambios se agregan la asociación de la pérdida de funcionalidad a futuro y los estereotipos negativos de envejecer, por esta razón se esperarían alteraciones en la imagen corporal (Sarabia, 2012). Sin embargo, de acuerdo a Tiggemann (2004) en una revisión sistemática acerca de la imagen corporal a través de la vida adulta, se concluyó que los niveles de insatisfacción que presenta cada individuo permanecen estables a través de su vida, es decir no tienen un incremento o disminución. En contraste, existen otros cambios relacionados a la imagen corporal como una mejor aceptación causado por una pérdida de importancia por la apariencia física.

2.5 Componentes

Perceptivo

Este componente ha sido de los más estudiados ya que las primeras definiciones de la imagen corporal se enfocaron en la percepción de la representación mental del cuerpo, además gran parte las investigaciones se han enfocado principalmente en este y los trastornos de la conducta alimentaria. Este componente no solo se

enfoca en la habilidad de las personas en estimar adecuadamente su tamaño y figura corporal global, sino también en la percepción por partes del cuerpo. Existen más aspectos que forman parte del proceso de percepción y que intervienen dentro de la imagen corporal como la composición corporal, forma de las partes del cuerpo, el cuerpo mismo en movimiento, ocupación espacial, entre otros (Rodríguez, 2013, p.31).

Afectivo

El componente afectivo forma parte esencial de la imagen corporal y se basa en los sentimientos o actitudes respecto y hacia al cuerpo en su totalidad o por partes. Durante el proceso de este componente, las reacciones y respuestas afectivas son interiorizadas y esquematizadas, posteriormente se vuelven automáticas, ya que llegan a formar parte del procesamiento emocional de nuestro sistema. Este componente se encuentra relacionado principalmente con el grado de satisfacción/insatisfacción hacia la figura corporal, además las emociones y sentimientos que surgen de la autoevaluación corporal (Rodríguez, 2013, p.32).

Cognitivo

El componente cognitivo forma parte de la selección y organización de información propia, ya que gran parte de la información que es procesada por un individuo es acerca de sí mismo. Esto conlleva a la creación de autoesquemas corporales. De acuerdo a Markus (1997, p. 64), los autoesquemas se pueden definir como “generalizaciones cognitivas de nosotros mismos, derivadas de experiencias pasadas, que organizan y guían el procesamiento de esa información en relación a nuestras experiencias sociales”. Además, existen muchos procesos cognitivos que participan en el desarrollo y representación de la imagen corporal, como son las distorsiones cognitivas o sesgos que dan lugar a las ideas sobrevaloradas y se convierten relevantes para la evaluación de alteración de la imagen corporal.

Conductuales

Dentro de este componente existen muchas variables, ya que son acciones y comportamientos que se dan a partir de la percepción respecto al cuerpo, es por eso que se han propuesto algunas categorías principales como comprobación (contar calorías), evitación (no mirarse al espejo), restricción o autocontrol (no comer) y búsqueda de seguridad (preguntar defectos) (Rodríguez, 2013, p. 37).

2.6 Alteración de la imagen corporal

Las distorsiones de la imagen corporal pueden presentarse en personas con o sin trastornos alimenticios, pueden presentarse de diversas maneras, pero las que se abordan en este estudio son del componente afectivo (insatisfacción) y perceptivo (alteración). Cuando las personas perciben sus cuerpos de forma poco atractiva, indeseable, además de existir rechazo y vergüenza se encuentran en riesgo de presentar alteraciones de la imagen corporal (Gilbert y Miles, 2002, p. 3).

Diversos estudios han encontrado que existe una tendencia a subestimar la figura corporal, especialmente las personas con sobrepeso y obesidad. Un estudio realizado en la Ciudad de México por Sámano et al. (2015), encontraron que cerca del 50% de los participantes que tenían obesidad se identificaron con sobrepeso, de la misma manera cerca del 50% de los participantes con sobrepeso se identificaron con peso normal. Además, identificaron las variables que podrían predecir el riesgo para la insatisfacción corporal que fueron ser adulto, mujer y tener sobrepeso y obesidad.

En otro estudio acerca de la percepción del peso corporal y la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos (Uribe-Carvajal, Jiménez-Aguilar, Morales-Ruan, Salazar-Coronel, y Shamah-Levy, 2018), encontraron que más del 90% de la población presentaba subestimación de la imagen corporal, coincidiendo con los hallazgos

antes mencionados de que la percepción del peso corporal no coincide con el estado de nutrición, principalmente en individuos con sobrepeso y obesidad. Además, encontraron que ese alto porcentaje de adultos que subestima su peso corporal no percibe la posibilidad de desarrollar obesidad a largo plazo. El hecho de que exista una subestimación de la figura corporal, indica que se minimiza la importancia de la enfermedad por lo tanto limita el cambio de conductas positivas de salud que conduzcan a un peso saludable (Ratner, Sabal, Hernández, Romero y Atalah, 2008).

Como se ha mencionado se ha encontrado un buen porcentaje de individuos obesos o con sobrepeso que fallan al identificarse adecuadamente con su figura corporal. Se ha propuesto una teoría de la normalización visual hacia el sobrepeso y la obesidad (Robinson, 2017). Esta teoría se basa en que el peso es relativo a las normas visuales de las figuras corporales, pero estas normas visuales se moldean de acuerdo a las figuras que los individuos se encuentran expuestos. El aumento de la prevalencia de la obesidad ha resultado en un aumento en la exposición de figuras corporales más gruesas, alterando la percepción visual de las figuras consideradas “normales” en cuanto al peso corporal.

2.7 Satisfacción/ Insatisfacción de la imagen corporal

La insatisfacción corporal se presenta cuando un individuo interioriza su cuerpo ideal, que se determina por su cultura en la que se encuentra inmerso, y por comparación social determina que existe una discrepancia entre su cuerpo y el ideal (García y Gómez-Peresmitré, 2003). La insatisfacción corporal se ha convertido más en regla, que, en excepción, ya que se ha aceptado cierta generalización en población no clínica propiciada por los estándares de belleza culturales y medios de comunicación. Esta insatisfacción presentada no es suficiente para un diagnóstico de un trastorno, sino como una condición subclínica y un factor de riesgo.

Además, como la prevalencia del sobrepeso y obesidad ha aumentado se esperaría que de igual forma los índices de insatisfacción tengan un incremento (Sorber, Thompson y Cash, 2005). Esto se relaciona con la teoría de la normalización visual del sobrepeso y la obesidad, provocando una modificación de los rangos de insatisfacción de la imagen corporal.

La insatisfacción corporal es uno de los factores de riesgo para la presencia de conductas alimentarias de riesgo, estas conductas son comportamientos negativos y perjudiciales para los individuos (Saucedo, et al, 2010). Existen más probabilidades de cuidar nuestro cuerpo y presentar esquemas corporales positivos si la discrepancia entre mi cuerpo ideal y el real es baja, además influye la importancia que la sociedad le concede a la figura ideal y apariencia (Rodriguez, 2013, p. 23).

Sin embargo, la insatisfacción corporal no sólo se refiere a la actitud acerca de la figura corporal, sino que envuelve más componentes y aspectos del cuerpo, como lo son las características faciales, la musculatura, la figura y forma corporal global y por partes, entre otros.

En un estudio realizado en población mexicana acerca de la relación entre el IMC y la insatisfacción corporal se encontró que 84% de los participantes con sobrepeso y obesidad presentaron algún grado de insatisfacción de la imagen corporal. Comprobaron que los grados más altos de insatisfacción los presentaban las mujeres, las personas con obesidad y sobrepeso (Casillas-Estrella, Montaña-Castrejón, Reyes-Velázquez, Bacardí-Gascón, y Jiménez-Cruz, 2006).

En relación a estudios en pacientes de cirugía bariátrica se han encontrado resultados contradictorios. Adame, Meneghelli, Bressani y Scorpiano (1999), realizaron un estudio evaluando la imagen corporal antes y después de la cirugía con seguimiento a largo plazo. Encontraron que antes de la cirugía, los individuos obesos se encontraban

insatisfechos con su imagen corporal, sin embargo, esta insatisfacción continuo posterior a la cirugía. Los autores relacionaron los resultados a una normalización del estado de obesidad y sentimiento de poca tracción física.

De Zwaan. et al. (2014), realizó un estudio transversal acerca de la imagen corporal y calidad de vida en pacientes post bariátricos. En este estudio comparó tres grupos: a) pacientes candidatos a cirugía bariátrica, b) pacientes postquirúrgicos, y c) pacientes postquirúrgicos que se sometieron a cirugía estética. Encontraron que después de la cirugía bariátrica existieron mejorías significativas en la imagen corporal, calidad de vida. Además, el grupo que se sometió a cirugía estética tuvo una mejor evaluación de su apariencia y funcionalidad a comparación de los que no, resultados relacionados a los nuevos factores que surgen después de la cirugía como el exceso de piel.

Por otro lado, en una revisión sistemática acerca de la cirugía bariátrica y la imagen corporal (Bertoletti, Galvis, Bordignon y Marcelli, 2018), reportan un consenso acerca de la mejora de la evaluación corporal después de la cirugía. Además, se ha documentado que los pacientes después de la cirugía bariátrica mejoraban significativamente en la satisfacción después de 5 meses de cirugía y a lo largo de 23 meses. (Sarwer, Wadden, Moore, Eisenberg, Raper y Williams, 2010). De igual forma, Almeida, Peroco y Faria (2012), en un estudio acerca de la imagen corporal, ansiedad y depresión en pacientes post operados de cirugía bariátrica reportaron que la disminución de la insatisfacción se acompañó de la reducción del peso, ansiedad y depresión.

3. Justificación

Actualmente México se encuentra dentro de los primeros lugares a nivel mundial con mayor prevalencia de obesidad, convirtiéndose en un problema no solo de salud individual sino de salud pública. Es por esta razón que se ha vuelto indispensable analizar los factores relacionados al desarrollo, tratamiento y prevención de esta enfermedad.

En México se cuenta con poca evidencia científica a nivel nacional acerca de la percepción que tiene la población sobre su estado nutricional. Además, dado el aumento de la prevalencia de la obesidad, los estudios sugieren que la percepción social de una figura con peso normal ha cambiado provocando alteraciones de la imagen corporal.

