



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

**FACTORES PSICOLÓGICOS Y/O PSIQUIÁTRICOS PRESENTES EN
PACIENTES DESERTORES DE PROTOCOLO DE PREPARACIÓN PARA
CIRUGÍA BARIÁTRICA**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
SHEILA VIRIDIANA HERNÁNDEZ ALTAMIRANO

TUTOR: DRA. MARTHA CATALINA MALDONADO RUBÍ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ
DRA. ANA BEATRIZ MORENO COUTIÑO, MTRO. FERNANDO PASCUAL
VÁZQUEZ PINEDA, DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DR. JULIO CÉSAR LÓPEZ HERNÁNDEZ
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

MÉXICO, D.F. FEBRERO DE 2015



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.

ÍNDICE

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL	1
1.1 Psicología de la Salud.....	1
1.2 Medicina Conductual.....	3
CARACTERÍSTICAS DE LA CLÍNICA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA	5
2.1 Clínica de obesidad y cirugía bariátrica.	5
2.2 Aspectos cognitivo-conductuales y afectivos de la obesidad.	25
REPORTE DE ACTIVIDADES	28
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	38
FACTORES PSICOLÓGICOS Y/O PSIQUIÁTRICOS PRESENTES EN PACIENTES DESERTORES DE PROTOCOLO DE PREPARACIÓN PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA	
4.1 Resumen.....	38
4.2 Abstract.	39
4.3 Introducción.....	39
4.4 Método.	49
4.5 Resultados.	60
4.6 Discusión y conclusiones.	72
4.7 Referencias.....	85
ANEXOS	93
Anexo 1 Resumen protocolo de investigación. “Hábitos de alimentación en pacientes con obesidad severa”	94
Anexo 2 Manual para paciente en preparación psicológica	95
Anexo 3 Instrumentos de evaluación inicial	96
Anexo 4 Tablas de resultados.....	103
Apéndice Glosario.....	106

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

1.1 Psicología de la Salud.

La Psicología de la Salud está compuesta por dos conceptos que se revisarán por separado: salud y psicología. La definición de "salud" es otorgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) donde es descrita como "un estado de bienestar completo físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". Otra definición de salud, es realizada por Huber et al. (2011), quienes mencionan que, la salud es la habilidad de adaptación y la capacidad de auto manejo de una persona ante desafíos sociales, físicos y emocionales.

Ambas definiciones, subrayan la naturaleza biopsicosocial de la salud, debido a que contemplan factores físicos (como los aspectos genéticos), psicológicos (pensamientos, las emociones y las conductas, tanto en su manejo como en su adaptación), aunados a factores sociales (influencias culturales, espirituales, relaciones familiares, apoyo social, etc.); los cuales se consideran requisitos para lograr y mantener la salud y que interactúan entre sí para dar lugar al continuo salud-enfermedad (Oblitas, 2008).

El segundo concepto es "psicología", el cual se define como la ciencia que intenta describir, explicar, predecir e intervenir con la finalidad de controlar y modificar los procesos mentales (lenguaje, memoria, atención y percepción), emocionales (miedo, tristeza, enojo) y comportamentales (conducta saludable y social, Morrison & Bennett, 2008). La Psicología de la Salud, por lo tanto, se define como una de las áreas de especialización de la psicología, que a través de principios, técnicas y conocimientos científicos aplica a la evaluación, diagnóstico, prevención, explicación, tratamiento y/o modificación de trastornos físicos, mentales, emocionales y comportamentales, en este caso, cualquier componente relevante para el proceso de salud y enfermedad (Oblitas, 2006).

Desde 1988, Stone, precisó que la Psicología de la Salud es un campo de la psicología que comprende la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, contemplando tres niveles de atención: salud pública, educación y planificación de la salud. Morales (1997), también hizo referencia a que la Psicología de la Salud debería entenderse como la rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes psicológicos incluidos en el proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, en la condición y en la recuperación de la misma y en los factores de riesgo de la enfermedad.

Así, los principales objetivos de la Psicología de la Salud, derivados de la definición de Matarazzo (1982 en Morrison & Bennett, 2008), están relacionados con los factores biopsicosociales implicados en la promoción y mantenimiento de la salud, mejora de los sistemas de atención sanitaria y de la política sanitaria, prevención y tratamiento de las enfermedades y análisis de las causas de las enfermedades (factores de riesgo y de protección).

Entre las principales aportaciones de la Psicología de la Salud, se encuentran (Oblitas, 2008):

- (a) Promoción de un estilo de vida saludable.
- (b) Prevención de enfermedades: modificando hábitos no saludables asociados a cualquier padecimiento.
- (c) Tratamiento de enfermedades específicas, de particular interés las crónicas degenerativas como diabetes, intestino irritable, cáncer, SIDA, obesidad, etc. En estos casos los psicólogos trabajan junto a otras especialidades de la salud (medicina, nutrición, entre otros).
- (d) Evaluación y mejora del sistema sanitario.

En resumen, la Psicología de la Salud es el estudio de la salud y las prácticas sanitarias (profesionales y personales) que pretende comprender, explicar y (de ser posible) predecir la conducta de salud y enfermedad para

desarrollar intervenciones eficaces a fin de reducir las consecuencias adversas físicas, mentales, emocionales y conductuales de la enfermedad (Morrison & Bennett, 2008; Piña & Rivera, 2006).

1.2 Medicina Conductual.

La Medicina Conductual aparece a comienzos de los años setenta en la Conferencia de Yale, y es definida en 1978 por Schwartz y Weiss como “el campo interdisciplinario encaminado al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de las conductas relevantes para la salud y la enfermedad, así como la aplicación de esos conocimientos y técnicas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (pág. 249).

Así, la Medicina Conductual analiza el desarrollo y la integración del conocimiento conductual, biomédico y las técnicas de importancia para la salud y la enfermedad. De esta manera, como sugiere su nombre, en la Medicina Conductual se utilizan los principios del comportamiento como resultado del aprendizaje mediante el condicionamiento operante o clásico. Como resultado del aprendizaje las personas pueden o no desarrollar conductas saludables, las cuales hacen referencia a las creencias que las personas tienen sobre su salud, que a su vez impacta en las emociones, generando comportamientos para mantener la salud y superar cualquier enfermedad. Por lo anterior, las teorías psicológicas ayudan a explicar las razones por las que algunas personas reaccionan adecuadamente ante la enfermedad y otras personas no lo hacen (Morrison & Bennett, 2008).

Para Oblitas (2008), ciertas conductas (hábitos saludables, buscar cuidados médicos, seguir las recomendaciones de los médicos, etc.) tendrán y tienen un efecto en la salud. El llevar a cabo conductas saludables tiene como consecuencia un estilo de vida saludable, por lo que se pueden determinar los comportamientos que mejoran o debilitan la salud de los individuos. La misma autora menciona que por lo tanto, se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por una persona, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias

inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad, se conocen como conductas relacionadas con la salud: la práctica regular de ejercicio físico, tener una alimentación correcta, descanso y sueño pertinentes, manejo adecuado de estrés, adherencia terapéutica, entre otras.

Debido a lo anterior, se resalta la importancia del psicólogo especialista en Medicina Conductual en los escenarios hospitalarios. La formación permite trabajar con las enfermedades crónicas degenerativas realizando evaluación (mediante entrevistas, cuestionarios de auto informe, autorregistros, listas de chequeo, autorreportes, registros anecdóticos, observación directa de la conducta, medidas psicofisiológicas y expediente médico), diagnóstico, prevención e intervención oportuna (a través de técnicas que contemplan la terapia conductual, terapia cognitivo conductual y las terapias de llamadas de 3ª generación, específicamente terapia dialéctica conductual, mindfulness y terapia de aceptación y compromiso), que permite a las personas enfrentar su enfermedad de manera más adecuada (Tron, Avila-Costa & Reynoso-Erazo, 2013).

CARACTERÍSTICAS DE LA CLÍNICA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA

2.1 Clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

La Clínica de obesidad y cirugía bariátrica está formada por un equipo multidisciplinario de especialistas con experiencia en obesidad y cirugía bariátrica. Esta especialidad se encuentra ubicada dentro del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, enseguida se abordan sus particularidades.

2.1.1 Misión de la clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

Atender de manera oportuna y con una gran calidad a los pacientes que requieran atención quirúrgica por obesidad severa. Esto con base en los conocimientos científicos recientes, con grupos multidisciplinarios y apoyándose en los adelantos tecnológicos para obtener resultados que satisfagan en su totalidad las necesidades de atención de estos pacientes.

2.1.2 Visión de la clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

Ser un centro académico que fomente y procure la atención de los pacientes con obesidad, siempre basados en conocimientos científicos validados aprovechando los adelantos tecnológicos, pero siempre con un carácter humanista.

2.1.3 Objetivo de la clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

El objetivo principal de la Clínica de obesidad y cirugía bariátrica, es brindar atención a través de un equipo multidisciplinario calificado y de reconocida experiencia apegado a las normas nacionales e internacionales en el manejo de pacientes con obesidad severa, promover la educación para el establecimiento de un nuevo estilo de vida y dar tratamiento mediante procedimientos quirúrgicos (bypass gástrico o manga gástrica) y no quirúrgicos (balón intragástrico) los cuales se describen a continuación.

- Bypass gástrico.

El bypass gástrico constituye actualmente el “estándar de oro” de la cirugía bariátrica. Es una técnica mixta que consiste en la realización de un corte en la parte superior del estómago para crear una pequeña bolsa gástrica entre 10 a 30 mililitros aproximadamente, restringiendo la capacidad del estómago y una derivación intestinal en Y de Roux que induce a la malabsorción de algunos nutrientes. En el último caso, el intestino delgado es seccionado y el estómago se reconstruye uniendo el intestino seccionado con el estómago recién formado, el remanente de intestino delgado da la forma de “Y” (Mechanick et al., 2008). La figura 1 muestra el mecanismo del bypass gástrico.

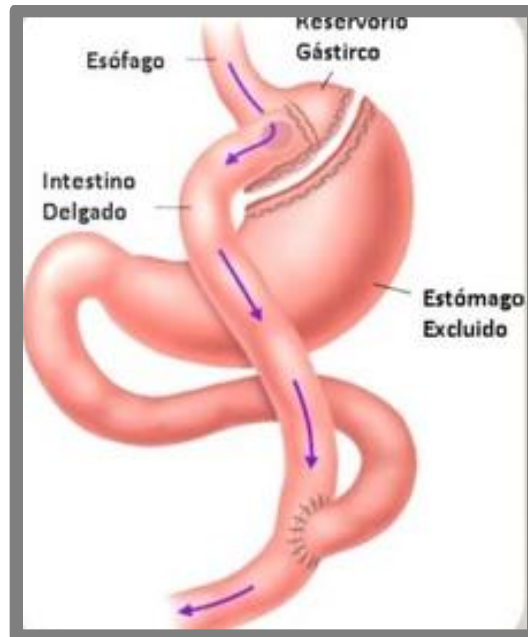


Figura 1. Imagen de las modificaciones del estómago e intestino como consecuencia del bypass gástrico en Y de Roux.

Con la técnica de bypass gástrico en Y de Roux se logran pérdidas de peso entre el 60 y 80% a los 5 años después de la cirugía, con un porcentaje de complicaciones inmediatas entre el 1% al 4%, tales como fugas, infecciones, sangrado o coágulos de sangre. Las complicaciones a largo plazo del bypass gástrico son evidentes entre un 12% a 26% de los pacientes y son problemas tales como anemia de vitamina B₁₂ y deficiencia de hierro y calcio, úlceras intestinales y

síndrome de dumping. Las consecuencias de estos déficits derivan en una mala calidad de vida para el paciente, por lo que es preciso que se mantenga un seguimiento médico para que se proporcione el tratamiento adecuado a los problemas que se puedan presentar una vez realizada la cirugía (Mechanick et al., 2008).

Por último, el bypass gástrico presenta una mortalidad global del 1%. Cabe mencionar que a través de esta técnica, como consecuencia del cambio metabólico que implica la operación, se ha observado un mejor control de la diabetes mellitus a medio plazo en un 85% de los casos. También por el efecto de la disminución de la grasa colateralmente mejoran los parámetros del síndrome metabólico aunque en menor medida (Rodríguez & Vega, 2006; Mechanick et al., 2008).

- Manga Gástrica.

La manga gástrica es un procedimiento únicamente restrictivo, que consiste en el corte longitudinal del estómago quitando la parte más ancha del mismo y dejando un delgado tubo o manga; como resultado el estómago queda más pequeño lo que favorece la saciedad temprana (ver figura 2). Esto se debe a que al quitar el fondo del estómago se suprime la producción de la hormona que controla el apetito (Ghrelina). La capacidad de este procedimiento no supera el 50% de pérdida del exceso de peso en 5 años (Mechanick et al., 2008).

Actualmente, para los dos procedimientos bariátricos, la cirugía se lleva a cabo vía laparoscopia, es decir, sin abrir el abdomen y mediante 5 incisiones de 1 cm, en las cuales se introducen los instrumentos de corte y la cámara que guía a los cirujanos durante el procedimiento. Las ventajas de llevar a cabo una cirugía por laparoscopia son: menores complicaciones en la herida, menos dolor postoperatorio, estancia hospitalaria más breve y una mejor recuperación (Mechanick et al., 2008).



Figura 2. Corte del estómago para generar la manga gástrica.

- Balón intragástrico.

El balón intragástrico es un procedimiento no quirúrgico indicado para el tratamiento temporal de la obesidad (ver figura 3). Es un globo de silicona con capacidad de entre 400 a 900 cc aproximadamente. El objetivo en el uso de este procedimiento es lograr una ocupación parcial del estómago y crear así una sensación de saciedad precoz, disminuyendo por lo tanto el apetito e ingestión de alimentos de la persona; su mecanismo restrictivo está relacionado con una distensión en la pared gástrica antral, así como de un marcado enlentecimiento del vaciado gástrico. Este dispositivo se introduce en el estómago mediante técnica endoscópica, una vez en el estómago se rellena con una solución salina y se deja flotando libremente en la cavidad gástrica, la duración del balón en la cavidad gástrica es de 6 meses, debido a que el material se va degenerando y después de ese período comienza a desinflarse. Este procedimiento presenta, por lo tanto, menos riesgo que la cirugía bariátrica, con pérdidas de peso entre 20 y 24 kg en los 6 meses de uso.

Para el uso del balón intragástrico, se contemplan las siguientes indicaciones: reducir el peso que permite disminuir los riesgos de la intervención

quirúrgica; tratamiento temporal y complementario de la terapéutica médica en pacientes con obesidad grado III, personas altamente motivadas que no son candidatos para la cirugía, y obesidad grado I y II con comorbilidades significativas. Algunas complicaciones son inherentes al estudio endoscópico, como presentar reacción adversa a la sedación o anestesia local, disconfort abdominal por distensión secundaria a la insuflación de aire dentro cavidad gástrica, broncoaspiración, paro cardiorespiratorio, lesión tracto digestivo y/o perforación, náuseas, vómitos y dolor abdominal (Mazure et al., 2009; Dias, 2009).

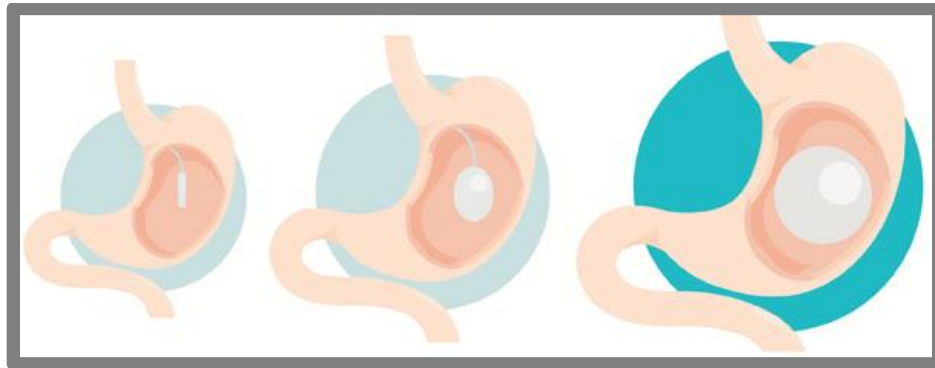


Figura 3. Procedimiento de colocación de balón intragástrico.

2.1.4 Criterios de selección de pacientes.

Con base en las guías clínicas nacionales e internacionales, los criterios a considerar para que una persona con obesidad severa sea candidata a la cirugía bariátrica son (Barrera et al., 2009):

- Personas entre 18 y 55 años.
- Índice de masa corporal (IMC) mayor a 40 kg/m^2 o 35 kg/m^2 asociado a una comorbilidad mayor (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, apnea del sueño, dislipidemia y/o enfermedad articular).
- Haber intentado otros métodos anteriormente para perder peso.
- Estar decididos a someterse a un procedimiento quirúrgico.
- Saber que no se trata de una cirugía "estética".

- Tener disposición para permanecer en el programa de 3 a 6 meses antes de la cirugía y vitalicio en seguimiento post-quirúrgico.
- Estar consciente de la necesidad de dedicar un presupuesto específico para gastos de alimentación (dieta especial, suplementos alimenticios, vitaminas), transporte, medicamentos, ejercicio, consultas y estudios, antes y después de la cirugía.
- Comprender y someterse a una evaluación médica y psicológica antes y después de la cirugía.
- Las mujeres en edad fértil deben estar de acuerdo en evitar el embarazo durante al menos un año posterior a la cirugía.
- Compromiso para adherirse a un programa de control y seguimiento nutricional y psicológico.
- Estar dispuestos a un verdadero cambio de vida.

Cabe resaltar que las guías clínicas, no especifican claramente criterios sobre la selección de un perfil psicoafectivo del paciente, no obstante si se recomienda realizar evaluaciones formales con la finalidad de determinar el estado psicológico del paciente. Esto de debido a que con mayor frecuencia los pacientes con obesidad severa, experimentan elevado síntomas de depresión y ansiedad, menor calidad de vida, insatisfacción con su imagen corporal y problemas sexuales y de pareja (Barrera et al., 2009). Así mismo, autores como Walfish, Vance y Fabricatore en 2007, examinaron las razones por las que se puede negar o retardar el procedimiento quirúrgico a un paciente, las razones principales son: psicopatología significativa incluyendo psicosis o trastorno afectivo bipolar, depresión no tratada, actual abuso de sustancias (alcohol, tabaco o drogas), trastorno de personalidad severo, déficits intelectuales (demencia, retraso mental, trastornos de la memoria, la lesión en la cabeza, bajo coeficiente intelectual) y trastornos alimenticios (anorexia y bulimia).

2.1.5 Equipo multidisciplinario – áreas de especialidad de la Clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

Como se comentó en el objetivo, la clínica de obesidad y cirugía bariátrica está integrada de especialistas en el área de la salud, que ofrecen atención y tratamiento al paciente con obesidad severa. El proceso de tratamiento que sigue es el siguiente (ver la figura 4.)

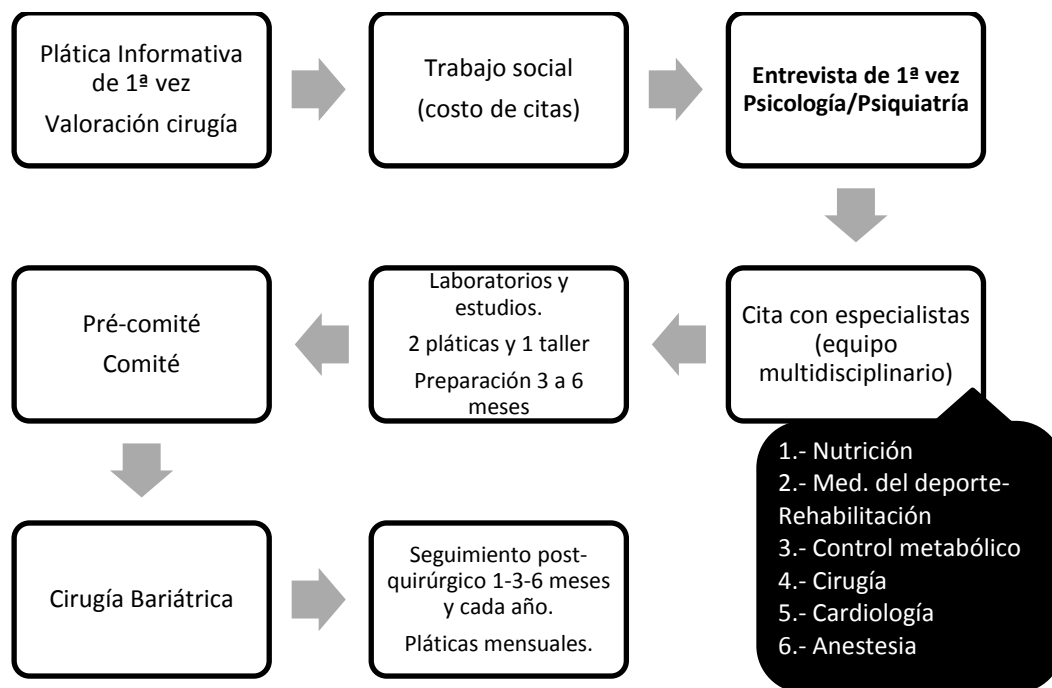


Figura 4. Proceso de atención a pacientes con obesidad severa en la clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

Como se observa, el proceso inicia con una plática de primer contacto con el paciente interesado en integrarse al programa, el objetivo de la plática es ofrecer información general del manejo y tratamiento dentro de la clínica; después de la plática los pacientes son valorados de manera gratuita por un cirujano quien les realiza una entrevista, les da las opciones de tratamiento al paciente y firma carta de “consentimiento informado”. Una vez que el paciente tiene la información y toma la decisión de integrarse al programa, pasa a Trabajo Social del hospital para tramitar apertura de expediente clínico el cual tiene un costo de \$120.00.

En cuanto el paciente haya realizado el trámite anterior, solicita cita para evaluación inicial con el área de psicología. El primer paso dentro de cualquier tratamiento para la obesidad severa es una evaluación psicológica y psiquiátrica con la finalidad de identificar factores que pudieran tener influencia significativa (positiva o negativa) en el apego del tratamiento y en el proceso de cambio en el estilo de vida; esta valoración consta de dos entrevistas y aplicación de instrumentos en las que se detallan: la información sociodemográfica; conductas del paciente (los intentos previos por bajar de peso, hábitos de alimentación, atracones, comer en exceso, picar alimentos, síndrome de comedor nocturno, actividad física y ejercicio, uso de sustancias, conductas impulsivas y compulsivas de riesgo relacionadas con la salud); funcionamiento cognitivo (conocimiento sobre obesidad y procedimientos quirúrgicos); habilidades de enfrentamiento y manejo emocional (ingesta emocional y recreativa); historia de cómo se ha desarrollado el problema de peso; situación actual del paciente en cuanto a nivel de estrés, utilización de apoyo social y familiar; la motivación; las expectativas, así como los factores psicológicos (síntomas de depresión y ansiedad, calidad de vida) y psiquiátricos (trastorno por atracón, TDAH, etc.) de los pacientes actuales y pasados (Agnieszka et al., 2006; LeMont, Moorehead, Parish, Reto & Ritz, 2004).

La valoración psicológica inicial cumple dos principales objetivos: 1) determinar los posibles retos post-operatorios y la facilitación de los cambios de comportamiento que puedan mejorar el control de peso a largo plazo, 2) identificar probables contraindicaciones absolutas para la intervención quirúrgica, como el abuso de sustancias, depresión grave o mal controlada, tendencias suicidas, enfermedad psicótica (como la esquizofrenia) u otra enfermedad psiquiátrica grave. Otros ejemplos, son las alteraciones en la personalidad y comportamiento alimentario, como se comentó con anterioridad (Walfish et al., 2007; Barrera et al., 2009; Mechanick et al., 2008).

Una vez que se realiza la valoración inicial, con base en la información obtenida, estos son los posibles resultados (Collins & Bentz, 2009):

- *Contraindicación absoluta:* Pacientes que presentaron trastornos afectivos (episodio depresivo grave, riesgo suicida, bulimia, anorexia, alcoholismo), psicóticos (esquizofrenia) y/o de personalidad (trastorno límite de personalidad). Factores psiquiátricos relacionados con un mal pronóstico con respecto a la cirugía bariátrica y por lo cual son referidos a otras instituciones para su atención (Segal, Telles & Azevedo, 2002). Un estudio de los resultados de las evaluaciones psicológicas de los candidatos a cirugía bariátrica mostró que la mayoría (81,5%) de los pacientes no tienen contradicciones psicológicas para la cirugía (Collins & Bentz, 2009).
- *Psicoterapia más psiquiatría:* Pacientes que presentaron trastornos afectivos (trastorno de ansiedad generalizado, episodio depresivo, trastorno por atracón) que comprometen el pronóstico de los pacientes durante y después de proceso para cirugía bariátrica y por lo cual requiere de tratamiento tanto por psiquiatría como por psicología.
- *Psicoterapia:* Pacientes con presencia de factores psicológicos (síntomas de depresión, síntomas de ansiedad, ingesta emocional o recreativa), sin trastornos psiquiátricos que comprometan el pronóstico del paciente. En este caso, es necesario tratamiento psicológico antes de la cirugía.
- *Fase de preparación individual:* Aquellos pacientes que no presentaron contraindicación psicológica para la cirugía, es decir, no presentaron factores psiquiátricos, ni psicológicos, únicamente requieren preparación para el cambio en su estilo de vida. Se considera preparación individual cuando las características de personalidad del paciente (como la timidez) no permiten un adecuado desenvolvimiento en grupo, así también si los horarios del paciente no están disponibles.
- *Fase de preparación grupal:* Pacientes que no presentaron factores psicológicos, ni psiquiátricos en la evaluación inicial o ya han disminuido estos factores debido a la atención psicológica / psiquiátrica, en este caso, de manera grupal, los pacientes asisten a sesión con la finalidad de prepararse en estrategias cognitivo-conductuales que permitan el cambio

en su estilo de vida, adicional esta modalidad permite la interacción entre los pacientes (McVay & Friedman, 2012).

