

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MEDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TITULO: EFECTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA SOBRE EL
PESO Y CONDUCTA SEXUAL EN OBESOS MÓRBIDOS

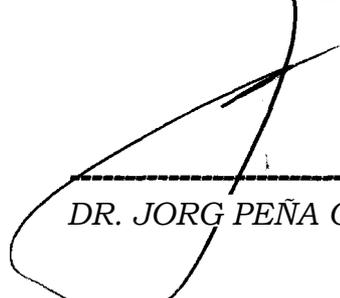
ALUMNA.- DRA. VARGAS MARTÍNEZ MA. DE LOS ANGELES

TUTOR TEÓRICO



DRA. MIRELLA MÁRQUEZ

TUTOR METODOLÓGICO



DR. JORG PEÑA ORTEGA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRÍA

AÑO: 1998.





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.

C O N T E N I D O

ANTECEDENTES

JUSTIFICACIÓN

HIPÓTESIS

OBJETIVOS

MATERIALE Y MÉTODOS

CRITERIO DE INCLUSIÓN

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

PROCEDIMIENTOS

ANÁLISIS

RESULTADOS

COMENTARIOS

REFERENCIAS

EFECTOS DE LA CIRUGÍA BARIATRICA SOBRE PESO Y CONDUCTA SEXUAL EN OBESOS MÓRBIDOS

ANTECEDENTES

Se habla de obesidad como un -exceso de tejido adiposo, que es difícil de definir, ya que para poder identificarse, nos tenemos que auxiliar de la antropometría, ya que es necesario medir talla, peso, edad y pliegues de piel, de acuerdo a las clasificaciones de sobrepeso es necesario determinar la presencia y el grado de severidad de la obesidad (3). En múltiples estudios se han tratado de establecer parámetros del grado de obesidad, demostrando Framingham, que un sobrepeso del 20% arriba del peso ideal es un riesgo para la salud (1, 3).

Respecto a las poblaciones afectadas epidemiológicamente en años pasados se le atribuía a las sociedades acaudaladas la existencia de obesidad en un 25 a 50%, justificándose esto por la basta dieta que ~ a su alcance , actualmente por los cambios en las sociedades y el auge que los medios de comunicación le han dado a las figuras delgadas y estéticas, se ha modificado la población afectada, por lo cual, se ha demostrado que la obesidad ha sido relacionada con niveles socioeconómicos bajos y una mala calidad de vida, en este caso se justifica por la deficiente dieta que tienen este nivel de población, ya que su dieta es básicamente a base de carbohidratos, y las sociedades acaudaladas actualmente tienden a tener más equilibrio en sus nutrientes, así como mayor preocupación por la apariencítifísica (20, 25).

La preocupación por descubrir el origen de la obesidad y la necesidad de tratarla, ha llevado a que este problema sea investigado en múltiples

estudios, llegándose así, a demostrarse que la obesidad tiene una etiología multifactorial, dentro de la cual se encierran factores genéticos, sociales, culturales y psicológicos (23). En cuanto a la etiología de la obesidad, se ha observado frecuentemente que existen varios integrantes obesos en una misma familia (29), por lo cual, en diversas investigaciones se ha llegado a relacionar en un 70% la contribución de factores genéticos para la obesidad, y en un 30% factores no genéticos, esto fue valorado a través del Índice de Balance de Masa (BMI) (26), se han realizados otros estudios en los cuales, se han hecho comparaciones en gemelos dicigotos y monocigotos, encontrándose mayor incidencia de obesidad entre los monocigotos, siendo esta obesidad hereditaria, manifestándose más tempranamente en las mujeres en comparación con los hombres (11).

Se ha mencionado además de que la mala adaptación de la conducta alimenticia y los factores psicológicos, son factores que intervienen en la presencia de la obesidad, y también pueden ser a consecuencia de la obesidad, produciéndose así un ciclo que dificulta el tratamiento de la misma. En investigaciones variadas se ha encontrado en conclusión que los pacientes obesos mórbidos son sujetos que presentan una distorsión en la autopercepción de su tamaño e imagen corporal, situación que condiciona el desarrollo de la masa corporal que tienen (19). Se ha intentado demostrar la influencia de cierta psicopatología en la presencia de la obesidad, se aplicaron en un estudio escalas de personalidad y cuestionarios diagnósticos, en los cuales se encontró en el grupo de estudio, una alta incidencia de personalidad Borderline dentro de los pacientes obesos (22).

En otros estudios se han aplicado Escalas para Depresión de Hamilton (HAM-D) e Inventario para Depresión de Beck (IDB), dónde se ha encontrado una alta incidencia de obesidad asociada a trastornos afectivos especialmente en mujeres, e inversamente en hombres, así demostrando la teoría tradicional del "gordito feliz". La comorbilidad de factores psicológicos, así como los trastornos de la

alimentación, pueden influir en altos grados de sobrepeso (arriba del 30% del peso ideal), los cuales llevan a los pacientes a la búsqueda de atención médica (1,3)

Ha sido analizado en otros estudios, la correlación de abuso sexual y obesidad, encontrándose que en alto número de pacientes existe una historia de abuso sexual durante la adolescencia y/o la infancia, que condiciona trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, y sobre todo una baja autoestima, todo esto evidenciado a través de escalas de Depresión de Beck y HAM-1) (14), aún sin antecedentes de abuso sexual se ha utilizado el Inventario de Depresión de Beck en estos pacientes, encontrándose que presentan datos de angustia, siendo está extremadamente común en pacientes obesos mórbidos y esto puede exacerbarse por la asociación con complicaciones médicas, secundarias a la obesidad (17, 14).

Se ha observado en variados estudios que la obesidad es asociada con múltiples problemas de salud tales como diabetes mellitus, artritis,

hipertensión arterial, gota, dificultad respiratoria, apneas del sueño, enfermedades vesiculares y biliares (3, 1); en otros estudios se han demostrado altos índices de complicaciones cardiovasculares, tanto en hombres como en mujeres (16). Ha sido comprobada la existencia de dificultad respiratoria, apneas del sueño en pacientes obesos mórbidos, incluso se ha demostrado la alteración de gases arteriales en dichos pacientes, lo cual se modifica a la disminución de peso, se han identificado otras alteraciones como enfermedades por estasis venosas,

hiperlipidemias, disfunción de hormonas sexuales en mujeres, gastroesofágico, y enfermedad articular degenerativa (9). En un estudio realizado en la India, se encontró que en períodos de sobrealimentación y aumento de peso en pacientes hombres existía un aumento en la concentración sérico de androsteniona, lo cual se resolvía al reducir de peso dichos pacientes, pudiendo ser esta la razón de la asincronía

entre hombres y mujeres del ciclo gamético (25)). Otro problema asociado con obesidad son disturbios en la percepción del cuerpo, síntomas depresivos y otras psicopatologías (19,21).

Por otro lado, se ha tratado de clasificar de una forma práctica los grados y gravedad de la obesidad, con fines de tener parámetros que nos apoyen en el diagnóstico y la valuación de la eficacia de los tratamientos, esta clasificación consiste en porcentajes arriba del peso ideal, los cuales consisten en un 20 a 40% para los casos leves, de un 41 a un 100% casos moderados y los graves por arriba del 100% (26).

Durante años se ha tratado de encontrar el tratamiento ideal para la obesidad, por lo cual se ha recurrido a múltiples técnicas, siendo de las más recientes la cirugía bariátrica, y es en 1952 que se realiza la primera cirugía bariátrica, esta con el fin de producir una reducción de peso en humanos, consistió básicamente en una resección intestinal y fue reportado por Viktor Henrikson , también se concluyó experimentalmente con animales, la preservación de la válvula ileocecal impide la disminución de peso. Con el tiempo al observar lo antes mencionado realizan el bypass yeyonoileal, donde obtuvieron resultados de una reducción de 175 kg en el primer paciente que se realizó, pero debido a la mala absorción que se presentó se tuvo que agregar al tratamiento el uso de complementos como el magnesio, calcio y potasio. La cirugía por su éxito fue utilizada en más pacientes, pero por la mala absorción que se presentaba, a pesar de los complementos que se prescribían se presentaron complicaciones, por lo cual algunos pacientes les fue necesario realizarles reanastomosis. En 1967 se elabora la primera hipótesis en la cual referían que la limitación en el consumo de alimentos es la técnica más segura, que aunada a una mala absorción es más efectiva para obtener pérdida de peso, siendo esto explicable por la fisiología gástrica. En 1987 se inicia el análisis de la efectividad de las diferentes técnicas quirúrgicas para la reducción de peso, principalmente tratándose de comparar la gastroplastía en banda con las demás, encontrándose que en todas se han obtenido buenos resultados de acuerdo al tipo de paciente (15, 28).