Con base en lo revisado en la literatura de investigación se ha comprobado que existen cambios dentro de los componentes de la imagen corporal en pacientes con obesidad y/o sobrepeso, ya que presentan un grado de insatisfacción mayor que los pacientes con normopeso. Además, pueden llegar a presentar alteraciones de la imagen corporal subestimando su figura, es decir percibiéndose más delgados de lo que en realidad son. Estos cambios perceptivos y afectivos interactúan con la realización de conductas no saludables como poca actividad física, mayor ingesta de grasas, azúcares y carbohidratos, entre otras.

Asimismo, hay evidencia de que también persisten y surgen cambios en algunos componentes de la imagen corporal posterior a la pérdida de peso en pacientes sometidos a distintos tipos de tratamiento. Por ejemplo, un estudio con pacientes postoperados de cirugía bariátrica encontró que ciertos aspectos de la imagen corporal como preocupaciones excesivas, conductas de evitación, y alteración de la imagen corporal mejoraron después de la intervención quirúrgica, mientras que otras áreas como fobia al peso, despersonalización e inquietudes respecto a partes del cuerpo no mejoraron (de Panfilis et al. 2007).

De todos los cambios y alteraciones que pueden afectar a las personas con obesidad, solamente dos parecen relacionarse a la obesidad en sí, que son los atracones y las alteraciones de la imagen corporal (Stunkard y Mendelson, 1967). Es por eso que se vuelve necesaria la inclusión de esta variable tanto en las investigaciones como en el tratamiento de los pacientes con obesidad. Por ejemplo, el tratamiento mediante la intervención cognitivo-conductual con apoyo nutricional disminuyó los factores de riesgo, como la insatisfacción y alteración corporal, para a su vez prevenir el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria (de la Vega, 2011). La imagen corporal afecta la habilidad de un individuo en identificarse adecuadamente, además interviene en mantenimiento del peso y la realización conductas saludables positivas.

3.1 Pregunta de Investigación

¿Existirán diferencias en la alteración y satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal en pacientes candidatos a cirugía bariátrica y postoperados?

3.2 Objetivo

3.2.1 Objetivo general

Analizar componentes de la imagen corporal mediante la medición de la alteración e insatisfacción/satisfacción de pacientes candidatos a cirugía bariátrica comparando los resultados con pacientes postoperados.

3.2.2 Objetivos específicos

1. Comparar la figura actual elegida de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica y pacientes postoperados, mediante la con la Escala Visual de Siluetas. Adolescentes y Adultos (Gómez-Peresmitré, 2001).
2. Contrastar la figura ideal de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica y pacientes postoperados mediante la con la Escala

Visual de Siluetas. Adolescentes y Adultos (Gómez-Peresmitré, 2001).

3. Determinar la satisfacción o insatisfacción de la imagen corporal, mediante la medición de la figura actual menos la figura ideal, de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica y pacientes postoperados.
4. Mostrar la autopercepción del peso corporal de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica y pacientes postoperados.
5. Determinar la alteración de la imagen corporal mediante la diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el IMC, de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica y pacientes postoperados.

3.3 Hipótesis

Los pacientes con obesidad candidatos a cirugía bariátrica presentarán: a) mayor alteración de la figura corporal a comparación de los postoperados bariátrica y b) mayor insatisfacción corporal en comparación de los postoperados de cirugía bariátrica.

4. Método

4.1 Diseño del estudio

El presente estudio es de tipo no experimental transversal comparativo. Se utilizó un diseño de dos grupos independientes.

4.2 Participantes

Los participantes fueron 104 pacientes derechohabientes del Centro Médico Nacional "20 de noviembre" ISSSTE, de sexo femenino y masculino, dividido en dos grupos: a) 52 pacientes con obesidad candidatos a cirugía bariátrica y b) 52 pacientes postoperados de cirugía bariátrica. Todos los pacientes eran mayores de edad y contaban con una escolaridad mínima de nueve años, y los pacientes postoperados tenían entre seis meses a un año de cirugía. Se seleccionaron de manera no probabilística, por conveniencia de enero 2017 a diciembre 2018 de acuerdo a los siguientes criterios:

A. Criterios de inclusión

a) candidatos a cirugía bariátrica y, b) pacientes candidatos con un IMC mayor a 30 (kg/m²).

B. Criterios de exclusión

a) pacientes dentro del protocolo de cirugía bariátrica que declinaron participar en el estudio, b) pacientes candidatos a cirugía bariátrica con un IMC menor a 29.9 (kg/m²) y c) pacientes con comorbilidades psiquiátricas, enfermedades crónico degenerativas y neurológicas.

El promedio de edad de los participantes fue de 44 años de edad (\pm 9.6). La distribución por sexo de la población tuvo un predominio del

sexo femenino con 68 (65.4%) mientras que del sexo masculino fueron 36 (34.6%). En cuanto al nivel de escolaridad, el nivel licenciatura tuvo un predominio con 48 (46.2%) participantes; en segundo lugar, preparatoria 35 (33.7%); en tercer lugar, posgrado 14 (13.5%) y en cuarto lugar lo ocupó secundaria con 7 (6.7%).

4.3 Escenario

El estudio se desarrolló dentro de la consulta externa del servicio de Psiquiatría, Psicología y Neuropsicología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

4.4 Variables

IMC. *Definición conceptual:* de acuerdo a la OMS (2018), el IMC es un indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. De acuerdo a los indicadores se creó una clasificación que va desde insuficiencia ponderal hasta obesidad grado 3. *Definición operacional:* se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Alteración de la imagen corporal. *Definición conceptual:* se entiende cómo alteración de la imagen corporal a la “presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características o dimensiones reales” (Sepúlveda, Botella y León, 2001). *Definición operacional:* la alteración de la imagen corporal se mide se mide con una escala en donde los participan califican cómo se perciben, tiene una calificación del 0 al 5. Se basa en la diferencia de la autopercepción del peso corporal y el IMC; un resultado positivo es sobreestimación, un resultado negativo significa subestimación y cuando la diferencia es igual a cero es que no hay alteración (Gómez-Peresmitré, 1993).

Satisfacción/ Insatisfacción con la imagen corporal. *Definición conceptual:* la insatisfacción corporal la podemos definir cómo la discrepancia que existe entre la figura interiorizada como ideal y la real (Vaquero-Cristóbal et al. 2013). *Definición operacional:* se obtiene a través de la diferencia entre la figura actual y la figura ideal. Un resultado positivo quiere decir que hay insatisfacción porque se desea estar más delgado; un resultado negativo quiere decir que hay insatisfacción porque se desea estar más grueso. Una diferencia igual a cero significa satisfacción. A mayor sea la diferencia mayor la insatisfacción (Gómez-Peresmitré, 1997).

4.5 Medición

4.5.1 Entrevista semiestructurada

Se realizaron preguntas con el propósito de conocer los datos sociodemográficos, historia clínica general, antecedentes personales. Esta tuvo una duración aproximada de 30 minutos. Ver Anexo 2.

4.5.2 Escala de Insatisfacción Corporal

La Satisfacción/ Insatisfacción se midió con la Escala Visual de Siluetas Adolescentes y Adultos (Gómez-Peresmitré, 1993) que consiste en la muestra de nueve modelos anatómicos (siluetas) para población femenina y masculina de la más obesa a la más delgada de forma aleatoria. La escala tiene un alfa de 0.85. Además, fue modificada para que las siluetas se mostraran más gruesas, ya que ésta escala es sensible para población con normopeso. La insatisfacción con imagen corporal se define como la diferencia positiva o negativa entre la figura actual menos la figura ideal. La figura ideal se obtiene de la figura elegida cuando se pide al participante que elija la figura que más le gustaría tener. La figura actual se obtiene de la figura elegida cuando se pide al participante que elija figura que más se parece a su cuerpo. A la figura más delgada se le asigna el puntaje más bajo (1) y a la silueta más gruesa u obesa se califica con el puntaje más alto (9). Ver Anexo 2.

4.5.3 Escala de Alteración de la Imagen Corporal

La alteración de la imagen corporal se obtiene de la diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el IMC. El IMC se basa en la clasificación dada por la OMS (1995) que clasifica en muy bajo de peso (16-16.99), bajo de peso (16 a 16.99), peso normal (18.5-24.9), sobrepeso (25.0-29.9), y obesidad (>30), convirtiéndose en escala del uno al cinco. La autopercepción del peso corporal se medirá con una escala que va desde peso muy por debajo de lo normal (1) a obeso (5). Ver Tabla 2

Tabla 2

Escala de Autopercepción del peso corporal

Creo que estoy:

- a) obeso (muy gordo)
 - b) con peso por debajo del normal (delgado)
 - c) con sobrepeso (gordo)
 - d) con peso muy por abajo del normal (muy delgado)
 - e) con peso normal (ni gordo ni delgado)
-

4.6 Procedimiento

Los pacientes fueron reclutados del protocolo de cirugía bariátrica durante la consulta correspondiente dentro del servicio de psiquiatría, psicología y neuropsicología durante el periodo de enero 2017 a diciembre 2018. Se explicó en qué consistía el estudio y se les brindó la carta de consentimiento informado. Ver anexo 3. Se encuentra conformada por el objetivo del estudio, procedimiento de la evaluación, confidencialidad y anonimato de los datos, y dudas relacionadas. Una

vez que aceptaron la participación y firmaron el consentimiento informado, se realizó la entrevista semiestructurada, recolectando datos sociodemográficos y clínicos. En la sesión siguiente se contestaron los cuestionarios y escalas con las debidas instrucciones. Ambos grupos fueron evaluados de la misma forma con las mismas variables de los instrumentos antes descritos.

Cada valoración se realizó de forma individual con una duración de 30 minutos para la entrevista semiestructurada y para la aplicación de los demás instrumentos de evaluación tuvo una duración 40 minutos realizada en una cita consecuente. Cada valoración fue realizada por la autora de este estudio y psicólogos en formación inscritos al programa de Servicio Social: Psicología de la Salud, Psicología y Neuropsicología clínica 2018-83/1-3384, vinculado a la Facultad de Psicología. La evaluación a los pacientes se llevó a cabo dentro del consultorio el servicio de psiquiatría, psicología y neuropsicología en las instalaciones del Centro Médico Nacional "20 de noviembre", con adecuada iluminación y ventilación. No hubo distractores auditivos, ni visuales y se contó con el mobiliario adecuado para la entrevista y valoración. Este estudio forma parte de un protocolo dentro del Centro Médico Nacional "20 de noviembre", llevado a cabo bajo la supervisión de la Dra. Lucía Amelia Ledesma Torres, neuropsicóloga y psicológica clínica adscrita al servicio de Psiquiatría, Psicología y Neuropsicología.