Después de la evaluación inicial psicológica, se abre cita con el resto de los especialistas (nutrición, medicina del deporte-rehabilitación, control metabólico, cardiología, anestesia, cirugía bariátrica, psiquiatría y psicología). El paciente tiene citas de manera regular con cada especialista durante el proceso pre-quirúrgico, el objetivo principal es preparar al paciente para el procedimiento quirúrgico evaluando, dando tratamiento y principalmente ayudándolo en el cambio de estilo de vida, que permita tener un mejor pronóstico post-operatorio.

Cada especialidad establece metas específicas con el paciente, que al ser cumplidas se propone a pre-comité (una pre-evaluación de los avances del paciente) y a comité. En comité se reúnen los especialistas para analizar cada caso con la finalidad de determinar si el paciente ya está listo para el procedimiento quirúrgico. En caso de ser candidato (cumplir con las metas establecidas en cada área), el paciente es valorado por el cardiólogo y la anestesista, después se programa la operación.

Posterior a la cirugía, el paciente continúa siendo monitoreado con cada uno de los especialistas que integran la clínica, las citas son al mes, tres y seis meses después de la misma. El objetivo de las revisiones es prevenir y/o identificar complicaciones post-quirúrgicas (médicas, nutricias o psicológicas), así como de apoyar al paciente en su proceso de adaptación en cuanto a la alimentación, cambios fisiológicos, imagen corporal, entre otros.

A continuación se especifican los objetivos de cada especialidad que conforma el equipo multidisciplinario en la Clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

- Cirugía Bariátrica.

En el área de cirugía se realizan valoraciones al paciente con la finalidad de determinar si es candidato a los procedimientos ofrecidos en la clínica. Se brinda información necesaria sobre las metas, riesgos de la cirugía y de los mecanismos

por los cuales el procedimiento produce pérdida de peso. Se genera una historia clínica completa y una valoración de riesgos quirúrgicos en cada paciente. El objetivo principal es llevar a cabo el procedimiento quirúrgico determinado para el paciente y disminuir los riesgo peri y post-operatorios (Mechanick et al., 2008).

- Psicología – Psiquiatría.

Para que la cirugía bariátrica tenga éxito es importante que el paciente modifique y realice cambios significativos en su estilo de vida, tales como el apego a planes nutricionales y de ejercicio, así como la adquisición de nuevas estrategias para el manejo emocional. Derivado de todo esto, una evaluación psicosocial del comportamiento que valore los factores ambientales, familiares y de conducta, debe ser considerada en los pacientes antes de la cirugía bariátrica.

Los objetivos del área son:

- Detectar y dar tratamiento a psicopatologías que pudieran afectar el apego al tratamiento como la depresión, ansiedad, adicciones y trastornos de alimentación.
- Apoyar en el proceso de preparación para la cirugía bariátrica.
- Identificar elementos que pudieran interferir con la modificación de hábitos, es decir, las barreras que impiden llevar a cabo cambios en el estilo de vida.
- Proveer herramientas que faciliten la modificación de estilo de vida.
- Apoyar al paciente en el proceso de adaptación post-quirúrgico.
- En el caso de psiquiatría, indicar tratamiento farmacológico para el manejo de trastornos psiquiátricos.

El apoyo otorgado al paciente, se realiza a través de psicoterapia con base en la terapia cognitivo-conductual (TCC), debido a que ha demostrado favorecer la modificación del estilo de vida, generar cambios en los factores psicosociales que tienen influencia en los resultados de cirugía bariátrica, y por lo tanto, puede impactar en la pérdida de peso y el funcionamiento psicosocial de los pacientes (Cassin et al., 2012).

La terapia tiene como objetivo proporcionar al paciente habilidades de enfrentamiento para manejar las situaciones que conllevan a la mala alimentación y falta de ejercicio; estas estrategias también están dirigidas a identificar y modificar los patrones de pensamiento aversivos y los estados de ánimo que favorecen la pérdida de peso. El tratamiento también proporciona la motivación esencial para mantener la adherencia a un estilo de vida más saludable una vez que el entusiasmo inicial por el programa ha disminuido (Shaw, O'Rourke, Del Mar & Kenardy, 2006). Shaw y sus colegas informaron de los resultados colectivos de dos estudios en el que probaran intervenciones psicológicas para el tratamiento de peso y concluyeron que la TCC, cuando se añade a las intervenciones de dieta y ejercicio, producen pérdidas de peso superiores (7,3 kg) que únicamente la dieta y el ejercicio (2,4 kg).

Las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas incluyen: psicoeducación, automonitoreo, control de estímulos, solución de problemas, técnicas de relajación, manejo de estrés, técnicas de autocontrol, reestructuración cognitiva (por ejemplo, ayudar a los pacientes a generar objetivos de pérdida de peso más realista, modificación de pensamientos de evitación), prevención de recaídas y entrenamiento en habilidades sociales (Collins & Bentz, 2009). Otras terapias empleadas en la psicoterapia son la terapia cognitiva, entrevista motivacional, terapia de aceptación y compromiso, mindfulness, terapia dialéctica conductual, psicoterapia interpersonal (Taylor, Stonehocker, Steele & Sharma, 2012).

En conjunto con el área de psiquiatría, se trabajan las psicopatologías presentadas por los pacientes, como se comentó anteriormente, dependiendo de la valoración inicial, se contempla el apoyo de tratamiento farmacológico. Las citas con psicología y psiquiátrica en promedio se establecen de manera quincenal.

- Nutrición.

La finalidad es dar seguimiento al paciente pre y post-quirúrgico en cuanto al establecimiento de un plan de tratamiento nutricio el cual debe incluir:

- Realizar una evaluación del estado nutricional actual y previo, patrones de alimentación, empleo de medicina alternativa, número y tipo de dietas empleadas.
- Plantear objetivos de tratamiento en cada consulta dependiendo del o de los diagnósticos nutricios.
- Incluir un plan de alimentación con recomendaciones sobre el consumo de energía (gramos de proteína, grasas e hidratos de carbono).
- Aportar estrategias que ayuden al paciente al cumplir el objetivo de tratamiento.
- Ofrecer material educativo el cual se revisa durante la consulta con la nutrióloga, además de una serie de pláticas y talleres.
- Establecer metas nutricionales realizables a corto, mediano y/o largo plazo.

Las citas con el área de Nutrición se generalmente se llevan a cabo de manera mensual, con la finalidad de monitorear los cambios y adaptación al plan de alimentación del paciente.

- Medicina del deporte – Rehabilitación.

El objetivo en esta área es la prescripción de ejercicio, entrenamiento y deporte adecuado para los pacientes con obesidad severa con la finalidad de prevenir, tratar, rehabilitar, mantener el estado de salud y evitar cualquier daño relacionado con la falta de ejercicio físico. Las valoraciones en esta área se realizan de manera mensual.

- Cardiología.

En esta área se realiza una evaluación y manejo de las comorbilidades que aumentan el riesgo cardiovascular de los pacientes con obesidad severa, tales como la enfermedad aterosclerótica, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial sistémica, hipertensión pulmonar (relacionada con la apnea del sueño e hipoventilación), arritmias cardíacas (principalmente fibrilación auricular) y trombosis venosa profunda (Barrera et al., 2009; Mechanick et al., 2008). La valoración de cardiología sólo se realiza una vez (dos o más ocasiones en caso de

requerir una valoración adicional, el cual depende de las comorbilidades físicas del paciente), cercano a la cirugía bariátrica.

- Anestesiología.

El objetivo principal de esta área es disminuir la morbilidad y mortalidad de los pacientes que serán sometidos a la cirugía. Para esto se requiere hacer investigación acerca de los problemas relacionados con la vía aérea, historia de apnea obstructiva del sueño, reflujo gastroesofágico, alteraciones anatómicas del cuello (por ejemplo tener el cuello corto), faringe y tórax que dificulten una intubación traqueal (Mechanick et al., 2008).

- Control Metabólico.

El objetivo del área es monitorear el control glucémico pre-operatorio y los ajustes necesarios con las modificaciones metabólicas que ocurren en el seguimiento post- operatorio, se solicitan estudios de laboratorio y gabinete para reconocer alteraciones o condiciones que afecten al manejo pre-operatorio, se requiere de biometría hemática completa, glucosa plasmática en ayuno, hemoglobina glucosilada, pruebas de función hepática, tiempos de coagulación, electrolitos séricos, perfil de lípidos completo. En pacientes con síntomas de apnea obstructiva del sueño se sugiere solicitar polisomnografía (Barrera et al., 2009). En los pacientes con sospecha o diagnóstico de disfunción tiroidea debe solicitarse perfil tiroideo y de requerirse iniciar tratamiento específico antes de la cirugía. Dependiendo del estado metabólico del paciente, las citas se establecen de manera quincenal o mensual.

2.1.6 Ejemplo de Caso clínico.

A continuación se presenta un caso clínico que ejemplifica la forma de trabajo del equipo multidisciplinario de la clínica de obesidad y cirugía bariátrica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

- Identificación del paciente y motivo de consulta.

Mujer de 23 años de edad, soltera, con licenciatura trunca en Pedagogía, trabaja como educadora de Cendi, reside en Chalco, Edo. De México. Ingresa a tratamiento para control de peso en la clínica de obesidad y cirugía bariátrica el 18 de julio de 2013, con un peso de 181.00 kg, talla 1.66 cm y un IMC de 65.81. Su motivación para asistir al programa es bajar de peso a través de cirugía bariátrica, comenta: “Para mí es empezar a vivir, he sufrido de discriminación en el trabajo, me canso rápido, no puedo hacer muchas cosas”.

- Instrumentos de evaluación.
 - Entrevista clínica.
 - Entrevista semiestructurada MINI.
 - Inventario de depresión de Beck (IDB).
 - Inventario de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3).
 - Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa).
 - Escala de factores asociados a trastornos de la alimentación (EFRATA).
 - Escala de Autoreporte del TDAH para adulto.
- Resultados de la evaluación y diagnósticos identificados.

Tabla 1.

Resultados de la evaluación inicial de la paciente.

Variables Evaluadas	Resultados
Síntomas de depresión (IDB)	Moderado
Sensibilidad a la ansiedad (ASI-3)	Severo
Calidad de vida (InCaViSa)	Mala
Factores asociados a TCA (EFRATA)	Conducta alimentaria compulsiva
TDAH	Sí presenta
Padecimientos médicos	Psicológicos – Psiquiátricos
Obesidad grado IV	Episodio depresivo mayor
Dislipidemia	Trastorno de Ansiedad Generalizada
Resistencia a la insulina	Trastorno por atracón
Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño	TDAH
Hipertensión arterial	Ingesta emocional y recreativa
Dermatitis localizada bilateral en abdomen	

Como se observa en la tabla 1, la paciente presentó diagnósticos psicológicos, psiquiátricos y médicos de importancia que requieren atención antes de someterse a la cirugía bariátrica. En el caso del área de psicología, la paciente ingresa en la fase de psiquiatría más psicoterapia.

- Formulación clínica del caso y diseño de tratamiento: Mapa clínico de patogénesis y Mapa de alcance de metas.

Con base en el enfoque de Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo (2006) se generaron, la formulación clínica de caso y el plan de tratamiento, los cuales se muestran en las figuras 5 y 6.

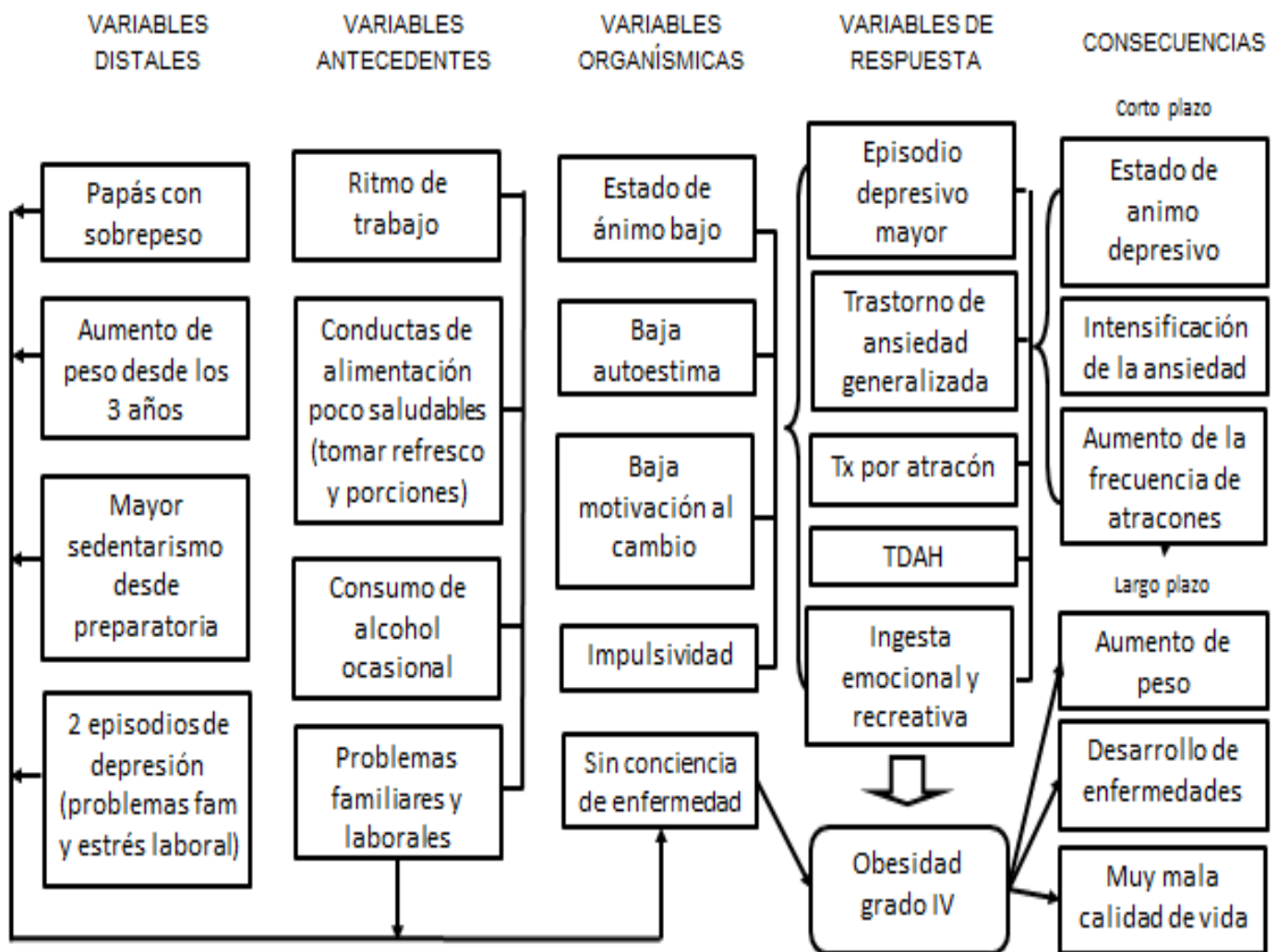


Figura 5. Mapa clínico de patogénesis de la paciente.

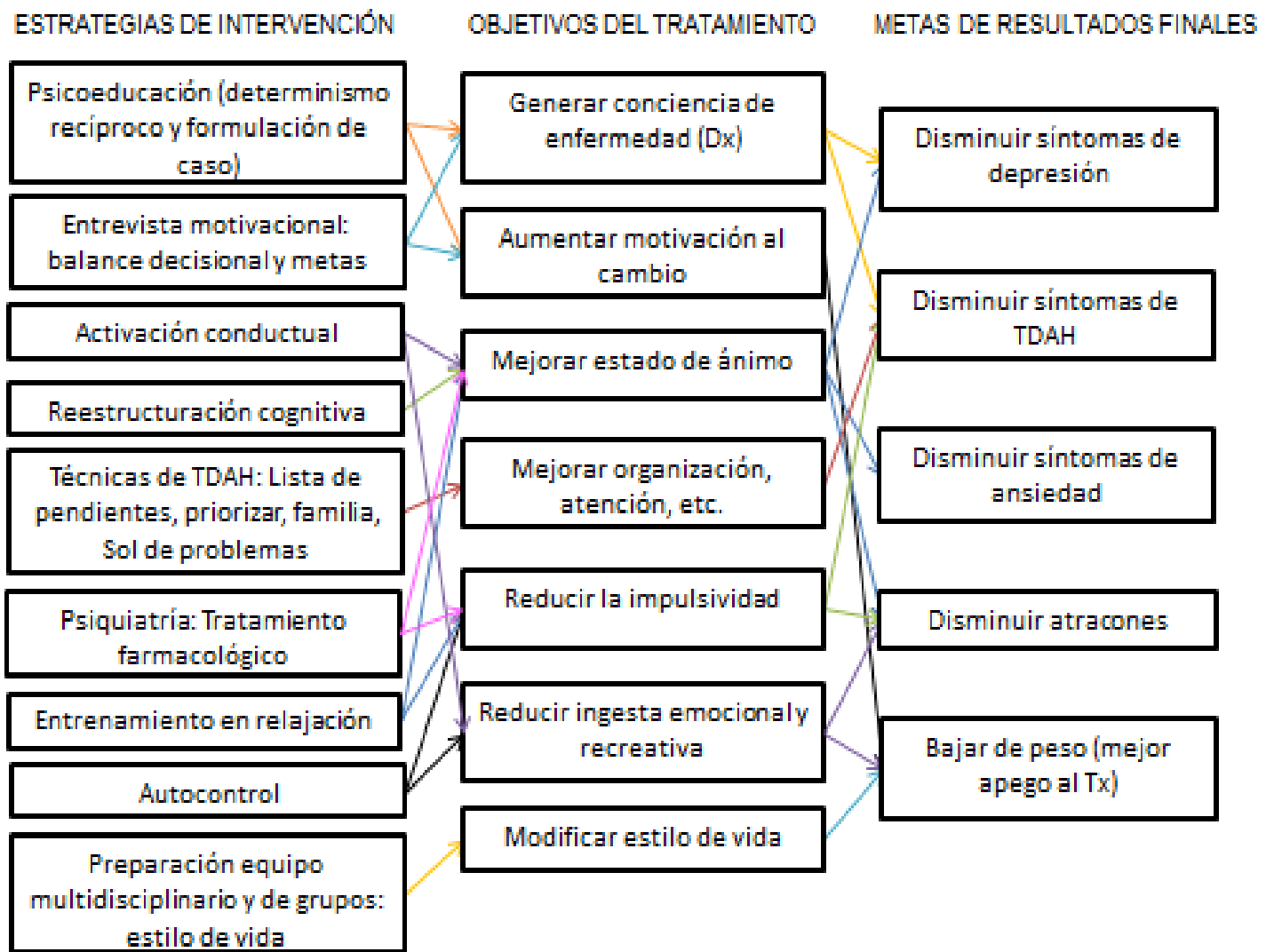


Figura 6. Mapa de alcance de metas de la paciente.

- Tratamiento multidisciplinario para cirugía bariátrica.

En la siguiente tabla (ver tabla 2), se muestran las sesiones asistidas por la paciente en cada una de las áreas que contempla la clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

Tabla 2.

Tratamiento multidisciplinario para preparación pre-quirúrgica.

Área	Fecha	Observaciones	Peso (kg)
Psicología	18-06-13	Evaluación inicial y aplicación de instrumentos.	181.000
Nutrición	24-06-13	Historia clínica nutricional.	181.000
Psicología	05-08-13	Psicoeducación. Determinismo recíproco y explicación de formulación de caso.	180.600
Psicología	10-09-13	Activación conductual.	180.500
Control metabólico	10-09-13	Evaluación e identificación de diagnóstico con pruebas de laboratorio.	180.500
Psiquiatría	18-09-13	Evaluación e identificación de diagnósticos.	180.000
Cirugía bariátrica	19-09-13	Primera valoración. Solicitud de pruebas.	180.000
Nutrición	23-09-13	Seguimiento. Cambio de plan nutricional y establecimiento de metas.	178.700
Psicología	23-09-13	Técnicas TDAH (Lista de pendientes y priorizar).	178.700
Medicina del deporte - Rehabilitación	10-10-13	Evaluación inicial. Pruebas de resistencia.	178.00
Psicología	23-10-13	Técnicas de TDAH (entrevista familia).	180.300
Control metabólico	30-10-13	Seguimiento.	181.000
Nutrición	06-11-13	Seguimiento.	181.000
Psicología	06-11-13	Técnicas de TDAH (Solución de problemas).	181.000
Cirugía bariátrica	07-11-13	Seguimiento.	181.000
Psicología	26-11-13	Reestructuración cognitiva.	180.400
Cirugía bariátrica	13-12-13	Seguimiento.	180.200
Cardiología	03-03-14	Primera valoración.	185.900
Psiquiatría	04-03-14	Seguimiento- Fluoxetina y Topiramato.	185.900
Psicología	04-03-14	Reestructuración cognitiva.	185.900
Nutrición	04-03-14	Seguimiento.	185.900
Psicología	18-03-14	Técnicas de Autocontrol.	182.000
Control metabólico	18-03-14	Seguimiento.	182.000
Psiquiatría	02-04-14	Seguimiento- Fluoxetina y Topiramato.	180.000
Medicina del deporte - Rehabilitación	07-04-14	Seguimiento.	180.000

Control metabólico	08-04-14	Seguimiento: Metformina, Atorvastatina, Losartán.	180.000
Cirugía bariátrica	10-04-14	Seguimiento.	179.100
Psicología	22-04-14	Entrenamiento en relajación.	177.100
Psicología	09-05-14	Entrevista motivacional.	176.500
Psicología grupo	14-05-14	Psicoeducación en obesidad	176.400
	21-05-14	Entrevista motivacional	176.000
	28-05-14	Solución de problemas	175.900
	04-06-14	Manejo de estrés y autocontrol	176.000
	11-06-14	Reestructuración cognitiva	175.500
Medicina del deporte - Rehabilitación	11-06-14	Seguimiento.	175.500
Psiquiatría	11-06-14	Seguimiento. Trastornos en remisión.	175.500
Pre-comité	23-06-14	Valoración de requisitos para comité. Falta valoración de anestesia y estimación de riesgo de cardiología.	175.100
Psiquiatría	24-06-14	Seguimiento. Trastornos en remisión.	175.100
Anestesiología	07-07-14	Evaluación pre-anestésica.	175.000
Cardiología	07-07-14	Determinación de riesgo quirúrgico II.	175.000
Pre-comité	07-07-14	Cuenta con todos los requisitos se envía a comité.	175.000
Psicología	07-07-14	Cuestionario de conocimientos de cirugía bariátrica.	175.000
Control Metabólico	15-07-14	Seguimiento.	174.800
Comité	17-07-14	-Cirugía con protocolo completo -Psicología-psiquiatría actualmente sin contraindicaciones -Nutrición con pérdida insuficiente de peso, sin contraindicación. -Cardiología riesgo grado II. -Medicina del deporte-rehabilitación. Sin contraindicaciones. Se programa para bypass gástrico.	174.800
Intervención quirúrgica	20-08-14	Sin complicaciones durante la cirugía. Buena evolución.	172.000

Como se observa en la tabla 2, la paciente estuvo en preparación pre-quirúrgica durante un año un mes aproximadamente. En el área de psicología, la paciente asistió a 11 sesiones de psicoterapia en la que se trabajó con

psicoeducación, activación conductual, técnicas cognitivo conductuales para manejar los síntomas de TDAH, reestructuración cognitiva, técnicas de autocontrol, entrenamiento en relajación y entrevista motivacional; todas con la finalidad de abordar los trastornos psicológicos y psiquiátricos identificados en la evaluación inicial. Una vez que estos trastornos se mantuvieron en remisión, la paciente inició preparación grupal (que consta de 5 sesiones) para técnicas cognitivo conductuales enfocadas en la modificación de estilo de vida. Con el apoyo del tratamiento farmacológico (específicamente Fluoxetina y Topiramato), la paciente también acudió al área de psiquiatría en cinco ocasiones.

Con respecto, a las demás áreas, se puede observar en la tabla 2, que las citas fueron periódicas, de esta forma la paciente acudió al área de nutrición y cirugía bariátrica en cuatro ocasiones (con espacio de un mes entre cada cita), control metabólico en cinco ocasiones, medicina del deporte-rehabilitación 3 veces, cardiología en dos ocasiones, anestesia una vez, pre-comité 2 veces y comité una vez. Todas con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados.

En comité (reunión de todos los especialistas para discutir si la paciente ya estaba lista para el procedimiento quirúrgico), se determinó que a pesar de obtener una pérdida de peso insuficiente, la paciente podría ya realizarse la cirugía bariátrica, la cual se llevó a cabo sin complicaciones quirúrgicas.

- Discusión.

El papel de un equipo multidisciplinario en la pérdida de peso, permite que de manera integral se trabajen todos los factores determinantes en la obesidad, en este sentido, y con el ejemplo clínico presentado, se puede ver como cada especialista trabajó con la paciente otorgando información y herramientas que le permitan manejar sus trastornos emocionales, nutricios y médicos, todo encaminado a mejorar el estilo de vida de la paciente.

2.2 Aspectos cognitivo-conductuales y afectivos de la obesidad.

La obesidad, según Collins y Bentz (2009), por lo general tiene su base en la combinación de atributos ambientales, psicosociales y genéticos o biológicos. Un factor importante en el desarrollo de la obesidad está relacionado con aspectos psicológicos, así las personas que sufren de algún problema afectivo (por ejemplo, depresión, ansiedad y trastornos de la alimentación) pueden tener más dificultad para controlar su consumo de alimentos, la regulación de ejercicio adecuado y el mantenimiento de un peso saludable.