Para la realización de la cirugía bariátrica se han tratado de integrar todos los factores que condicionan la patología en estudio, para también así llevara cabo un tratamiento integral, en base a estos factores se han estructurado lineamientos para la selección de pacientes, primero tiene que ser obeso mórbido (100% arriba de su peso ideal), información al paciente acerca del tratamiento, así como un seguimiento estrecho posterior a la cirugía, se ha analizado la práctica de dicha cirugía, llegándose a la conclusión de que es clínica y éticamente aceptada. (1, 10) En la selección de los pacientes para estas técnicas quirúrgicas, se ha buscado el encontrar a los pacientes ideales para obtener buenos resultados, para lo cual se ha analizado cuales serían los pacientes con mayores probabilidades de éxito, es así como se ha concluido que las condiciones psicopatológicas que contraindica la cirugía bariátrica son los trastornos psicóticos, demencias, delirium, retraso mental moderado a severo, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, o desórdenes depresivos severos, ya que condicionan alto riesgo de complicaciones psicológica y médicamente, se ha asumido que una de las principales motivaciones es mantener una estabilidad emocional (8, 10, 12, 17).

En un reciente estudio de pacientes que fueron tratado con cirugía bariátrica se encontró que el 90% estaban satisfechos con la cirugía, obteniendo el peso esperado, más interés sexual, mejor actividad física, integración a actividades deportivas, mejoría de hábitos alimenticios, en ese mismo estudio de 34 adolescentes fueron 32 los que obtuvieron los resultados esperados, reducción de peso, mejoría de la autoestima, y excelente adaptación psicosocial considerando mejoría en sus relaciones interpersonales y sensación de ser más atractivos. En la evolución hacia la reducción de peso se esperaron 18 meses para revalorar la calidad de vida desde el aspecto psicosocial, en esta evolución se encontró que existían alteraciones emocionales ante los cambios de los hábitos alimenticios, preocupación por lo que van a comer, irritabilidad, depresión y ansiedad, lo cual al obtener los resultados de reducción de peso y una mejor calidad de vida psicosocial disminuyen.

En relación al tema que trataremos se ha estudiado poco, por lo general se ha valorado el aspecto sexual en el paciente obeso con fines comparativos con respecto a antes y después de la cirugía bariátrica, encontrándose que antes de la cirugía se han identificado en un estudio con una muestra de 54 pacientes, que el 33% tenían problemas para la posición en la relación sexual, otros aceptaban problemas para llegar al coito por problemas respiratorios como la dificultad respiratoria, siendo mayor el porcentaje de hombres con este problemas en comparación a las mujeres (hombres 50% y mujeres 22%), el 21 % reconocieron tener poca actividad sexual debido a su sobre peso, 59% reportaron tener de 1 a 2 relaciones sexuales a la semana y un 18% raramente tenían relaciones sexuales(6). Se realizó en 1996 un estudio-comparativo de la actividad sexual -antes de la cirugía bariátrica en pacientes obesos mórbidos y un año después de ésta, en la cual se esperaba una importante reducción de peso, se les aplicó a los pacientes un cuestionario de conducta sexual que valoraba frecuencia en la actividad sexual, orgasmo, imagen corporal, número de parejas, problemas sexuales y masturbación, siendo comparadas las respuestas, encontrándose que un 64% de los pacientes manifestaron relaciones sexuales insatisfactorias antes de la cirugía, un año después de la cirugía disminuye al 46%, antes de la cirugía el 25% manifestaba obtener el orgasmo en sus relaciones sexuales, después de la cirugía este porcentaje se incrementó a un 39% (4, 28,25). Se han tomado en cuenta otros aspectos que pudieran deteriorar la actividad sexual en estos pacientes, que es la autoimagen del paciente, que en algunas mujeres lleva a parálisis histéricas de piernas, como forma de manifestarse ante el conflicto sexual, que puede ser concebido como el resultado de la necesidad de controlar la actitud del cuerpo en actividades que se relacionen con el sexo, con el fin de evitar la incómoda vergüenza y culpa, que le condiciona su autoimagen (5). Al respecto a las esposas de los pacientes obesos, se ha encontrado que estas confiesan tener problemas sexuales y por lo general, secundarios a la disfunción sexual por el sobrepeso de sus parejas, y dicha disfunción conlleva a la tristeza que se refleja en problemas de

pareja, a, que generan problemas familiares, en los cuales las esposas toman el rol de culpables. En los estudios relacionados con infertilidad en pacientes obesas se ha observado que al reducir de peso mejora su nutrición, autoestima, y actividades físicas, dentro de las cuales están la actividad sexual, obteniéndose como exitoso resultado el embarazo (7).

JUSTIFICACIÓN

Intentar correlacionar cómo los cambios de peso en pacientes obesos mórbidos después de la cirugía bariátrica, modifican la conducta sexual, realizándose un estudio comparativo y la evolución hasta un año 4 meses después de la cirugía bariátrica, con el fin de identificar las alteraciones y modificaciones en la conducta sexual de dichos pacientes, esto con el fin de incluir en el tratamiento integral de estos pacientes, el área sexual.

HIPÓTESIS

- Existen cambios favorecedores en la conducta sexual en pacientes obesos mórbidos que han reducido de peso, a través de la cirugía bariátrica.*
- No existen cambios al reducir de peso en la conducta sexual de los pacientes obesos mórbidos.*
- La obesidad no altera la conducta sexual en los pacientes obesos mórbidos.*

OBJETIVOS

- 1.1 Correlacionar como la reducción de peso modifica la conducta sexual.*
- 1.2 Identificar en que aspectos de la conducta sexual se encuentran más afectados los obesos mórbidos*
 - 1.3 Identificar que complicaciones de la obesidad intervienen más frecuentemente en los pacientes obesos mórbidos.*

MATERIAL Y MÉTODOS

*Se tomó una muestra de pacientes con obesidad mórbida, los cuales fueron atendidos en clínica de la obesidad, y se les realizó **cirugía** bariátrica, se les aplicará antes, y durante su evolución hacia la reducción el Cuestionario de Conducta Sexual de la Sociedad Mexicana Para La Salud Sexual, dicho cuestionario nos ayuda a conocer la frecuencia de la actividad sexual, masturbación y satisfacción sexual, además se realizó una entrevista semiestructurada de Obesidad Mórbida, en la cual se valora inicio de la obesidad, causas que el paciente reconoce para ser obeso, evolución, antecedentes, motivaciones para reducir de peso, apego a tratamientos para reducción, el grado de información que el paciente tiene acerca de la cirugía, fantasías alrededor de la misma, esta se realizó antes de la cirugía bariátrica, posterior a la cirugía en un plazo de 1 año 4 meses se realizó nuevamente dicha valoración*

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- *PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN*
- *QUE NO TENGAN PATOLOGIA QUE CONDICIONEN LA OBESIDAD.*
- *SOLO SE ACEPTARAN OBESOS CON PATOLOGIAS PROPIAS DE SU OBESIDAD*
- *PACIENTES QUE SEAN TRATADOS CON CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA LA REDUCCIÓN DE PESO.*

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- *PACIENTES QUE CUENTEN CON PATOLOGÍAS QUE CONDICIONEN OBESIDAD .*
- *PACIENTES A LOS CUALES NO SE LES TRATE CON CIRUGÍA BARIÁTRICA.*