4.7 Análisis de resultados

Se realizó el análisis de datos mediante el programa estadístico SPSS versión 21. Mediante un análisis descriptivo se presentaron y compararon los datos sociodemográficos y clínicos. Para confirmar o descartar las hipótesis de trabajo, se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis para las variables de alteración y satisfacción/insatisfacción. Además, se realizó una correlación de Spearman entre las variables de IMC y el grado de insatisfacción.

5. Resultados

En el presente estudio participaron 104 pacientes que cumplieron los criterios de selección, de los cuales 52 pertenecen al grupo de pacientes obesos candidatos a cirugía y 52 pacientes postoperados. La tabla 3 muestra la distribución de los pacientes de ambos grupos de acuerdo a la clasificación del IMC. Mostrando que los pacientes con obesidad tipo III en ambos grupos predomina con 36 (69.2%) pacientes para los prequirúrgicos y 19 (36.5%) para los postquirúrgicos. El resto del grupo prequirúrgico ocupa la categoría de obesidad II con 16 (30.8%). Para el grupo postquirúrgico predominan dos grupos en segundo lugar obesos tipo I y sobrepeso con 11 (21.2%) participantes; en tercer lugar, se encuentra la categoría obeso II con 10 (19,2%) pacientes y por último en la clasificación de normal con 1 (1.9%).

Tabla 3.

Clasificación de obesidad

	Prequirúrgico		Postquirúrgico	
	n	%	n	%
Bajo de Peso	0	0	0	0
Normal	0	0	1	1,9
Sobrepeso	0	0	11	19,2
Obeso I	0	0	11	23,1
Obeso II	16	30,8	10	19,2
Obeso III	36	69,2	19	36,5
Total	52	100	52	100,0

La tabla 4 muestra las medidas somatométricas de los participantes de los grupos prequirúrgicos y postquirúrgicos. Se encontró que el peso promedio fue de 124.22 (± 25.79) kilogramos para grupo prequirúrgico y de 99.99 (± 22.59) kilogramos para el grupo postquirúrgico. El promedio de talla fue de 165.46 (± 8.97) centímetros y de 163.35 (± 10.66) centímetros para el grupo postquirúrgico. Finalmente, el promedio del IMC fue de 45.45 (± 8.09) Kg/m² y de 37.12 (± 8.72) Kg/m² para el grupo postquirúrgico.

Tabla 4.

Medidas somatométricas

	Prequirúrgico		Postquirúrgico	
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE
Peso	124.22	25.79	99.9	22.59
Talla	165.46	8.97	163.35	10.66
IMC	45.45	8.09	37.12	8.72

Peso (Kg), Talla (cm) e IMC (Kg/m²)

Para el análisis de la insatisfacción/ satisfacción de la imagen corporal, se analizó la figura actual y la figura ideal de los participantes. La diferencia de estas variables nos muestra el grado de insatisfacción e indica la polaridad (negativa o positiva) o la existencia de satisfacción en caso de que no haya diferencia.

La figura 1 muestra el número de silueta que seleccionaron los participantes como figura actual de ambos grupos. Hay que recordar

que las siluetas van del uno al nueve, de la más delgada a la más gruesa. Dentro de los pacientes prequirúrgicos hubo un predominio de la silueta 8 (30.8%), en segundo lugar, la silueta 7 (23.1%), en tercer lugar, la silueta 9 (21.2%), en cuarto la silueta 6 (13.5%), en quinto la silueta 5 (7.7%) y en sexto la silueta 4 (3.8%). Por otro lado, en los pacientes postquirúrgicos hubo un predominio de la silueta 5 (23.1%), en segundo lugar, las siluetas 6 y 9 (21.2%), en tercer lugar, la silueta 7 (11.5%), en cuarto la silueta 9 (9.6%), en quinto la silueta 3 (5.8%), en sexto la silueta 4 (3.8%) y séptimo las siluetas 1 y 2 (1.9%).

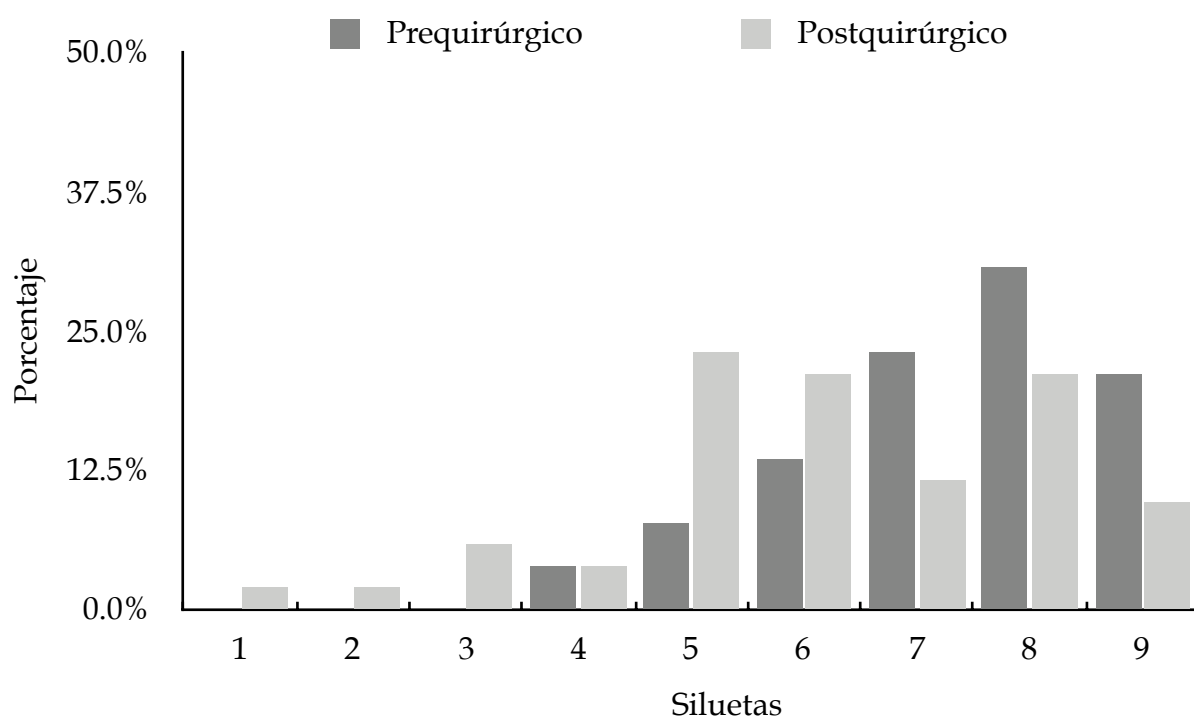


Figura 1. Figura actual seleccionada de los dos grupos de pacientes

La figura 2 muestra la figura elegida como ideal de los pacientes de los dos grupos. Dentro de los pacientes prequirúrgicos hubo un predominio de la silueta 3 (50%), en segundo lugar, la silueta 4 (19.2%), en tercer lugar, la silueta 2 (17.3%), en cuarto la silueta 5 (11.5%) y en quinto la silueta 1 (1.9%). Por otro lado, en los pacientes postquirúrgicos hubo también un predominio de la silueta 3 (36.5%), en segundo lugar,

las siluetas 2 y 4 (19.2%), en tercer lugar, la silueta 5 (15.4%), en cuarto la silueta 6 (5.8%) y en quinto la silueta 1 (3.8%).

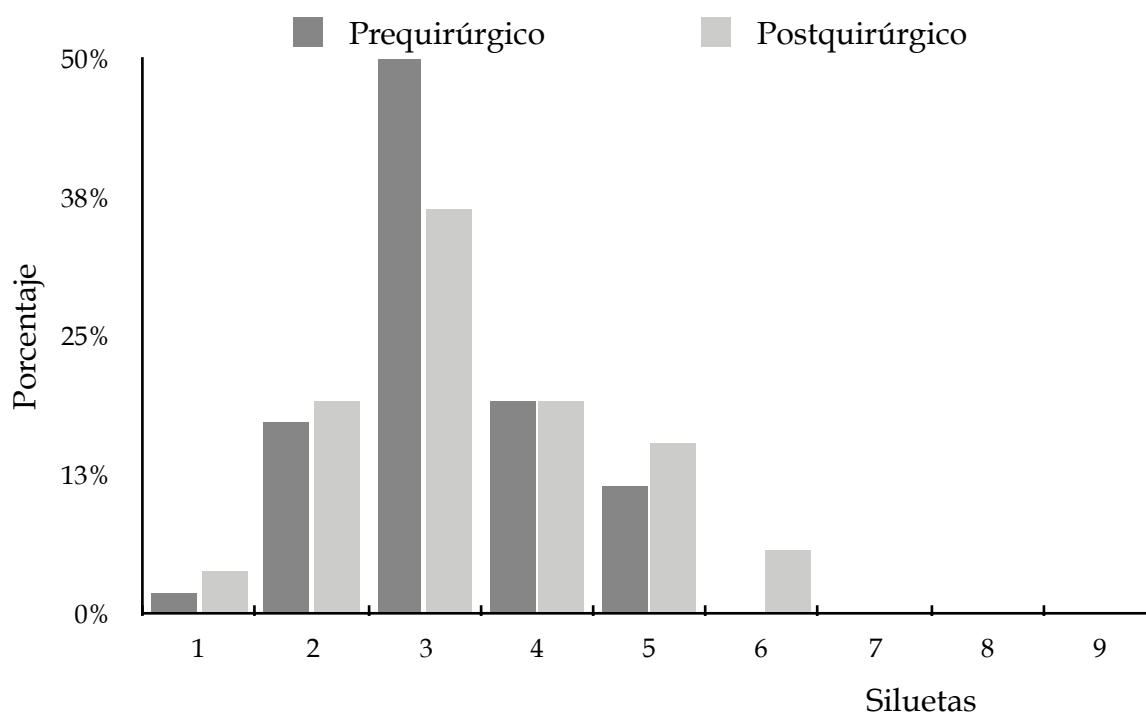


Figura 2. Figura ideal seleccionada de los dos grupos de pacientes

En la tabla 5 se puede observar la distribución de las variables de insatisfacción positiva, insatisfacción negativa y satisfacción entre ambos grupos. Para los pacientes prequirúrgicos se puede observar que el 100% se siente insatisfechos positivamente con su imagen corporal, es decir desean estar más delgados. En comparación, el grupo postquirúrgico muestra un 1.9% de insatisfacción negativa, es decir que desean estar más gruesos, un 88.5% de insatisfacción positiva y un 9.5% de satisfacción con su cuerpo.