Otros factores que impactan en la motivación y persistencia de las conductas antes mencionadas son la historia de fracasos en el logro de las metas establecidas en el control de peso, debido a que estos intentos fallidos traen como consecuencia el desánimo, la frustración, la desesperanza y desamparo aprendido acerca de la perspectiva de perder peso en el futuro por su cuenta, está es la razón por la que muchas personas buscan la cirugía bariátrica como opción para bajar de peso de manera significativa. También la insatisfacción con el peso logrado, tendencia a juzgar la autoestima en términos del peso y la figura, la falta de monitoreo con respecto al peso, un estilo de pensamiento dicotómico, sobregeneralización, abstracción selectiva, personalización y la tendencia a usar el alimento como regulador emocional para evitar emociones negativas o como estrategia de enfrentamiento a los eventos adversos de la vida (Byrne, Cooper & Fairburn, 2004; Taylor et al., 2012).

Todos estos comportamientos a su vez puede ser perpetuada por los estresores psicosociales como el acoso, estigmatización y discriminación que resulta en baja autoestima, insatisfacción con la imagen corporal, trastornos de la personalidad y fobias sociales (Collins & Bentz, 2009; Mauro, Taylor, Wharton & Sharma, 2008).

Similar a otras complicaciones relacionadas con la obesidad, la salud psicológica parece empeorar con el aumento de la severidad de la obesidad. Cabe resaltar que en un 20% a 70% de las personas con obesidad que consideran la

cirugía bariátrica sufren de un trastorno psiquiátrico pasado, de los cuales el trastorno depresivo mayor es el más prominente. Pacientes que buscan la cirugía bariátrica tienen una mayor prevalencia de trastornos psicológicos en comparación con otros pacientes con obesidad que no buscan la cirugía. Un estudio encontró que el 38% de los pacientes cumplieron con los criterios de diagnóstico de al menos un trastorno afectivo, basado en el Manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales (DSM-IV-TR, 2002). Así trastornos del eje I, específicamente trastornos de ansiedad (18.1%), trastornos afectivos (11.6%) y trastorno por atracón (10.1%) y el 29% cumplía los criterios para el eje de uno o más trastornos en el momento de evaluación preoperatoria (Kalarchian et al., 2007; Cassin et al., 2012).

Otras conductas comunes reportadas en pacientes con obesidad severa que buscan cirugía bariátrica son la estructura desordenada de los horarios de alimentación, el picoteo de alimentos, ayunos prolongados, comer en exceso, comer en grandes cantidades (muchas veces por la noche) e ingesta emocional (Mechanick et al., 2008; Brandenburg & Kotlowski, 2005). Estas conductas son la base en el desarrollo de trastornos como el atracón, el cual aproximadamente es presentado por el 2% de la población general y entre el 10% y 25% de la población con obesidad que se somete a una cirugía bariátrica. Otro es el síndrome de comedor nocturno y el cual puede conducir al aumento de peso significativo, éste se caracteriza por el consumo excesivo por la noche (> 35% de las calorías diarias después de la cena), anorexia matutina (falta de alimento por la mañana), insomnio y angustia. El síndrome de comedor nocturno se produce en aproximadamente el 1% de la población general y se estima que se presenta en el 5% al 20% de la población bariátrica (Collins & Bentz, 2009).

Estudios recientes también sugieren que el trastorno por déficit de atención puede ser común entre los pacientes con obesidad. La falta de control de los impulsos puede hacer que sea difícil para los pacientes a que se adhieran a los planes de comida o medicamentos. Los pacientes con trastornos de la alimentación activa, abuso de sustancias o problemas de personalidad que

pueden interferir con la gestión de la obesidad deben ser enviados a intervenciones específicas antes de comenzar un programa de manejo de la obesidad (Mauro et al., 2008).

Los trastornos psiquiátricos en pacientes que buscan cirugía bariátrica pueden estar asociados con los patrones rígidos de comportamiento y pensamientos lo cual afecta su capacidad de hacer cambios pre y postoperatorios de estilo de vida (Lier, Biringer, Stubhaug, Eriksen & Tangen, 2011).

Por estos motivos, la intervención multidisciplinaria para el tratamiento de la obesidad mediante los cambios de estilo de vida y cirugía bariátrica con el apoyo de consultas periódicas por parte de un grupo de especialistas en obesidad (médico, nutriólogo, rehabilitador físico, psicólogo, psiquiatra) parece ser el tratamiento más eficaz para lograr la pérdida de peso sostenida, incluyendo la mejora de la calidad de vida y el control de comorbilidades (Lier et al., 2011).

REPORTE DE ACTIVIDADES

A continuación se presenta el reporte de las actividades llevadas a cabo durante la estancia en el Programa de Atención a los pacientes que se sometieron a una cirugía bariátrica en la Clínica de obesidad y cirugía bariátrica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

3.1 Número de Consultas.

Durante la estancia en la Clínica de obesidad y cirugía bariátrica, se brindaron 559 consultas de aproximadamente 60 min cada una, a un total de 176 pacientes; como co-terapeuta se apoyó en 16 consultas y como supervisora de los residentes en Medicina Conductual en 6 consultas. También se dieron sesiones de terapia grupal para preparar a los pacientes en la modificación de estilo de vida antes de la cirugía bariátrica. En total se participó en 8 sesiones de grupo conteniendo entre 6 y 11 pacientes cada grupo y con un total de sesiones: 40 de 2 horas cada una. Además se brindaron sesiones de relajación pre-quirúrgica (duración aproximada de 30 min) a 20 pacientes el día que se internaron para cirugía. Así como de la visita a piso de 53 pacientes para seguimiento intrahospitalario.

3.2 Descripción de pacientes e intervenciones.

Durante la estancia en la clínica de obesidad y cirugía bariátrica, se atendieron a un total de 176 pacientes, con una edad promedio de 37.17 años (edad mínima de 18 años, edad máxima 64 años, con una moda de 37) IMC promedio de 44.89; el 18% de los pacientes fueron hombres y 82% mujeres. Del total de pacientes el 66% fueron de primera vez, 20% fueron pacientes subsecuentes y 14% pacientes postquirúrgicos (ver figura 7).

De los pacientes subsecuentes y de primera vez, 16 pacientes fueron referidos a otra institución para atención psicológica - psiquiátrica. El resto de los pacientes (160) se atendieron en la clínica.

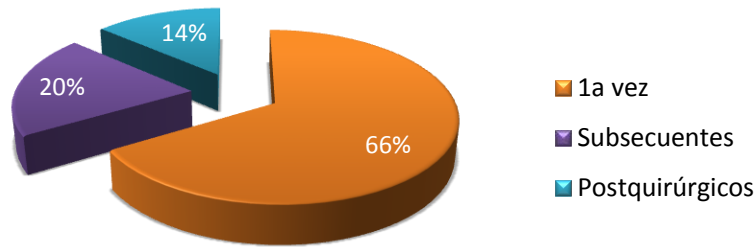


Figura 7. Porcentaje de pacientes atendidos durante la residencia en clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

Como se observa en la tabla 3, con base en los diagnósticos identificados en la evaluación inicial realizada por el área de psicología, se trabajó sólo en psicoterapia o psicoterapia más el apoyo del área de psiquiatría. También la tabla 3 especifica los diagnósticos y técnicas de intervención:

Tabla 3.

Diagnósticos (según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002) y técnicas de intervención empleadas en atención a pacientes con obesidad severa.

Diagnósticos psicológicos/psiquiátricos	Número de pacientes	Técnicas de intervención
Psicoterapia		
Síntomas de depresión	15	- Activación conductual - Reestructuración cognitiva
Síntomas de ansiedad	21	- Técnicas de relajación - Reestructuración cognitiva - Solución de problemas
Expectativas poco realistas y baja motivación al tratamiento	7	- Psicoeducación - Entrevista motivacional - Contrato conductual - Debate socrático
Total de pacientes	35	
Psicoterapia más Psiquiatría		
Trastorno depresivo mayor	36	- Psicoeducación - Activación conductual - Reestructuración cognitiva - Ensayos conductuales

Distimia	17	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Actividades de agrado y dominio - Reestructuración cognitiva - Parada de pensamiento
Trastorno de Angustia	5	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva - Distracción - Relajación - Exposición - Autoinstrucciones
Fobia social	3	<ul style="list-style-type: none"> - Ensayos conductuales - Respiración controlada - Reestructuración cognitiva - Imaginación guiada (exposición)
Trastorno de estrés Postraumático	9	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva - Detención del pensamiento - Distracción - Solución de problemas - Autoinstrucciones
Abuso de alcohol	6	<ul style="list-style-type: none"> - Control de estímulos - Incompatibilidad de respuesta - Solución de problemas - Entrevista motivacional
Bulimia	3	<ul style="list-style-type: none"> - Automonitoreo - Psicoeducación - Reestructuración cognitiva - Incompatibilidad de respuesta - Solución de problemas - Entrevista motivacional - Ensayos conductuales
Trastorno de ansiedad Generalizada	38	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva - Solución de problemas - Automonitoreo - Control de estímulos - Técnicas de relajación
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	25	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Automonitoreo y uso de agenda - Solución de problemas - Reestructuración cognitiva
Trastorno por atracón	25	<ul style="list-style-type: none"> - Autocontrol - Automonitoreo - Técnicas de relajación - Solución de problemas
Total de pacientes	68	

A los pacientes a los que no se les detectó algún diagnóstico que tratar en psicoterapia o en psicoterapia más psiquiatría, se trabajó en la modificación de estilo de vida (individual o grupal), lo mismo se realizó con los pacientes que terminaron psicoterapia. La tabla 4 enlista las técnicas utilizadas en estos casos.

Tabla 4.

Técnicas de intervención empleadas en la modificación de estilo de vida en los pacientes con obesidad severa.

Preparación individual o grupal	Número de pacientes	Técnicas de intervención
Modificación de estilo de vida únicamente	57	- Psicoeducación - Automonitoreo - Entrevista motivacional - Solución de problemas - Autocontrol - Relajación
Modificación de estilo de vida después de psicoterapia	76	- Reestructuración cognitiva - Prevención de recaídas

Del total de pacientes atendidos (160), el 15% fueron pacientes postquirúrgicos, el 4% fueron candidatos a balón intragástrico, el 35% de los pacientes se sometieron a la cirugía bariátrica, el 38% desertó del tratamiento y el 8% continuaron con el programa.

3.3 Sesiones clínicas, de bibliografía y de investigación.

- Se participó en 28 sesiones de revisión de artículos con la colaboración del grupo de psicología de la Clínica de Obesidad; las temáticas estuvieron relacionadas con tratamiento psicológico para pacientes con obesidad.
- Se presenció la exposición de 30 sesiones de protocolos de investigación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Los cuales fueron presentados por médicos investigadores de las diferentes áreas del hospital (ginecología, medicina interna, urología, clínica de obesidad, clínica de trastornos del sueño, dermatología, entre otros).

- Se colaboró en 44 sesiones con equipo multidisciplinario (médicos, nutriólogos, rehabilitadores físicos, psiquiatra y psicólogos) para revisar casos en comité (reunión de todos los especialistas que conforman el equipo multidisciplinario de atención).
- Se participó en 55 sesiones de revisión bibliográfica (teoría y técnicas cognitivo-conductuales para el manejo de trastornos de alimentación, terapia cognitiva para manejo de obesidad y terapia dialéctica conductual para manejo de emociones) con el equipo conformado por psicólogos y psiquiatra de Clínica de Obesidad.
- Se llevaron a cabo 21 sesiones de discusión de casos clínicos con equipo de psicología/psiquiatría.
- También se llevaron a cabo en 17 sesiones de revisión de protocolos de investigación con equipo de psicología/psiquiatría.

3.4 Participación en pláticas.

- Impartición de 20 pláticas a los pacientes de primera vez para otorgar información relacionada con el manejo de la clínica, con una duración de 20 minutos, en el cual se explicaba a pacientes el funcionamiento y objetivos de la clínica.
- Se asistió a 10 pláticas grupales psicoeducativas para pacientes cada fin de mes.
- Se dieron 8 pláticas de “Estilo de vida saludable” a pacientes de clínica de obesidad.
- Se presentó el protocolo de investigación “Factores psicológicos y/o psiquiátricos presentes en pacientes desertores de protocolo de preparación para cirugía bariátrica” en las sesiones de investigación en el Hospital.
- Se trabajó en la preparación e impartición de una clase sobre “Preparación psicológica en el paciente candidato a cirugía bariátrica” en el “Curso de especialización de Cirugía Bariátrica” en la Clínica de obesidad.

- Se colaboró en la preparación y presentación como parte del equipo multidisciplinario, de un caso clínico en la primera reunión para residentes de cirugía bariátrica de clínicas del DF.

3.5 Cursos/Talleres.

- Asistencia al taller “Lectura de etiquetas y planeación de menús” del área de Nutrición de la Clínica de Obesidad, con un total de 3 horas.
- Se asistió al curso-taller “Investigación descriptiva-observacional” con la Dra. Lourdes Suárez en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en donde se tomaron 5 clases con una duración de cada 3 horas cada una, con un total de 15 horas. El objetivo fue desarrollar un protocolo de investigación y aprender la metodología de estudios descriptivos-observacionales.
- Se tomaron 40 clases (duración de una hora cada sesión) del “Curso de especialización de Cirugía Bariátrica”, cuyo objetivo fue conocer el perfil del paciente con obesidad en cuanto a la fisiología, nutrición, rehabilitación y tratamiento psicológico-psiquiátrico.
- Presentación de ponencia en el “Congreso latinoamericano de psicología de la salud: bienestar social y calidad de vida, ALAPASA”, llevado a cabo en San Luis Potosí, México. En el cual se participó en el Simposio: Medición y Evaluación en Medicina Conductual, donde se exhibieron los resultados de la investigación “Escala de Locus de Control en las enfermedades crónico-degenerativas”.
- Asistencia al curso-taller “Necesidades psicosociales de la Enfermedad avanzada” en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, cuya duración fue de 5 horas. El objetivo fue conocer las necesidades psicosociales de los pacientes con enfermedad avanzada y presentar proyecto de evaluación de la necesidad del paciente paliativo.
- Se asistió al seminario-taller “Prescripción del ejercicio” con una duración de 10:30 horas, cuyo objetivo fue aprender a generar prescripciones de régimen de ejercicio a pacientes con enfermedades crónico generativas.

- Presencia en el “X Curso de Obesidad” en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria con una duración de 17 horas.
- Se asistió a la segunda, tercera y quinta reunión de residentes en cirugía bariátrica, en el Hospital Ángeles del Pedregal, en el Hospital General Rubén Leñero y en el Instituto Nacional de Nutrición.
- Participación y presentación en el Curso-Taller “Terapia cognitivo-conductual” en el Centro de Rehabilitación en Salud Mental en Xalapa, Veracruz cuyo duración de 12 horas.
- Presentación de dos ponencias en el “28th International Congress of Applied Psychology”, llevado a cabo en París, Francia. Se participó en las presentaciones orales: “Psychological and/or psychiatric factors present in patients who abandoned the preparation protocol for bariatric surgery” y “Construction of a locus of control of chronic diseases degenerative scale”.

3.6 Protocolos de Investigación.

- “Factores psicológicos y/o psiquiátricos presentes en pacientes desertores de protocolo de preparación para cirugía bariátrica”.
- “Hábitos de alimentación en pacientes con obesidad severa” (Ver Anexo 1).

3.7 Actividades diarias, semanales y mensuales.

Enseguida se describen los horarios y actividades llevadas a cabo durante la residencia en la clínica de obesidad y cirugía bariátrica (ver figura 8). Todas las actividades tuvieron el objetivo de contribuir con el desarrollo de competencias académicas, clínicas y de investigación.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00	Clase de revisión de artículos	Clase de revisión de bibliografía		Clase de cirugía bariátrica	
9:00	Revisión de casos clínicos	Paciente	Paciente	Comité	Seminario de protocolos de psicología
10:00	Asistencia a sesión de investigación del Hospital	Paciente	Sesión grupal	Visita a piso pacientes operados	Plática mensual "Mejora tu estilo de vida"
11:00	Paciente 1 ^a	Paciente		Paciente	Día de investigación
12:00	Paciente 1 ^a	Paciente	Paciente		
13:00	Paciente	Paciente	Paciente		

Figura 8. Horarios y actividades llevadas a cabo durante la estancia en la clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

- Actividades diarias:
 - Se llevaron a cabo entrevistas de primera vez e intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales a pacientes subsecuentes y postquirúrgicos, así como a pacientes hospitalizados.
 - Se realizaron las notas de primera vez y de seguimiento mediante el formato SOAP, las cuales se agregaron en el expediente de cada paciente.
 - Se elaboró el reporte diario del total de pacientes atendidos en el día, el cual fue entregado al área de estadística del hospital.

- Actividades semanales:
 - Revisión de casos clínicos, los cuales eran expuestos a través de análisis funcional y mapa de alcance de metas. Se realizaba discusión entre los integrantes de psicología y psiquiatría, así como plan de acción para continuar con el tratamiento del paciente.
 - Participación en el seminario de protocolos de investigación del área de psicología y psiquiatría. La finalidad fue revisar los avances y discutir la metodología de los mismos.

- Se asistió a las sesiones de investigación con médicos de otras especialidades dentro del hospital, estas sesiones se llevaron a cabo cada lunes.
 - Dentro del programa, se asignó un día de investigación, el objetivo fue utilizar ese tiempo en avanzar en los protocolos de investigación.
 - Cada miércoles se llevó a cabo la sesión de preparación grupal con los pacientes de la clínica. La finalidad fue brindar información sobre distintos temas relacionados con la obesidad y la cirugía bariátrica, así como de proveer técnicas que ayuden al paciente en la modificación de su estilo de vida a uno más saludable (Ver Anexo 2).
 - Se realizaron visitas a piso de los pacientes que se sometieron a la cirugía bariátrica esa semana. En caso de ser necesario, se realizó intervención para manejo de dolor, ansiedad, depresión hospitalaria y/o con la familia.
 - Reunión de comité con todos los especialistas de la clínica con la finalidad de discutir a los pacientes candidatos a la cirugía bariátrica.
 - Revisión de artículos de investigación, en el que se exponían los artículos (preferentemente ensayos controlados aleatorizados y revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis) relacionados con temas de obesidad y técnicas de intervención psicológica.
 - Revisión de bibliografía, en el que se presentaban capítulos de libros recientes sobre intervención cognitivo-conductual, mindfulness y terapia dialéctica conductual.
 - Asistencia a clases del curso de especialización de cirugía bariátrica, en el que los especialistas de cada área de la clínica de obesidad y cirugía bariátrica, expusieron temas de interés, por ejemplo “Valoración endocrinológica y quirúrgica del paciente con obesidad candidato a cirugía bariátrica”.
- Actividades mensuales:
 - Participación en la plática mensual “Mejora tu estilo de vida”, donde participaron las áreas de Nutrición, Psicología, Cirugía y Medicina del deporte.

3.8 Competencias adquiridas.

3.8.1 Académicas.

Se adquirieron conocimientos sobre la teoría y técnicas de la Terapia cognitivo-conductual y de las de tercera generación, principalmente Mindfulness y Terapia dialéctica conductual. También se obtuvieron conocimientos sobre el manejo médico, nutricional, psiquiátrico y psicológico del paciente con obesidad severa.

Se desarrollaron protocolos de investigación adecuados al ambiente hospitalario y encaminado a la investigación con pacientes con enfermedades crónico- degenerativas. Preparación y presentación de exposiciones en diferentes escenarios, en congresos, clases y seminarios.

3.8.2 Clínicas/prácticas.

Oportunidad de poner en práctica las técnicas aprendidas en clases y sesiones de revisión de casos, bibliografía y artículos. Mejorar en la formulación de casos, evaluación y establecimiento de diagnósticos clínicos psicológicos y psiquiátricos, seleccionar y aplicar las técnicas de intervención adecuadas a las necesidades de cada paciente.

Manejo de entrevista, establecimiento de tiempos en la sesión, dar retroalimentación al paciente, cierre de sesión y de terapia. Establecimiento de metas e identificación del momento adecuado para la canalización de los pacientes a instituciones especializadas para casos psiquiátricos.

3.8.3 Personales.

Se adquirieron habilidades sociales como asertividad y empatía para la comunicación con otros especialistas y los pacientes. Reconocer la importancia del trabajo en equipo no sólo dentro del área de psicología, sino con otros especialistas como médicos, nutriólogos, entre otros.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**FACTORES PSICOLÓGICOS Y/O PSIQUIÁTRICOS PRESENTES EN
PACIENTES DESERTORES DE PROTOCOLO DE PREPARACIÓN PARA
CIRUGÍA BARIÁTRICA**

Hernández, S., López, J., Reséndiz, M., Ruiz, S., Moreno, A., Maldonado, M.

4.1 Resumen.

La obesidad severa es una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en el mundo, afectando la calidad de vida de los pacientes en cuanto a la salud física y mental. Aunque existe una variedad de tratamientos para la obesidad severa, las tasas de abandono de los mismos se encuentran entre el 40-80%. El objetivo de este estudio fue identificar los factores psicológicos y/o psiquiátricos que presentaron en la evaluación inicial los pacientes con obesidad severa que desertaron del protocolo de preparación para la cirugía bariátrica comparados con los que no desertaron. El estudio fue retrospectivo, transeccional, observacional analítico, con una muestra de 286 pacientes con IMC de $44.77 \pm 7.47 \text{ kg/m}^2$ y una edad de 37.45 ± 9.94 años candidatos a la cirugía bariátrica. Se encontraron las siguientes diferencias significativas: género (hombres desertan más), los pacientes desertores muestran una mayor prevalencia en los trastornos de estrés postraumático, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno por atracón, aislamiento, deterioro de las funciones cognitivas y mayor disfunción familiar y social que los no desertores. Un análisis multivariado sobre los mismos factores demostró que el ser hombre, tener poco apoyo social, presentar un trastorno por atracón y tener un mayor número de faltas a sus citas durante el tratamiento, son factores contribuyentes para la deserción. Se concluye que hay variables psicológicas/psiquiátricas que podrían establecerse como factores de riesgo en la deserción, aumentando la probabilidad de desertar y como consecuencia incrementar la posibilidad de afectar el bienestar físico y emocional del paciente.

4.2 Abstract.

Severe obesity is a chronic disease with the highest prevalence around the world. It affects the quality of life of patients in terms of physical and mental health. Although there are a variety of treatments for severe obesity, dropout rates are between 40% to 80%. The aim of this study was to identify psychological and/or psychiatric factors which occurred during the initial evaluation of patients with severe obesity, who deserted the preparation protocol for bariatric surgery, compared with those who did not deserted. A retrospective, transactional, analytical observational study (cases - deserters patients and controls - non deserters patients) with a sample of 286 patients with a BMI of $44.77 \text{ kg/m}^2 \pm 7.47$ and 37.45 ± 9.94 years old candidates for bariatric surgery was performed. The following significant differences were found: gender (more men deserted the program than women); those patients who dropped out the program had a higher prevalence in posttraumatic stress disorder, attention deficit/hyperactivity disorder and binge eating disorder; isolation, cognitive deterioration, and a greater family and social dysfunction than non- deserters. A multivariate analysis on the same factors showed that being a male with a low social support, having a binge eating disorder and many absences to the stances were considered as risk factors for attrition. It is concluded that there are psychological / psychiatric variables that could be established as risk factors for dropping out, increasing the likelihood of attrition and as a result increase the possibility of affecting the patient's physical and emotional well-being.

4.3 Introducción.

La obesidad es un problema de salud pública importante a nivel mundial, en el que México ocupa uno de los primeros lugares en cuanto a prevalencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) ha definido a la obesidad como el “exceso acumulado de grasa corporal, representando un desequilibrio permanente entre la ingesta alimenticia y el gasto energético que puede ser perjudicial para la salud”. A través del índice de masa corporal (IMC) se puede determinar el grado de sobrepeso y obesidad que presenta un adulto. El IMC es un indicador simple

de la relación entre el peso y la talla del paciente, que se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) por ejemplo un paciente con 158 kg y una talla 170 cm cuenta con un IMC de $54.67 \text{ kg}/\text{m}^2$. La OMS (2002) establece los siguientes criterios para su clasificación (ver la tabla 5.)

Tabla 5.

Clasificación de la OMS para identificar grado de sobrepeso y obesidad en adultos.

Grado	IMC
Normal	$\geq 20 - 24.9 \text{ kg}/\text{m}^2$
Sobrepeso	$\geq 25 - 29.9 \text{ kg}/\text{m}^2$
Obesidad grado I	$\geq 30 - 34.9 \text{ kg}/\text{m}^2$
Obesidad grado II	$\geq 35 - 39.9 \text{ kg}/\text{m}^2$
Obesidad grado III	$\geq 40 - 49.9 \text{ kg}/\text{m}^2$
Obesidad grado IV	$\geq 50 \text{ kg}/\text{m}^2$ o más

La obesidad es una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia, la cual afecta al 30% de la población a nivel mundial. Actualmente y con base en la Organización de Alimentación y Agricultura de las naciones en 2013, México ocupa el primer lugar de prevalencia. Por otro lado, en el 2012 el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria - Política Nacional en Promoción de la Salud contra el Sobrepeso y la Obesidad en México, proyecta que para el 2017 el costo indirecto de tratamiento para la obesidad, representaría un gasto cercano a los \$73 mil millones de pesos; por ejemplo, el gasto del tratamiento en una persona con obesidad representaría un costo del 25% por arriba de lo que costaría el tratamiento para una persona con sobrepeso bajo. Otros aspectos de la obesidad que impactan en la persona es que tiene una baja productividad laboral, al empobrecimiento familiar y en la calidad y estilo de vida de las personas con esta enfermedad.

