



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA DE
PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA Y POST-OPERADOS DE
CIRUGÍA BARIÁTRICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

FRANCISCO EDUARDO DOMÍNGUEZ ÁLVAREZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

COMITÉ: DR. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL

DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

MTRO. ÁNGEL FRANCISCO GARCÍA PACHECO

MTRA. KARINA SERRANO ALVARADO



CIUDAD DE MÉXICO

JUNIO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Inculcar valores, deberes y responsabilidades en cada uno de sus estudiantes es sólo un fragmento de todo lo que nos brinda la Universidad. Las gracias son eternas por abrirme sus puertas desde hace 7 años y permitirme tener un crecimiento como persona y como profesional.

A la Clínica de Obesidad de Centro Médico Nacional Siglo XXI

Me siento tremendamente agradecido con todos los integrantes de la Clínica de Obesidad. Y más allá de lo exitosos que son, también son excelentes personas.

Sin duda se convirtieron en una parte esencial del trabajo que realicé ahí y también en unos grandes amigos.

A mi comité

Me demostraron cuál es la definición de ser un profesional, en toda la extensión de la palabra.

Me inculcaron un gusto especial al área de la salud y a la importancia que tiene esta sobre todas las esferas de las personas. Además de esas ganas de seguir haciendo más cada día.

Sus enseñanzas se dieron dentro y fuera del salón de clases. Y sin duda, formaron en mí valores fuertemente sustentados para obrar en el campo profesional con ética y profesionalismo.

Las gracias son infinitas para ustedes.

Al equipo

Al Dr. Juan Jiménez Flores, por inculcar en mí ese buen hábito de hacer investigación y publicar todos los hallazgos obtenidos. No podía dejarte de lado, Juan.

A la Mtra, y futura Dra, Claudia Arreola Mora, por ser el pilar detrás de todo este trabajo. Por ayudarme, por permitirme ese crecimiento profesional y académico, y por trabajar al 110%. De verdad te agradezco infinitamente todo el apoyo que me brindaste.

Dedicatoria

A mi familia

A mi madre, mi padre y mi hermana. Son el pilar de mi vida, su apoyo incondicional me ha llevado hasta donde estoy el día de hoy, los amo.

A mi abuela, mis tías y tíos, mis primos y sobrinos. Su presencia ha complementado mi ser desde niño y no podría dejarlos de lado en mi consideración y cariño.

A mi abuelo. Nadie es eterno, pero quisiéramos así fuera. Sus enseñanzas, su independencia y su personalidad tuvo un impacto en su nieto.

A Lupita, mi segunda hermana y mi cómplice. Qué difícil ha sido la vida desde tu partida. Eres el mejor recuerdo de mi vida y estoy seguro de que estarías orgullosa de mí.

A mis amigos

Por todas las cosas que hemos vivido juntos, por coincidir en la facultad y mantenernos hasta la fecha. Estoy orgulloso de ustedes, de su desempeño en su respectivo campo y de su inteligencia; son parte fundamental en el rumbo de mi vida.

A mi novia

“... Tú que ayer sólo eras toda la hermosura eres también todo el amor, ahora.” J.L.B

Eres el amor de mi vida y amo que estés en todos los momentos importantes de mi vida, este no es la excepción. Te amo.

ÍNDICE

RESUMEN	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. ANTECEDENTES	9
2.1 Obesidad	9
2.2 Epidemiología	11
2.3 Tratamiento de la obesidad	14
2.4 Ansiedad, depresión y obesidad	18
2.4.1 Intervenciones psicológicas en la obesidad	21
3. JUSTIFICACIÓN	25
3.1 Pregunta de investigación	26
3.2 Objetivo	26
3.3 Hipótesis	26
4. MÉTODO	27
4.1 Diseño	27
4.2 Participantes	27
4.3 Escenario	28
4.4 Variables	28
4.5 Instrumentos	29
4.6 Procedimiento	32
4.7 Aspectos éticos	32
4.8 Análisis de datos	32
5. RESULTADOS	33
6. DISCUSIÓN	43
7. CONCLUSIÓN	47
8. SUGERENCIAS	49
9. REFERENCIAS	50
10. ANEXOS	59