Tabla 5

Satisfacción / Insatisfacción

Prequirúrgico		Postquirúrgico	
n	%	n	%

Satisfacción / Insatisfacción

Insatisfacción negativa	0	0	1	1.9
Satisfacción	0	0	5	9.6
Insatisfacción positiva	52	100	46	88.5
Total	52	100	52	100

El grado de discrepancia entre la figura actual y la figura ideal de los pacientes obesos se muestra en la figura 3, que tuvo un promedio de 4.13 (± 1.63) y de los pacientes postoperados una media de 2.76 (± 1.82).

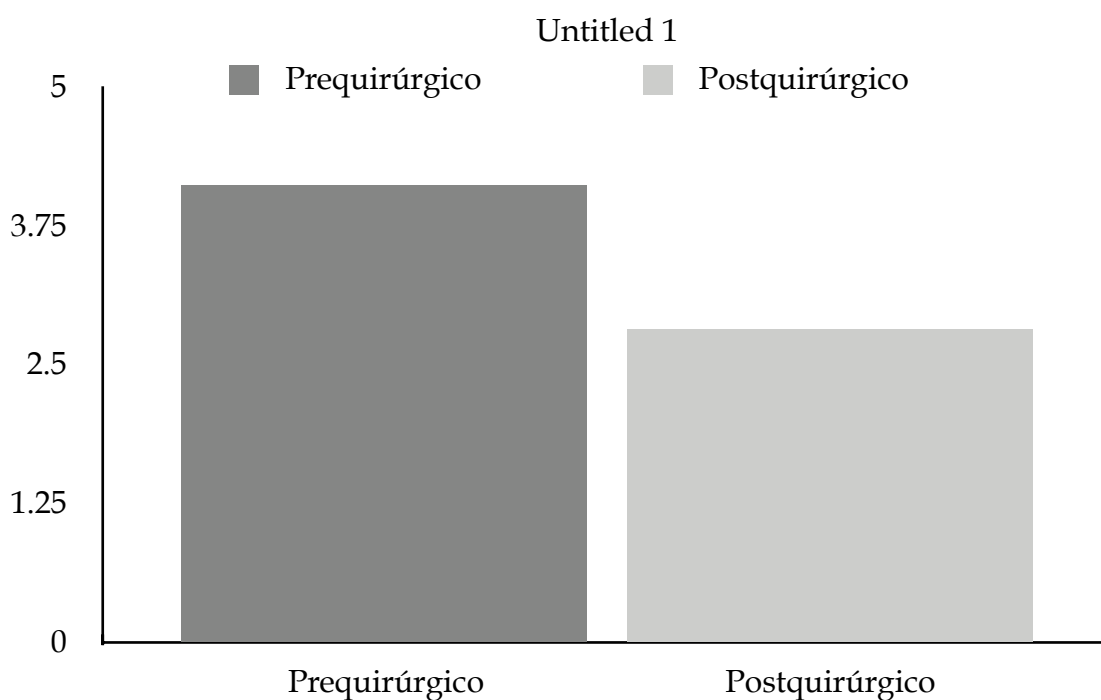


Figura 3. Grado de Discrepancia de la variable de Satisfacción / Insatisfacción entre ambos grupos

Para comprobar la hipótesis de trabajo 1, que postula una diferencia significativa en la variable de insatisfacción entre los grupos se aplicó la prueba de Kruskal Wallis. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable de satisfacción/

insatisfacción de la imagen corporal entre pacientes prequirúrgicos y postquirúrgicos ($X^2= 13.83, p=.001$). Además, como se observa en la Figura 3, el grupo de los pacientes prequirúrgicos tuvo un grado de discrepancia más alto que el grupo postquirúrgico.

Se realizó una correlación de Spearman para determinar la relación entre el IMC y la insatisfacción de la figura corporal. Se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre ambas variables ($r_s = .388, p = 0.001$).

En cuanto a la autopercepción del peso corporal de los pacientes prequirúrgicos, la figura 4 muestra que el 80.8% de los pacientes se perciben como obesos y el 19.2% con sobrepeso. Mientras que el IMC real del 100% de los pacientes es de obesidad.

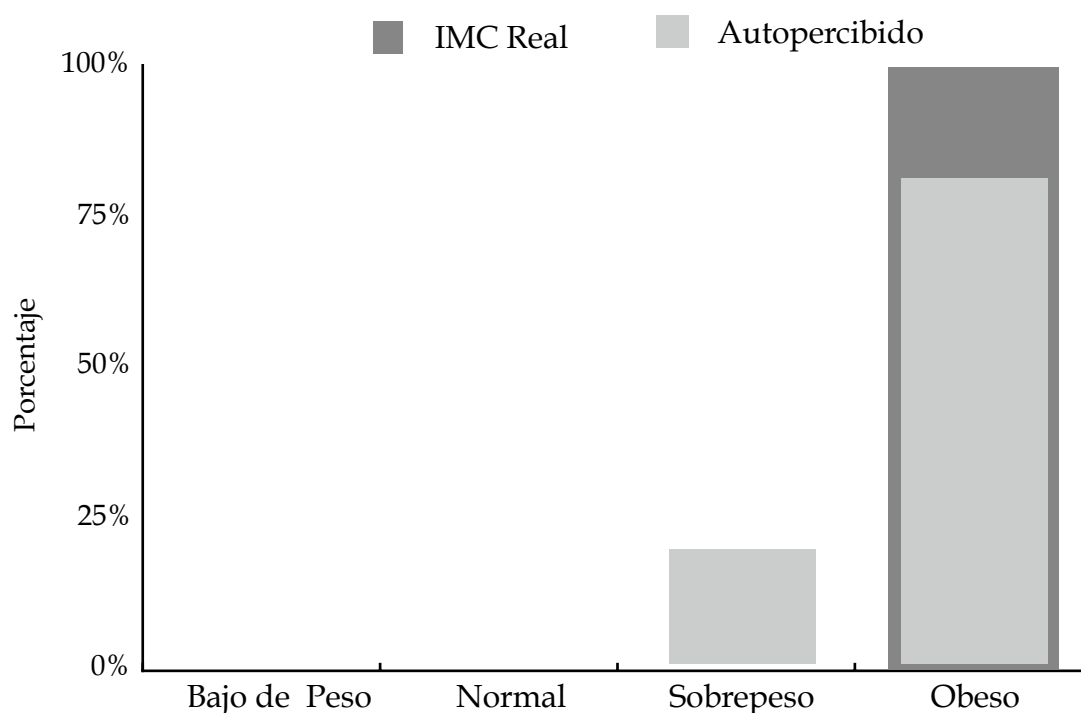


Figura 4. Autopercepción del peso corporal e IMC de pacientes candidatos

En relación a la percepción de la figura corporal de los pacientes postquirúrgicos, la figura 5 muestra que el 46.2% de los pacientes se perciben como obesos, el 44.2% se percibe con sobrepeso y el 9.6% se percibe como normal. Mientras que el IMC real de los pacientes es del 76.9% con obesidad, un 21.2% con sobrepeso y 1.9% con normal.

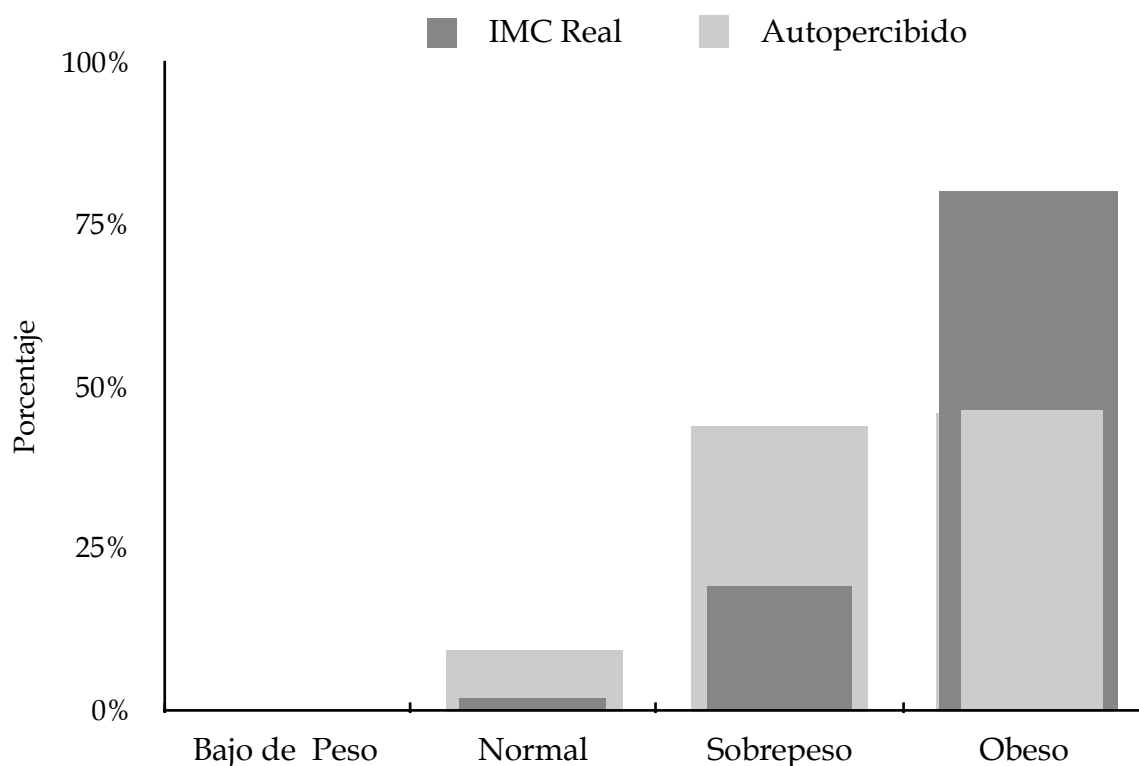


Figura 5. Autopercepción del peso corporal e IMC de pacientes postoperados

La figura 6 muestra los resultados de la alteración de la imagen corporal. Dentro de los pacientes prequirúrgicos el 80.8% no presenta alteración de la figura corporal, sin embargo el 19.2% presenta subestimación, es decir tienden a ver su figura corporal con menor tamaño del real. En contraste, dentro de los pacientes postquirúrgicos el 63.5% no presenta alteración, sin embargo el 34.6% presenta subestimación.