Derivado de la clasificación establecida por la OMS para establecer el grado de obesidad, se define a la obesidad mórbida o severa como el grado de obesidad caracterizada por un $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg}/\text{m}^2$ o de un $\text{IMC} \geq 35 \text{ kg}/\text{m}^2$ que viene acompañada por otra enfermedad (hipertensión, diabetes, problemas coronarios,

etc., Sandoval, 2010). La etiología de la obesidad severa es atribuible al tipo de estilo de vida que lleva una persona: hábitos de alimentación no saludables, ejercicio inadecuado o sedentarismo, factores genéticos, fisiológicos, psicológicos, sociales, económicos y educativos. En la figura 9 se muestran algunos factores de riesgo que tienen influencia en el desarrollo de la obesidad severa (González, 2010).

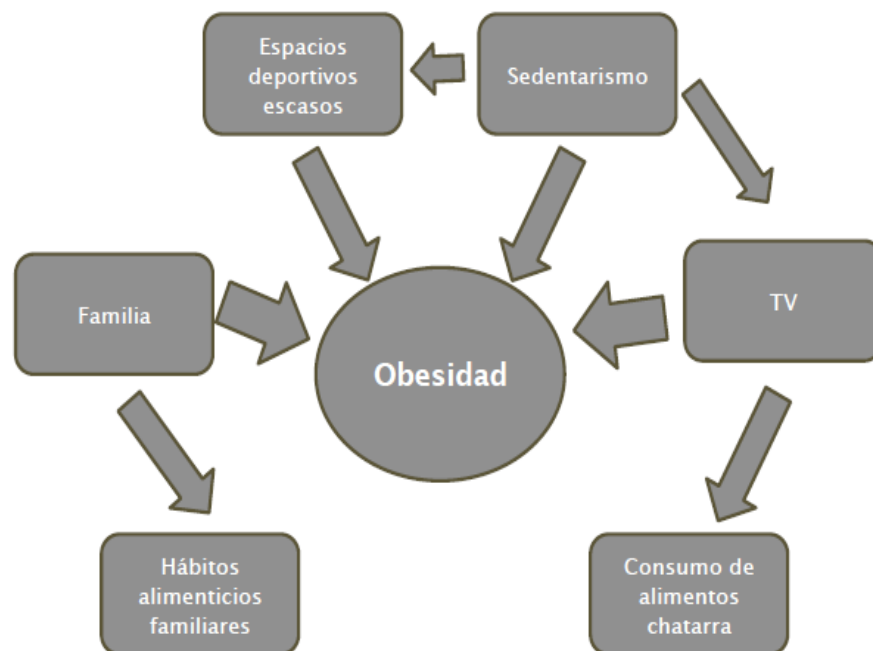


Figura 9. Factores de influencia para el desarrollo de obesidad severa por E. González, 2010, *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario Obesidad infantil y juvenil*. p. 322.

Así mismo, es importante mencionar que la obesidad severa constituye un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades tales como la diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, digestivas y respiratorias, alteraciones óseas y articulares, hiperuricemia, neoplasias (tumores malignos) y síndrome metabólico (Silencio, 2010). La obesidad severa también tiene efectos en otras áreas del funcionamiento de la persona, contemplando los niveles individuales, familiares, sociales y laborales (Castillo et al., 2004); primordialmente en el primer caso, se ha encontrado que aproximadamente entre el 25% y el 30% de los pacientes con obesidad severa

que buscan tratamiento para reducción de peso, padecen algún problema en el estado de ánimo, como la depresión, la ansiedad, el desarrollo de otros trastornos de la alimentación, los problemas de sueño, mayores niveles de estrés, niveles bajos de autoestima y distorsiones en la imagen corporal; lo que deriva en un deterioro en la calidad de vida de estas personas (Abilés et al., 2010; Sierra et al., 2012; Vázquez, 2004).

Aunque el tratamiento convencional a través de dieta, ejercicio y algunos fármacos son ampliamente utilizados y aceptados como procedimientos para la obesidad severa, algunas veces no funcionan en los pacientes con este tipo de enfermedad, debido a que los pacientes vuelven a recuperar el peso perdido. Por esta razón existen otros métodos como la cirugía bariátrica, que ha demostrado ser el tratamiento más eficaz en cuanto a reducción de peso (entre un 40% a 75% de pérdida en el exceso de peso); una ventaja importante es el beneficio en el control de las distintas comorbilidades físicas (entre un 70% y 80% en el control de la diabetes; Rodríguez & Vega, 2006), en comparación con los tratamientos convencionales. En la tabla 6 se muestran las ventajas y desventajas de los tratamientos para la reducción obesidad severa (Katz et al., 2010; Reyes & Madrigal, 2010; Silencio, 2010).

Tabla 6.

Ventajas y desventajas del tratamiento farmacológico, dietético, ejercicio y cirugía bariátrica para la obesidad severa.

Tratamiento	Ventajas	Desventajas
Farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> - Control de comorbilidades asociadas a la obesidad. - Pérdida efectiva del 8 al 10 % del peso corporal. - Reducción del colesterol total, triglicéridos. - Mejoría del control metabólico en diabéticos. - Disminución de grasa visceral y grasa intrahepática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de peso de algunos fármacos.

Dieta (cualquier tipo)	<ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de energía adecuada a la necesaria en el cuerpo. - Propicia el cambio en el estilo de vida. - Prevención de enfermedades coronarias. - Reducción de peso. - Mejora tensión arterial, colesterol total, triglicéridos, HDL colesterol, LDL colesterol, insulinemia basal y glucemia basal. - Mejoría del perfil lipídico y de la insulino-resistencia en el síndrome metabólico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Difícil mantenimiento. - Pueden generar deficiencias proteicas, vitamínicas y en minerales. - Induce a un efecto de rebote ponderal.
Ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoría de la función osteoarticular. - Aumenta la densidad ósea y la capacidad cardiopulmonar. - Efecto de bienestar y relajación en la secreción de endorfinas. - Gasto de energía. - Mejorar el equilibrio y la marcha. - Control de la ansiedad y mejora el humor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones por sobrecarga. - Dificultades en la movilidad. - Dolor lumbar. - Generar trastornos de desequilibrio. - Disnea.
Cirugía bariátrica	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de mortalidad entre 0.1 y 0.2%. - Pérdida significativa y sostenida de peso. - Disminución rápida de peso. - Disminución de hasta el 75% del exceso de peso. - Control de las enfermedades asociadas a la obesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Son invasivas. - Costosas. - Riesgos durante y después de la cirugía. - Consumo de suplementos alimenticios de por vida. - Efecto rebote.

El propósito de la cirugía bariátrica es que las personas con obesidad severa disminuyan su peso y no vuelvan a recuperarlo. Este objetivo implica que los pacientes deben someterse a un proceso de valoración y preparación previa a la práctica quirúrgica, dado que existen componentes psicológicos, biológicos y sociales relacionados con la reducción de peso y cambios en el estilo de vida

(LeMont et al., 2004). La Norma Oficial Mexicana (NOM-008-SSA3-2010 Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, 2010) menciona que los pacientes con obesidad severa pueden someterse a cirugía bariátrica en los hospitales del sector salud que cuenten con el equipo adecuado. El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” cuenta con la clínica de obesidad y cirugía bariátrica que proporciona atención a pacientes con obesidad severa a través de un equipo multidisciplinario (cirujano, endocrinólogo, nutriólogo, rehabilitador físico, anestesista, psicólogo, psiquiatra y cardiólogo), con la finalidad de dar tratamiento en la reducción de peso mediante un procedimiento quirúrgico y preparación del paciente para el cambio de estilo de vida.

La preparación pre-quirúrgica en la clínica de obesidad y cirugía bariátrica dura aproximadamente de 3 a 6 meses en los cuales el paciente tiene citas con cada uno de los especialistas, quienes desde su especialidad evalúan y preparan al paciente en modificación en estilo de vida y los cambios relacionados con la cirugía bariátrica.

Aunque existe una gran variedad de tratamientos para lograr el objetivo de bajar de peso de manera significativa y duradera en los pacientes con obesidad severa; las tasas de abandono de las mismas se encuentran entre el 40% - 80% (Brosens, 2009; Huisman, Maes, De Gucht, Chatrou & Haak, 2010). Algunas razones por las que un paciente deserta de su tratamiento son: mostrar ambivalencia con respecto a continuar o no con el proceso de cambio; percibir que ya han recibido más de lo que querían o necesitaban del tratamiento o no empatizar con el estilo terapéutico del especialista (Miller & Rollnick, 1999).

El abandono o deserción en el tratamiento contribuye a mantener e incrementar los riesgos de aparición de enfermedades crónico-degenerativas asociadas a la obesidad (Sámano, 2011) y de las patologías psicológicas y psiquiátricas, como las que se mencionaron con anterioridad. Se ha encontrado en la literatura que los pacientes con obesidad desertores podrían tener algunos factores psicológicos y/o psiquiátricos que los caracterizan, por lo que se realizó una búsqueda de los estudios relacionados con el tema en las principales bases

de datos (PubMed, PsycINFO, Cochrane, Cinahl y Redalyc) en los que se encontraron cuatro principales estudios que se comentan a continuación.

Un estudio clínico retrospectivo fue realizado por Inelmen et al. (2005) cuyo objetivo fue investigar el impacto de las características biopsicosociales en las tasas de deserción en un tratamiento dietético ambulatorio, comparando las características iniciales entre el grupo que concluyó el tratamiento y el grupo de los desertores. Fueron 383 pacientes entre 15 y 82 años que fueron evaluados en medidas antropométricas (IMC, circunferencia de cintura y circunferencia de abdomen), hábitos dietéticos (a través de la historia dietética modificada), valoración de comorbilidades físicas (mediante una encuesta) y síntomas de depresión (entrevista clínica basada en los criterios del DSM-IV-TR).

Encontraron que el 77.3% de pacientes con obesidad abandonaron el tratamiento antes de completar el año, en el cual el 69.2% lo hizo dentro de los primeros 3 meses. Los autores hallaron que los pacientes con obesidad que abandonaron el tratamiento en comparación con los que lo completaron, tenían ligeramente menor IMC y valores medios de la circunferencia de la cintura, fueron con mayor frecuencia empleados en trabajos de tiempo completo, también tuvieron un menor número de enfermedades relacionadas con la obesidad y como resultado estaban menos deprimidos; mientras que los pacientes que completaron el tratamiento eran principalmente jubilados y amas de casa, tenían un mayor número de enfermedades relacionadas con la obesidad (específicamente osteoartritis) y estuvieron más deprimidos.

Con base en estos resultados los autores concluyeron que los pacientes con obesidad ambulatorios muestran mayor riesgo de abandono del tratamiento cuando son más propensos a trabajar horas completas, tener menos complicaciones relacionadas con la obesidad y estar menos deprimidos. En el estudio, la condición de trabajo de tiempo completo fue el predictor más fuerte de la retirada prematura. Por lo tanto, la presencia de enfermedades relacionadas con la obesidad, la sintomatología depresiva y los hábitos alimenticios saludables

puede mejorar la adherencia a la dieta del programa ambulatorio y aumentar la motivación para someterse a un tratamiento de pérdida de peso.

En un estudio más reciente, Ahnis et al. (2012) establecieron como finalidad describir los factores psicológicos y psiquiátricos en la interrupción de tratamiento para reducción de peso en un tratamiento convencional. Con 164 pacientes con obesidad severa (de los cuales 138 fueron mujeres) con una edad promedio de 45 años e IMC de 39.57 kg/m², en tratamiento ambulatorio que incluyó 4 áreas de intervención 1) terapia y entrenamiento de movimiento, 2) asesoramiento y entrenamiento dietético, 3) intervenciones de psicoeducación y terapia conductual y 4) técnicas de relajación. También asistieron a consultas con médicos internistas y fueron sometidos a estudios de laboratorios y pruebas psicológicas.

Encontraron que el 43.3% de los pacientes desertaron del programa antes de los 6 meses, de los cuales el 32.4% de los pacientes lo hizo durante los primeros 3 meses, el 26.8% desertó entre el sexto y noveno mes y el 16.9% lo hizo en los 3 meses anteriores a la finalización del programa. No encontraron diferencias significativas entre las características físicas y metabólicas de los que desertaron y los que continuaron en el tratamiento; no obstante los factores sociodemográficos, específicamente en la edad, estado civil y ocupación fueron significativos entre los grupos, la variable género no fue significativa. Los resultados también mostraron que los que desertaron difirieron significativamente de los adherentes en un gran número de variables psicológicas. En particular, se encontraron diferencias significativas en cuanto a la percepción de estrés (Cuestionario de estrés percibido [PSQ]), las quejas subjetivas (Giessener Beschwerdebogen [GBB-24]), el estado de ánimo (BSF), depresión (escala de depresión del Cuestionario de Salud del Paciente - Alemana Versión: Gesundheitsfragebogen für Patienten [PHQ]; escala de depresión breve versión alemana de la CIE-10-síntoma-rating [ISR]) y la calidad de la vida (encuesta de salud [SF-8]). En este caso los desertores tuvieron puntajes menos favorables que los adherentes antes del inicio del tratamiento. Concluyeron que los factores clave en la interrupción del tratamiento por los pacientes con obesidad son las distorsiones de la realidad y las expectativas no

realistas que conducen a la externalización de la responsabilidad, baja motivación para la terapia y la falta de cumplimiento.

Los dos estudios anteriormente presentados fueron llevados a cabo con tratamientos convencionales (dieta y ejercicio), otro estudio relacionado con la cirugía bariátrica fue llevado a cabo durante el año 2012 por Merrell, Ashton, Windover y Heinberg, quienes desarrollaron una investigación con la finalidad de explorar las posibles razones psicosociales que contribuyen a la deserción de los pacientes con obesidad severa a través de la cirugía bariátrica. Los autores analizaron los datos de 129 pacientes con obesidad severa evaluados psicológicamente para el procedimiento quirúrgico que no terminaron el programa para la cirugía, se revisaron los registros médicos, datos sociodemográficos, IMC y variables psicológicas / psiquiátricas.

Como resultado los autores reportaron que los pacientes no desertores fueron psicosocialmente diferentes de los pacientes que desertaron. Los pacientes desertores expresaron con mayor frecuencia haber estado en algún tratamiento ambulatorio para la atención de algún problema en la salud mental (ansiedad o depresión), haber o estar tomando medicamento psiquiátrico y haber cumplido con los criterios por abuso o dependencia de alcohol actual o pasada. Concluyeron que los pacientes que no completaron el tratamiento presentaron problemas psiquiátricos de abuso o dependencia de sustancias importantes que requirieron tratamiento adicional. También resaltaron la posibilidad de que los pacientes desertores lo hicieran por la falta de voluntad y apego para seguir las recomendaciones de tratamiento farmacológico psiquiátrico. Una propuesta de los autores para disminuir la deserción bajo estos programas es la proyección e identificación de los pacientes de alto riesgo y la educación constante sobre la importancia del tratamiento médico y psicológico dentro de la obesidad severa. Sin embargo, también comentaron que es importante contemplar que los pacientes pueden optar por abandonar los programas una vez que la educación ha sido dada.

Otro estudio relacionado con la deserción en el tratamiento quirúrgico fue realizado en 2012 por Sockalingam et al. Los autores exploraron la relación entre los factores psicológicos/psiquiátricos de la evaluación inicial y la no finalización del paciente con obesidad durante el tratamiento para la cirugía bariátrica. Estos autores analizaron los datos de 367 pacientes con 44.1 ± 10.8 años y un IMC 49.7 ± 8.2 kg/m² que fueron sometidos a una entrevista psicológica/psiquiátrica estructurada en el inicio del tratamiento.

Todos los diagnósticos psiquiátricos fueron determinados por los psicólogos y psiquiatras entrenados en el uso de la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) 6.0, los módulos del MINI se utilizaron para diagnosticar el estado de ánimo, ansiedad, psicosis, trastornos de alimentación, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos por consumo de sustancias. Las evaluaciones se complementaron con módulos para evaluar el trastorno por atracón, ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo con base en los criterios del DSM-IV-TR (2002). Las entrevistas evaluaron trastornos pasados y actuales de los pacientes en la valoración inicial. Se clasificó a los pacientes como los que completaron el tratamiento para la cirugía (no desertor) y los que no finalizaron (desertores), en este último caso, si asistieron al menos a la cita de evaluación previa a la cirugía, pero no se realizaron la cirugía. Los resultados mostraron que, en comparación con el grupo no desertor, el grupo desertor tuvo tasas significativamente más altas de los trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV-TR, específicamente trastornos de ansiedad pasadas y los trastornos por uso de sustancias pasadas; también en el trastorno de estrés postraumático actual y el trastorno de ansiedad generalizada actual. No se encontraron diferencias significativas en TDAH y trastorno por atracón entre los desertores y no desertores.

Los autores concluyeron que un antecedente o padecimiento actual de trastorno de ansiedad o consumo de sustancias pueden jugar un papel en los pacientes que no completaron el proceso para la cirugía bariátrica. Puede ayudar a mejorar la finalización del paciente en el tratamiento según estos autores, el

apoyo psicosocial adicional, como la terapia cognitivo-conductual o la psicoeducación dirigida.

Tomando en cuenta estos antecedentes, aún no queda claro que factores psicológicos y/o psiquiátricos podrían tener influencia en la deserción de tratamiento mediante cirugía bariátrica para paciente con obesidad severa. Lo cual apunta a la necesidad de abordar e indagar en población con obesidad que se somete a cirugía bariátrica en México que factores podrían predecir la deserción.

4.4 Método.

4.4.1 Justificación.

La deserción es un factor importante que impide el éxito de cualquier tratamiento; en este caso, las consecuencias derivadas de la deserción en pacientes con obesidad severa dentro del protocolo de preparación para la cirugía bariátrica contribuyen al aumento de riesgos en salud a nivel físico y mental lo que lleva a un deterioro en su calidad de vida (Castillo et al., 2004; Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa & Willey, 2003). Así mismo los costos en salud para el tratamiento en obesidad son elevados tanto a nivel gubernamental como en gastos en tratamiento personal (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, 2012).

Aunque se han descrito variables psicológicas y/o psiquiátricas como la depresión, la ansiedad, la motivación, los trastornos de alimentación, entre otros, son pocos los estudios que describen los factores psicológicos y psiquiátricos en pacientes con obesidad severa que desertan del tratamiento (Ahnis et al., 2012).

Cabe mencionar que los estudios se han realizado por medio de tratamientos convencionales para el control o pérdida de peso (como las dietas y programas de ejercicio). Sin embargo, existe una escasa literatura acerca de los estudios relacionados con los tratamientos basados en la cirugía bariátrica, la cual ha mostrado resultados satisfactorios para bajar de peso en pacientes con obesidad severa (Rodríguez & Vega, 2006). Por lo tanto, es importante reconocer los

factores psicológicos y/o psiquiátricos que funcionan como factores de riesgo en la deserción, en pacientes con obesidad severa que se encuentran en la valoración inicial para el protocolo de preparación para someterse a la cirugía bariátrica y determinar cuáles son las características en cada grupo de pacientes no desertores y desertores, tomando en cuenta que las tasas de deserción son altas, (de hasta el 77%; de acuerdo con Brosens, 2009; Grossi, Grave & Mannucci, 2006; Sámano, 2011) dentro de los programas para el tratamiento de la obesidad severa. También se busca a futuro y con base en los resultados obtenidos en esta investigación, diseñar intervenciones adecuadas a las características psicológicas y/o psiquiátricas de los pacientes con obesidad desertores, que permita enfocar el tratamiento pre-quirúrgico en las necesidades de estos pacientes que disminuya la probabilidad de deserción y a su vez realizar una mejor selección en la evaluación inicial de los pacientes candidatos a la cirugía bariátrica.

4.4.2 Objetivos.

Objetivo General.

Identificar los factores psicológicos y/o psiquiátricos, que presentaron en la evaluación inicial los pacientes con obesidad severa que desertaron del protocolo de preparación para la cirugía bariátrica, comparados con los que no desertaron.

Objetivos secundarios.

- 1) Identificar cuántos pacientes desertaron del protocolo de preparación para la cirugía bariátrica y en qué momento lo realizaron.
- 2) Describir los factores psicológicos y psiquiátricos como resultado de la evaluación inicial de todos los pacientes que ingresaron a protocolo de preparación en la clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

4.4.3 Diseño y tipo de estudio.

El estudio fue de tipo abierto, observacional-analítico (casos y controles), ver figura 10. También fue retrospectivo, transversal (Hernández-Sampieri,

Fernández-Collado & Baptista, 2006; Lazcano-Ponce, Salazar-Martínez & Hernández-Ávila, 2001).

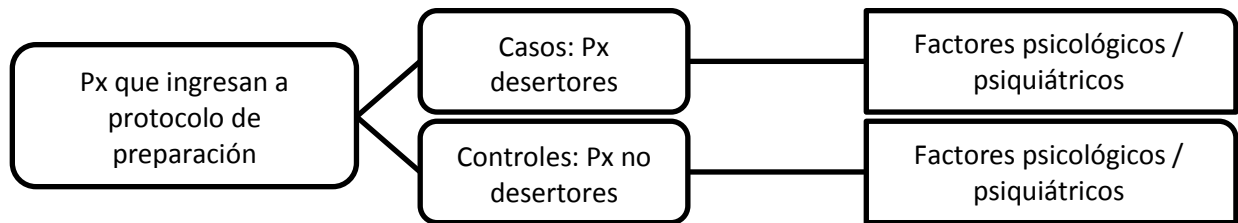


Figura 10. Diseño de estudio casos y controles.

4.4.4 Participantes.

Se evaluaron a 286 pacientes con obesidad severa candidatos a la cirugía bariátrica; quienes asistieron a la clínica de obesidad y cirugía bariátrica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” para tratamiento quirúrgico entre febrero de 2010 y diciembre del 2013. De este grupo el 20.6% fueron hombres y 79.4% mujeres quienes presentaron un IMC de 44.77 ± 7.47 kg/m² y una edad promedio de 37.45 ± 9.94 años. Los pacientes provinieron de diferentes estados de la república mexicana (73.1% del DF y 26.9% fueron foráneos).

4.4.5 Criterios de selección.

Criterios de Inclusión:

- Expedientes con entrevista inicial y batería de pruebas completas de pacientes con obesidad severa ($IMC \geq 40$ kg/m² o de un $IMC \geq 35$ kg/m²). Edades entre 18 y 65 años. Hombres y mujeres.

Criterios de exclusión.

- Expedientes de pacientes referidos a otra institución de tratamiento por considerarse no candidatos a la cirugía bariátrica. Algunas contraindicaciones absolutas que ameritan referencia son dependencia de alcohol o de sustancias, tabaquismo, esquizofrenia o riesgo de suicidio.

4.4.6 Variables de estudio.

Se tomaron en cuenta las variables sociodemográficas: año de ingreso (2010, 2011, 2012 y 2013), edad, género, nivel escolar, grado de IMC, ocupación, estado civil, lugar de residencia y los padecimientos médicos del paciente. Las variables de interés se dividieron en 3: factores psicológicos (síntomas de ansiedad, sensibilidad a la ansiedad, calidad de vida, factores de riesgo asociados, motivación y expectativas), factores psiquiátricos (trastorno de depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, TDAH, trastorno por atracón, entre otros) y la variable deserción. La tabla 7 muestra las variables sociodemográficas y de interés.

Tabla 7.

Variables sociodemográficas y de interés del presente estudio.

Variables sociodemográficas		Variables de interés	
Año de ingreso	2010, 2011, 2012 y 2013.	Factores psicológicos	
		Síntomas de depresión.	No depresión, leve, moderada, severa
Edad	En años cumplidos.	Sensibilidad a la ansiedad.	Mínima, leve, moderada, severa
Género	Mujer – Hombre.	Calidad de vida.	Muy buena, buena, mala, muy mala
Escolaridad	Primaria, secundaria, bachillerato, carrera técnica, licenciatura, posgrado	Factores de riesgo asociados a los trastornos de alimentación.	No presenta factor de riesgo, conducta alimentaria compulsiva, preocupación por peso y comida, dieta crónica y restrictiva.
IMC	Grado de obesidad.	Motivación	Salud, imagen, familia, trabajo, social, autoestima, pareja
Ocupación	Empleado, desempleado, hogar, estudiante, comerciante, profesionista	Expectativas	- Distorsionadas - No distorsionadas
Estado civil	Casado, soltero, unión libre, divorciado, viudo	Factores psiquiátricos	
		Trastornos psiquiátricos	-Si lo presenta -No lo presenta.
Lugar de residencia	-DF -Foráneo		

		Deserción	
		Deserción	-Desertó -No desertó
Padecimientos médicos	Diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, problemas ginecológicos, hipotiroidismo, hígado graso, problemas: respiratorios, circulatorios, articulares, reflujo	Momento de la deserción	Fase de diagnóstico, fase de seguimiento pre-quirúrgico, fase de cirugía bariátrica, no aplica.

4.4.7 Definición de las variables de interés.

- Factores psicológicos.

Los factores psicológicos se definen como los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que surgen de la relación entre el individuo y su ambiente. También se considera la historia de aprendizaje y los estilos de enfrentamiento hacia las situaciones a lo largo de la vida de la persona, que puede perjudicar su funcionamiento psicosocial. Enseguida se enlistan algunos factores psicológicos relacionados con los pacientes con obesidad:

Depresión. Es el conjunto de síntomas relacionados con un estado de ánimo bajo y se caracteriza por tener pensamientos de autocrítica, desesperanza, deseos de estar muerto, dificultades de concentración y toma de decisiones. También se acompaña con sentimientos de tristeza, irritabilidad, culpa e inutilidad. Los cambios conductuales asociados a la depresión incluyen: alejarse de las personas, no realizar actividades placenteras y dificultad para iniciar actividades. Por último los síntomas físicos se manifiestan mediante el insomnio, dormir más o menos de lo habitual, cansancio, mayor o menor apetito y cambios en el peso (Greenberger & Padesky, 1998). En la sintomatología depresiva se utilizan escalas de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Estas escalas tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco

temporal determinado y no tienen una pretensión diagnóstica. En este caso, dentro de los factores psicológicos se está interesado en los síntomas de depresión y no en el trastorno.