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue evaluar la presencia y los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva, y autoestima de los pacientes con obesidad mórbida y post-operados de cirugía bariátrica (CB); **Participantes:** Cien pacientes mayores de 18 años divididos en dos grupos: a) con obesidad mórbida o con comorbilidades, candidatos a cirugía bariátrica y b) post-bariátricos. Los pacientes se reclutaron de manera no probabilística, por conveniencia durante un periodo de seis meses. **Medición:** Se aplicó una entrevista semiestructurada para recabar datos sociodemográficos y clínicos, los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck, y la Escala de Autoestima de Rosenberg para la medición de las variables dependientes. **Análisis de resultados:** Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes, con el fin de contrastar la presencia de las psicopatologías en dos estadios diferentes del tratamiento de la obesidad: antes y después de la cirugía bariátrica. **Resultados:** 44 pre-operados y 56 post-operados; dentro de los primeros se mostró un 63.3 % de los pacientes sin presencia de sintomatología depresiva, en contraste con 76.8% de post-operados. En cuanto a sintomatología ansiosa, sólo 4.5% de pre-operados mostró ausencia de ansiedad, en contraste con 12.5% de pacientes post-operados. Finalmente, los pacientes pre-operados mostraron un 68.2 % de autoestima alta, en comparación con 85.7% de los post-operados. **Conclusiones:** La CB, por sí sola, no representa una mejora respecto a las comorbilidades psicológicas en términos de sintomatología ansiosa y depresiva. No obstante, sí parece tener un impacto en los niveles de autoestima.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la obesidad en México y en el mundo es considerada una pandemia que tiene implicaciones en distintas esferas, tanto en el ámbito socioeconómico como en la salud pública (Abilés et al., 2013).

La obesidad se comporta como una enfermedad compleja debido a que tiene comorbilidades con otros padecimientos de gran trascendencia, tales como enfermedad arterial coronaria, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, gota, síndrome de apnea obstructiva del sueño y trastornos psicosociales (Perea et al., 2014).

Según datos de la OMS, en el año 2014, a nivel mundial, más de 1900 millones de adultos tenían sobrepeso; de los cuales, más del 31% (600 millones) eran obesos (Organización Mundial de la Salud, 2017). En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2016, informó un aumento significativo respecto a las cifras del 2012 en los tres diferentes grupos de edad (niños, adolescentes y adultos). En el caso de los adultos, proporcionalmente poco más de siete de cada diez muestra exceso de peso (72.5%), en comparación con 71.2% en 2012. También hay una mayor incidencia de obesidad en mujeres (75.6%) en comparación con los hombres (69.4%) (Berenice, Pineda, Gómez, y Levy, 2016).

Desde la óptica de las ciencias del comportamiento, la presencia de obesidad, generalmente, genera cierta discriminación desde muy temprana edad en escenarios escolares y suele asociarse con baja autoestima, problemas interpersonales, aislamiento, tendencia a la autoagresión, depresión y ansiedad, entre otras, que

afectarán el curso y la calidad de su vida adulta (García, Rivas, Hernández, García, y Braqbien, 2016).

La sintomatología depresiva y ansiosa en las personas con sobrepeso y obesidad entrañan, además, una desventaja emocional, actitudinal y conductual que aumenta las probabilidades de recaída (Calderón, Forns, y Varea, 2010). Esto se agrega al deterioro en la calidad de vida de estos individuos debido a que con frecuencia no son funcionalmente capaces de participar en eventos sociales, deportivos, etc. y tiende a asociarse claramente con desempleo, propensión a fumar, menor escolaridad y un autoconcepto deteriorado en comparación con personas con peso normal (Analía, 2015).

Si bien, históricamente, el tratamiento de la obesidad se ha basado casi exclusivamente en una intervención médico-farmacológica, los hallazgos de investigación clínica de las últimas tres décadas en el campo de la psicología de la salud en general y en el de la medicina conductual, en particular, muestran un nuevo paradigma en el tratamiento de la obesidad. Existe muy amplio consenso en torno a la propuesta de que se requiere un plan de acción multidisciplinario que incluye, además del médico y el nutriólogo, programas de intervención en variables cognitivas, emocionales y de actividad física instrumentadas por el psicólogo de la salud (Jensen et al., 2014).

Por lo cual, se ha reflejado en diversos estudios en pacientes con obesidad la importancia del factor psicológico. Tanto en la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva, el aumento de la autoestima, manejo de la conducta alimentaria,

modificación cognitiva de pensamientos disfuncionales, y la motivación al cambio, que dé como resultado una alta adherencia al tratamiento multidisciplinario y la adquisición de nuevos estilos de vida (Abilés et al., 2013).