PROCEDIMIENTO

A los pacientes obesos mórbidos, de la Clínica de la Obesidad del I.N.N.S.Z, se les aplicó Cuestionario de la Conducta Sexual de la Sociedad Mexicana de la Salud Sexual, así como una entrevista semiestructurada de Obesidad Mórbida que valora perspectivas, disposición y conocimiento, así como fantasías alrededor de la cirugía bariátrica, antes de dicha cirugía, así como después, durante su evolución hacia la reducción hasta 1 año y 4 meses después del procedimiento quirúrgico, dicho empleo se llevó a cabo por Médico Residente de la coordinación de Psiquiatría del I. N. N. S. Z

ANÁLISIS

Los resultados obtenidos serán analizados a través de desviación standart y porcentajes, se realizará una comparación de antes y después de la cirugía bariátrica, valorándose su significancia estadística, a través de la chi cuadrada.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE OBESIDAD MÓRBIDA

NOMBRE: _____ REGISTRO: _____ SEXO: _____
EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____
NIVEL SOCIOECONÓMICO: _____
LUGAR DE RESIDENCIA: _____ TELÉFONO: _____
FECHA DE ENTREVISTA: _____ FECHA SUBSECUENTE: _____
FECHA DE CIRUGÍA: _____ TIPO DE CIRUGÍA: _____
PRUEBAS PSICOLÓGICAS: _____
PESO: _____ TALLA: _____

- 1) ¿A QUE EDAD EMPEZÓ A ENGORDAR?
A. INFANCIA DE 0 A 12 AÑOS
B. ADOLESCENCIA DE 12 A 20 AÑOS
C. ADULTO DE 20 AÑOS EN ADELANTE
D. DESPUÉS DE EMBARAZOS
- 2) LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA
A. PADRE B. MADRE C. HIJO (No. de hijo/Total de hijos)
D. OTROS (ESPECIFIQUE)
- 3) ¿CUÁL O CUÁLES SON LAS CAUSAS DE SU OBESIDAD?
A. COMER EN EXCESO B. PROBLEMAS ENDÓCRINOS
C. POR NERVIOS D. POR COMER TODO EL DÍA
E. IGNORA F. OTRAS (ESPECIFIQUE)
- 4) ¿CUAL HA SIDO EL MÁXIMO TIEMPO QUE SE HA APEGADO A UN TRATAMIENTO DIETÉTICO?
A. MENOS DE 1 MES D. DE 4 A 6 MESES
B. DE 1 A 2 MESES E. DE 6 A 12 MESES
C. DE 2 A 4 MESES F. DE 1 A 5 AÑOS
- 5) ¿POR QUE ABANDONÓ EL TRATAMIENTO?
A. ASPECTOS LABORALES D. MALTRATO DEL EQUIPO TRATANTE
B. ASPECTOS FAMILIARES E. FRUSTRACIÓN
C. NO RESISTE LA DIETA F. ASPECTOS SOCIALES
- 6) EN ORDEN DE IMPORTANCIA MENCIONE QUE ASPECTOS DE SU VIDA ESTÁN MÁS AFECTADOS POR SU OBESIDAD
A. ECONÓMICOS B. FÍSICOS C. FAMILIARES D. SOCIALES
E. ESTÉTICOS F. REPERCUSIÓN MÉDICA G. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

- 7) SU INGRESO AL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN FUÉ POR:
A. OBESIDAD B. OTRAS ENFERMEDADES
- 8) ¿COMO SE ENTERO DE LA POSIBILIDAD DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA?
A. A TRAVÉS DE LA CLÍNICA B. OTRO MÉDICO C. CONOCIDO
D. MEDIO DE COMUNICACIÓN
- 9) DESCRIBA LAS LIMITACIONES DE LA CIRUGÍA
- 10) ¿SE SIENTE BIEN INFORMADO ACERCA DE LA CIRUGÍA?
A. SI B. NO C. REGULAR
- 11) ¿QUE LE PREOCUPA DE ESTE MÉTODO PARA CONTROLAR EL PESO?
A. FASE PREOPERATORIA B. FASE QUIRÚRGICA
C. FASE POSTQUIRÚRGICA INMEDIATA D. FASE DE PAPILLAS
E. A LARGO PLAZO
- 12) EN ORDEN DE IMPORTANCIA MENCIONE LAS MOTIVACIONES PARA SOMETERSE A UN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:
A. ECONÓMICO E. ESTÉTICOS
B. FÍSICOS F. REPERCUSIÓN MÉDICA
C. FAMILIARES G. ASPECTOS PSICOLÓGICOS
D. SOCIALES

- 13) ¿CONSIDERA QUE SU MANERA DE COMER ES LA CAUSA DE SU OBESIDAD?
A. SI B. NO
- 14) ¿CONSIDERA QUE COMER ES UNA PRINCIPAL FUENTE DE GRATIFICACIÓN?
A. SI B. NO C. A VECES
- 15) LA CIRUGÍA VA A MODIFICAR LA MANERA DE COMER: ¿COMO PIENSA QUE VA A SUSTITUIR LA GRATIFICACIÓN QUE LE DA LA COMIDA?
- 16) ¿SI EN EL PASADO SE LE HA DIFICULTADO EL SEGUIR UNA DIETA, COMO PIENSA ENFRENTARLO UNA VEZ REALIZADA LA CIRUGÍA?
- 17) ¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS QUE USTED CONSUME?
A. EL PACIENTE B. OTRAS PERSONAS
- 18) ¿CON QUIÉN COME ACTUALMENTE?
A. CON SU FAMILIA B. SOLO C. CON AMIGOS
- 19) ¿CUÁL ES SU ACTITUD CUANDO COME FUERA DE CASA CON OTRAS PERSONAS?
A. COME MÁS DE LO ACOSTUMBRADO B. COME MENOS DE LO ACOSTUMBRADO
C. COME POCO Y LLEGANDO A CASA LO COMPENSA COMIENDO MÁS
- 20) ¿EN QUE MOMENTOS SU ESTADO DE ÁNIMO EMPEORA?
- 21) ¿CÓMO ES SU RELACIÓN CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO?
A. ME OFENDEN FRECUENTEMENTE B. ME EXIGEN MÁS DE LO QUE PUEDO
C. FRECUENTEMENTE NOS REUNIMOS PARA COMER D. SÓLO CONVIVIMOS EN EL TRABAJO
E. NO CONVIVO CON NADIE
- 22) MENCIONE QUE PROBLEMAS HA TENIDO POR SU CAMBIO DE PESO:
- 23) ¿COMO SON SUS RELACIONES AMISTOSAS?
A. POCOS AMIGOS B. MUCHOS AMIGOS C. NOS REUNIMOS PARA COMER
D. FRECUENTEMENTE NOS OFENDEMOS E. NO SALGO CON NADIE
F. SALIMOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS
- 24) ¿HAN TENIDO MODIFICACIONES SUS RELACIONES AMISTOSAS CON EL CAMBIO DE PESO?
- 25) ¿TIENE PAREJA Ó NOVIO?
A. SI B. NO
- 26) ¿DESDE CUANDO?
- 27) EN CASO DE NO, ¿POR QUE NO TIENE PAREJA?
- 28) ¿EN QUE SE HA MODIFICADO SU RELACIÓN DE PAREJA POR SU CAMBIO DE PESO?
- 29) ¿CUÁL ES SU ACTITUD CUANDO SE VA A COMPRAR ROPA?
A. ENOJO B. TRISTEZA C. ALEGRÍA D. ANGUSTIA
- 30) MENCIONE 3 EFECTOS POSITIVOS Y 3 EFECTOS NEGATIVOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA:
-
- 31) ¿COMO HA REPERCUTIDO EL CAMBIO DE PESO EN SUS RELACIONES FAMILIARES?
- 32) ¿DE QUIÉN Y QUE ACTITUD FAMILIAR LE APOYA EN EL CONTROL DE PESO?

33) ¿QUE ACTITUD FAMILIAR ES LA QUE LE DIFICULTA EL CONTROLAR SU PESO?

34) ¿QUE ES LO MÁS DIFÍCIL PARA DECIDIRSE A REALIZARSE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA?