Las escalas de depresión más utilizadas en los trabajos de investigación son la Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D; validada al castellano por Ramos-Brieva en 1988), la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS; validada al castellano por Lobo et al. en 2002) y el Inventario de Depresión de Beck (IDB; validada en población mexicana por Jurado et al., 1998). El IDB es una de las escalas más utilizadas en población tanto clínica como no clínica y es la que se utilizó para fines de esta investigación.

Sensibilidad a la ansiedad. El concepto de sensibilidad a la ansiedad es un aspecto central de la teoría de expectativa de la ansiedad y consiste en el miedo que experimentan los pacientes con respecto a los síntomas de ansiedad. Es la creencia de que la ansiedad y sus sensaciones poseen consecuencias peligrosas o dañinas; la sensibilidad a la ansiedad fue propuesta como un factor de predisposición para el desarrollo de los trastornos de ansiedad (Sandín, Valiente, Chorot, & Santed, 2005). La escala más conocida para evaluar la sensibilidad a la ansiedad es el Inventario de sensibilidad a la ansiedad el cual se utilizó en este estudio.

Calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) define a la calidad de vida como la percepción que tienen los individuos al respecto de su posición en la vida, en el contexto de su cultura, sistema de valores y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses. Se han desarrollado instrumentos con la finalidad de evaluar la calidad de vida, como es el caso del WHOQoL elaborado por la OMS, otro de ellos es el propuesto por el Grupo Europeo de Calidad de Vida, el EuroQoL (Riveros, Sánchez-Sosa & Del Águila, 2009). No obstante el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), es un instrumento elaborado en población mexicana y dirigida al área de la salud, por lo que es el que se aplicó a los pacientes con obesidad.

Factores de riesgo asociados a trastornos de alimentación. Son factores de riesgo los que aumentan la probabilidad de que se altere la salud y se desencadene alguna enfermedad. También se les denomina así, porque tienen un efecto negativo en la salud del individuo provocando un desequilibrio, ya que hacen al individuo vulnerable, derivando a la aparición de la enfermedad y en este caso el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria (Saucedo & Unikel, 2010). En esta investigación, para detectar los factores de riesgo asociados a los trastornos de la alimentación se utilizó la EFRATA.

Motivación. Conceptualmente, hace referencia a la integración de procesos cognitivos que regulan el comportamiento que determinan la dirección hacia un objeto o meta, así como la intensidad y su sentido ya sea de aproximación o evitación, inicio, mantenimiento y persistencia. De esta manera, la motivación despierta, inicia, mantiene, fortalece o debilita el comportamiento, es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar (González, 2008; Miller & Rollnick, 1999).

Para determinar la motivación del paciente para someterse la cirugía bariátrica, se utilizaron las respuestas a las preguntas abiertas realizadas en la entrevista inicial “¿cuál es su motivación para bajar de peso?” “¿cuáles son las razones por las que busca una cirugía para la pérdida de peso?”. Las respuestas fueron luego codificadas en una de las siete categorías: salud, imagen, familia, trabajo, social, autoestima, pareja. Estas categorías se acordaron después de analizar las respuestas relacionadas con el tema. Esto lo llevaron a cabo un equipo de dos psicólogos clínicos y un psiquiatra con experiencia en la evaluación de los candidatos a la cirugía para el tratamiento de la obesidad severa.

Expectativas. Con base en la teoría de auto-eficacia percibida de Bandura dentro de la teoría del aprendizaje social (1977, en Abaitua & Ruiz, 1990), se establece la definición de expectativa como la estimación que hace una persona de que una conducta dada tendrá ciertos resultados. Se contemplan dos aspectos: en primer lugar, las expectativas en cuanto a su propia participación en los resultados; en segundo lugar, el grado de realidad de estas expectativas, en el último caso que éstas sean una extensión de su comportamiento y no expectativas

estéticas, esperando que la operación sea el tratamiento de todos los problemas de la vida (Van Hout, Verschure & Van Heck, 2005). Las expectativas del paciente en este estudio se midieron mediante las respuestas otorgadas a las preguntas abiertas realizadas en la entrevista inicial “¿qué espera del tratamiento?” “¿cuánto peso espera perder con la cirugía y en cuánto tiempo?”. Las respuestas se clasificaron en distorsionas o no distorsionas. La clasificación se determinó después de analizar las respuestas relacionadas con el tema. Esto lo llevaron a cabo un equipo de dos psicólogos clínicos y un psiquiatra con experiencia en la evaluación de los candidatos a la cirugía para tratamiento de la obesidad severa.

- Factores psiquiátricos.

Por otro lado, los factores psiquiátricos tienen una base fisiológica, como la generación en exceso de sustancias bioquímicas cerebrales que permiten o impiden llevar una vida sana y que perjudican el funcionamiento biopsicosocial de la persona. Se definen como el diagnóstico determinado a través de la entrevista psiquiátrica semiestructurada (MINI).

De igual forma, se valoró en los pacientes participantes, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto con base en la entrevista y la escala de autoreporte del TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. También se valoró el trastorno por atracón mediante la entrevista inicial y con base en los criterios del DSM-IV-TR; en este caso, tener una ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo 2 horas) en una cantidad superior en la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y bajo las mismas circunstancias, acompañado por una sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

- Deserción hacia el tratamiento.

La definición conceptual de deserción se establece como la interrupción o abandono al tratamiento adoptado, es decir, cuando el paciente acude al menos a una cita y se interrumpe el tratamiento por iniciativa propia, sin asistir a cualquier otra cita. Esta interrupción, independientemente de la razón, no es una decisión

tomada de común acuerdo entre el paciente y el especialista (Vargas & Tiellet, 2003).

La definición operacional de deserción se contempla de la siguiente manera (Sámamo, 2011; Sockalingam et al., 2012; Vargas & Tiellet, 2003; Vinkers, Adriaanse & de Ridder, 2012):

Se considera que el paciente desertó del tratamiento cuando:

- Tuvo al menos 3 faltas consecutivas y no realizó citas con alguno de los especialistas de la clínica en los siguientes meses.
- No acudió a ninguna cita con los especialistas de la clínica en un periodo de 3 meses o más.
- Que el mismo paciente exprese que no desea continuar con el tratamiento.

Se consideró que un paciente NO desertó del tratamiento cuando:

- Tuvo citas programadas en los próximos 2 meses.
- Que se hayan sometido a la cirugía bariátrica.

También se determinó el momento en el que el paciente abandonó o desertó del tratamiento para bajar de peso; en el caso del presente estudio se contemplaron tres momentos: 1) Fase de Diagnóstico (el paciente desertó después de presentarse a la evaluación Inicial y antes de iniciar protocolo de preparación para la cirugía bariátrica), 2) Fase de preparación pre-quirúrgica (una vez iniciado el protocolo de preparación para la cirugía bariátrica y antes de ser aprobado por el comité multidisciplinario de la clínica) y 3) Fase de cirugía bariátrica (paciente que concluyó protocolo de preparación pero que no se somete a la cirugía).

4.4.8 Instrumentos de evaluación.

Inventario de depresión de Beck (IDB). El Inventario de depresión de Beck (ver Anexo 3.1) es una escala auto-administrada compuesta por 21 reactivos de respuesta múltiple que miden síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas

de respuesta para cada ítem, que evalúan la severidad del síntoma y se presentan ordenadas de menor a mayor gravedad. Los puntos de corte utilizados para graduar la intensidad de los síntomas de depresión son: de 0 a 9 puntos: no depresión; de 10 a 18 puntos depresión leve; de 19 a 29 puntos depresión moderada y de 30 o más puntos depresión grave. La escala fue adaptada en la población mexicana por Jurado et al. (1998), en el que encontraron un alfa de Cronbach = 0.87, $p < .000$, así como una validez de constructo de criterio y contenido.

Inventario de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3). El instrumento mide reacciones de miedo/ansiedad y se trata de una escala auto-administrada que consta de 18 reactivos que incluye tres subescalas de sensibilidad a la ansiedad (física, cognitiva y social), cada subescala está constituida por 6 reactivos. Se puntúa de 0 a 4 en una escala tipo Likert, donde la puntuación total es la suma de las de cada uno de los reactivos. El rango va de 0 a 63 puntos, con un punto de corte de 0 a 5 puntos es sensibilidad mínima a la ansiedad, de 6 a 15 puntos sensibilidad a la ansiedad leve; de 16 a 30 es moderada y de 31 a 63 puntos sensibilidad a la ansiedad severa. Esta escala cuenta con una consistencia interna entre .74 y .86 y una validez de .59 y .63 para población mexicana (Taylor et al., 2007). Ver Anexo 3.2.

Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa). El inventario fue elaborado por Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila en 2009. Mide, como su nombre lo indica la calidad de vida de los pacientes (ver Anexo 3.3). El InCaViSa está compuesta por 57 reactivos en el que se valoran 12 áreas: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico. Los reactivos se califican en una escala de opción forzada con tres componentes cuantificables: a) porcentual que va de 0% a 100%; b) semántico que va de “nunca” a “siempre”; y c) visual al colocarse en una recta continua que permite visualizar como extremos las respuestas de 0% (nunca) hasta 100% (siempre). Los reactivos se califican de 0 a 5 puntos. La

consistencia interna de cada área se estableció con el coeficiente alfa de Cronbach; todas las áreas mostraron adecuada consistencia interna; los coeficientes de alfa oscilaron entre α :.6831 y α :.9337. A su vez se estableció su validez concurrente con el WHO-QoL Brief en su versión adaptada para México.

Escala de factores de riesgo asociados a los trastornos de la alimentación (EFRATA). La EFRATA fue elaborada para la población mexicana, la cual es autoaplicable con formato mixto para hombres y mujeres (ver Anexo 3.4). En la versión para hombres, la escala consta de 22 reactivos, en contraste, la escala para mujeres es de 31 reactivos. Los reactivos de la EFRATA miden conductas de riesgo asociadas a los trastornos de alimentación (conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restrictiva). Validado por un análisis factorial de componentes principales (Gómez Pérez-Mitre, 2000).

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. El MINI (ver Anexo 3.5) explora para la detección y orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV-TR. A través del MINI se pueden establecer los siguientes diagnósticos psiquiátricos: episodio depresión mayor, trastorno distímico, riesgo de suicidio, episodio maníaco, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, estado por estrés postraumático, dependencia de alcohol, abuso de alcohol, dependencia de sustancias, abuso de sustancias, trastornos psicóticos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno antisocial de la personalidad.

Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno en cuestión. La versión en español del MINI fue realizada por Ferrando, Bobes, Gibert, Soto, M. y Soto, O. en el 2000 (en Sheehan & Lecrubier, 2000).

Escala de Autoreporte del TDAH. Fue validada para la población mexicana por Reyes et al. (2009, ver Anexo 3.6). Este instrumento está relacionado con la frecuencia en la vida adulta de los síntomas del TDAH según el criterio A del DSM-IV-TR. Este criterio del DSM-IV-TR está constituido de 18 reactivos que conforman 3 factores: inatención, impulsividad e hiperactividad. La escala demostró tener una alta consistencia interna ($\alpha = 0.88$).

4.4.9 Análisis estadísticos.

Para la validación de los datos se llevó a cabo un análisis de estadística descriptiva (tablas de frecuencias y porcentajes) en cada variable de interés. Al tener grupos de comparación de muestras independientes (casos y controles), se realizó la prueba de Chi cuadrada para las variables en escala nominal, U de Mann Whitney para las variables ordinales y t de Student para las variables en nivel de medición intervalar y escalar. También se realizó un análisis multivariado (regresión logística para datos categóricos – nivel de medición nominal y ordinal-), de acuerdo con la naturaleza de las variables.

4.4.10 Consideraciones éticas.

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación sin riesgo, por lo que no se requirió de hoja de consentimiento informado debido a que la investigación se obtuvo de información descriptiva y retrospectiva de la base de datos de la clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

4.5 Resultados.

4.5.1 Análisis descriptivos.

Para realizar los análisis descriptivos, se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) en su versión 17.0. Enseguida se muestran los

datos descriptivos de las variables sociodemográficas, los factores psicológicos, los factores psiquiátricos y la descripción de la variable deserción.

- Variables sociodemográficas.

Las tablas 8 y 9 (ver Anexo 4) describen las características de los participantes ($N=286$) y los grupos (casos $n=160$ y controles $n=126$). Los resultados obtenidos indican que el 79.4% fueron mujeres y 20.6% hombres. También se encontró que el mayor porcentaje de pacientes se integró al tratamiento en 2012 (30%), siendo el mismo año con mayor porcentaje de deserción (con un 33%). Las medias del IMC fueron de 44.77 ± 7.47 kg/m² y la edad de 37.45 ± 9.94 años. El mayor porcentaje de escolaridad encontrado en este estudio fue bachillerato con un 32.2%. En cuanto al estado civil, el 49.7% de los pacientes refirieron ser solteros; con respecto al lugar de residencia el mayor porcentaje (71.0%) fueron pacientes del DF, el resto fueron pacientes de diferentes lugares de la república mexicana. Por último un porcentaje considerable de pacientes (41.3%) refirió ser empleado en su ingreso al tratamiento. La tabla 10 (ver Anexo 4) muestra los porcentajes obtenidos con respecto a las comorbilidades físicas relacionados con la obesidad.

Como se observa, la hipertensión arterial alta alcanzó el mayor porcentaje (25.2%) como comorbilidad asociada a la obesidad severa en los pacientes de este estudio. La enfermedad registrada con menor porcentaje fue el hígado graso con un 5.6% de los pacientes. A pesar de los resultados, lo importante es identificar que es extensa la gama de comorbilidades físicas asociadas a la obesidad severa.

Aquellas variables sociodemográficas en las cuales son similares los grupos (casos y controles) son IMC (pacientes desertores con 44.49 kg/m² y no desertores 45.12 kg/m²), aunque de manera ligera los no desertores presentaron mayor IMC. La edad promedio fue semejante entre los grupos, donde el promedio de edad de los desertores fue de 37.63 años contra 37.21 años de los pacientes no desertores; en cuanto al estado civil, el ser soltero es una característica común

en ambos grupos al presentarla el 50% de los desertores vs 49.2% de los no desertores; por último otra variable equivalente entre los grupos fueron los problemas circulatorios debido a que resultó con el mismo porcentaje (6.3%).

- Factores psicológicos.

A continuación se muestran los resultados descriptivos relacionados con los factores psicológicos, los cuales son: la motivación, las expectativas, los síntomas de depresión, la sensibilidad a la ansiedad, la calidad de vida y los factores de riesgo asociados a trastornos de alimentación.

La figura 11 (ver Anexo 4) muestra que el 78% de los pacientes con obesidad severa, mencionaron en la entrevista inicial como razón principal para bajar de peso mediante un procedimiento quirúrgico: la “salud”, esta respuesta fue seguida por “autoestima”. De manera descriptiva no hay diferencias significativas entre los grupos en cuanto al tipo de motivación. Con respecto a las expectativas la tabla 11 (ver Anexo 4) presenta los resultados obtenidos, de esta manera se observa que el 71.7% de los pacientes expresó expectativas realistas o no distorsionadas del tratamiento.

En cuanto a los datos resultantes de los síntomas de depresión a través del Inventario de depresión de Beck y el nivel de sensibilidad a la ansiedad medida mediante el ASI-3, la tabla 12 detalla los porcentajes alcanzados.

Se puede ver que tanto el 45.5% de los pacientes totales, como el 43.8% (desertores) y el 47.6% (no desertores) se encontró en el rango de no depresión, seguido por leve y moderado, teniendo un menor porcentaje de pacientes con síntomas en depresión grave. La tabla anterior (ver la tabla 12), también muestra los resultados del nivel de sensibilidad de ansiedad experimentada por los pacientes mediante la escala de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3). En este caso, la mayoría de los pacientes totales (31.8%) refirieron en la prueba un nivel leve de sensibilidad a la ansiedad.

Tabla 12.

Porcentaje obtenido por cada grado en los síntomas de depresión y nivel de sensibilidad a la ansiedad por muestra y por grupo.

Variable psicológica	Casos	Controles	Totales	P
	f (%)	f (%)	f (%)	
Grado en los síntomas de depresión				
No depresión	70 (43.8)	60 (47.6)	130 (45.5)	.319
Leve	49 (30.6)	41 (32.5)	90 (31.5)	
Moderado	29 (18.1)	19 (15.1)	48 (16.8)	
Grave	12 (7.5)	6 (4.8)	18 (6.3)	
Nivel de sensibilidad a la ansiedad				
Mínima	42 (26.3)	37 (29.4)	79 (27.6)	.404
Leve	51 (31.9)	40 (31.7)	91 (31.8)	
Moderada	43 (26.9)	36 (28.6)	79 (27.6)	
Severa	24 (15.0)	13 (10.3)	37 (12.9)	

Nota. Casos = Pacientes desertores (n=160). Controles = Pacientes no desertores (n=126). Totales (N=286). $p < 0.05$

La Tabla 13 muestra el mayor grado obtenido en cada una de las áreas evaluadas por el InCaViSa, como se observa en la mayoría de las áreas los pacientes refirieron tener una percepción “muy alta” en calidad de vida, no obstante la percepción corporal es percibida por el 28.0% de los pacientes como baja, es decir se encuentran insatisfechos con su imagen corporal. En cuanto a la calidad de vida en general es percibida por los pacientes (53.5%) como buena. Con respecto a los factores de riesgo asociados a trastornos de alimentación se puede reconocer en la tabla 14 (ver Anexo 4) que el 83.2% de los pacientes no presentaron ningún factor de riesgo evaluado por la EFRATA.

En cuanto a los factores psicológicos en los cuales no se hallaron diferencias entre los grupos fueron el nivel de ansiedad leve con un 31.9% presentado en los pacientes desertores y 31.7 en los no desertores. La variable preocupaciones (InCaViSa) con un 53.8% de los desertores y 53.2% de los no desertores es similar; así como la percepción de un alto desempeño físico con un 40% de los no desertores y 39.7% de los no desertores; tener una percepción corporal baja (27.5% de los casos vs 28.6% controles), actitud muy alta ante el tratamiento

(83.8% vs 84.1%) también son similares entre los grupos. En lo que respecta al EFRATA, la dieta crónica y restrictiva es similar entre los grupos, en este caso el 1.9% de los pacientes desertores y 1.6% de los no desertores refirieron presentarla.

Tabla 13.

Grado y porcentaje de cada una de las áreas que conforman el InCaViSa y la calidad de vida total por la muestra y por grupo.

Grado / Área evaluada por InCaViSa	Casos f (%)	Controles f (%)	Totales f (%)	p
Muy alta				
Preocupaciones	86 (53.8)	67 (53.2)	153 (53.5)	.817
Aislamiento	111 (69.4)	105 (83.3)	216 (75.5)	.010
Funciones cognitivas	75 (46.9)	79 (62.7)	154 (53.8)	.033
Actitud ante el tratamiento	134 (83.8)	106 (84.1)	240 (83.9)	.986
Tiempo libre	90 (56.3)	73 (57.9)	163 (57.0)	.985
Vida cotidiana	97 (60.6)	72 (57.1)	169 (59.1)	.269
Familia	124 (77.5)	110 (87.3)	234 (81.8)	.026
Redes sociales	97 (60.6)	100 (79.4)	197 (68.9)	.000
Dependencia médica	64 (40.0)	56 (44.4)	120 (42.0)	.346
Alta				
Desempeño físico	64 (40.0)	50 (39.7)	114 (39.9)	.495
Relación con el médico	69 (43.1)	50 (39.7)	119 (41.6)	.689
Baja				
Percepción corporal	44 (27.5)	36 (28.6)	80 (28.0)	.351
Calidad de vida total				
Muy buena	56 (35.0)	53 (42.1)	109 (38.1)	
Buena	90 (56.3)	63 (50.0)	153 (53.5)	
Mala	14 (8.8)	10 (7.9)	24 (8.4)	.255
Muy mala	0	0	0.0%	

Nota. Casos = Pacientes desertores (n=160). Controles = Pacientes no desertores (n=126). Totales (N=286). p<0.05

- Factores psiquiátricos.

Por otro lado, la descripción de los factores psiquiátricos se evidencia en la tabla 15, en la cual se especifica los porcentajes obtenidos por cada trastorno psiquiátrico evaluado en la entrevista inicial.

Tabla 15.

Porcentajes resultantes para cada trastorno psiquiátrico evaluado por MINI y entrevista inicial por muestra total y grupo.

Trastorno psiquiátrico	Casos	Controles	Totales	<i>p</i>
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	
Episodio depresivo mayor	40 (25.0)	23 (18.3)	63 (22.0)	.172
Trastorno distímico	34 (21.3)	22 (17.5)	56 (19.6)	.423
Riesgo de suicidio	4 (2.5)	3 (2.4)	7 (2.4)	.948
Trastorno de Angustia	6 (3.8)	5 (4.0)	11 (3.8)	.924
Agorafobia	5 (3.1)	2 (1.6)	7 (2.4)	.403
Fobia social	9 (5.6)	2 (1.6)	11 (3.8)	.078
Trastorno obsesivo-compulsivo	2 (1.3)	1 (0.8)	3 (1.0)	.707
Trastorno de estrés postraumático	11 (6.9)	2 (1.6)	13 (4.5)	.033
Dependencia de alcohol	1 (0.6)	1 (0.8)	2 (0.7)	.865
Abuso de alcohol	6 (3.8)	8 (6.3)	14 (4.9)	.312
Bulimia nerviosa	4 (2.5)	1 (0.8)	5 (1.7)	.274
Trastorno de ansiedad generalizada	37 (23.1)	18 (14.3)	55 (19.2)	.060
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto	41 (25.6)	20 (15.9)	61 (21.3)	.046
Trastorno por atracón	46 (28.8)	22 (17.5)	68 (23.8)	.026

Nota. Casos = Pacientes desertores (*n*=160). Controles = Pacientes no desertores (*n*=126). Totales (*N*=286). *p*<0.05

Los trastornos que se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes con obesidad severa candidatos a la cirugía bariátrica fueron: el trastorno por atracón con el 23.8% de los pacientes que lo presentaron, seguido por el episodio depresivo mayor con el 22%, trastorno por déficit de atención e hiperactividad con un 21.3%, trastorno distímico (19.6%) y por último trastorno de ansiedad generalizada (19.2%). Cabe resaltar que en la mayoría de los trastornos psiquiátricos evaluados, son los pacientes desertores quienes presentaron un mayor porcentaje de los mismos en el momento de la evaluación.

Los factores psiquiátricos que resultaron similares entre los grupos fueron el riesgo suicida con un 2.5% referido por los pacientes desertores y 2.4% en los pacientes no desertores; el trastorno de angustia con un 3.8% en los pacientes desertores vs 4.0% de los pacientes no desertores y la dependencia de alcohol con 0.6% de los desertores vs 0.8% de los no desertores.

- Deserción hacia el tratamiento.

En cuanto a la variable deserción, la tabla 16 explica el porcentaje de faltas registradas en la consulta de psicología y psiquiatría. En este caso la mayoría de los pacientes (44.1% y 35.3%) se encuentran entre 0 y 1 falta respectivamente. Es interesante observar que los pacientes que desertaron del protocolo mostraron un mayor número de faltas que los no desertores, de esta manera el 58.7% de los pacientes no desertores tiene 0 faltas en comparación de los pacientes desertores, donde sólo el 32.5% de los pacientes desertores asistieron a las consultas que tenían agendadas.

Tabla 16.

Porcentaje de número de faltas por muestra y por grupos.

# de faltas	Casos	Controles	Totales	<i>P</i>
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	
0	52 (32.5)	74 (58.7)	126 (44.1)	.000
1	63 (39.4)	38 (30.2)	101 (35.3)	
2	21 (13.1)	8 (6.3)	29 (10.1)	
3	16 (10.0)	5 (4.0)	21 (7.3)	
4	5 (3.1)	0	5 (1.7)	
5	2 (1.3)	0	2 (0.7)	
7	1 (0.6)	1 (0.8)	2 (0.7)	

Nota. Casos = Pacientes desertores ($n=160$). Controles = Pacientes no desertores ($n=126$). Totales ($N=286$). $p<0.01$

La figura 12, muestra el porcentaje de pacientes que desertaron del protocolo de preparación para la cirugía bariátrica (55.9%) y las fases en las cuales los pacientes abandonaron el tratamiento.

Como se observa, la fase de preparación fue el momento en el cual desertaron el mayor porcentaje de los pacientes (60%), seguido por la fase de diagnóstico, es decir el 29% de los pacientes sólo acudieron a su evaluación inicial sin iniciar el tratamiento en alguna otra cita de las especialidades. Por último el 11% de los pacientes desertó una vez que se concluyó el tratamiento y estuvieron listos para operarse sin hacerlo. En cuanto a los pacientes no desertores, aquellos pacientes que se sometieron a la cirugía, al 70% se les practicó bypass gástrico, al

7% se le realizó una manga gástrica y el 23% de los pacientes aún continuaban en el protocolo en el momento del vaciado de datos.