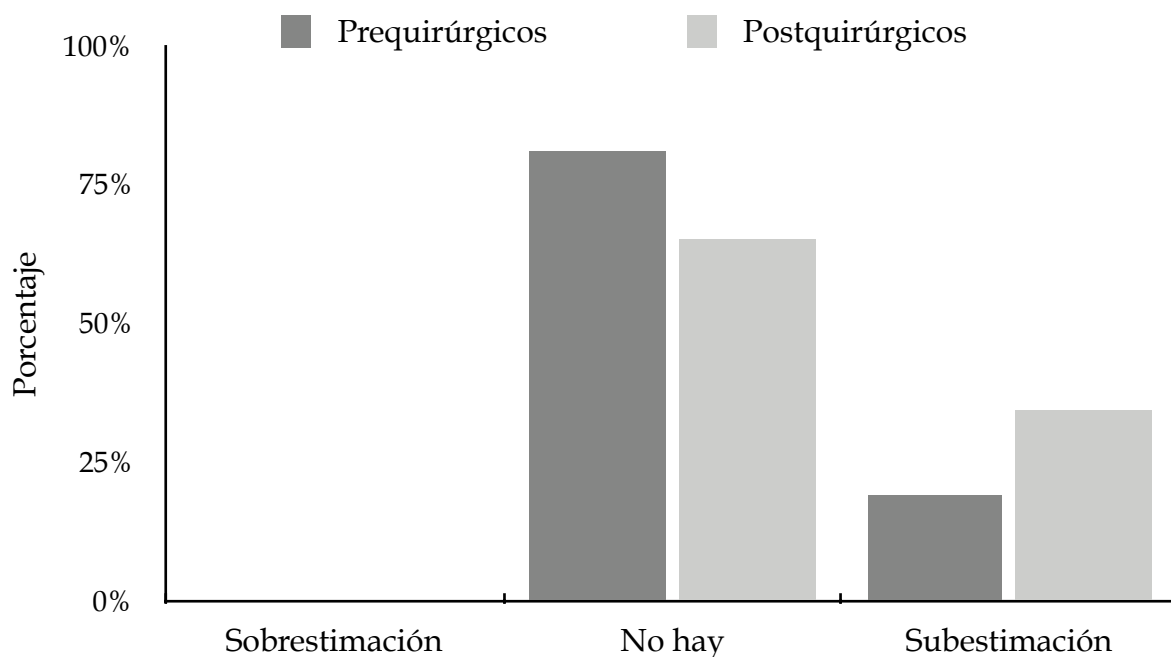


Figura 6. Alteración de la Imagen Corporal

Para comprobar la hipótesis de trabajo 2, que postula una diferencia significativa en la variable de alteración entre ambos grupos, se aplicó la prueba de Kruskal Wallis. Como resultado se obtuvieron diferencias marginalmente significativas ($X^2= 3.52, p=0.06$), no se cumplió la hipótesis 2, ya que planteaba que el grupo prequirúrgico tendría mayor alteración, sin embargo, en el grupo postquirúrgico existió un aumento de en la subestimación.

6. Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar la presencia de insatisfacción y alteración de la imagen corporal en pacientes con obesidad candidatos a cirugía bariátrica y postoperados, así como comparar los resultados entre ambos grupos para observar las diferencias ante la disminución del peso.

En relación al IMC de ambos grupos los resultados nos muestran que los pacientes candidatos a cirugía contaban con un predominio de obesidad tipo 3. Por otro lado, los pacientes postoperados muestran que hay una disminución en el porcentaje de pacientes con obesidad grado 2 y 3, además existe una mayor distribución dentro de las categorías del IMC, sin embargo, aún existe un predominio de obesidad en general dentro de este grupo. La media del IMC de los pacientes postoperados fue de 37.12 kg/m², en comparación de los prequirúrgicos que fue de 45.45 kg/m², esto significa que a pesar de que ambos grupos siguen dentro de la clasificación de obesidad el grupo postquirúrgico si tuvo una disminución de peso lo que bajó su IMC de obesidad mórbida a obesidad tipo 2. Estos resultados concuerdan con Medina, Jiménez y Sánchez (2018), que analizaron el comportamiento progresivo del IMC entre pacientes sometidos a cirugía bariátrica, en donde la media del IMC a 6 meses y a 12 meses aún era mayor o igual a 30 Kg/m², no obstante, el 80% de los participantes lograron una pérdida de peso óptima ($\geq 50\%$).

En cuanto a la figura actual e ideal para la variable de satisfacción/insatisfacción, se encontró que en los pacientes prequirúrgicos la mayoría escogió como figura actual la silueta 8 y como figura ideal la figura 3, mostrando la existencia de una discrepancia. Dado que la insatisfacción se midió con la diferencia entre la figura actual y la figura ideal, se determinó que el 100% de los pacientes presentaban insatisfacción positiva, es decir que deseaban tener una figura más delgada. Congruente con lo anterior, en una revisión sistemática de artículos acerca de la insatisfacción corporal en individuos con obesidad

y con normo peso (Weinberger, Kersting, Riedel-Heller, Luc-Sikorski, 2016), se encontró que cuatro estudios que evaluaron esta variable con escalas visuales mostraron que había una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de pacientes ya que los individuos con obesidad se encontraban más insatisfechos con su figura corporal que los pacientes con normopeso.

En cuanto a los pacientes postoperados, la mayoría escogió como figura actual la silueta 5 y como figura ideal la figura 3, mostrando nuevamente la existencia de una discrepancia. En este grupo se encontró que el 88.5% aún mostraba insatisfacción positiva, no obstante, un 9.6% de los participantes ya se encontraba satisfecho con su figura corporal. A pesar de que sigue presente la insatisfacción, la diferencia fue menor, lo que significa que el grado de insatisfacción también fue menor. Sin embargo, en esta variable se encontró que un 1.9% de los pacientes postoperados se encontraba insatisfecho negativamente, es decir deseaba una figura corporal más gruesa a pesar de contar con un IMC normal, esto puede deberse a las expectativas erróneas en la figura corporal que pueden presentar los pacientes de la cirugía (Price, Gregory y Twells, 2014).

El análisis comparativo entre grupos del grado de insatisfacción corporal mostró diferencias significativas, lo cual muestra que en efecto los pacientes postoperados tienen niveles menores de insatisfacción con respecto a los pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Sarwer, et al. (2010), en donde encontraron que los pacientes postoperados de cirugía bariátrica mostraron una mejora significativa en la insatisfacción de la imagen corporal a los diez meses de operados y además esta se mantuvo estable a lo largo de un año y 11 meses de seguimiento.

Además, se encontró una correlación positiva significativa entre las variables del IMC y la insatisfacción de la figura corporal, estos resultados concuerdan con los encontrados por Casillas- Estrella, et al.

(2006), donde concluyeron que a mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal.

En cuanto a la alteración de la imagen corporal, podemos observar que en ambos grupos existen diferencias entre el IMC real y el peso percibido. El 100% de los pacientes prequirúrgicos tienen un IMC catalogado como obesidad grado dos y grado tres, no obstante, existe un 19.2% que se percibe con sobrepeso, mostrando una alteración de la percepción su imagen corporal. Por otro lado, en el grupo postquirúrgico podemos observar que de igual forma hay un 76.9% de pacientes obesos, pero solamente un 46.2% se cataloga como tal. Asimismo, solo un 21.2% de los pacientes tiene sobrepeso, pero un 44.2% se cataloga con sobrepeso. Estos datos concuerdan con los resultados de Montero, Morales y Carbajal (2004), en donde reportan que el grado de sobrepeso y obesidad influye en la percepción de la imagen corporal, ya que tanto hombres y mujeres con obesidad se perciben más delgados de lo que en realidad son. En su estudio un 50% de las mujeres con obesidad grado dos y tres se autoclasifican en las siluetas correspondientes a obesidad grado uno, mientras que el 50% de los hombres con obesidad grado uno y dos escogen modelos correspondientes a sobrepeso.

Los resultados nos indican que existe una alteración de la imagen corporal en ambos grupos. Sin embargo, el análisis comparativo mostró diferencias marginalmente significativas entre ambos grupos. En el grupo prequirúrgico un 19.2% mostró subestimación de la imagen corporal, quiere decir que perciben su figura con menor tamaño del real. En cambio, en el grupo postquirúrgico aumentó a un 34.6% que mostró subestimación. Estos resultados no concuerdan con los encontrados por Ribeiro et al. (2013), ya que la percepción del peso de los pacientes postoperados estaba acorde al peso perdido y al cambio corporal en cuanto a tamaño y forma, concluyendo que estos pacientes presentaban una precisión en su percepción del peso. Pero sí apoyan la teoría de una normalización visual del sobrepeso y la obesidad que llevan al cambio de las percepciones sociales del peso (Robinson, 2017).

Por otro lado, las diferencias entre el IMC real y el autopercebido puede ser resultado de los juicios constantes dentro de los núcleos sociales que conducen a una normalización y aceptación del exceso de peso (Sámano et al. 2015). Dado que en ambos grupos existieron porcentajes de individuos que no se clasifican de acuerdo a su figura y peso real, esto nos sugiere que los resultados encontrados para la variable de alteración de la figura corporal refuerzan los hallazgos de diversos estudios que afirman la existencia de la modificación de las percepciones sociales en cuanto al peso y figura corporal, así como la gran influencia social del peso (Chandler-Laney, et al., 2009, y Christakis y Fowler, 2007). Por otro lado, hay una explicación distinta que es que la imagen corporal es la variable que más cuesta trabajo cambiar a nivel cognitivo y perceptual. De la Vega (2011), reportó en su investigación que la alteración corporal es la variable que más tardo en modificarse posterior a la intervención cognitivo-conductual manifestándose hasta el seguimiento de los tres y seis meses. Se postula que posterior a la pérdida de peso los individuos mantienen la percepción máxima del tamaño de su cuerpo, y esta variable se altera a lo largo del tiempo (de la Vega, 2011).