2. ANTECEDENTES

2.1 Obesidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sobrepeso y la obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Se suele medir y calcular el exceso de peso mediante el índice de masa corporal (IMC) a través de una relación entre peso y estatura; se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Así, la OMS (2016) define el sobrepeso y la obesidad como:

- Sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
- Obesidad: IMC igual o superior a 30.

Hoy en día, se puede aceptar un consenso de la clasificación actual de la obesidad, según la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y la Sociedad para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (Rubio et al., 2004):

La tabla 1 especifica tres categorías para la obesidad mórbida: la primera con un rango de 40-49 (kg/m^2); la segunda con un IMC igual o superior a 50 (kg/m^2) denominada “super-obesidad mórbida”; y la tercera, correspondiente a un IMC igual o superior a 60 (kg/m^2), denominada “súper-súper-obesidad” (Rubio et al., 2004).

Tabla 1

Clasificación de la obesidad basada en la SEEDO

Clasificación	Índice de masa corporal
Bajo peso	<18.5 (kg/m ²)
Normal o aceptable	18.5 - 24.9 (kg/m ²)
Sobrepeso	25 - 29 (kg/m ²)
Obesidad	>30 (kg/m ²)
Grado 1	30 - 34.9 (kg/m ²)
Grado 2	35 - 39.9 (kg/m ²)
Grado 3	>40 (kg/m ²) (severa, extrema o mórbida)
Grado 4	>50 (kg/m ²) (súper obesidad)
Grado 5	>60 (kg/m ²) (súper-súper obesidad)

Como se ha mencionado, la obesidad, es una enfermedad compleja ya que se asocia a otros padecimientos relevantes, tales como enfermedad arterial coronaria, hipertensión, eventos vasculares cerebrales, algunos tipos de cáncer, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad vesicular, dislipidemia, osteoartritis, gota, enfermedad pulmonar como el síndrome de apnea obstructiva del sueño, hiperuricemia, neuropatía, gastro-hepatitis, lesiones ortopédicas, y trastornos psicosociales (Perea et al., 2014).

Todo lo anterior genera, además de un gran deterioro y sufrimiento para pacientes y sus allegados cercanos, altos costos en los servicios sanitarios y una disminución significativa en la esperanza y calidad de vida, entendida esta última como *la percepción del individuo que tiene respecto a su existencia, el contexto donde se*

desarrolla y el sistema de valores en los que vive (Martínez et al., 2014; Ruíz, Rojas, Serrano, y López, 2017).

En general se considera que el origen de la enfermedad radica en un estilo de vida sedentario combinado con una dieta alta en grasas y carbohidratos, susceptibilidad genética, y el entorno. De modo que se trata de variables relacionadas con el comportamiento (Sánchez-Sosa, 2002), probablemente resultado de los cambios conductuales en las comunidades, que incluyen desde la urbanización e industrialización, la globalización, la cultura, la condición económica, hasta la educación (Organización Mundial de la Salud, 2016; Seijas, y Feuchrmann, 1997).

La obesidad es una enfermedad clasificada como crónica no transmisible, y que involucra enteramente al organismo, lo que aumenta la probabilidad de una muerte prematura y una disminución en la calidad de vida de los individuos; aunado a esto, las afecciones psicológicas siempre están presentes derivadas de la estigmatización de la enfermedad (León, Jiménez, López, y Barrera, 2013).

2. 2 Epidemiología

En México y en el mundo, la obesidad parece haberse convertido en una pandemia con implicaciones de salud pública a nivel social, económico y sanitario (Abilés et al., 2013) tanto por las cifras epidemiológicas, como por los efectos nocivos que tiene sobre el organismo (Martos et al., 2014).

Como se describió inicialmente, según los datos de la OMS, en 2014, de la población adulta mundial –alrededor de 5,300 millones- más de 1,900 millones de

adultos (18 o más años) tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos; es decir, alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos; asimismo, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso; se estima que entre 1980 y 2014, la prevalencia mundial de la obesidad se ha duplicado (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En México, datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2016, describen un aumento respecto a las cifras del 2012: en los adolescentes, de 34.9% a 36.3%, y en adultos, de 71.2 a 72.5%; mientras que hubo una disminución en niños, de 34.4% a 33.2% (Berenice et al., 2016).