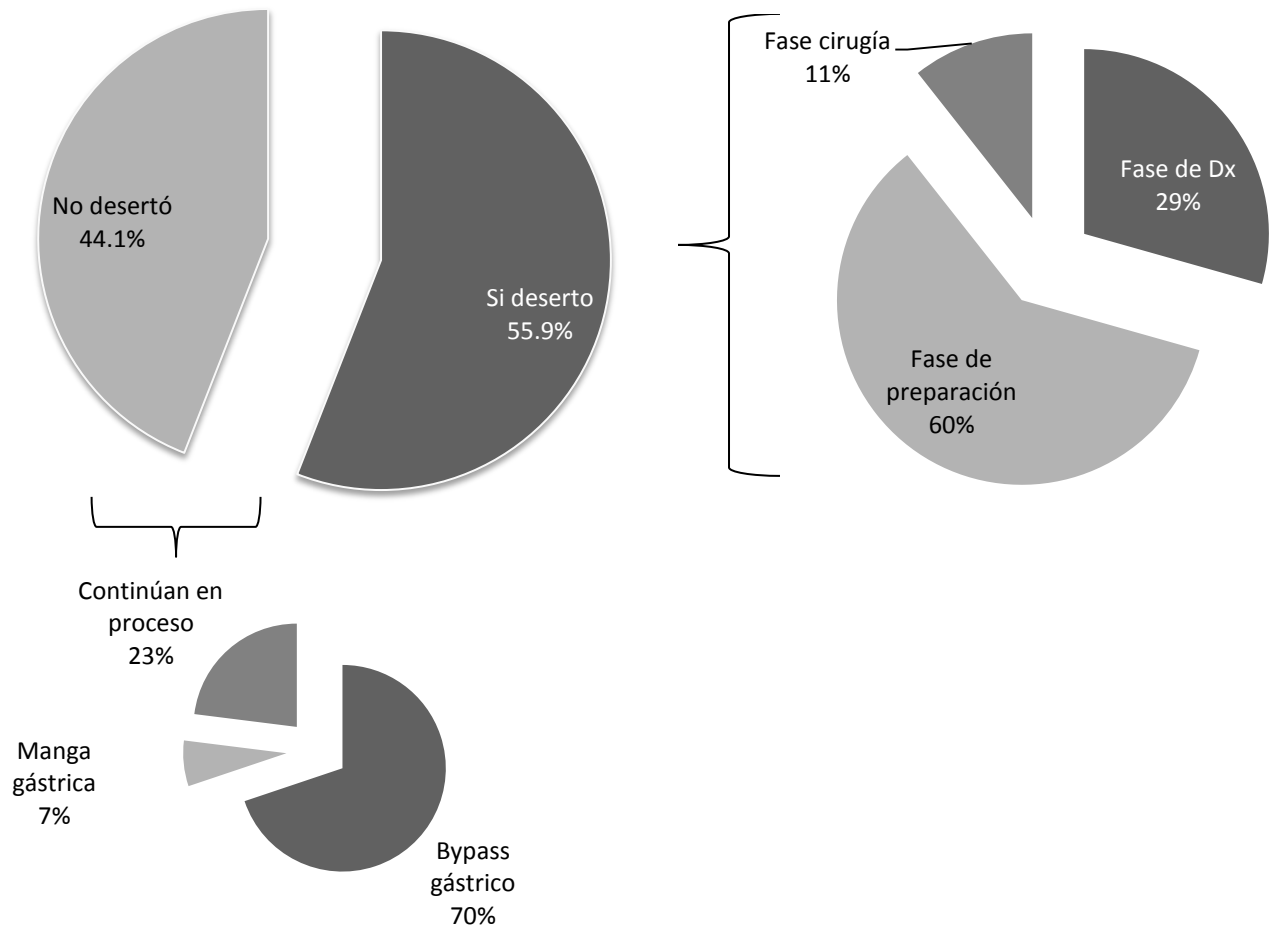


Figura 12. Porcentaje de pacientes desertores y no desertores, momento de deserción y tipo de cirugía llevada a cabo.

4.5.2 Análisis de comparación.

Enseguida se muestran los resultados en cuanto a las diferencias significativas encontradas entre casos (pacientes desertores) y controles (pacientes no desertores). De igual forma se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) en su versión 17.0. La tabla 17 muestra aquellas variables que resultaron significativas entre los grupos.

Tabla 17.

Variables que resultaron significativas en la comparación de casos (desertores) y controles (no desertores).

Variables	Significancia (bilateral)
Año de ingreso	.017
Género	.003
Trastorno de estrés postraumático	.033
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto	.046
Trastorno por atracón	.026
Aislamiento (InCaViSa)	.010
Funciones cognitivas (InCaViSa)	.033
Familia (InCaViSa)	.026
Redes sociales (InCaViSa)	.000
Número de faltas	.000

Nota. $p < 0.05$

Las variables sociodemográficas que resultaron significativas entre desertores y no desertores son el año de ingreso $\chi^2(3, N=286)=10.16, p=.017$. y el género $\chi^2(1, N=286)=8.65, p=.003$. En cuanto a los factores psicológicos son algunas áreas evaluadas por el InCaViSa las que marcaron una diferencia importante entre los grupos, en este caso, el aislamiento $U=8729, z=-2.59, p=.010$; las funciones cognitivas $U=8746, z=-2.12, p=.033$; la familia $U=9039, z=-2.23, p=.026$ y las redes sociales $U=8038, z=-3.60, p=.000$. Con respecto a los factores psiquiátricos, los trastornos que resultaron diferentes significativamente entre los grupos fueron: el trastorno de estrés postraumático $\chi^2(1, N=286)=4.54, p=.033$, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto $\chi^2(1, N=286)=3.99, p=.046$ y el trastorno por atracón $\chi^2(1, N=286)=4.95, p=.026$. Por último el número de faltas en la consulta fue una variable importante que hizo diferencia entre casos y controles con una $t(284)=4.34, p=.000$.

4.5.3 Análisis multivariado.

Se llevó a cabo un análisis de regresión logística con la finalidad de explicar y predecir la probabilidad de que un paciente deserte o no deserte, con base en los factores sociodemográficos, psicológicos y psiquiátricos. Así mismo se buscó determinar qué variables tuvieron mayor peso en aumentar (factor de riesgo) o

disminuir (factor protector) la probabilidad de que algún paciente pudiera desertar. En la realización de estos análisis se usó el paquete estadístico STATA en su versión 13. A continuación se presentan los resultados (ver la tabla 18.)

Tabla 18.

Resultados de la regresión lineal llevada a cabo con las variables de interés.

Regresión logística

Número de obs = 286

LR chi2(4) = 44.65
 Prob > chi2 = 0.0000
 Pseudo R2 = 0.1138

Log probabilidad = -173.89063

Deserción	Odds Ratio	Error	Z	P> z	[95% Conf. Intervalo]
género1	2.923701	.9887959	3.17	0.002	1.506803 5.672955
redes2	4.164364	2.028529	2.93	0.003	1.60293 10.81889
Atracón	.476212	.1484622	-2.38	0.017	.2584834 .8773402
Faltas	1.664801	.2267294	3.74	0.000	1.274786 2.174141
_cons	.519712	.3964821	-0.86	0.391	.1165175 2.318111

Nota. La odds ratio (OR) e intervalo de confianza del 95% (IC) se obtuvieron a partir de un modelo de regresión logística con la deserción como variable de resultado dicotómica y género, redes sociales, trastorno por atracón, el número de faltas como predictores.

En la tabla anterior (ver tabla 18), se puede ver que las variables género, una pobre percepción en el apoyo de las redes sociales (InCaViSa), el trastorno por atracón y el número de faltas resultaron significativos. Por la regresión logística, el tener poco apoyo en el área de redes sociales evaluado por el InCaViSa (OR=4.16) y un mayor número de faltas (OR=1.66) son los mejores predictores para la deserción. Por ejemplo, en el último caso por cada falta que tenga el paciente existe un 66% de probabilidad de desertar. El ser mujer y el no tener atracones fueron factores de protección para la deserción. El resto de las variables sociodemográfica y de los factores psicológicos y psiquiátricos no resultaron predictores significativos de deserción.

También se realizó un árbol de clasificación en R, para discriminar entre los grupos (casos – desertores y controles – no desertores). La figura 13, muestra lo que se obtuvo.

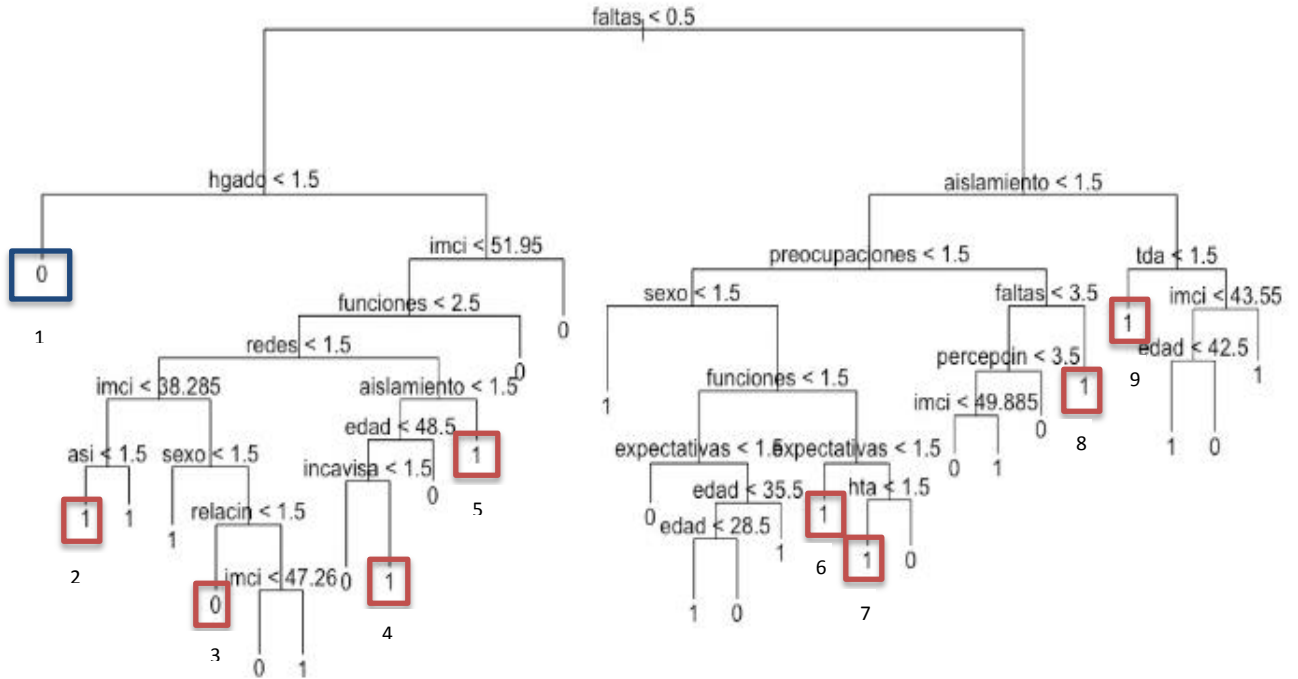


Figura 13. Árbol de clasificación para la identificación de probabilidades de deserción y no deserción.

Como se observa en la imagen, la clasificación más pura es la realizada por la variable “faltas”, por lo que de ahí inicia la clasificación para determinar la probabilidad de deserción o no deserción en combinación de las variables de interés.

Los “0” simbolizan la probabilidad de NO desertar y los “1”, la de desertar. Los resultados muestran 29 nodos terminales, en este caso sólo se explicarán las clasificaciones que resultaron puras (100% de probabilidad), las cuales se muestran en los recuadros de colores de la imagen del árbol de clasificación. A continuación se explican los resultados.

1. Siete pacientes que tuvieron menos de 0.5 veces de faltas e hígado graso, no desertaron.
2. Seis pacientes los cuales tuvieron menos de 0.5 faltas, no tuvieron hígado graso, un IMC menor a 51.95 kg/m², funciones cognitivas altas (InCaViSa),

una percepción alta en redes sociales (InCaViSa) y un nivel de sensibilidad a la ansiedad (ASI) mínima desertaron.

3. Once pacientes mujeres las cuales tuvieron menos de 0.5 faltas, no tuvieron hígado graso, un IMC menor a 51.95 kg/m² pero mayor a 38.28, funciones cognitivas altas (InCaViSa), una percepción muy alta en redes sociales (InCaViSa) y en la relación con el médico, desertaron.
4. Diez pacientes los cuales tuvieron menos de 0.5 faltas, no tuvieron hígado graso, un IMC menor a 51.95 kg/m², funciones cognitivas altas (InCaViSa), una percepción alta en redes sociales (InCaViSa), una muy alta percepción en la variable de aislamiento (InCaViSa), menores a 48.5 años y una percepción de calidad de vida buena, desertaron.
5. Seis pacientes los cuales tuvieron menos de 0.5 faltas, no tuvieron hígado graso, un IMC menor a 51.95 kg/m², funciones cognitivas altas (InCaViSa), una percepción alta en redes sociales (InCaViSa) y una alta percepción en la variable de aislamiento (InCaViSa), desertaron.
6. Nueve pacientes mujeres quienes tuvieron más de 0.5 faltas, una muy alta percepción en la variable de aislamiento (InCaViSa), una muy alta percepción en la variable de preocupaciones (InCaViSa), funciones cognitivas altas (InCaViSa), con expectativas distorsionadas, desertaron.
7. Cinco pacientes mujeres quienes tuvieron más de 0.5 faltas, una muy alta percepción en la variable de aislamiento (InCaViSa), una muy alta percepción en la variable de preocupaciones (InCaViSa), funciones cognitivas altas (InCaViSa), con expectativas no distorsionadas y con hipertensión arterial, desertaron.
8. Cinco pacientes quienes tuvieron más de 3.5 faltas, una muy alta percepción en la variable de aislamiento (InCaViSa) y una alta percepción en la variable de preocupaciones (InCaViSa), desertaron.
9. Doce pacientes quienes tuvieron más de 0.5 faltas, una alta percepción en la variable de aislamiento (InCaViSa) y con el diagnóstico de TDAH, desertaron.

4.6 Discusión y conclusiones.

Recientemente en la literatura se reporta entre un 40% y 80% de deserción en los programas para el tratamiento de la obesidad severa (Brosens, 2009; Grossi et al., 2006; Sámano, 2011; Inelmen et al., 2005; Ahnis et al., 2012; Merrell et al., 2012); lo que coincide con los resultados encontrados en este estudio, en el cual el 55.9% de los pacientes candidatos a la cirugía bariátrica desertaron.

Las variables de interés para la presente investigación fueron las siguientes: sociodemográficas (año de ingreso, edad, género, IMC, escolaridad, ocupación, estado civil, lugar de residencia y padecimientos médicos); factores psicológicos (síntomas de depresión, sensibilidad a la ansiedad, calidad de vida, factores de riesgo asociados a trastorno de alimentación, motivación y expectativas); factores psiquiátricos (entre ellos episodio depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, abuso y dependencia de alcohol y/o sustancias, trastorno por atracón y trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto) y deserción. No obstante, hay otros factores que podrían tener influencia en la deserción y que no fueron considerados en este estudio como es el estrés percibido, síndrome de comedor nocturno, trastornos de personalidad, historia de patologías psicológicas y/o psiquiátricas pasadas, autoestima y recursos materiales (Ahnis et al., 2012; Merrell et al., 2012; Sockalingam et al., 2012).

La presente investigación tuvo como objetivo principal identificar los factores psicológicos y/o psiquiátricos, que presentaron en la evaluación inicial los pacientes con obesidad severa que desertaron del protocolo de preparación para la cirugía bariátrica, comparados con los que no desertaron. Al respecto, los resultados indicaron que el año de ingreso, el género, número de faltas, el trastorno de estrés postraumático, TDAH del adulto, trastorno por atracón y variables del InCaViSa como aislamiento, funciones cognitivas, familia y redes sociales fueron variables significativas en la comparación realizada entre los grupos (casos-pacientes desertores y controles-pacientes no desertores).

En el caso de las variables sociodemográficas, el año de ingreso resultó significativo, en cuanto a la deserción fue el 2012 con un mayor porcentaje que el 2013 donde se registra el menor porcentaje de abandonos; género es otra variable importante en la cual los hombres, a pesar de ser minoría en el tratamiento, mostraron mayor probabilidad significativa de desertar que las mujeres.

Una variable asociada a la deserción es la adherencia al tratamiento, es decir los pacientes con menos apego tienen mayor probabilidad de desertar que lo aquellos que se adhieren. Así, con respecto al género estos resultados concuerdan con algunos hallazgos de la literatura en cuanto a que las mujeres se adhieren más al tratamiento que los hombres, como el estudio de Agámez, Hernández, Cervera y Rodríguez (2008) con población hipertensa, quienes encontraron que los hombres presentan menor adherencia al tratamiento médico que las mujeres (71.73% vs 28.27% respectivamente). También el estudio de Naar-King et al. (2006), donde los hombres tuvieron una menor adherencia que las mujeres en pacientes en control de diabetes mellitus tipo 2. No obstante, Rolnick, Pawloski, Hedblom, Asche y Bruzek en 2013, más recientemente encontraron lo contrario, en su estudio donde evaluaron la adherencia al tratamiento farmacológico bajo diferentes condiciones médicas, los hombres mostraron mayor apego que las mujeres. Bajo estas contradicciones se sugiere mayor investigación en el área, con la finalidad de determinar el impacto de apego entre hombres y mujeres en tratamientos quirúrgicos-multidisciplinarios de obesidad severa y en la deserción, independientemente de la diferencia en el tamaño de las muestras entre hombres y mujeres.

Es importante tomar los resultados de la variable género obtenidas en este estudio con cautela, debido a que las diferencias significativas encontradas entre hombres y mujeres, pueden deberse a la desigualdad en el tamaño de las muestras (más mujeres que hombres) y no propiamente al grado de apego que caracterizan a cada muestra. Esta conjetura surge de la comparación realizada con los resultados obtenidos en otros estudios sobre obesidad, en los cuales se ha encontrado que la variable género, a pesar de la diferencia en el tamaño de las

muestras, no resulta significativa entre desertores y no desertores (Ahnis et al., 2012).

En cuanto a las comorbilidades médicas o físicas entre los grupos de este estudio, no se registraron diferencias significativas, lo cual corresponde con los resultados de la investigación realizada por Ahnis et al. (2012), quienes tampoco encontraron diferencias significativas en la comparación entre los que desertaron y los que continuaron con el programa. Sin embargo, cotejándolo con los resultados de la investigación de Inelmen et al. (2005), éstos resultados difieren, debido a que con base en los resultados de estos autores, los desertores tuvieron un menor número de enfermedades relacionadas con la obesidad severa comparados con los no desertores.

Con respecto a las variables psicológicas que resultaron significativas entre casos y controles fueron aquellas medidas por el InCaViSa, de esta forma los pacientes desertores tienden a aislarse más, a tener puntajes menos favorables en las funciones cognitivas, mayor disfunción en la relación con la familia y sus redes sociales que los no desertores. Estos resultados reflejan la importancia que tiene la familia y las redes sociales como soporte para el paciente con obesidad severa en su tratamiento, ya que le permiten con mayor facilidad apegarse al mismo. Por lo tanto, el apoyo social constituye un factor fundamental en el logro de las metas establecidas en el tratamiento y de importante atención en futuras investigaciones. En tal sentido, Orozco (2010) sostiene que uno de los predictores con mayor peso en la adherencia al tratamiento y deserción, es el grado de apoyo social que el paciente percibe por parte de los amigos y la familia; para el autor, las personas que se perciben como aisladas de los demás tienden a no cumplir con las instrucciones, contrario a aquellas personas que perciben apoyo social, en quien se ha observado mayor disposición a seguir con el tratamiento.

El resto de las variables psicológicas no resultaron significativas en este estudio, no obstante, de forma general, los síntomas de depresión, la sensibilidad a la ansiedad, la mala calidad de vida, los factores de riesgo asociados a

trastornos de alimentación (específicamente preocupación por peso y comida), fueron más frecuentes en los pacientes desertores que en los no desertores.

En cuanto a las comorbilidades psiquiátricas, el trastorno de estrés postraumático resultó significativo entre casos y controles, lo que concuerda con los datos presentados por Sockalingam et al. (2012); donde los pacientes desertores mostraron tasas significativamente mayores que los no desertores en este trastorno. En cuanto a esta variable, el trastorno de estrés postraumático podría estar relacionado con la historia de abuso sexual que algunas pacientes refieren haber vivido en su infancia. Morín (2008) mediante su estudio encontró que el 18% de las participantes mujeres confesaron haber sobrevivido al abuso sexual antes de los 16 años, mostrando el doble de riesgo de presentar síntomas de desórdenes alimenticios, con una percepción evidentemente negativa de su cuerpo. El autor reitera que el miedo a establecer una relación afectivo-sexual provoca en algunas personas comer demasiado con la finalidad de engordar y resultar menos atractivas para el sexo opuesto.

Otra variable psiquiátrica que resultó significativa entre los grupos fue el trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto; en este sentido la presentaron los pacientes desertores con mayor prevalencia que los no desertores; lo mismo sucede con el trastorno por atracón, en el cual los pacientes desertores lo presentaron más en comparación con los que no desertaron. Los resultados relacionados con estos dos trastornos (TDAH y trastorno por atracón) son diferentes a los encontrados en otras investigaciones, como la realizada por Sockalingam y sus colaboradores (2012) quienes no encontraron diferencias significativas en estas variables en los pacientes desertores vs los no desertores.

El resto de los factores psiquiátricos evaluados en este estudio no resultaron significativos entre los grupos, sin embargo, se observan porcentajes mayores en los pacientes desertores en comparación con los no desertores; a excepción de la dependencia y el abuso de alcohol en el que sutilmente los no desertores lo presentaron más. Por último, el número de faltas a citas con los especialistas de la

clínica de obesidad también resultó significativo entre desertores y no desertores, en el que los pacientes desertores tienen más faltas que los que no desertaron.

Por otro lado, en los resultados se pueden ver algunas variables que son cercanamente equivalentes entre pacientes desertores y no desertores, por ejemplo en las variables sociodemográficas en las cuales son similares los grupos son IMC y la edad. En el primer caso, los pacientes no desertores tienen 0.63 kg/m² más de IMC que los desertores, lo que coincide con los hallazgos de Inelmen et al., en 2005, en el que reportaron que los pacientes desertores tuvieron ligeramente un menor IMC que los no desertores como en el caso de este estudio. Como se mencionó, también la edad promedio entre los grupos es similar, lo cual contradice los resultados descritos por Ahnis et al. (2012), quienes encontraron diferencias significativas en cuanto a la variable edad entre los desertores y no desertores.

Con respecto a los factores psiquiátricos, el riesgo suicida, trastorno de angustia y la dependencia de alcohol son sutilmente similares entre los grupos. En el caso de la dependencia de alcohol, estos resultados difieren de los descritos por Merrell et al., (2012); quienes mencionaron que los pacientes desertores tuvieron más probabilidad de cumplir con los criterios de dependencia de alcohol actual.

Otro resultado de interés en este estudio, fue la identificación de variables que podrían tener una influencia importante en la deserción como factores de riesgo, en este caso se reconocen que ser hombre, presentar trastorno por atracón, mayor número de faltas y una percepción deficiente en cuanto a las redes sociales, son factores de riesgo asociados a la deserción. La importancia de estos hallazgos radica en contemplar estos puntos desde la valoración inicial, debido a que puede ayudar a seleccionar instrumentos de evaluación que permitan una mejor selección de los pacientes candidatos a la cirugía y generar estrategias que disminuyan la probabilidad de desertar desde el inicio del tratamiento, tomando en cuenta las características y factores de riesgo ya identificados. No considerar estas variables puede mantener la probabilidad de influencia en la deserción al tratamiento en pacientes con obesidad severa candidatos a la cirugía bariátrica.

Como objetivos secundarios en este estudio se pretendió identificar cuántos pacientes desertaron del protocolo de preparación para la cirugía bariátrica y en qué momento lo hicieron; así como describir los factores psicológicos y psiquiátricos identificados en la evaluación inicial de los pacientes que ingresaron a protocolo de preparación en la clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

Al respecto del primer objetivo secundario, los hallazgos de esta investigación determinaron que el 55.9% de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica desertaron del tratamiento, de los cuales 29% lo realizó durante la fase de diagnóstico, es decir son pacientes que acudieron a la entrevista inicial en el área de psicología y, a pesar de no identificarse contraindicaciones absolutas para ingresar al programa, estos pacientes ya no asistieron a ninguna otra cita. La mayor parte de los pacientes desertaron en la fase de preparación (60%), en este caso fueron pacientes que ya se encontraban integrados en el programa y que contaban con citas agendadas con más de un especialista e incluso asistieron en más de una ocasión a las mismas. Por último el porcentaje restante (11%), desertó una vez que logró concluir el programa y se aprobó su cirugía por los especialistas de la clínica de obesidad y cirugía bariátrica, es decir, desertaron una vez que su cirugía estaba lista para ser programada. A través de estos resultados se deduce que las estrategias para reducir la probabilidad de deserción, deben estar encaminadas a modificar y/o mejorar la fase de preparación, involucrando a todas los especialistas que integran al equipo multidisciplinario de la clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

Por otro lado, el 23% de los pacientes no desertores se encontraban aún en el proceso de preparación para la cirugía bariátrica al momento de realizar este análisis. El 77% de los pacientes ya había sido sometido a la cirugía bariátrica, en este caso al 7% se les realizó manga gástrica y al 70% bypass gástrico. Cuando todos los especialistas del equipo multidisciplinario está de acuerdo en que el paciente cubrió de manera aceptable las metas establecidas por su especialidad y que el paciente se mostró adherente al tratamiento, entonces se somete a la cirugía.