Otra variable que se debe de tomar en cuenta es el sexo de los participantes, ya que como se mencionó anteriormente se han identificado factores que podrían predecir el riesgo para la insatisfacción corporal como ser adulto, mujer, y tener sobrepeso y obesidad. Las mujeres se consideran como factor de riesgo ya que se encuentran mayormente influenciadas por los modelos estéticos corporales, además de la fuerte asociación entre belleza y delgadez provocando excesiva preocupación por la figura corporal (Vaquero-Cristóbal et al. 2013). Todas las participantes de este estudio cumplen con esos factores de riesgo para presentar insatisfacción corporal, sin embargo, también es relevante señalar que existe una mayor prevalencia de obesidad en mujeres en nuestro país. Por lo tanto, era de esperarse la presencia de insatisfacción corporal ya que gran parte de la muestra son mujeres, no

obstante, lo relevante para esta investigación era la existencia de algún cambio en esta variable ante la pérdida del peso.

En relación a la alteración perceptual de la figura corporal y la variable de sexo existen resultados contrarios. Un estudio que evaluó ambos hombres y mujeres y la percepción de la imagen corporal encontró que de los sujetos con obesidad y sobrepeso 34% de los hombres subestimaron su figura corporal a comparación del 11% de las mujeres (Kamel y McNeill, 2000). De igual manera una de las características asociadas a una correcta percepción del peso corporal fue ser mujer (Uribe-Carvajal, et al. 2018).

Estos resultados sugieren que las mujeres son más conscientes de su figura, ya que gran parte de las presiones socioculturales de ser delgada se dirigen a ellas. Estas presiones surgen de los medios de comunicación, familia y amigos, además se pueden presentar de diversas formas como la glorificación de modelos ultra delgados, mensajes directos e indirectos dirigidos hacia la pérdida de peso (Stice, Maxfield y Wells, 2002). Las mujeres presentan mayor preocupación por la obesidad como enfermedad provocando una participación más activa en campañas de salud, además su percepción corporal concuerda con su peso (Cánovas et al., 2001).

Por otro lado, otro estudio realizado por Stice, Maxfield y Wells (2002), encontraron que una simple presión social de los pares hacia las mujeres en ser delgadas, incrementó la insatisfacción corporal. Estos resultados apoyan la idea de que una figura delgada refuerza la insatisfacción y la implicación de las presiones socioculturales en la promoción de alteraciones en los componentes de la imagen corporal (Stice, Maxfield y Wells, 2002).

Se ha tratado de evaluar los mecanismos psicológicos implicados en la aparición y desarrollo de sesgos corporales como la alteración de la imagen corporal. Algunos pacientes con obesidad cuentan con mecanismos psicológicos de defensa presentes para sobrellevar la carga emocional que implica tener obesidad, estos mecanismos se convierten

en obstáculo para que los individuos perciban y acepten la presencia de la enfermedad y tomar acciones concretas para darle solución (Martínez-Aguilar, et al. 2010).

7. Conclusiones

Finalmente, se puede concluir la importancia de la evaluación de los componentes de la imagen corporal tanto en pacientes candidatos a cirugía bariátrica como en los postoperados. La inclusión de estas variables puede ayudar a determinar no solo los niveles de insatisfacción o alteración, sino también a relacionarlo con la realización de conductas no saludables. Como se mencionó, existen ciertos componentes de la imagen corporal como la insatisfacción que se ha asociado con la práctica de conductas alimentarias negativas, como un mal control de peso, atracones de comida, poca actividad física y dietas no saludables. Estas conductas llegan a ser un obstáculo para la pérdida de peso, y posteriormente se puedan generar estrategias dirigidas a mejorar los hábitos y conductas alimentarias saludables. La alteración de la imagen corporal interfiere en la habilidad de las personas para identificarse corporalmente de manera adecuada, por lo que también impide la realización de conductas alimentarias positivas encaminadas a la pérdida de peso al no reconocer la obesidad o el sobrepeso. Por consiguiente, la incorporación de evaluaciones de estas variables en esta población ayudaría a identificar a pacientes de alto riesgo de presentar tanto insatisfacción y alteración de la imagen corporal que afecte sus conductas alimentarias saludables, para así implementar un tratamiento más encaminado hacia la pérdida de peso.

En resumen, los resultados mostraron que ambos grupos presentaban insatisfacción con su figura corporal, sin embargo, en el grupo postquirúrgico existió una disminución de los niveles de insatisfacción y aparición de satisfacción. Lo que apoya la idea de que, a mayor grado de IMC, mayor insatisfacción. Por otro lado, en la alteración de la imagen corporal existe un porcentaje del grupo prequirúrgico que se auto percibió incorrectamente con sobrepeso a pesar de que el 100% tenía obesidad. En comparación, el grupo postquirúrgico, muestra una mayor subestimación de la imagen corporal. Estos resultados sugieren la posibilidad de que los pacientes al tener una disminución de peso considerable, presentan una

autopercepción corporal errada al contrastarse con su círculo social (el cual probablemente es obeso o con sobrepeso), y refuerza la existencia de la aceptación y normalización del exceso de peso en nuestra sociedad.

Este estudio muestra la relevancia e impacto de los factores psicológicos, como la imagen corporal, en enfermedades como la obesidad. Por ello se vuelve indispensable la adaptación de los sistemas de salud para que los profesionales de la salud estén capacitados en la detección de alteraciones psicológicas relacionadas a las enfermedades crónicas no transmisibles, y así puedan promover cambios conductuales y estilos de vida saludables en la población de alto riesgo de presentar sobrepeso y obesidad. Price, Gregory y Twells (2014), encontraron que pacientes candidatos a cirugía bariátrica sobrestimaban el peso y figura ideal posterior a la cirugía provocando altas expectativas. Por lo que es necesaria la implementación de programas de intervención multidisciplinarios y la educación de pacientes respecto a las expectativas posteriores a la cirugía ya que los resultados no son inmediatos, sino que son cambios a largo plazo en cuanto a la disminución de peso, mejoría en la calidad de vida física y mental, mayor energía y salud en general.

Debido a la alta prevalencia de la obesidad en nuestro país, además del aumento en la popularidad del tratamiento quirúrgico, se vuelve indispensable la realización de estudios relacionados a los cambios antes y después de la cirugía acerca de los aspectos psicológicos vinculados como imagen corporal, depresión, ansiedad, autoestima, calidad de vida, entre otros. Además, se vuelve fundamental la creación de más instrumentos validados y estandarizados para esto, ya que existe una falta de instrumentos de medición adecuados. Asimismo, la creación de instrumentos de medición posteriores a la pérdida de peso por algún tratamiento ya sea quirúrgico, farmacológico o psicológico, ya que se involucran otros aspectos relacionados directamente a la cirugía bariátrica, como exceso de piel, transformación del cuerpo y la aceptación de una figura corporal nueva que se vuelven relevantes para esta población.

8. Recomendaciones

A lo largo de la realización de esta investigación se encontró con ciertos aspectos que pueden mejorar las investigaciones dirigidas hacia estos enfoques de imagen corporal y obesidad.

Antes que nada, sería conveniente hacer estudios con una muestra homogeneizada por sexo para evitar algún posible sesgo, ya que en algunas variables dentro de la imagen corporal las mujeres suelen ser más sensibles.

También se recomienda para futuros estudios ampliar la muestra, para así poder tener una mejor validez externa que apoye la extrapolación y generalización de los resultados. Dado que aproximadamente el 72.5% de la población padece de sobrepeso y obesidad, el tamaño de la muestra tendría que ser aproximadamente de 384, con un intervalo de confianza de 5 y nivel de significancia del 95%. Lamentablemente las características de la realización de este estudio, no permitieron este aumento.

Además, se sugiere realizar otra evaluación a dos o tres años de la imagen corporal, ya que a pesar que dentro de los seis meses al año posteriores a la cirugía comienzan con mejoría significativa en la disminución de peso es posible que aún no sean tan drásticos para provocar cambios en la percepción y satisfacción con la nueva figura corporal. Estos cambios en la figura corporal y la disminución rápida de peso puede que no se acompañen con cambios psicológicos inmediatos relacionados a la imagen corporal

9. Referencias

- Adami, G. F., Meneghelli, A., Bressani, A., & Scopinaro, N. (1999). Body image in obese patients before and after stable weight reduction following bariatric surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(3), 275-281. doi: 10.1016/S0022-3999(98)00094-4
- Almeida, S. S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 153-160. doi: 10.1590/S1413-294X2012000100019
- Amancio O., Ortigoza J. y Durante I. (2007). Obesidad. Seminario El ejercicio actual de la medicina. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html.
- Bertoletti, J., Galvis Aparicio, M. J., Bordignon, S., & Trentini, C. M. (2019). Body Image and Bariatric Surgery: A Systematic Review of Literature. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 14(2), 81-92. doi: 10.1089/bari.2018.0036
- Bibiloni, M. M., Pich, J., Pons, A., y Tur, J. A. (2013). Body image and eating patterns among adolescents. *BMC public health*, 13(1), 1104. doi: 10.1186/1471-2458-13-1104
- Campos I., Contreras E., Carrión C., Salinas C., Barriguete J., Lara A. y Rosas M. (2008). Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la obesidad. *UNEMES: enfermedades crónicas*. CENAPRECE Secretaría de Salud. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/18699/ProtocoloClinico_diagnostico_tratamiento_obesidad.pdf
- Cánovas, B., Ruperto, M., Mendoza, E., Koning, M., Martín, E., Seguro, H., ... y Vázquez, C. (2001). Concordancia entre la autopercepción corporal y el IMC calculado en una población voluntaria captada el IV Día Nacional de la Persona Obesa. *Nutrición Hospitalaria*, 16(4), 116-120. Recuperado de <http://www.aulamedica.es/gdcr/files/journals/1/articles/3230/public/3230.pdf>
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *International Journal of Research*, 1, 1-5. doi:10.1016/S1740-1445(03)00011-1
- Casillas-Estrella, M., Montaña-Castrejón, N., Reyes-Velázquez, V., Bacardí-Gascón, M., y Jiménez-Cruz, A. (2006). A mayor IMC

- mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista biomédica*, 17(4), 243-249. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2006/bio064b.pdf>
- Chandler-Laney, P., Hunter, G., Ard, J., Roy, J., Brock, D., y Gower, B. (2009). Perceptions of others' body size influences weight loss and regain for European American but not African American women. *Health Psychology*, 28 (4), 414-418. doi: 10.1037/a0014667
- Christakis, N., y Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England journal of medicine*, 357(4), 370-379. doi: 10.1056/NEJMsa066082
- Dávila, J., Gonzalez, J., y Barrera A. (2014). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 240-249. Recuperado de http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/21/54
- de la Vega, R. I., (2011). *Evaluación de una intervención cognitivo-conductual en mujeres con conductas alimentarias de alto riesgo*. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- de Panfilis, C., Cero, S., Torre, M., Salvatore, P., Dall'Aglio, E., Adorni, A., y Maggini, C. (2007). Changes in body image disturbance in morbidly obese patients 1 year after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity surgery*, 17(6), 792-799. doi: 10.1007/s11695-007-9145-8
- De Zwaan, M., Georgiadou, E., Stroh, C. E., Teufel, M., Köhler, H., Tengler, M., & Müller, A. (2014). Body image and quality of life in patients with and without body contouring surgery following bariatric surgery: a comparison of pre-and post-surgery groups. *Frontiers in psychology*, 5, 1310. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01310
- Dobbs, R., Sawers, C., Thompson, F., Manyika, J., Woetzel, J. R., Child, P., McKenna, S., y Spatharou, A. (2014). Overcoming obesity: an initial economic analysis. McKinsey Global Institute. Recuperado de <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-the-world-could-better-fight-obesity>
- Dolton, P., y Xiao, M. (2017). The intergenerational transmission of body mass index across countries. *Economics & Human Biology*, 24, 140-152. doi: 10.1016/j.ehb.2016.11.005

- García, M. V. A., y Peresmitré, G. G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 9-21. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730101.pdf>
- Gilbert, P. y Miles, J. (2002). *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment*. London : Brunner-Routledge.
- Guía de Referencia Rápida para el Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad. México: Secretaría de Salud; 2009.
- Instituto Mexicano para la Competitividad. (2015). Kilos de más, pesos de menos. Los costos de la obesidad en México. Ciudad de México: IMCO. Recuperado de http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/20150127_ObesidadEnMexico_DocumentoCompleto.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mortalidad. (2015). ¿De qué mueren lo mexicanos? México: Cuéntame. Recuperado de: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/defunciones.aspx?tema=P>
- Johnson-Taylor, W. L., Fisher, R. A., Hubbard, V. S., Starke-Reed, P., y Eggers, P. S. (2008). The change in weight perception of weight status among the overweight: comparison of NHANES III (1988-1994) and 1999-2004 NHANES. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1), 9. doi: 10.1186/1479-5868-5-9
- Kamel, E. G., y McNeill, G. (2000). Men are less aware of being overweight than women. *Obesity*, 8(8), 604. doi: 10.1038/oby.2000.78
- Larrañaga, A., y García-Mayor, R. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina clínica*, 129(10), 387-391. doi: 10.1157/13110213
- Lawler, M., y Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of youth and adolescence*, 40(1), 59-71. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/40895949_Body_Dissatisfaction_Among_Adolescent_Boys_and_Girls_The_Effects_of_Body_Mass_Peer_Appearance_Culture_and_Internalization_of_Appearance_Ideals

- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35 (2), 63-78. doi: 10.1037/0022-3514.35.2.63
- Martínez-Aguilar, M. L., Flores-Peña, Y., Rizo-Baeza, M. M., Aguilar-Hernández, R. M., Vázquez-Galindo, L., y Gutiérrez-Sánchez, G. (2010). Percepciones de la obesidad de adolescentes obesos estudiantes del 7o al 9o grado residentes en Tamaulipas, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 48-53. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_08.pdf
- Medina, R., Jiménez, H., y Sánchez, L. C. (2018). Comportamiento de la pérdida de peso en los pacientes intervenidos con cirugía bariátrica en un hospital de tercer nivel, 2013-2016. *Revista Colombiana de Cirugía*, 33(3), 257-264. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355556949003>
- Montero, P., Morales, E. M., y Carbajal, A. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Angeles_Carbajal/publication/303699677_Montero-col-2004/links/574e7f1c08aec988526bcc0c/Montero-col-2004.pdf
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., y Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of adolescent health*, 39(2), 244-251. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.12.001
- OECD. (2019). Overweight or obese population (indicator). Recuperado el 27 febrero de 2019 de <https://data.oecd.org/healthrisk/overweight-or-obese-population.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (1995). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría: informe de un Comité de Expertos de la OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42132/WHO_TRS_854_spa.pdf;jsessionid=97C4126B732D1B01ED5E0353A1AFD531?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- “Para el manejo integral de la obesidad”. NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998. Diario Oficial de la Federación 12 de abril de 2000.
- Price, H. I., Gregory, D. M., y Twells, L. K. (2014). Body shape expectations and self-ideal body shape discrepancy in women seeking bariatric surgery: a cross-sectional study. *BMC Obesity*, 1(1), 28. doi: 10.1186/s40608-014-0028-y
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1261>
- Ratner, R., Sabal, J., Hernández, P., Romero, D., y Atalah, E. (2008). Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile. *Revista médica de Chile*, 136(11), 1406-1414. doi: 10.4067/S0034-98872008001100006
- Ribeiro, G. A., Giampietro, H. B., Barbieri, L. B., Pacheco, R. G., Queiroz, R., y Ceneviva, R. (2013). Body perception and bariatric surgery: the ideal and the possible. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 26(2), 124-128. doi: 10.1590/S0102-67202013000200011
- Rivera, J. A., Barquera, S., Gonzalez-Cossio, T., Olaiz, G., y Sepulveda, J. (2004). Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. *Nutrition reviews*, 62(suppl_2), S149-S157. doi: 10.1111/j.1753-4887.2004.tb00086.x
- Robinson, E. (2017). Overweight but unseen: a review of the underestimation of weight status and a visual normalization theory. *Obesity Reviews*, 18(10), 1200-1209. doi: 10.1111/obr.12570
- Rodríguez, J. (2013). Alteraciones de la imagen corporal. Madrid: Síntesis.
- Sámano, R., Rodríguez-Ventura, A. L., Sánchez-Jiménez, B., Martínez, G., Ytelina, E., Noriega, A., ... y Nieto, J. (2015). Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1082-1088. doi: 10.3305/nh.2015.31.3.8364
- Santana, M. L., Rita de Cássia, R. S., Assis, A. M., Raich, R. M., Machado, M. E. P., Pinto, E. D. J., ... & Júnior, H. D. C. R. (2013). Factors associated with body image dissatisfaction among adolescents

- in public schools students in Salvador, Brazil. *Nutrición hospitalaria*, 28(3), 747-755. doi: 10.3305/nh.2013.28.3.6281
- Sarabia, C. M. (2012). La imagen corporal en los ancianos: Estudio descriptivo. *Gerokomos*, 23(1), 15-18. doi: 10.4321/S1134-928X2012000100003
- Sarwer, D. B., Thompson, J. K., & Cash, T. F. (2005). Body image and obesity in adulthood. *Psychiatric Clinics*, 28(1), 69-87. doi: 10.1016/j.psc.2004.09.002
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Eisenberg, M. H., Raper, S. E., y Williams, N. N. (2010). Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for obesity and related diseases*, 6(6), 608-614. doi: 10.1016/j.soard.2010.07.015
- Sassi, F., y Devaux, M. (2012). Obesity Update 2012. OECD. Recuperado de <http://www.oecd.org/health/49716427.pdf>
- Saucedo, T. J., Peña, A., Fernández, T. L., García, A. Y Jiménez, R. E. (2010). Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el índice de masa corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Medica de la Universidad Veracruzana*, 10 (2), 16-23. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2010/muv102c.pdf>
- Sepúlveda, A. R., Botella, J., y León, J. A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16. Recuperado de <http://psicothema.com/pdf/407.pdf>
- Schilder, P. (2013). *The image and appearance of the human body*. Routledge.
- Shamah, T., Cuevas, L., River, J., y Hernández, M. (2016). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016). Informe final de resultados. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Smolak, L. (2011). Body Image Development in Childhood. En T.F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2a ed., pp. 67- 75). New York: Guilford Press.
- Stice, E., Maxfield, J., & Wells, T. (2003). Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of "fat talk". *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 108-117. doi: 10.1002/eat.10171

- Stunkard, A., & Mendelson, M. (1967). Obesity and the body image: I. Characteristics of disturbances in the body image of some obese persons. *American Journal of Psychiatry*, 123(10), 1296-1300. doi: 10.1176/ajp.123.10.1296
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image*, 1(1), 29-41. doi:10.1016/s1740-1445(03)00002-0
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad en el adulto. (2018) Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/051GER.pdf>
- Uribe-Carvajal, R., Jiménez-Aguilar, A., Morales-Ruan, M.C., Salazar-Coronel, A. A., y Shamah-Levy, T. (2018). Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 60, 254-262. doi: 10.21149/8822
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 28(1), 27-35. doi: 10.3305/nh.2013.28.1.6016
- Villa, A. R., Escobedo, M. H., y Méndez-Sánchez, N. (2004). Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. *Gaceta Médica de México*, 140(2), S21-26. Recuperado de http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2004-140-SUP2-21-26.pdf
- Weinberger, N. A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2016). Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: a systematic review and meta-analysis. *Obesity facts*, 9(6), 424-441. doi: 10.1159/000454837