- | | | |
|-------------------------|--------------------|-------------------------|
| A. FASE PREOPERATORIA | B. FASE QUIRÚRGICA | C. FASE POSTQUIRÚRGICA |
| B. FASE DE PAPILLAS | E. A LARGO PLAZO | F. PROBLEMAS ECONÓMICOS |
| G. PROBLEMAS FAMILIARES | ESPECIFIQUE _____ | |

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA POST-CIRUGÍA BARIÁTRICA

NOMBRE: _____ REGISTRO: _____ SEXO: _____
EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____
OCUPACIÓN: _____ NIVEL SOCIOECONÓMICO: _____
LUGAR DE RESIDENCIA: _____ TELÉFONO: _____
FECHA DE ENTREVISTA: _____ FECHA SUBSECUENTE: _____
FECHA DE CIRUGÍA: _____ TIPO DE CIRUGÍA: _____
PRUEBAS PSICOLÓGICAS Y FECHA: _____
PESO: _____ TALLA: _____

- 1) ¿QUE FUE LO MÁS DIFÍCIL PARA TOMAR LA DECISIÓN DE REALIZARSE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA?
A. FASE PREQUIRÚRGICA B. FASE QUIRÚRGICA C. FASE POSTQUIRÚRGICA
D. FASE DE PAPILLAS E. LARGO PLAZO F. PROBLEMAS ECONÓMICOS
G. PROBLEMAS FAMILIARES
ESPECIFICAR _____

FASE POST-QUIRÚRGICA INMEDIATA

- 2) ¿QUE FUE LO MAS DIFÍCIL?
3) ¿QUE HIZO PARA COMPENSARLO?

FASE DE PAPILLAS

- 4) ¿QUIEN PREPARA SUS ALIMENTOS?
A. PACIENTE B. FAMILIAR C. PERSONAL
5) ¿CON QUIEN COME ACTUALMENTE?
A. MISMA PERSONA B. SOLO C. OTRA PERSONA
6) ¿CUAL ES EL HORARIO FAMILIAR Y EL SUYO?
A. EL MISMO B. COMO ANTES C. COMO DESPUES
7) ¿QUE SENTIMIENTOS APARECIERON ANTE LAS LIMITACIONES ALIMENTICIAS?
A. TRISTEZA B. CORAJE C. ANGUSTIA D. MOLESTIA E. ARREPENTIMIENTO
8) ¿QUE HACE PARA MANEJARLO?
9) ¿CUANTO TIEMPO LE LLEVO ADAPTARSE?
A. 1- 3 MESES B. 3- 6 MESES C. 6-9 MESES D. MAS 1 AÑO
10) ¿CUANTO TIEMPO LE LLEVO COMPROBAR LAS LIMITACIONES DE LA CIRUGÍA
A. 1-3MESES B. 1-6MESES C. 6-9MESES D. MAS 1 AÑO
11) ¿QUE SENTIMIENTOS APARECIERON?
A. TRISTEZA B. CORAJE C. ANGUSTIA D. MOLESTIA E. ARREPENTIMIENTO
12) ¿CÓMO SUPERÓ LAS LIMITACIONES?
A. REALIZA ACTIVIDADES FÍSICAS B. VALORA LOS LOGROS DE REDUCCIÓN
C. SE AISLA
13) MENCIONE EN ORDEN DE IMPORTANCIA QUE MOTIVACIONES TIENE ACTUALMENTE PARA REDUCIR DE PESO
A. ECONÓMICOS B. FÍSICOS C. FAMILIARES
D. SOCIALES E. ESTÉTICOS F. REPERCUSIÓN MÉDICA
G. ASPECTOS PSICOLÓGICOS
14) ¿QUE ÁREAS DE SU VIDA SE HAN MODIFICADO?

- 15) ¿EL CAMBIO DE PESO HA SIDO EL ESPERADO?
A. SI B. NO
- 16) ¿HA MEJORADO EL RENDIMIENTOS EN SUS ACTIVIDADES?
A. SI B. NO C. HAN DISMINUIDO AÚN MÁS
- 17) ¿EN ALGÚN MOMENTO HA PENSADO EN ABANDONAR EL TRATAMIENTO?
A. SI B. NO
- 18) ¿EN QUE MOMENTO DE LA EVOLUCIÓN HA TRATADO DE ABANDONAR EL TRATAMIENTO?
A. EN EL PRIMER MES DE LA FASE DE PAPILLAS
B. 2do. Y 3er. MES DE PAPILLAS
C. EN LA FASE DE SÓLIDOS
- 19) ¿LE HA AFECTADO SU CAMBIO CORPORAL?
- 20) ¿QUE ES LO QUE MAS SE HA VISTO AFECTADO CON SU CAMBIO CORPORAL?
- 21) ¿EN QUE MOMENTOS SU ESTADO DE ÁNIMO EMPEORA?
- 22) ¿CÓMO ES SU RELACIÓN CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO?
A. ME OFENDEN FRECUENTEMENTE B. ME EXIGEN MÁS DE LO QUE PUEDO
B. ES FRECUENTE REUNIRNOS PARA COMER D. SÓLO CONVIVIMOS EN EL TRABAJO
C. NO CONVIVO CON NADIE
- 23) MENCIONE QUE PROBLEMAS HA TENIDO POR SU CAMBIO DE PESO:
- 24) ¿CÓMO SON SUS RELACIONES AMISTOSAS?
A. POCOS AMIGOS B. MUCHOS AMIGOS C. NOS REUNIMOS PARA COMER
B. FRECUENTEMENTE NOS OFENDEMOS E. NO SALGO CON NADIE
F. NOS REUNIMOS PARA HACER ACTIVIDADES FÍSICAS
- 25) ¿HAN TENIDO MODIFICACIONES SUS RELACIONES AMISTOSAS CON EL CAMBIO DE PESO?
- 26) ¿TIENE PAREJA Ó NOVIO?
A. SI B. NO
- 27) ¿DESDE CUÁNDO?
- 28) EN CASO DE NO. ¿POR QUE NO TIENE PAREJA?
- 29) ¿QUE MODIFICACIONES HA TENIDO SU RELACIÓN DE PAREJA POR SU CAMBIO DE PESO?
- 30) ¿CUÁL ES SU ACTITUD CUANDO SE VA A COMPRAR ROPA?
A. ENOJO B. TRISTEZA C. ALEGRÍA D. ANGUSTIA
- 31) MENCIONE 3 EFECTOS POSITIVOS Y 3 EFECTOS NEGATIVOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA:

- 32) ¿CÓMO HA REPERCUTIDO EL CAMBIO DE PESO EN SUS RELACIONES FAMILIARES?
- 33) ¿DE QUIÉN Y QUE ACTITUD FAMILIAR LE APOYA EN EL CONTROL DE PESO?
- 34) ¿QUE ACTITUD FAMILIAR ES LA QUE LE DIFICULTA EL CONTROL DE PESO?
- 35) ¿QUE ACTIVIDADES REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE?