En cuanto al segundo objetivo secundario, los factores psicológicos característicos de los pacientes candidatos a la cirugía bariátrica fueron en su motivación, el deseo de tener una vida saludable. Este motivo podría estar relacionado con la cantidad de comorbilidades físicas que están relacionadas a la obesidad severa, ya que los pacientes constantemente refirieron sentirse cansados, lo que los llevó a no tener actividad física y como consecuencia fomentar el desarrollo de enfermedades (Silencio, 2010). Con respecto a las expectativas, con base en la clasificación realizada, la mayoría de los pacientes expresaron expectativas no distorsionadas o realistas del tratamiento, del porcentaje de peso a perder y de cómo se visualizan después de la cirugía, etc.

En los síntomas de depresión se encontró que un porcentaje importante de los pacientes refirieron a través del Inventario de depresión de Beck, no experimentar síntomas de depresión, estos resultados se contraponen a los descritos por Abilés et al. (2010); Sierra et al. (2012); Vázquez (2004) quienes han reportado altos índices de depresión en pacientes con obesidad severa candidatos a la cirugía bariátrica. En la sensibilidad a la ansiedad, la mayoría de los pacientes se percibió en un nivel leve; es decir, son poco receptivos a reconocer las sensaciones físicas de la ansiedad.

Con respecto a la calidad de vida, la mayoría de los pacientes refirieron que la perciben como “buena”, un porcentaje menor de pacientes, identificaron una calidad de vida “mala”, lo que significa que a pesar de que comienzan a vivir los estragos de la propia enfermedad, hay factores como el poco aislamiento, la actitud ante el tratamiento y la familia que permitieron al paciente percibir como buena su calidad de vida. Un amplio porcentaje de pacientes no presentaron factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de alimentación, que es seguido por la presentación de una conducta alimentaria compulsiva, lo que está relacionado con el trastorno por atracón.

Cabe resaltar que los datos se obtuvieron de las respuestas otorgadas a los instrumentos aplicados en la evaluación inicial en estos pacientes, por lo que puede no reflejar su sentir verdadero, es decir, puede existir deseabilidad social

por el deseo de ser aceptados como candidatos a la cirugía bariátrica. Al ser los instrumentos mediciones subjetivas y propensas a manipulación, se reservan las conclusiones derivadas de estos resultados. Por lo anterior, una propuesta de valoración de los factores psicológicos y que también evalúa rasgos de personalidad es el MMPI-2 el cual ya ha sido aplicado para pacientes bariátricos en 2001 por Gliniski, Wetzler y Goodman, quienes concluyeron que hay propiedades psicométricas aceptables para esta población, así como una alta prevalencia de psicopatología y trastornos psicológicos como depresión y ansiedad en los pacientes con obesidad severa.

Los factores psiquiátricos característicos de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica son trastorno por atracón, episodio depresivo mayor, trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto (TDAH), trastorno distímico y trastorno de ansiedad generalizada. Estos resultados coinciden con la literatura revisada (Abilés et al., 2010; Sierra et al., 2012; Vázquez, 2004).

El TDAH se identificó como uno de los trastornos prevaletentes en los pacientes con obesidad severa y que en los últimos años ha sido considerado como un factor relacionado con la obesidad; así mismo y derivado de lo anterior, la falta del control de impulsos y la falla en las funciones ejecutorias también impactan desfavorablemente en la disciplina y poco apego a los tratamientos.

Fuemmeler, Østbye, Yang, McClernon y Kollins en 2011, mencionaron que existe una fuerte asociación entre síntomas de TDAH y obesidad. Estos resultados están relacionados con lo mencionado por Dempsey, Dyehouse y Schafer en 2011 en la que encontraron una relación unidireccional predictiva entre las funciones ejecutorias, incremento de los síntomas de TDAH, sobre ingesta de alimentos y obesidad. Por otro lado, Gruss, Mueller, Horbach, Martin y de Zwaan (2012), estimaron la prevalencia de TDAH en adultos en un grupo de pacientes con grado III de obesidad ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) antes de la cirugía bariátrica; encontraron que el 12,1% de los pacientes presentaron el trastorno asociado a una mayor gravedad de los síntomas depresivos y antecedentes de atención en psicoterapia, sin encontrar una relación con el trastorno por atracón.

Levy, Fleming y Klar en 2009, llevaron a cabo una investigación, en la que concluyeron que el TDAH es una enfermedad predominante en la población con obesidad severa. Un hallazgo interesante de su estudio fue que el tratamiento de TDAH se asoció a la pérdida de peso significativo a largo plazo en las personas con una larga historia de fracasos en la pérdida de peso. Este resultado es probablemente debido a los efectos positivos del tratamiento sobre la disciplina, la persistencia y los comportamientos de búsqueda de la novedad. Los autores resaltaron la importancia de considerar el TDAH como una causa del fracaso en la pérdida de peso en los pacientes con obesidad, por lo que mencionaron que los individuos que buscan la pérdida de peso médica o quirúrgica deben ser evaluados para el TDAH y otorgar el tratamiento adecuado antes de la intervención quirúrgica, debido a que puede mejorar el resultado para los pacientes tratados médicamente y evitar complicaciones post-quirúrgicas a causa de un mal cumplimiento de los requisitos de la dieta y los suplementos.

Cabe mencionar, que otro factor de influencia en la deserción en los tratamientos relacionado con la obesidad, es el uso de medicamentos tanto para las comorbilidades físicas (uso de Metformina) como psiquiátricas (por ejemplo Fluoxetina). En el último caso, el empleo de antipsicóticos se ha encontrado relacionado con un mayor riesgo en el desarrollo de obesidad (Mulder et al., 2007). En relación a esto, Nihalani, Schwartz, Siddiqui y Megna (2012), realizaron una revisión en la que concluyeron que el uso generalizado de medicamentos psicotrópicos ha contribuido probablemente a la mayor prevalencia en la obesidad. Una combinación de dieta, ejercicio y medicamentos sería el método ideal para combatir el aumento de peso observado en la población con enfermedades psiquiátricas. No obstante también hay evidencia que resalta la eficacia de los psicotrópicos en el tratamiento de la obesidad; por ejemplo, los resultados en la reducción de peso en ensayos clínicos con pacientes con obesidad que presentaron trastorno por atracón. Los psicotrópicos más estudiados en ensayos de obesidad son fármacos utilizados en el tratamiento de los trastornos de los estados de ánimo, principalmente antidepresivos y antiepilépticos (Appolinario, Bueno & Coutinho, 2004).

Tanto para el TDAH como para el uso de medicamentos se sugiere investigaciones que identifiquen su impacto en la obesidad severa y en la deserción de tratamientos como la cirugía bariátrica. En la última variable podría tener influencia las creencias de los pacientes al respecto del uso de medicamentos en este tipo de tratamientos.

Resumiendo, esta investigación contribuye al estudio de la deserción en pacientes con obesidad severa en tratamiento para la cirugía bariátrica en varios aspectos:

Primero, confirma las características psicológicas y psiquiátricas de los pacientes candidatos a la cirugía bariátrica (calidad de vida, depresión, ansiedad, trastornos de alimentación), las cuales tienen relación con lo encontrado en la literatura. Así mismo, se comprueba que ser hombre, tener pobre percepción de apoyo social, presentar trastorno por atracón y un alto índice de faltas, caracterizan la deserción del tratamiento en pacientes con obesidad severa.

Segundo, los resultados enfatizan la importancia que tiene la percepción del paciente ante el tratamiento en cuanto a sus motivaciones, expectativas y comorbilidades psicológicas y/o psiquiátricas, que podrían tener una influencia importante en la adhesión o deserción en el tratamiento.

Tercero, los resultados del estudio sirven como base para incorporar medidas que ayuden a disminuir la probabilidad de deserción y realizar una mejor selección en la valoración inicial en psicología/psiquiatría en candidatos a la cirugía bariátrica.

Cuarto, este estudio permitirá abrir líneas de investigación en el área de la psicología clínica en relación al tratamiento y manejo de la obesidad severa en la cirugía bariátrica, que permita mejorar el apego en estos pacientes, así como disminuir la probabilidad de deserción. Como ejemplos de nuevas líneas de investigación serían mejorar los tratamientos psicológicos para el TDAH (con la inclusión de la Neuroterapia y Mindfulness) y trastorno por atracón; investigar la prevalencia e influencia del abuso sexual en estos pacientes en las

psicopatologías evaluadas; determinar el impacto del apoyo social en el tratamiento para la obesidad severa; generar escalas que evalúen la motivación que presentó el paciente en los diferentes momentos dentro del proceso de modificación de conductas para mejora de estilo de vida, con base al modelo de las seis etapas del cambio propuesto por James Prochaska y Carlo DiClemente (1982, en Miller & Rollnick, 1999), entre otros.

Los resultados del presente estudio deben ser interpretados teniendo en mente ciertas limitaciones.

- El estudio presentado sólo analiza una pequeña parte de las variables que han sido probadas como factores de riesgo en la deserción; sería importante contemplar aquellas que podrían tener influencia como abuso sexual, estrés percibido o rasgos de personalidad.
- Otra limitación concierne al empleo de informes retrospectivos y subjetivos, debido a las características de recolección de datos que se realizó a través de autoinformes. Este tipo de información no es objetiva, las respuestas proporcionadas podrían estar bajo la influencia de la deseabilidad social o sesgos.
- La naturaleza transversal del estudio no permite realizar inferencias de causalidad ni observar cambios en las variables evaluadas a lo largo del tiempo. Se propone llevar a cabo otros estudios en el futuro y de preferencia longitudinales aunque sean a corto plazo y así continuar observando cambios.
- La generalización de los datos también se encuentra limitada, al haberlos obtenido a partir de una muestra de pacientes cuya información se obtuvo de los registros del hospital.

Con base en los resultados encontrados y la discusión presentada, se realizan las siguientes sugerencias para disminuir la probabilidad de deserción y mejorar la selección en los pacientes con obesidad severa, candidatos a la cirugía bariátrica (Hotz et al., 2003):

- Mejorar la calidad de atención médica y administrativa a los pacientes con obesidad severa, proporcionando información apropiada y clara al respecto del tratamiento.
- Identificar las razones del porqué los pacientes desertaron del protocolo pre-quirúrgico en los tres momentos (fase diagnóstico, preparación y de cirugía) mediante encuestas o cuestionarios.
- Realizar un análisis de supervivencia que permita determinar el ritmo en el que los pacientes van desertando.
- Diseñar procedimiento de “rescate telefónico” a los pacientes que han desertado.
- Diseñar y/o modificar los instrumentos de valoración para aquellos que den como resultado datos objetivos al respecto del perfil psicológico-psiquiátrico de los pacientes con obesidad candidatos a la cirugía bariátrica, tal como el uso del MMPI-2 para rasgos de personalidad y estado de ánimo, valoración del TDAH mediante el IVA test o TOVA.
- Valorar en cada sesión la etapa de cambio o fase de motivación en la que el paciente se encuentra para aplicar las técnicas necesarias con base en el lugar motivacional en la que se encuentra el paciente.
- Probar otras formas de tratamiento para trastorno de estrés postraumático y trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto mediante la neuroterapia (Moore, 2005; Williams, 2010) y el trastorno por atracón con técnicas de atención plena o terapia dialéctica conductual (Safer, Telch & Chen, 2009).
- Involucrar mediante educación al paciente y su familia para fomentar el apoyo social en estos tratamientos.
- Probar nuevos tratamientos psicológicos que ayuden a mejorar la motivación de los pacientes para concluir el tratamiento.

Las recomendaciones antes mencionadas serían lo ideal para poder tener una continuidad en el tratamiento de los pacientes y evitar así la deserción antes de la cirugía bariátrica. Sin embargo no debe perderse de vista que en el hospital

en donde se llevan a cabo este tipo de cirugías no cuenta con un presupuesto adecuado para atender los factores de riesgo.

A pesar de las sugerencias, se necesitan ensayos prospectivos para proporcionar recomendaciones adecuadas y concretas que realmente puedan resolver el problema de la deserción. Identificar si los factores de riesgo para la deserción determinados en este estudio son comparables con otros programas de tratamiento, tanto de obesidad como de otras enfermedades crónico-degenerativas. Programas educativos de colaboración entre los pacientes, familiares y los médicos estén involucrados serán deseables.

Como conclusión y a pesar de las limitaciones, los resultados del presente estudio sugieren que factores psicológicos/psiquiátricos, como la pobre percepción de apoyo social y el trastorno por atracón podrían establecerse como factores de riesgo en la deserción. Identificar y abordar estos factores puede ser esencial antes que los pacientes pueden hacer los cambios de estilo de vida necesarios y adherirse a la terapia. Por otro lado, es primordial hacer frente a estos factores adaptando estrategias de gestión de la obesidad a la situación específica de cada paciente. En este sentido valdría la pena seguir investigando en otras muestras con características similares la influencia de diversos factores psicológicos y psiquiátricos que puedan estar asociados a la deserción, y así poder probar nuevas estrategias de tratamientos que los ayuden a concluir el tratamiento y mejorar su estado de salud general.

4.7 Referencias.

- Abaitua, B., & Ruiz, M. A. (1990). Expectativas de auto-eficacia y de resultado en la resolución de tareas de anagramas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43(1), 45-52.
- Abilés, V., Rodríguez, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Pérez, A., & Fernández, M. (2010). Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates. *Obesity Surgery*, 20,161-167. doi:10.1007/s11695-008-9726-1
- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, en Política Nacional Promoción de la Salud contra el sobrepeso y la obesidad en México, 2012.
- Agámez, A., Hernández, R., Cervera, L., & Rodríguez, Y. (2008). Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Archivo Médico de Camagüey*, 12(5). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116122009>.
- Agnieszka, H., Dziurawicz-Kozłowska, M., Zbigniew, W., Wojciech, L., Dariusz, W., & Maciej, K. (2006). The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for Bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 16, 196-202.
- Ahnis, A., Riedl, A., Figura, A., Steinhagen-Thiessen, E., Liebl, M., & Klapp, B. (2012). Psychological and sociodemographic predictors of premature discontinuation of a 1-year multimodal outpatient weight-reduction program: an attrition analysis. *Patient Preference and Adherence*, 6,165–177.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Appolinario, J. C., Bueno, J. R., & Coutinho, W. (2004). Psychotropic Drugs in the Treatment of Obesity What Promise? *CNS Drugs*, 18(10), 629-651.
- Barrera, A., Arroyo, H., Avendaño, V., Cruz, M. P., Gómez, R., Rubio, A., Sáinz, J. M., & Suárez, R. (2009). *Tratamiento quirúrgico del paciente adulto con Obesidad Mórbida*. México: Secretaria de Salud Recuperado de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- Brandenburg, D., & Kotlowski, R. (2005). Practice Makes Perfect? Patient Response to a Pre-Bariatric Surgery Behavior Modification Program. *Obesity Surgery*, 15, 125-132.
- Brosens C. (2009). Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. *Evidencia: Actualización en la práctica ambulatoria*; 12(3), 116-117.
- Byrne, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1341-1356.

- Cassin, S. E., Sockalingam, S., Wnuk, S., Strimas, R., Royal, S., Hawa, R., & Parikh, S.V. (2012). Cognitive Behavioral Therapy for Bariatric Surgery Patients: Preliminary Evidence for Feasibility, Acceptability, and Effectiveness. *Cognitive and Behavioral Practice*. In Press.
- Castillo, R., Azuara, H., Ruiz, J., Garza, M., Castañeda, J., & Gutiérrez, V. (2004). Tratamiento quirúrgico de la obesidad y control de peso. *Salud en Tabasco*, 10(1-2), 233-242.
- Collins, J., & Bentz, J. (2009). Behavioral and psychological factors in obesity. *The Journal of Lancaster General Hospital*, 4(4), 124-127.
- Dempsey, A., Dyehouse, J., & Schafer, J. (2011). The Relationship between executive function, AD/HD, overeating, and Obesity. *Western Journal of Nursing Research*, 33(5), 609–629. doi:10.1177/0193945910382533.
- Dias, C. (2009). Obesidad y balón intragástrico. *Revista de la sociedad venezolana de Gastroenterología*, 63(3), 195-197.
- Encuesta Nacional de Salud. *Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo*. México: Secretaría de Salud, 2012.
- Fuemmeler, B. F., Østbye, T., Yang, C., McClernon, F. J., & Kollins, S. H. (2011). Association between attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and obesity and hypertension in early adulthood: a population-based study. *International Journal of Obesity*, 35, 852–862. doi:10.1038/ijo.2010.214.
- Glinski, J., Wetzler, S., & Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 11, 581-588.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (2000). *Escala de Factores de Riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria. Prevención primaria y factores de riesgo de trastornos alimentarios*, IN-305599 (PAPIT) UNAM, 34507 H (CONACYT): México.
- González, D. (2008). *Psicología de la motivación*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- González, E. (2010). Obesidad infantil y juvenil. En Morales, J. (Ed.). *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 321-328). México: Ciencia al día.
- Greenberger, D., & Padesky, C. (1998). *El control de tu estado de ánimo*. España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Grossi, E., Grave R., & Mannucci, E. (2006). Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a structured telephone interview. *International Journal of Obesity*, 30(7), 1132–1137.

- Gruss, B., Mueller, A., Horbach, T., Martin, A., & de Zwaan, M. (2012). Attention-deficit/Hyperactivity Disorder in a Prebariatric Surgery Sample. *European Eating Disorders Review*, *20*, e103–e107. doi:10.1002/erv.1128.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación (4ª ed)*. México: McGraw Hill.
- Huber, M., Knottnerus, A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M., Van der Meer, J., Schnabel, P., Smith, R., Van Weel, & Smid, H. (2011). Health how should we define it? *BMJ*343:d4163.
- Huisman, S., Maes, S., De Gucht, V., Chatrou, M., & Haak, H. (2010). Low Goal Ownership Predicts Drop-out from a Weight Intervention Study in Overweight Patients with Type 2 Diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, *17*, 176–181.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J. & Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence. What every health professional should know. En Sabate, E. (Ed.) *Adherence to long term therapies: Evidence for action* (pp. 135-139). Geneva: World Health Organization.
- Inelmen, E., Toffanello, E., Enzi, G., Gasparini, G., Miotto, F., Sergi, G., & Busetto, L. (2005). Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *International Journal of Obesity (Lond)*, *29*(1), 122-8. doi:10.1038/sj.ijo.0802846.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, *21*(3), 26-31.
- Kalarchian, M., Marcus, M., Levine, M., Courcoulas, A., Pilkonis, P., Ringham, R., Soulakova, J., Weissfeld, L., & Rofey, D. (2007). Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and Functional Health Status. *American Journal of Psychiatry*, *164*(2), 328–334.
- Katz, M., Cappelletti, A., Viñuales, M., De La Plaza, M., Langellotti, A., Lerotich, V., Aguirre, A., Anger, V., Armeno, M., Bertelotti, D., Cortegoso, I., Giannini, M., Harwicz, P., Kawior, I., Mayer, M., & Pentreath, C. (2010). Análisis crítico de la dietoterapia anti-obesidad: hacia una posición SAN. *Actualización en nutrición*, *11*(4), 258-272.
- Lazcano-Ponce, E., Salazar-Martínez, E., & Hernández-Ávila, M. (2001). Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud pública de México*, *43*(2), 135-150.
- LeMont, D., Moorehead, M., Parish, M., Reto, C., & Ritz, S. (2004). *Suggestions for the pre-surgical psychological assessment of bariatric surgery candidates*. American

- Society for Bariatric Surgery.
- Levi, L. D., Fleming, J. P., & Klar, D. (2009). Treatment of refractory obesity in severely obese adults following management of newly diagnosed attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Obesity*, *33*, 326–334.
- Lier, H., Biringer, E., Stubhaug, B., Eriksen, H. R. & Tangen, T. (2011). Psychiatric Disorders and Participation in Pre- and Postoperative Counselling Groups in Bariatric Surgery Patients. *Obesity Surgery*. *21*, 730–737.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Re, R., Badia, X., & Baro, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery- Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y la ansiedad. *Medicina Clínica*, *118*(13), 493-499.
- Mauro, M., Taylor, V., Wharton, S., & Sharma, A. (2008). Barriers to obesity treatment. *European Journal of Internal Medicine*, *19*, 173-180. doi:10.1016/j.ejim.2007.09.011.
- McVay, M., & Friedman, K. (2012). The Benefits of Cognitive Behavioral Groups for Bariatric Surgery Patients. *Bariatric Times*, *9*(9), 22–28.
- Mechanick, J. I., Kushner, R. F., Sugerman, H. J., González-Campoy, J. M., Collazo-Clavell, M. L., Guven, S., Spitz, A. F., Apovian, C. M. Livingston, E. H., Brolin, R., Sarwer, D. B., Anderson, W. A. & Dixon, J. (2008). American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. *Surgery of Obesity and Related Diseases*, *4*, S109-S184. doi:10.1016/j.soard.2009.11.009.
- Mazure, R. A., Breton, I., Cancer, E., Mellado, C., Abilés, V., Avilés, J., Escarti, M. A., Ginés, R., Álvarez, V., Paez, N., Velasco, C., Pavón, L. Miras, M., Martínez-Olmo, M., & Culebras, J. M. (2009). Balón intragástrico en el tratamiento de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, *24*(2), 138-143.
- Merrell, J., Ashton, K., Windover, A., & Heinberg, L. (2012). Psychological risk may influence drop-out prior to bariatric surgery. *Surgery of Obesity and Related Diseases*, *8*(4), 463-469.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Moore, N. (2005). The Neurotherapy of Anxiety Disorders. *Journal of Adult Development*, *12*(2/3), 147-154. doi: 10.1007/s10804-005-7031-y.
- Morales, F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Hermosillo, México: UNISON.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid: Prentice Hall.

- Morín, R. (2008). Obesidad y sexualidad. *Revista trabajo social*, 18, 4-13.
- Mulder, H., Franke, B., Van der – Beek van der, A., Arends, J., Wilmink, F. W., Egberts, A. & Scheffer, H. (2007). The association between HTR2C polymorphisms and obesity in psychiatric patients using antipsychotics: a cross-sectional study. *The Pharmacogenomics Journal*, 7, 318–324. doi:10.1038/sj.tpj.6500422.
- Naar-King, S., Idalski, A., Ellis, D., Frey, M., Templin, T., Cunningham, P. B., & Cakan, N. (2006). Gender differences in adherence and metabolic control in urban youth with poorly controlled type 1 diabetes: The mediating role of mental health symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(8), 793–802. doi:10.1093/jpepsy/psj090.
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Nihalani, N., Schwartz, T. L., Siddiqui, U. A., & Megna, J. L. (2012). Obesity and Psychotropics. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 18, 57–63. doi:10.1111/j.1755-5949.2011.00232.x.
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010. *Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*. México, 2010.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. 2ª ed. México: Thomson.
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16(1), 9-38.
- Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas de salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2006. [citado: 2002 jun 20]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas de salud. Definición de salud. [Internet]. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 1948. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
- Orozco, A. (2010). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. *Salud Uninorte*. Barranquilla, 26(2), 201-211.
- Piña, J., & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica de Bogotá*, 5(3), 669-679.
- Ramos-Brieva, J. (1988). A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Psychiatry Research*, (22), 21-28.

- Reyes, E., Cárdenas, E., García, K., Aguilar, N., Vázquez, J., Díaz, A., Díaz, L., Jaimes, A., Ortiz, S., Náfate, O., Gaspar, C., Feria, M., De la Peña, F., & Palacios, L. (2009). Validación de constructo de la escala de autorreporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el adulto de la Organización Mundial de la Salud en población universitaria mexicana. *Salud Mental, 32*, 343-350.
- Reyes, M., & Madrigal, E. (2010). Beneficios del ejercicio en el tratamiento de la obesidad. En Morales, J. (Ed). *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 173-186). México: Ciencia al Día.
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J., & Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de vida y Salud (InCaViSa)*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, L., & Vega, M. (2006). Cirugía Bariátrica: tratamiento de elección para la Obesidad Mórbida. *Acta Médica Costarricense, 48*(004), 162-171.
- Rolnick, S. J., Pawloski, P. A., Hedblom, B. D., Asche, S. E., & Bruzek, R. J. (2013). Patient characteristics associated with medication adherence. *Clinical Medicine & Research, 11*(2), 54-65. doi:10.3121/cmr.2013.1113.
- Safer, D., Telch, C., & Chen, E. (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. Nueva York: The Guilford Press.
- Sámamo, L. (2011). Abandono del Tratamiento Dietético en Pacientes Diagnosticados con en un Consultorio Privado de Nutrición. *Nutrición Clínica y Dietética hospitalaria, 31*(1), 15-19.
- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., & Santed, M (2005). Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema, 17*(3), 478-483.
- Sandoval, M. (2010). Obesidad: definición, clasificación, sintomatología y diagnóstico. En Morales, J. (Ed). *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 145-158). México: Ciencia al Día.
- Saucedo, T., & Unikel, C. (2010). Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos. *Revista Chilena de Nutrición, 37*(1), 60-69.
- Schwartz, G., & Weiss, S. (1978). Behavioral Medicine Revisited: An Amended Definition. *Journal of Behavioral Medicine, 1*(3), 249-251.
- Segal, A., Telles, H., & Azevedo, A. (2002). Bariatric Surgery in a Patient with Possible Psychiatric Contraindications. *Obesity surgery, 12*, 598-601.
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C., & Kenardy, J. (2006). Psychological interventions for overweight or obesity (Review). *The Cochrane Library, 4*, 1-62.