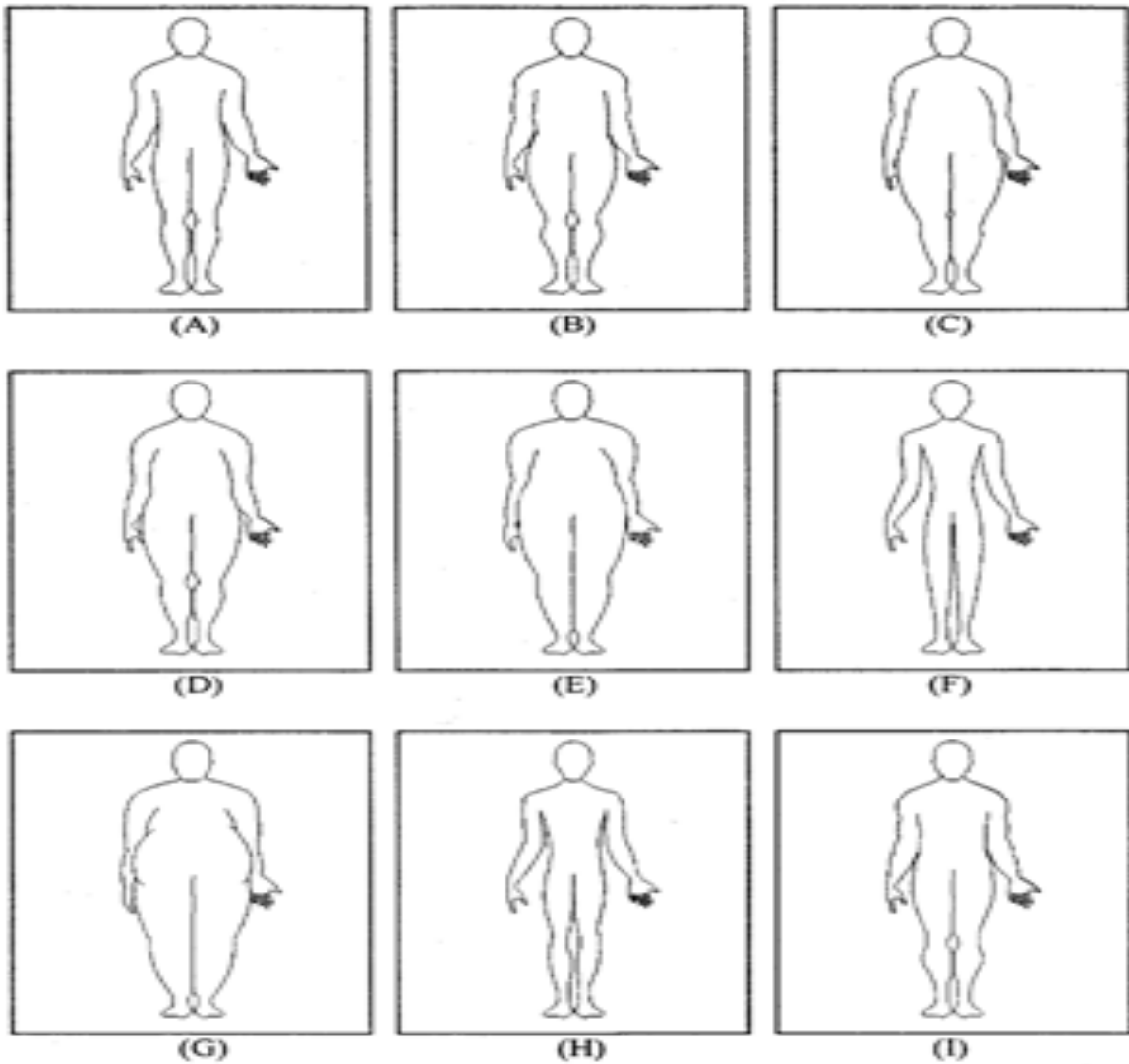
10. Anexos

Anexo 1. Entrevista Semiestructurada

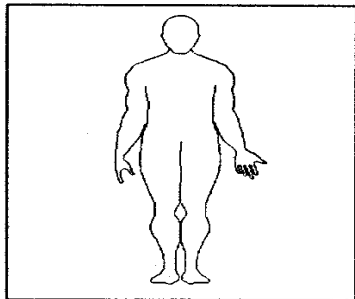
- 1.- Nombre completo
- 2.- Edad
- 3.- Escolaridad
- 4.- Ocupación
- 5.- Peso (peso a lo largo de la vida)
- 6.- Talla
- 7.- Razón de la cirugía (estética o salud)
- 8.- Alimentación (actual, dietas previas)
- 9.- Ejercicio
- 10.- Sueño (apnea, insomnio)
- 11.- Dinámica familiar (Redes de apoyo)
- 12.- Área social (Redes de apoyo)
- 13.- Área laboral (Redes de apoyo)
- 14.- Estado de afectivo (detección de posible ansiedad, depresión u otro)
- 15.- Comorbilidades (médicas, psiquiátricas, etc.)
- 16.- Medicamentos

Anexo 2. Escala Visual de Siluetas. Adolescentes y Adultos (Gómez-Peresmitré, (2001)

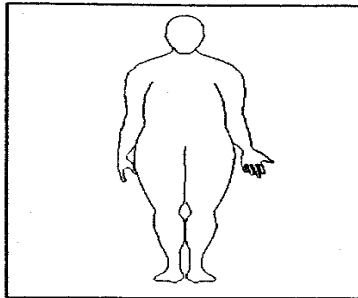
Instrucciones. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



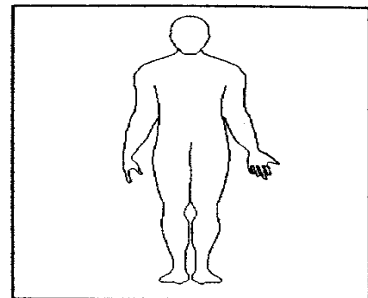
Instrucciones. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener:



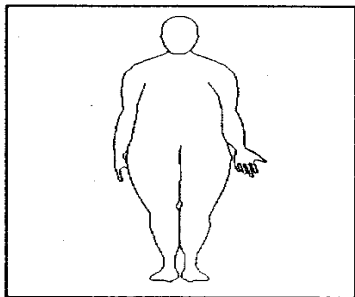
(A)



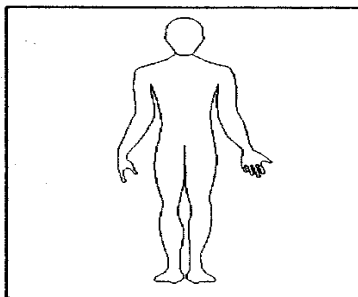
(B)



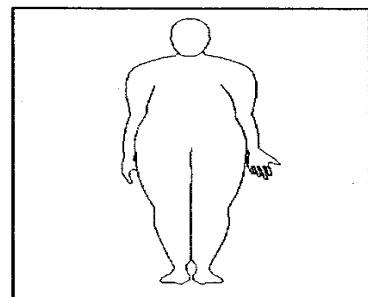
(C)



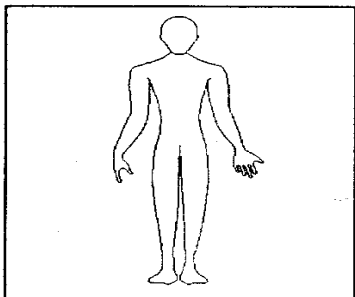
(D)



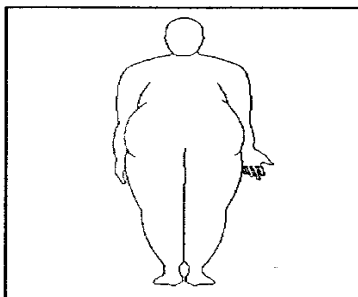
(E)



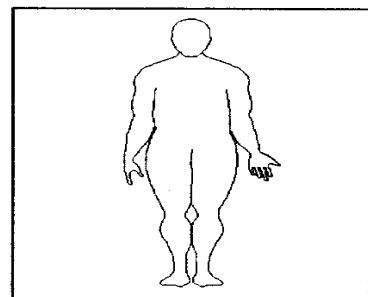
(F)



(G)



(H)

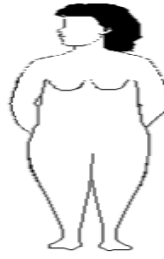


(I)

Instrucciones. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



(A)



(B)



(C)



(D)



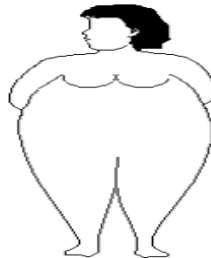
(E)



(F)



(G)

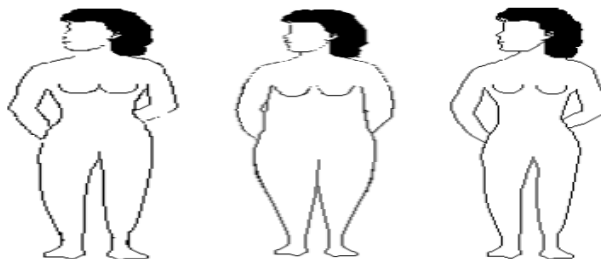
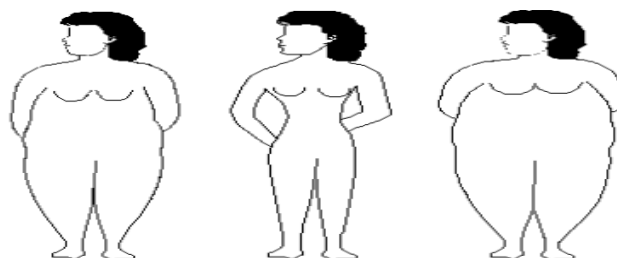
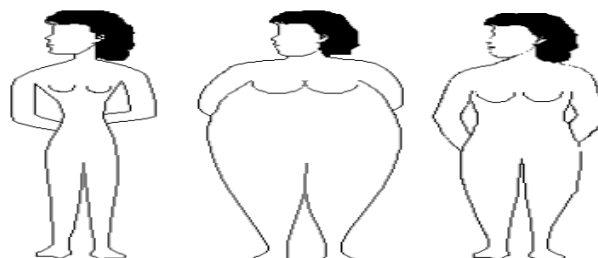


(H)



(I)

Instrucciones. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener:

**(A)****(B)****(C)****(D)****(E)****(F)****(G)****(H)****(I)**

Anexo 3. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO

El objetivo del presente estudio es evaluar los aspectos psicológicos y neuropsicológicos, en pacientes que inician en el protocolo de cirugía bariátrica como predictores de apego al tratamiento postquirúrgico.

Consta de una evaluación aproximada de 40 minutos en modalidad individual, donde se le aplicarán cuestionarios que darán índices acerca de su situación actual. Si acepta participar, se procederá a la aplicación de cuestionarios breves que miden síntomas relacionados a ansiedad, depresión, calidad de vida, pruebas neuropsicológicas y psicológicas que mide memoria de trabajo, atención, memoria, etcétera.

La información que nos proporcione durante la evaluación es de carácter confidencial y los datos y resultado del trabajo son parte de una investigación neuropsicológica y psicológica que serán utilizados únicamente con fine de estudio y académicos siempre manteniendo la confidencialidad de los participantes

DECLARACION

He leído y comprendido los términos de investigación y acepto participar voluntariamente en ella. Reitero y reconozco que los datos que yo provea son de carácter estrictamente confidencial y no será utilizado para ningún otro propósito fuera del objetivo del estudio. Autorizo la publicación de los resultados en condición de confidencialidad en relación a mi privacidad y puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando hay concluido.

He sido informado de la libertad para hacer preguntas sobre el estudio y en cualquier momento puedo retirarme del mismo cuando así lo decida sin que genere prejuicio alguno para mi persona.

FECHA:

Nombre y firma