CUESTIONARIO DE CONDUCTA SEXUAL

- 1) *¿Con cuantas personas ha tenido actividad sexual?*
- a. ninguna* *e. once a veinte*
 - b. una* *f más de veinte*
 - e. dos a cinco* *g. más de las que puede recordar*
 - d. seis a diez*
- 2) *¿ Con cuántas personas tiene actualmente actividad sexual?*
- a. ninguna* *d. seis a diez*
 - b. una* *e. once a veinte*
 - c. dos a cinco* *f más de veinte*
- 3) *¿Con qué frecuencia tiene usted actividad sexual con su pareja?*
- a. más de una vez al día* *e. una vez cada dos semanas*
 - b. una vez al día* *f. una vez al mes*
 - c. 2 a 4 veces por semana* *g. una vez al año*
 - d. una vez a la semana* *h. no tiene actividad sexual*
- 4) *¿Con que frecuencia usted se masturba?*
- a. más de una vez al día* *e. una vez cada dos semanas*
 - b. una vez al día* *f una vez al mes*
 - c. 2 a 4 veces por semana* *g. una vez al año*
 - d. una vez por semana* *h. no se masturba*
- 5) *¿Qué tan satisfactorias son sus relaciones sexuales en la actualidad?*
- a. extremadamente insatisfactorias* *d. levemente satisfactorias*
 - b. moderadamente insatisfactorias* *e. moderadamente satisfactorias*
 - c. levemente insatisfactorias* *f. extremadamente satisfactorias*
- 6) *¿ Qué tan satisfactorias piensa usted que son las relaciones sexuales para su pareja en la actualidad?*
- a. extremadamente insatisfactorias* *e. moderadamente satisfactorias*
 - b. moderadamente insatisfactorias* *f extremadamente satisfactorias*
 - c. levemente insatisfactorias* *g. no tengo pareja actualmente*
 - d. levemente satisfactorias.*

OBESIDAD MORBIDA

DEMOGRÁFICOS

EDAD PROMEDIO		35.5 (17 A 58 AÑOS)
SEXO	HOMBRES MUJERES	20% 80%
ESTADO CIVIL	SOLTEROS CASADOS SEPARADOS	50% 40% 10%
<i>NIVEL SOCIOECONÓMICO</i>		70% bajo
<i>ESCOLARIDAD</i>	PRIMARIA MEDIA SUPERIOR	10% 50% 40%
<i>OCUPACIÓN</i>	HOGAR EMPLEADO ESTUDIANTE NINGUNA	30% 20% 10% 40%
<i>PESO PROMEDIO</i>	(rango)	136.5KG (92.9 A 220KG)

n=10

TABLA 1

OBESIDAD MORBIDA

LUGAR EN LA FAMILIA

EDAD DE INICIO

<p>40% MADRE 50% HIJO 10% PADRE</p>	<p>30% INFANCIA 10% EMBARAZO 40% INFANCIA 10% ADOLESCENCIA 10% INFANCIA</p>
---	---

TABLA II

APEGO A TRATAMIENTOS PREVIOS

<p>TIEMPO MÁXIMO DE APEGO DIETÉTICO</p>	<p>20% 1 MESES 20% 1 - 2 MESES 10% 2 - 4 MESES 20% 4 - 12 MESES 30% 1-5 AÑOS</p>
<p>JUSTIFICACIONES DE ABANDONO</p>	<p>80% FRUSTRACIÓN (EXPECTATIVAS DE DISMINUIR PESO) FALTA DE CONTROL DE IMPULSOS 20% "OTROS"</p>

TABLA III

OBESIDAD MÓRBIDA

ENTREVISTA PRE-QUIRÚRGICA

INFORMACIÓN PRE-QUIRÚRGICA:

70% ACEPTÓ ESTAR BIEN INFORMADO

30% NO ACEPTÓ ESTAR BIEN INFORMADO

TABLA IV

PREOCUPACIONES ALREDEDOR DE LA CIRUGÍA

F A S E S

FASE PERIQUIRÚRGICA	70% MIEDO A ANESTESIA 10% MIEDO AL DOLOR
FASE POST-QUIRÚRGICA: 1) PAPILLAS Y PICADOS 1-3 MES 2) SÓLIDOS 4to. MES	10% MIEDO A NO SOPORTAR NO LO CONSIDERÓ

TABLA V

ENTREVISTA POST-QUIRÚRGICA

ADAPTACIÓN EMOCIONAL

1 A 3 MESES

<i>REACCIÓN EMOCIONAL</i>	<i>50% ARREPENTIMIENTO</i>
DESEOS DE ABANDONAR -EL TRATAMIENTO	<i>50% SI</i> <i>30% NO</i> <i>20% PENDIENTES</i>
<i>SATISFACCIÓN CON LA REDUCCIÓN DE PESO</i>	<i>50% SI</i> <i>30% NO</i> <i>20% PENDIENTES</i>

TABLA VI

SEXUALIDAD Y OBESIDAD

PERCEPCIÓN	PRE-QUIRÚRGICA	POST-QUIRÚRGICA	
		1-3 MESES	6 MESES
<i>FRECUENCIA DE</i>	<i>70% SÍN ACTIVIDAD</i>	SIN CAMBIOS SIN CAMBIOS SIN CAMBIOS	<i>70% SIN ACTIVIDAD</i>
		SIN CAMBIOS SIN CAMBIOS SIN CAMBIOS	
		SIN CAMBIOS SIN CAMBIOS SIN CAMBIOS	

TABLA VII

OBESIDAD MÓRBIDA

TRASTORNOS AFECTIVOS POST-QUIRURGICOS

AFECTIVIDAD

REACCIÓN DE AJUSTE	50% (1-3 MES) 10% (4 MES)
TRASTORNO DEPRESIVO	30% (12 MESES) 20% (10 MESES)

TABLA VIII

GRÁFICO I

OBESIDAD MÓRBIDA

ACTITUD AL COMPRAR ROPA ANTES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