- Sheehan, D., & Lecrubier, Y. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Sierra, M., Vite, A., Ramos, V., López, J., Rojano, M., & Torres, M. (2012). Psychosocial Profile of Bariatric Surgery Candidates and the Correlation between Obesity Level and Psychological Variables. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(3), 405-414.
- Silencio, J. (2010). Enfermedades y fármacos que favorecen la obesidad. En Morales, J. (Ed). *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 125-144). México: Ciencia al Día.
- Sockalingam, S., Cassin, S., Crawford, S. A., Pitzul, K., Khan, A., Hawa, R., Jackson, T., & Okrainec, A. (2012). Psychiatric Predictors of Surgery Non-completion Following Suitability Assessment for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*. doi:10.1007/s11695-012-0762-5.
- Stone, G. (1988). Psicología de la Salud: Una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(001), 15-26.
- Taylor, V., Stonehocker, B., Steele, M., & Sharma, A. (2012). An Overview of Treatments for Obesity in a Population With Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(1), 13-20.
- Taylor, S., Zvolensky, M., Cox, B., Deacon, B., Abramowitz, J., Holaway, R., Sandín, B., Stewart, S., Coles, M., Eng, W., Daly, E., Arrindel, W., Bouvard, M. & Jurado, S. (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity Development and Initial Validation of the anxiety sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19, 176-188.
- The State of Food and Agriculture. *Food and Agriculture Organization of the United Nations*. Rome, 2013.
- Tron, R., Avila-Costa, M. R., & Reynoso-Erazo, L. (2013). Evaluación psicológica. En Reynoso-Erazo, L. y Becerra, A. (Eds). *Medicina Conductual: Teoría y práctica* (pp. 83-99). México: Qartuppi.
- Van Hout, G., Verschure, S., & Van Heck, G. (2005). Psychosocial Predictors of Success following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 15, 552-560.
- Vargas, F., & Tiellet, M. (2003). Razões expressas para o abandono de tratamento psicoterápico. *Aletheia*, (17-18), 155-158.
- Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), 136-142.
- Vinkers, C., Adriaanse, M., & de Ridder, D. (2012). In it for the long haul: characteristics of

early and late drop out in a self-management intervention for weight control. *Journal of Behavioral Medicine*, doi 10.1007/s10865-012-9446-9.

Walfish, S., Vance, D., & Fabricatore, A. (2007). Psychological Evaluation of Bariatric Surgery Applicants: Procedures and Reasons for Delay or Denial of Surgery. *Obesity Surgery*, 17, 1578–1583. doi:10.1007/s11695-007-9274-0

Williams, J. (2010). Does Neurofeedback Help Reduce Attention-Deficit Hyperactivity Disorder? *Journal of Neurotherapy: Investigations in Neuromodulation, Neurofeedback and Applied Neuroscience*, 14(4), 261-279. doi:10.1080/10874208.2010.523331.

ANEXOS

ANEXO 1

RESUMEN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

“HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON OBESIDAD SEVERA”

Hernández, S., Reséndiz, M., Sierra, M., Torres, M.

Resumen

La obesidad severa es un problema de salud que tiene consecuencias médicas, emocionales y socioeconómicas. La etiología de la obesidad severa es multifactorial; no obstante, se sabe que los hábitos de alimentación representan un factor importante en su desarrollo. Este estudio tuvo como objetivo identificar los hábitos de alimentación específicos que es necesario modificar para lograr la pérdida de peso. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, prolectivo y transversal con 250 pacientes candidatos a cirugía bariátrica, 79.2% fueron mujeres y 20.8% hombres con una edad de 37.7 ± 10.2 años y un IMC 44.3 ± 7.7 kg/m². Un cuestionario con 25 preguntas tipo likert de autoaplicación fue entregado en la valoración psicológica inicial de los pacientes. Se encontró que “tomar agua”, “comer más rápido que la mayoría que las personas”, “dejar el plato vacío”, “tener ayunos prolongados”, “antojos dulces” y “tomar refresco” fueron los hábitos más frecuentes en pacientes con obesidad severa. También se examinó la existencia de diferencias significativas entre los hábitos de los hombres y las mujeres y por estratos o grupos de IMC. Las mujeres reportaron, con una frecuencia significativamente mayor, los hábitos de “picar alimentos” y “comer hasta sentirse con los demás” fue más frecuente en el estrato de pacientes con mayor IMC. La identificación de los hábitos de alimentación en los pacientes con obesidad severa, podría permitir el manejo individualizado que permita la promoción en la modificación de conductas encaminadas a estos hábitos.

ANEXO 2

MANUAL PARA PACIENTE EN PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Elaborado por:

Psic. Aída Monserrat Reséndiz Barragán y Psic. Sheila Viridiana Hernández Altamirano

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

MANUAL PARA PACIENTE EN PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA

DATOS PERSONALES.

Nombre del paciente _____
Número de registro _____ Peso _____ Estatura _____ IMC _____

Este manual tiene la finalidad de ser una guía para ti. En él encontrarás información sobre distintos temas relacionados con la preparación que tendrás antes de realizarte la cirugía bariátrica y técnicas que te ayudarán a modificar tu estilo de vida para ser más saludable.

Para lograr los objetivos, tu preparación constará de cinco módulos, que tendrán una duración de 2 horas cada uno en los que se verán los siguientes temas:

- 1) Psicoeducación en obesidad y estilos de vida saludable.
- 2) Motivación y Autoeficacia.
- 3) Entrenamiento en solución de problemas.
- 4) Autocontrol y manejo de estrés.
- 5) Reestructuración cognitiva.

- Registro de tu Estado de Ánimo.

En cada sesión se hará registro de tu estado de ánimo el día de la sesión y tu estado de ánimo predominante en la semana, con la finalidad de que identifiques cambios en tus emociones. Para cada uno te pediremos escribir el porcentaje en el cual lo sientes.

A continuación se presenta una lista de emociones que te pueden ayudar a identificar las que tú experimentas:



ANEXO 3

INTRUMENTOS DE EVALUACIÓN INICIAL

- **Anexo 3.1. Inventario de depresión de Beck (IDB)**

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK, IDB

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

INSTRUCCIONES:

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

1	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
4	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacia	Ya no obtengo verdadera satisfacción en nada	Estoy insatisfecho(a) y hastiado(a) de todo
5	En realidad no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
6	No me siento castigado(a)	Siento que tal vez seré castigado(a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado(a)
9	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10	No lloro más de lo usual	Ahora lloro más que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar pero no puedo

- **Anexo 3.2. Inventario de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3)**

A S I – 3

Edad..... Sexo (Hombre____ Mujer____) Dx _____ Código.....

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

		Muy poco	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
1	Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a	0	1	2	3	4
3	Me asusta cuando mi corazón late muy rápidamente	0	1	2	3	4
4	Cuando tengo problemas estomacales me preocupa que pueda estar seriamente enfermo	0	1	2	3	4
5	Me da miedo cuando soy incapaz de mantener mi mente en una tarea	0	1	2	3	4
6	Cuando tiemblo en presencia de otros, me da miedo lo que las personas puedan pensar de mi	0	1	2	3	4
7	Cuando siento una opresión en el pecho, me asusta el que no pueda respirar adecuadamente	0	1	2	3	4
8	Cuando siento dolor en el pecho me preocupa que pueda tener un ataque al corazón	0	1	2	3	4
9	Me preocupa que otras personas noten mi ansiedad	0	1	2	3	4
14	Cuando mis pensamientos parecen acelerarse, me preocupa estar volviéndome loco	0	1	2	3	4
15	Cuando siento que se me cierra mi garganta, me preocupa que me pueda asfixiar hasta morirme	0	1	2	3	4

- **Anexo 3.3. Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)**

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaViSa)



Angélica Riveros
Juan José Sánchez Sosa
Mark Del Águila



INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

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

EJEMPLO


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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Encerraría en un círculo "CASI NUNCA" si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE".

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	.100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

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

 **Manual Moderno**[®]
D.R. © 2009
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Simón 206, Cal. Hipólito, 06100
México, D.F.
ISBN: 978-607-448-012-2 (Obras completas)
ISBN: 978-607-448-014-6 (Cuestionario)

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio electrónico, mecánico, fotocopiado, registrado, etcétera sin permiso por escrito de la Editorial.

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Nota: Este cuadernillo está impreso en azul. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito

Durante las últimas 2 semanas...

PERCEPCIÓN CORPORAL

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

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

23. Me fastidia tomar tantas medicinas.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

24. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

REDES SOCIALES

47. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

48. Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.

0%	.20%	.40%	.60%	.80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

- **Anexo 3.4. Escala de factores de riesgo asociados a los trastornos de alimentación (EFRATA)**

EFRATA MUJERES

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

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

1. Como grandes cantidades de alimentos aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Siento que mi forma de comer se sale de mi control	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Sostengo verdaderas luchas conmigo antes d consumir alimentos “engordadores”	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. No soy consciente de cuanto como	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Siento que no puedo parar de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. “Pertenezco al club” de lo que para controlar su peso se saltan comidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Como sin medida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

EFRATA HOMBRES

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

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

1. Como grandes cantidades de alimentos aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Comer me provoca sentimientos de culpa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Siento que mi forma de comer se sale de mi control	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Sostengo verdaderas luchas conmigo antes d consumir alimentos “engordadores”	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

• Anexo 3.5. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: _____ Número de protocolo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Hora en que inició la entrevista: _____
 Nombre del entrevistador: _____ Hora en que terminó la entrevista: _____
 Fecha de la entrevista: _____ Duración total: _____

<i>Módulos</i>	<i>Período explorado</i>	<i>Cumple los criterios</i>	<i>DSM-IV</i>	<i>CIE-10</i>
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
EPISODIO HIPOMANÍACO	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Actual	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Pasado	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
M ANOREXIA NERVIOSA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
N BULIMIA NERVIOSA	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82	
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual	<input type="checkbox"/>	293.89/298.8/298.9	F32.3/F33.3
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

- **Anexo 3.6. Escala de autoreporte del TDAH**

TDAH del adulto

Conteste las siguientes preguntas midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta marque con una X en el cuadro que mejor describa como se ha sentido y comportado en los últimos 6 meses.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
1 ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto una vez que las partes difíciles fueron concluidas?					
4 ¿Cuándo tienes una tarea que requiere de mucha concentración, con cuánta frecuencia evitas o retrasas empezarla?					
5 ¿Con cuánta frecuencia mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?					
6 ¿Con cuánta frecuencia te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas como si te moviera un motor?					
7 ¿Con cuánta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
8 ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					
12 ¿Con cuánta frecuencia te paras de tu asiento en juntas o en otras situaciones en las que se supone deberías permanecer sentado?					
13 ¿Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?					
14 ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?					
15 ¿Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?					

ANEXO 4

TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 8.

Media y desviación estándar de las variables IMC inicial, edad y nivel socioeconómico.

Variable sociodemográfica	Casos	Controles	Totales	<i>p</i>
	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	
IMC inicial	44.49 (7.34)	45.12 (7.65)	44.77 (7.47)	.603
Edad	37.63 (9.95)	37.21 (9.96)	37.45 (9.94)	.726
Nivel socioeconómico	3.66 (1.27)	2.79 (1.13)	2.83 (1.12)	.524

Nota. Casos = Pacientes desertores (n=160). Controles = Pacientes no desertores (n=126). Totales (N=286). *p*<0.05

Tabla 9.

Frecuencia y porcentajes de las variables sociodemográficas por la muestra total y por grupo.

Variable sociodemográfica	Casos	Controles	Totales	<i>p</i>
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	
Año de ingreso				
2010	41 (26)	32 (25)	72 (25)	.017
2011	35 (22)	16 (13)	51 (18)	
2012	52 (33)	33 (26)	86 (30)	
2013	32 (20)	45 (36)	77 (27)	
Género				
Mujeres	117 (73.1)	110 (87.3)	227 (79.4)	.003
Hombres	43 (26.9)	16 (12.7)	59 (20.6)	
Escolaridad				
Primaria	6 (3.8)	2 (1.6)	8 (2.8)	.712
Secundaria	22 (13.8)	20 (15.9)	42 (14.7)	
Bachillerato	55 (34.4)	37 (29.4)	92 (32.2)	
Carrera Técnica	25 (15.6)	22 (17.5)	47 (16.4)	
Licenciatura	42 (26.3)	39 (31.0)	81 (28.3)	
Posgrado	10 (6.3)	6 (4.8)	16 (5.6)	
Estado civil				
Soltero	80 (50.0)	62 (49.2)	142 (49.7)	.794
Casado	53 (33.1)	44 (34.9)	97 (33.9)	
Unión libre	11 (6.9)	9 (7.1)	20 (7.0)	
Divorciado	16 (10.0)	10 (7.9)	26 (9.1)	
Viudo	0	1 (0.8)	1 (0.3)	

Lugar de residencia				
DF	117 (73.1)	86 (68.3)	203 (71.0)	.368
Foráneo	43 (26.9)	40 (31.7)	83 (29.0)	
Ocupación				
Empleado	68 (42.5)	50 (39.7)	118 (41.3)	.606
Desempleado	15 (9.4)	11 (8.7)	26 (9.1)	
Hogar	28 (17.5)	25 (19.8)	53 (18.5)	
Estudiante	10 (6.3)	15 (11.9)	25 (8.7)	
Comerciante	13 (8.1)	8 (6.3)	21 (7.3)	
Profesionista	26 (16.3)	17 (13.5)	43 (15.0)	

Nota. Casos = Pacientes desertores ($n=160$). Controles = Pacientes no desertores ($n=126$). Totales ($N=286$). $p<0.05$

Tabla 10.

Porcentajes de padecer enfermedades asociadas a la obesidad por muestra total y por grupo.

Enfermedad	Casos	Controles	Totales	<i>P</i>
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	
Diabetes	23 (14.4)	23 (18.3)	46 (16.1)	.973
Hipertensión arterial alta	43 (26.9)	29 (23.0)	72 (25.2)	
Dislipidemia	17 (10.6)	22 (17.5)	39 (13.6)	
Problemas ginecológicos	14 (8.8)	7 (5.6)	21 (7.3)	
Hipotiroidismo	18 (11.3)	16 (12.7)	34 (11.9)	
Hígado graso	7 (4.4)	9 (7.1)	16 (5.6)	
Problemas respiratorios	13 (8.1)	12 (9.5)	25 (8.7)	
Problemas circulatorios	10 (6.3)	8 (6.3)	18 (6.3)	
Problemas articulares	16 (10.0)	9 (7.1)	25 (8.7)	
Reflujo	19 (11.9)	7 (5.6)	26 (9.1)	

Nota. Casos = Pacientes desertores ($n=160$). Controles = Pacientes no desertores ($n=126$). Totales ($N=286$). $p<0.05$

Tabla 11.

Porcentajes por el tipo expectativa referida por la muestra total y por grupos

Tipo de expectativa	Casos	Controles	Totales	<i>P</i>
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	
Distorsionadas	48 (30.0)	33 (26.2)	81 (28.3)	.478
No distorsionadas	112 (70.0)	93 (73.8)	105 (71.7)	

Nota. Casos = Pacientes desertores ($n=160$). Controles = Pacientes no desertores ($n=126$). Totales ($N=286$). $p<0.05$

Motivo de consulta

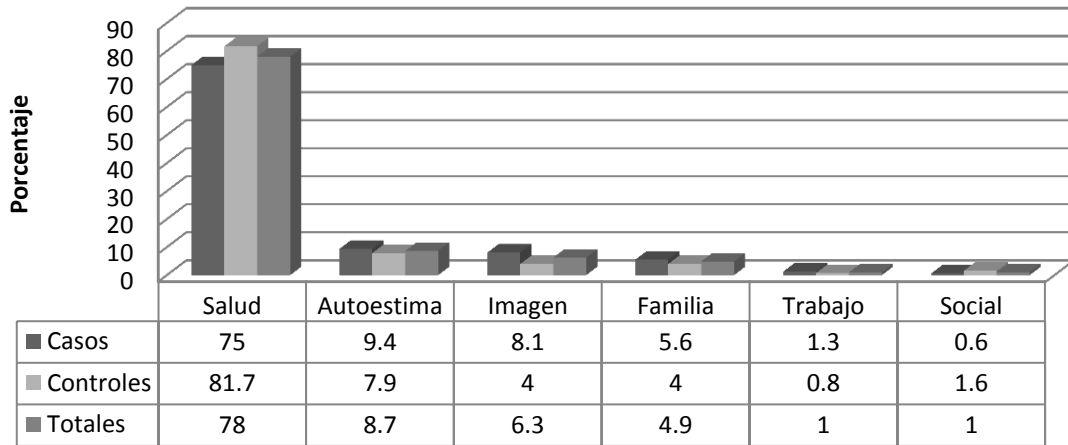


Figura 11. Porcentaje resultante de los 6 tipos de motivos de consulta referidos por pacientes desertores y no desertores.

Tabla 14.

Porcentaje obtenido por cada factor de riesgo asociado a trastornos de alimentación por muestra y grupos.

Factor de riesgo	Casos	Controles	Totales	<i>p</i>
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	
No presenta	130 (81.3)	108 (85.7)	238 (83.2)	.288
Conducta alimentaria compulsiva	23 (14.4)	10 (7.9)	33 (11.5)	
Preocupación por peso y comida	4 (2.5)	6 (4.8)	10 (3.5)	
Dieta crónica y restrictiva	3 (1.9)	2 (1.6)	5 (1.7)	

Nota. Casos = Pacientes desertores ($n=160$). Controles = Pacientes no desertores ($n=126$). Totales ($N=286$). $p<0.05$

APÉNDICE

GLOSARIO

Atorvastatina: Fármaco de la familia de las estatinas utilizado para disminuir los niveles de colesterol en sangre y en la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Biometría hemática: También conocida como conteo sanguíneo completo (CBC) es una de las pruebas de sangre más comúnmente solicitadas por los médicos. Mide la cantidad de todos los diferentes tipos de células en la sangre.

Broncoaspiración: Aspiración accidental de líquidos o alimentos por las vías respiratorias.

Cirugía bariátrica: Conjunto de procedimientos quirúrgicos que buscan cambios en la fisiología para conseguir pérdidas de peso mantenidas y duraderas en el tiempo. Consiste en reducir, mediante distintas técnicas, la capacidad del estómago y alterar el recorrido intestinal para evitar la absorción de las grasas durante el proceso digestivo. Son procedimientos técnicamente complejos, que no están exentos de complicaciones a corto ni mediano plazo y que también pueden presentar mortalidad.

Colesterol: Esterol (lípido) que se encuentra en los tejidos corporales y en el plasma sanguíneo. Se presenta en altas concentraciones en el hígado, médula espinal, páncreas y cerebro. Pese a tener consecuencias perjudiciales en altas concentraciones, es esencial una determinada cantidad de colesterol para funcionar adecuadamente.

Disnea: Dificultad respiratoria que se suele traducir en falta de aire. Deriva en una sensación subjetiva de malestar que suele originarse en una respiración deficiente, englobando sensaciones cualitativas distintas variables en intensidad.

Dolor lumbar: Se conoce también como “lumbago” y se refiere a un dolor que se siente en la región lumbar. También se puede presentar rigidez en la espalda, disminución del movimiento de la región lumbar y dificultad para pararse derecho.

Electrólitos séricos: Los electrolitos son los diversos minerales que existen dentro de la sangre, además de otros líquidos corporales. Algunos electrolitos son: calcio, yodo, cloruro, magnesio, potasio, entre otros. Es importante que estos se mantengan dentro de sus rangos normales, de no ser así estos pueden afectar la cantidad de agua del cuerpo, la acidez (pH), además de la acción de los músculos.

Endorfinas: Péptidos opioides endógenos que funcionan como neurotransmisores. Son producidas por la glándula pituitaria y el hipotálamo durante el ejercicio físico, la excitación, el dolor, el consumo de alimentos picantes o el consumo de chocolate, el enamoramiento y el orgasmo, son similares a los opiáceos en su efecto analgésico y de sensación de bienestar.

Fibrilación auricular: Arritmia causada por un problema en el sistema eléctrico del corazón. Se caracteriza por latidos auriculares incoordinados y desorganizados, produciendo un ritmo cardíaco rápido e irregular. Los síntomas son: palpitaciones, latidos anormales o rápidos, falta de aire, debilidad o dificultad al ejercitarse, dolor en el pecho, mareos o desmayos, cansancio y confusión.

Fluoxetina: Antidepresivo de la clase Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

Ghrelina: Hormona sintetizada principalmente por el estómago, cuya función es informar al cerebro de que el cuerpo debe alimentarse, favorece la regulación del metabolismo energético. Los niveles circulantes de ghrelina aumentan antes de las comidas y disminuyen tras la ingesta de alimento. Por lo que es conocida popularmente como la "hormona del hambre."

Grasa visceral: Tejido graso interno que envuelve el corazón, el hígado, los riñones y el páncreas, así como los espacios. Su situación hace que la barriga sea prominente, y es más común por razones genéticas en hombres que en mujeres (aunque a partir de los 60 años el riesgo es similar en entre géneros).

HDL colesterol: Se lo conoce con el nombre de colesterol de alta densidad o colesterol bueno. Este colesterol, en realidad es una lipoproteína que transporta colesterol desde los tejidos al hígado. Esta lipoproteína circula por la sangre barriendo el exceso de colesterol de la sangre.

Hemoglobina glucosilada (HbA1c): Examen de laboratorio que muestra el nivel promedio de azúcar (glucosa) en la sangre durante tres meses, muestra qué tan bien se está controlando la diabetes.

Insuflar: Introducir a soplos un gas, un líquido o una sustancia pulverizada en un órgano o en una cavidad.

Insulinemia basal: Hace referencia al nivel de insulina en la sangre cuando el páncreas no está siendo estimulado, se suele medir a las 8 horas después de la ingestión (con 8 horas de ayuno). Se sabe que representa el 50% del total de insulina liberada en un día por los islotes. El otro 50% se libera durante las comidas (picos glicémicos). Es responsable de mantener la glucosa en sangre a niveles basales normales (> 1,26).

Intubación traqueal: Procedimiento médico en el cual se coloca una cánula o sonda en la tráquea, a través de la boca o la nariz. En situaciones más urgentes, se coloca a través de la boca. El objetivo de este procedimiento es mantener la vía aérea permeable, estableciendo una vía segura de comunicación y entrada de aire externo hasta la tráquea.

Laparoscopia: Técnica que permite la visión de la cavidad pélvica-abdominal con la ayuda de una lente óptica. A través de una fibra óptica, por un lado se transmite la luz para iluminar la cavidad, mientras que se observan las imágenes del interior con una cámara conectada a la misma lente. Permite intervenciones quirúrgicas, por lo que también se considera un sistema de cirugía de invasión mínima cuyo objetivo es curar o corregir enfermedades. El aparato utilizado se llama torre de laparoscopia y entra en el cuerpo a través de una pequeña incisión (habitualmente entre 0,5 y 1,5 centímetros).

LDL colesterol: También se lo conoce con el nombre de colesterol de baja densidad o colesterol malo. Esta lipoproteína transporta colesterol desde el hígado a los distintos órganos del cuerpo, por lo que si este colesterol se encuentra en exceso, existe riesgo de producirse depósitos de colesterol en algún órgano, por ejemplo en el sistema cardiovascular (arterias, venas, etc.) elevando la posibilidades de aterosclerosis e infarto de miocardio.

Losartán: Medicamento antagonista de los receptores de angiotensina II usado principalmente para tratar la presión arterial alta (hipertensión).

Metformina: Fármaco antidiabético de aplicación oral del tipo biguanida

Perfil de lípidos: Serie de análisis de sangre que se utiliza para medir el colesterol total y el nivel de triglicéridos de un individuo.

Perfil tiroideo: Prueba que permite valorar la funcionalidad de la glándula tiroides, ubicada en el cuello, justo por delante de la tráquea. Esta estructura tiene la función de producir hormonas que regulan el metabolismo del cuerpo (forma en que se obtiene energía de los alimentos ingeridos), crecimiento, desarrollo (en especial en el niño y el feto) y respiración, entre otros. Incluye TSH, T4 total, T4 libre, T3 total, T3 libre.

Pruebas de función hepática: Las pruebas o exámenes comunes que se utilizan para evaluar qué tan bien está funcionando el hígado (esto se denomina actividad hepática) abarcan: albúmina, alfa-1 antitripsina, fosfatasa alcalina (FA), alanina transaminasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST), gamma-glutamil transpeptidasa (GGT), tiempo de protrombina, bilirrubina en suero, bilirrubina en orina.

Reflujo gastroesofágico: El esófago es un tubo que transporta la comida desde la boca hasta el estómago. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ocurre cuando un músculo al final del esófago no se cierra adecuadamente. Eso permite que el contenido del estómago regrese, o haga reflujo, hacia el esófago y lo irrite.

Síndrome de dumping: Consecuencia más frecuentes de morbilidad tras la cirugía gástrica. El síndrome se caracteriza por síntomas gastrointestinales (incluyen la sensación de plenitud, retortijones, náuseas, vómitos y diarrea explosiva) y motores (sudación, inquietud, debilidad, flushing, palpitaciones y un intenso deseo de estirarse).

Tipos de procedimiento:

- 1) Tipo restrictivo: El propósito de estos procedimientos es reducir la capacidad del individuo en la ingesta de alimentos.
- 2) Tipo mixto: El objetivo es minimizar la capacidad del individuo en la ingesta de alimentos y alterar el tracto intestinal de manera que se disminuya la absorción de grasas y azúcares en el organismo.

Topiramato: Fármaco antiepiléptico y estabilizador del estado de ánimo, usado principalmente para tratar la epilepsia tanto en niños como adultos, la migraña, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y en ciertas ocasiones para el tratamiento de los episodios maníacos y la profilaxis del trastorno bipolar.

Triglicéridos: Tipo de grasa presente en el torrente sanguíneo y en el tejido adiposo. Un exceso en este tipo de grasa puede contribuir al endurecimiento y el estrechamiento de las arterias, lo que en riesgo de tener un infarto o un ataque cerebral (derrame). Enfermedades como la diabetes, la obesidad, la insuficiencia renal o el alcoholismo pueden causar un aumento de los triglicéridos. Con frecuencia, la elevación de los triglicéridos ocurre al mismo tiempo que el aumento de los niveles de colesterol, que es otro tipo de grasa.