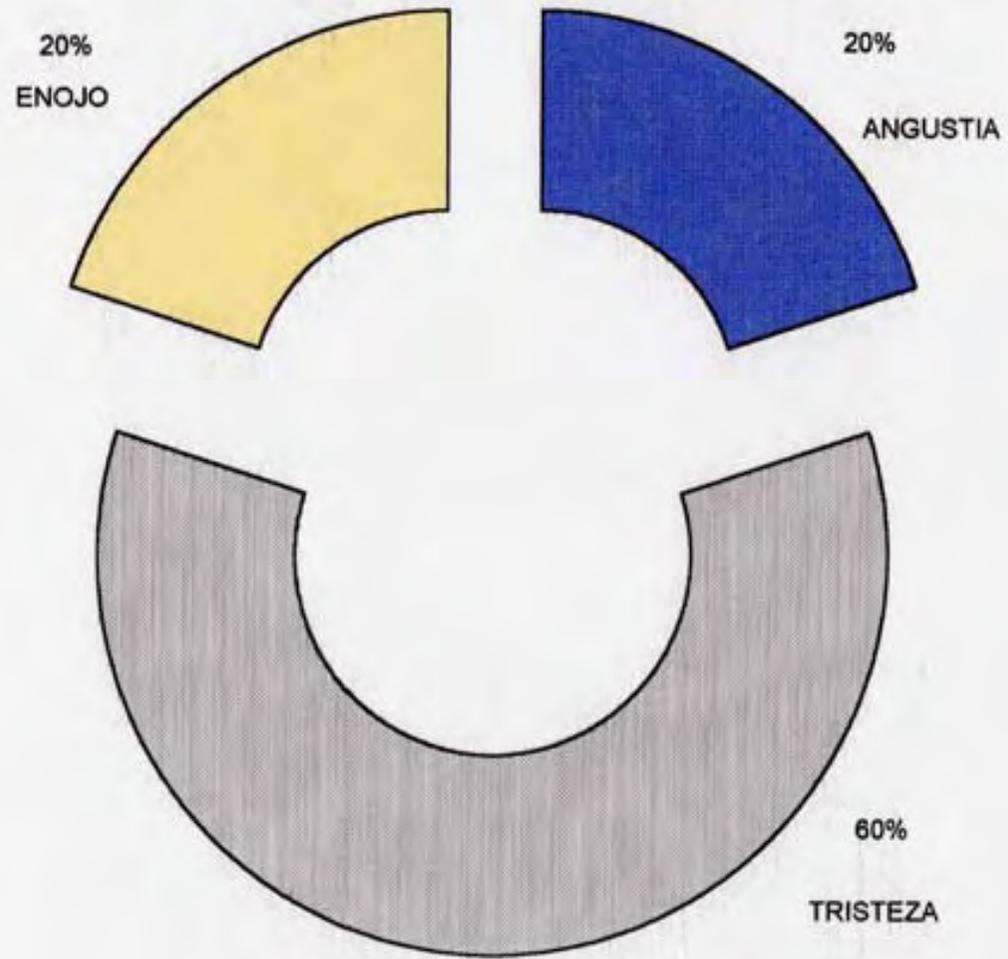


GRÁFICO 2

OBESIDAD MÓRBIDA
ACTITUD AL COMPRAR ROPA 6 MESES DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

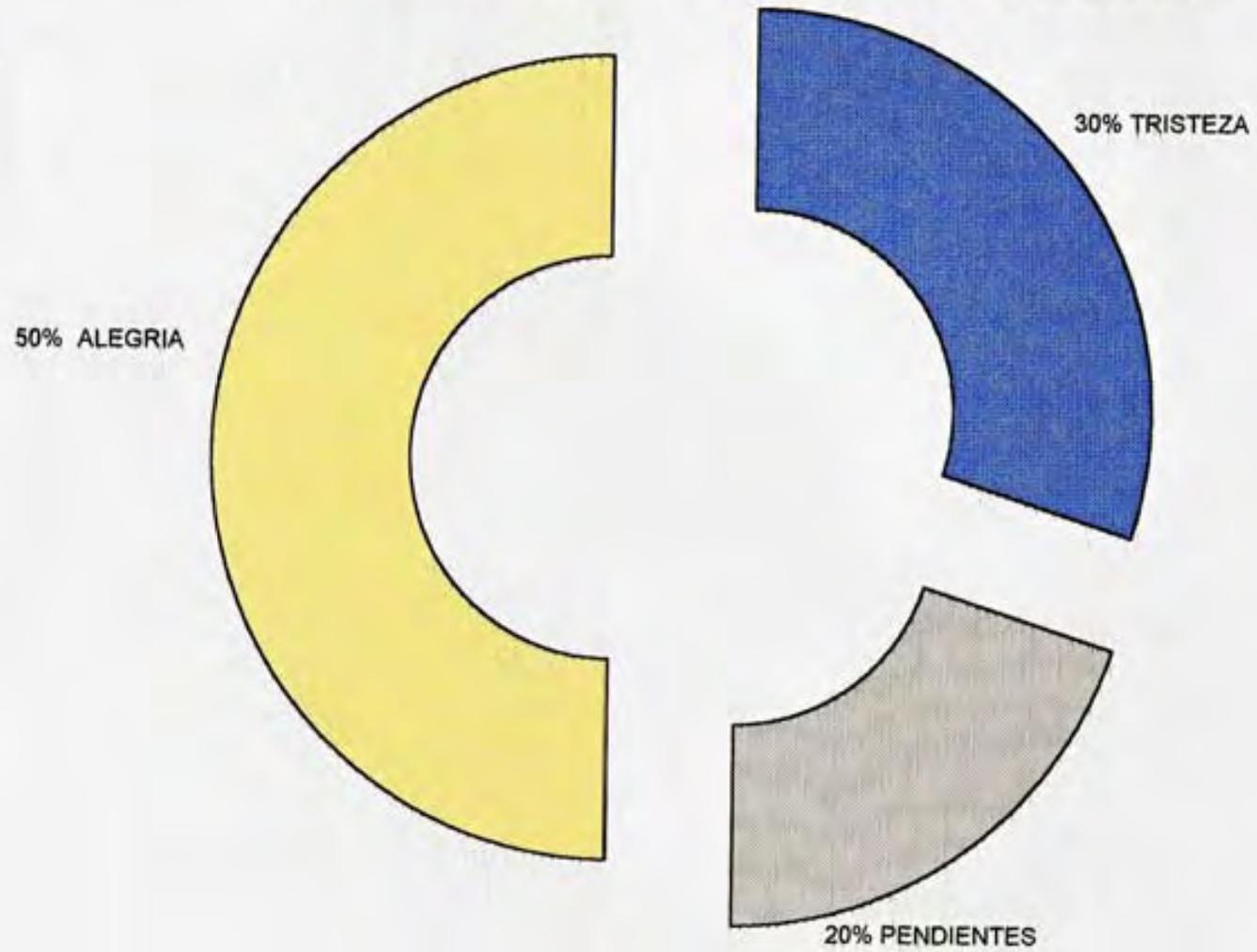


GRÁFICO 3

OBESIDAD MÓRBIDA

MOTIVACIONES PRE-QUIRÚRGICAS PARA REDUCIR DE PESO

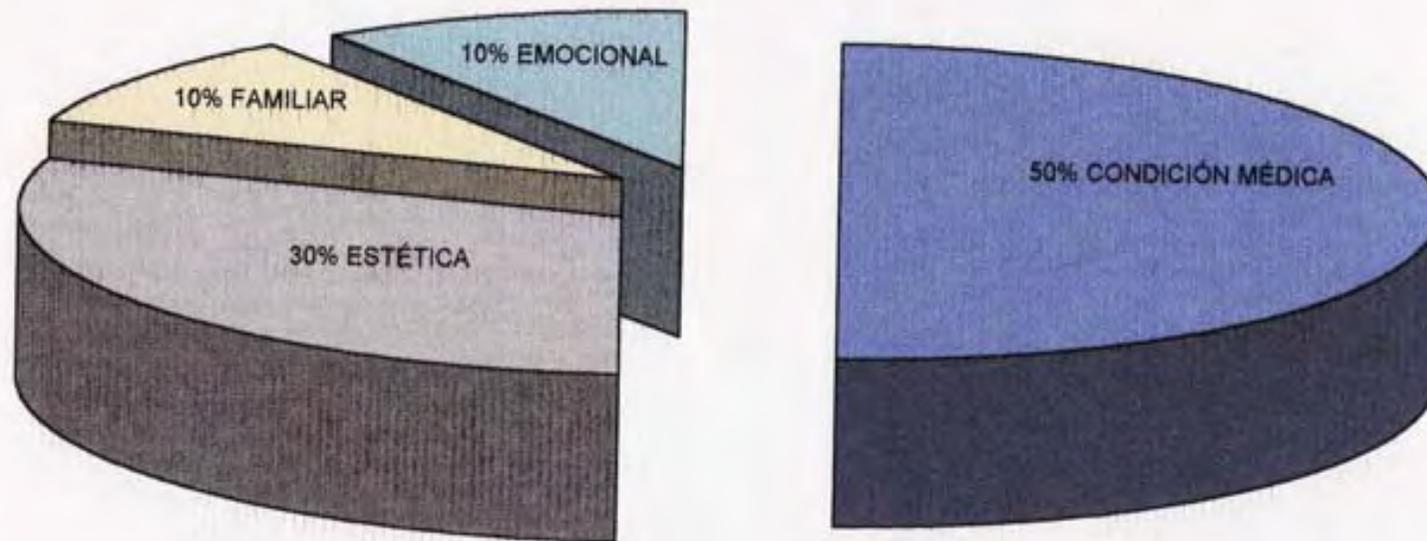
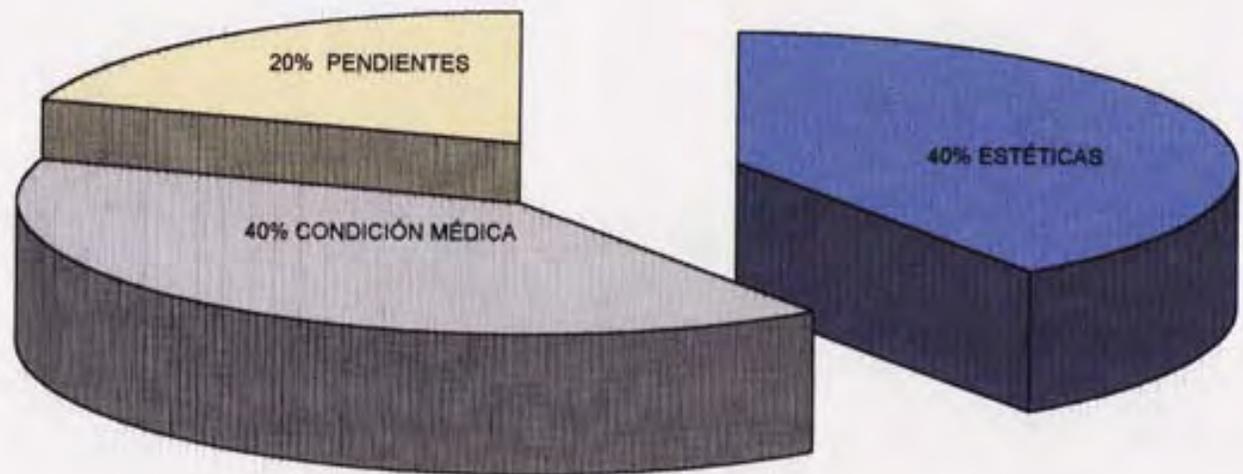


GRÁFICO 4

OBESIDAD MÓRBIDA

MOTIVACIONES POST-QUIRÚRGICAS PARA REDUCIR DE PESO



RESULTADOS

En la Tabla I se encuentran los datos demográficos de la muestra, en la cual, de los 10 pacientes, el 80% correspondió al sexo femenino, el 20% al sexo masculino. La edad promedio fue de 35 años (rango 17 a 58 años); de dicha muestra el 50% fueron solteros, 40% casados, y el 10% separados. En cuanto al nivel socioeconómico el 70% estaban en el nivel bajo. La escolaridad correspondió al 50% nivel medio, 40% superior y 10% primaria. El 40% se encontraron desempleados, 30% se dedicaban al hogar, 20% empleados y 10% estudiantes. El peso promedio fue de 136.5kg (+/- 36kg). En la tabla II se encontró que el 40% eran madres de familia, de estas el 30% inició su obesidad durante la infancia, en cuanto a los hijos de familia estos correspondieron a el 50% y de estos el 4-0% también iniciaron su obesidad en la infancia, el 10% padres de familia que inició su obesidad también en la infancia. En cuanto al tiempo máximo de apego dietético previo a la cirugía bariátrica se encontré que el 20% se apegaban a dietas por menos de 1 mes, 10% se apegaban de 1 a 2 meses, 20% 2 a 4 meses, 20% se apegó de 4 a 12 meses y un 30% se apegó de 1 a 5 años como máximo, esto se observa en la Tabla III. En la Tabla IV se encuentra que el 70% de los pacientes aceptó haber estado bien informado antes de la cirugía, y el restante 30% negó haberlo estado. En cuanto a las preocupaciones alrededor de la cirugía en la Tabla V se encuentra que los pacientes manifestaron en un 70% tener miedo a la anestesia, 10% miedo al dolor de la herida quirúrgica, sólo un 10% manifestó preocupación en la fase inicial post-quirúrgica (fase de papillas y picados), un 10% no consideró preocupaciones. En la Tabla VI se encuentran los datos respecto a las reacciones emocionales ante las limitaciones de la cirugía, encontrándose que el 50% experimentó mentó arrepentimiento, 25% tristeza, 12.5% coraje y 12.5 % angustia, de estos 50% experimentó deseos -

abandonar el tratamiento, 30% lo negó; 50% aceptó estar satisfecho con su reducción de peso, 30% negó estar satisfecho con su reducción. Se analizan otros datos respecto a la obesidad encontrándose que en la fase pre-quirúrgica el 100% de los pacientes comían acompañados por sus familiares, después de la cirugía a partir del primero al tercer mes se modifica esta conducta, siendo estadísticamente significativo este cambio, ya que el 50% sigue comiendo con su familia ($X^2=6.66$) y el 30% comen solos ($X^2=10.6$). La actitud al comprar ropa antes de la cirugía bariátrica se encuentra que el 20% manifestaron enojo, 60% tristeza, 20% angustia, a los 6 meses de la cirugía ninguno manifestó enojo, 30% manifestó aún tristeza, 0% angustia, 50% manifestó alegría dicho hallazgo es estadísticamente significativo ($X^2= 6.66$), 20% aún pendientes sus valoraciones post-quirúrgicas (Gráficas 1 y 2). Las motivaciones para reducir de peso en la fase pre-quirúrgica fueron en 50% condiciones médicas, 30% aspectos estéticos, 10% familiares y 10% impacto emocional; se observa que estas motivaciones por reducir de peso se modificaron al 40% sobre la condición médica, 40% aspectos de estética y 20% aún pendientes (Gráficas 3 y 4).

En la Tabla VI se encuentra una frecuencia en la actividad sexual en la fase pre-quirúrgica de 70% sin actividad sexual, 20% una vez por semana, 10% una vez al mes, a los 6 meses de la fase post-quirúrgica 70% sin actividad sexual, 20% 2 a 4 veces por semana y 10% una vez por semana. En cuanto a la percepción de la satisfacción sexual individual, en la fase pre-quirúrgica, se encuentra que el 20% aceptó estar insatisfecho sexualmente, 10% satisfecho sexualmente, 70% sin actividad sexual; A los 6 meses de la fase post-quirúrgica él 10% aceptó seguir insatisfechos sexualmente, 20% aceptó estar satisfecho sexualmente, 50% continuaron sin actividad sexual, 20% aún pendientes ya que recientemente, se les realizó la cirugía bariátrica. En cuanto a la percepción de la satisfacción de la pareja en la fase pre-quirúrgica, se encontró que el 20% afirmó que su pareja estaba insatisfecha sexualmente, 10% satisfechos sexualmente y 70% no tenían pareja; A los 6 meses de la fase post-quirúrgica se encontró que el 10% manifestaron insatisfacción sexual, 20% manifestó satisfacción sexual y el resto aún sin actividad sexual.

COMENTARIOS

Encontramos en los resultados de las valoraciones pre-quirúrgicas que los pacientes cuentan con las características de ser solteros en un porcentaje alto (50%), que en cuanto a la escolaridad en un 40% estudiaron a un nivel superior y el 30% a un nivel medio, sin embargo el 40% se encuentran desempleados, además el inicio de la obesidad fue más frecuente durante la infancia, todos estos pacientes antes de la cirugía comían con sus familiares, en sus apegos previos a -tratamientos dietéticos en un 70% fueron menos de 1año, pero llama la atención que el resto refirieron apegos de 1 a 5-años, observándose que estos mismos pacientes, fueron quienes-negaron haber recibido información completa respecto a la cirugía, de estos el 10% no consideraron ninguna preocupación alrededor de la cirugía, encontrándose la características ser importantes negadores, con -rasgos de dependencia, que repercutió en su apego después de la cirugía, que después de esta tendieron a aislarse de la familia, principalmente para comer, correspondiendo estos también a los que no se encuentran satisfechos con su reducción de peso. Es evidente -en cuanto a la preocupación alrededor de la cirugía en su mayoría sus temores son a muy corta proyección, sin tomar en cuenta la importancia del seguimiento médico después de la cirugía, encontrándose que es en la primera fase post-quirúrgica- que -existe - un importante -arrepentimiento, así como deseos de -abandono del -tratamiento. En cuanto -a las motivaciones de los pacientes por reducir de peso existe un importante cambio, ya que inicialmente las motivaciones caen principalmente sobre la condición -médica, al obtenerse los primeros -resultados de reducción, dichas motivaciones se modifican, siendo principalmente aún la condición médica, pero incrementándose imperantemente -el aspecto -estético, así como un importante incremento -de la actitud placentera al comprarse ropa, situaciones que nos hacen pensar-que existe una mejoría en cuanto a la autoimagen de los pacientes al reducir de peso.

Es importante hacer notar que los resultados de nuestro estudio son favorables, ya que nos apoya a poder integrar las características de la personalidad de los pacientes obesos mórbidos, siendo principalmente su pobre proyección, que nos -muestra su también pobre apego, son importantes negadores, que cambios como los de tipo alimenticio tienden a presentar importantes modificaciones en su estado afectivo, siendo esto evidente al encontrarse por revisión de expedientes en un 60% reacciones de ajuste -en las primeras-dos fases y trastornos depresivos alrededor de los 10 a 12 meses, -situaciones que los han llevado en un porcentaje del 30% a aislarse de sus familiares, y en comparación a quienes--se -encuentran satisfechos con el peso

obtenido se les encuentra cooperadores, incluso 10% tenían preocupación sobre la primera fase del tratamiento.

Respecto a la conducta sexual, se encuentran hallazgos en cuanto a -un- aumento de la frecuencia en la actividad sexual en un 20% de los pacientes, quienes coinciden con el mismo 20%, que se realizó lipectomia al año 4 meses de la cirugía bariátrica, ya que obtuvieron el peso esperado, son estos mismos pacientes quienes, en relación a la satisfacción individual y de pareja mencionaron haber tenido mejoría en estas áreas de su vida sexual, sólo en un 10% no hubo modificación en su frecuencia y satisfacción sexual correspondiendo este dato con pacientes no satisfechos con su reducción de peso, el resto no tenían actividad sexual y no se modificó después de la cirugía.

Es de esta manera que concluimos que si existe una modificación favorable, con la reducción de peso en cuanto al área sexual, y que probablemente este cambio no sea significativo estadísticamente, por el número de la muestra, o bien, por que aún no se tiene el tiempo necesario para encontrar las modificaciones esperadas en dichos pacientes.

REFERENCIAS

- 1) ALASTRUE A ET AL; COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD; REVISTA DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN, VOL. 10; No. 6; NO V -DIC. 1996.
- 2) BARTH J. ET AL.; HEALTH LOCUS OF CONTROL AND HEALTH RELATED RISK BEHAVIOR - AND ANALYSIS OF LOCUS OF CONTROL PATTERNSPSYCHOTHER PSYCHISIM. MED. PSYCHOL; VOL. 46 No. 7, JULIO 1996.
- 3)BRAY GA; COMPLICATIONS OF OBESITY, ANN INTERN MED;103;1985
- 4)CAPS MARIO ET AL.; SEXUALITY STUDY, OBESITY SURGERY, No. 6, 1996.
- 5)CHRISTIAAN D. VAN DER VELDE ET AL; BODY IMAGES OF ONE'S SELF AND OF OTHERS DEVELOPMENTAL AND CLINICAL, SIGNIFICANCE; THE AM. JOURNAL OF PSYCHIATRY VOL. 142; No. 5; MAYO 1985.
- 6) COLLEN S. W. RAND ET AL.; SURGERY FOR OBESITY AND MARRIAGE QUALITY, THE JOURNAL OF THE AM, MEDICAL ASSOCIATION; VOL. 247,-No. 10; MARCH 1982.
- 7)GALLETLY Y C. CLARCK ET AL.; IMPROVED PREGNANCY RATES FOR ORESE, INFERTILE WOMEN FOLLOWING A ,GRO UP TREA 77^T PR10GRAM, GEN. HOSP. PSYCH7,4 TRY, VOL. 18 No. 3; MAY 1996.

- 8) GAYS ANDREWS ET AL.; THE POST-SURGICAL TREATMENT OF THE BARIATRIC PATIENT HELPING THE PATIENT SUCCEED; OBESITY SURGERY; No. 6 1996.
- 9) HARVEY J. SUGERMAN ET AL.; VENTILATION AND OBESITY; INT JOURNAL OF OBESITY; VOL. 19; 1996.
- 10) HERRERA MIGUEL ET AL.; SHORT-TERMS RESULTS OF A NON
RANDOMIZED PROSPECTIVE STUDY COMPARING THREE BARIATRIC OPERATIONS IN MEXICAN PATIENTS, OBESITY SURGERY; No. 6 1996.
- 11) HERSKIND, M C. GUE ET AL.; SEX AND AGES SPECIFIC ASSESSMENT OF GENETIC AND ENVIRONMENTAL INFLUENCES ON BODY MASS INDEX IN TWINS, INTERNATIONAL JOURNAL OF OBESITY; VOL. 20, 1996.
- 12) JOAN LAUER ET AL.; MMPI PROFILES OF FEMALE CANDIDATES FOR OBESITY SURGERY A CLUSTER ANALYTIC APPROACH; OBESITY SURGERY; No. 6 1996.
- 13) KRAEMER HC, BERKOWITZ & HER; METHODOLOGICAL DIFFICULTIES IN STUDIES OF OBESITY AND MEASUREMENT ISSUES; ANNALS BEHAVIORAL MED.; NO. 12, 1990.
- 14) KING T.K. CLARCK ET AL.; HISTORY OF SEXUAL ABUSE AND OBESITY TREATMENT OUTCOME, ADDICT, BEHAVIOR, VOL. 21; No 3 MAY 1996.

- 15) LLOYD D MAC LEAN ET AL.; FAMILIAL INCIDENCE AND INFLUENCE ON THE DEVELOPMENT OF OBESITY; OBESITY SURGERY, No. 6 1996.
- 16) MANSON JE, COLDITZ ET AL.; A PROSPECTIVE STUDY OF OBESITY AND RISK OF CORONARY HEART DISEASE; N. ENGL. J. MED.; No. 322; 1990.
- 17) MARSHALL, COWAN ET AL. ; *PSYCHOLOGICAL STATUS OF THE MORBIDLY OBESE; OBESITY SURGICAL; No. 6, 1996.*
- 18) PALINKAS L.A. ET AL.; *DEPRESSIVE SYMPTOMS IN OVERWEIGHT AND OBESE OLDER ADULTS A TEST OF THE "JOLLY FAT" HYPOTHESIS; JOURNAL PSYCHOSOM.; VOL. 40 No. 1; JAN 1996.*
- 19) RICK M. GARDNER ET AL.; DISTORTION OF BODY IMAGE IN THE OBESE: A SENSORY PHENOMENON, PSYCHOLOGICAL OF MEDICINE, No. 18, 1988.
- 20) ROBERTS SB SA VALE ET AL.; *ENERGY EXPENDITURE AND INTAKE IN INFANTS BORN TO LEAN AND OVERWEIGHT MOTHERS, N. ENGL. J MED; No. 318, 1988.*
- 21) ROSMOND T ET AL.; *MENTAL DISTRESS, OBESITY AND BODY FAT DISTRIBUTION IN MIDDLE-AGED MEN, REV. OBESITY; VOL. 4; No. 3 MAY 1996.*
- 22) SANSONE R.A. ET AL.; PREVALENCE OF BORDERLINE PERSONALITY SYMPTOMS IN TWO GROUPS OF OBESE SUBJECTS; AMERICAN JOURNAL PSYCHIATRY; VOL. 153 No. 1; JAN 1996.

- 23) SILVERSTEIN B. PERDUE ET AL.; POSSIBLE CAUSES OF THE THIN STANDARD OF BODILY ATTRACTIVENESS FOR WOMEN; INT J EATING DESORD.; No. 5; 1986.
- 24) SINGH K. ET AL.; SEASONAL CHANGES IN CIRCULATING SERUM CONCENTRATION AND IN VITRO TESTICULAR SECRETION OF TESTOTERONE AND ANDROSTENEDIONE IN THE ALLE VESPERTILIONID BAT, JOURNAL EXP. ZOOL.; SEP. 1996.
- 25) SIRPA SARLIO-LAHTENKORVA ET AL.; PSYCHOSOCIAL FACTORS AND QUALITY OF LIFE IN OBESITY, INT JOURNAL OF OBESITY, VOL. 19, 1995.
- 26) STUNKARD A.J. ET AL.; PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL ASPECTS OF THE SURGICAL TREATMENT OF OBESITY, AM. J. PSYCHIATRY; No. 143, 1986
- 27) TORRES CASTILLO ET AL.; VALIDEZ Y REPRODUCIBILIDAD DEL INVENTARIO PARA DEPRESIÓN DE BECK EN UN HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA; SALUD MENTAL; VOL. 14 No. 2 JUNIO DE 1991.
- 28) UVIAN GAHTAN ET AL.; CHANGES IN SEXUAL PATTERNS FOLLOWING VERTICAL BANDED GASTROPLASTY AND WEIGHT LOSS, OBESITY SURGERY; No. 2, 1992.
- 29) WAGAR BHATTI ET AL.; FAMILIAL INCIDENCE AND INFLUENCE ON THE DEVELOPMENT OF OBESITY, OBESITY SURGERY; No. 6, 1996.
- 29) WAGAR BHATME ET AL.; FAMILIAL INCIDENCE AND INFLUENCE ON THE DEVELOPMENT OF OBESITY; OBESITY SURGERY; No. 6, 1996.