En el caso de los adultos de más de 20 años de edad, 7 de cada 10 continúa padeciendo exceso de peso (72.5%) -sobrepeso u obesidad- respecto a la cifra anterior del 2012 de 71.2%; se observó un aumento en los datos de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas (75.6%), y se observa que el incremento es mayor en zonas rurales (aumento de 8.4%) que en zonas urbanas (aumento de 1.6%). En el caso de los hombres, la prevalencia de obesidad es de 69.4%, y se observa, igualmente, un incremento visible en las zonas rurales, de 57% a 67.5%, respecto a las cifras del 2012. En cuanto a la prevalencia en las zonas urbanas, esta cifra se estabilizó en un 69.9%, en comparación con el año 2012 (Berenice et al., 2016).

En este contexto, las estadísticas permiten dimensionar la gravedad que significa la obesidad en México y también representan un gran escenario para la gestión de proyectos de salud que resuelvan la problemática (Barrera, Rodríguez, y Molina, 2013).

En varios países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), las mujeres con baja escolaridad son entre dos y tres veces más vulnerables a mostrar sobrepeso que las mujeres con más años de escolaridad formal; lo cual indica que bajos niveles educativos y escasos recursos económicos suelen ser factores adicionales, predictores de sobrepeso y obesidad (Barrera et al., 2013).

Otro factor relevante son los hábitos disfuncionales de la familia, tales como los nutricionales y el sedentarismo, que suelen adquirirse en la primer década de vida (Larrañaga, y García, 2007). Por lo cual, la presencia de sobrepeso u obesidad en la infancia y adolescencia aumentará el riesgo de padecer esos mismos problemas en la adultez, debido a que tales conductas habitualmente quedan fuertemente establecidas con el aprendizaje en la infancia. La tendencia, sin intervención psicológica, será que se reproducirán a lo largo de la vida (Rodríguez, Novalbos, Villagrán, Martínez, y Lechuga, 2012).

Finalmente, en relación al gasto público que representa el abordaje institucional de la obesidad, se calcula que ésta, es responsable del 1% al 3% del total de gastos de atención médica en la mayoría de los países con esta problemática. En México, se estima que la atención de las enfermedades causadas por, o asociadas con la obesidad, tiene un costo cercano a los 3, 500 millones de dólares; el costo destinado a las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad tuvo un incremento de un 61% durante el periodo de 2000-2008, pasando de los 26, 283 millones de pesos a 42, 246 millones de pesos. Para este año, se calcula que este gasto ascienda a los 77, 919 millones de pesos (Barrera et al., 2013).

Por lo anterior, y en consecuencia de la magnitud, rapidez de incremento y los efectos negativos que el sobrepeso y obesidad ejercen sobre la salud individual, parece clara la necesidad de implementar y abordar, desde todas las disciplinas relevantes, estrategias de intervención y estudio novedosas que contribuyan a una mejora integral multidisciplinaria en favor del paciente con obesidad, de su familia, y de la sociedad en general.

2. 3 Tratamiento de la obesidad

Actualmente, existen guías de consenso cuya finalidad es estandarizar las acciones y contribuir, de manera eficiente, al tratamiento de la obesidad (Barrera et al., 2013). El objetivo de cualquier tratamiento está orientado hacia una mejora en la salud alcanzada por una baja de peso sostenible que reduzca los factores que ponen en riesgo al paciente y mejore el funcionamiento del individuo, en general, hacia una buena salud (Feixas, y Saldivar, 2010). Se ha insistido en que, para abordar la enfermedad, es preciso contemplar los numerosos factores que concurren durante su desarrollo (Lima, Zerpa, Guerrero, Zerpa, y Guillén, 2015).

Dentro del catálogo de maniobras en el campo de la prevención y el tratamiento de la obesidad, factores que funcionan como piedras angulares son los cambios en los estilos de vida. Se busca que estos incluyan una dieta balanceada y equilibrada; actividad física regular, definida como cualquier movimiento corporal que exija gasto de energía por encima de los niveles de reposo (Martínez et al., 2014). Sin embargo, dichas intervenciones pueden suponer un obstáculo para los pacientes, lo cual pone en marcha el desarrollo de nuevas modalidades terapéuticas como la cirugía bariátrica,

con miras a lograr, en el corto plazo, una efectiva disminución del peso corporal (Lima et al., 2015).

Esta modalidad terapéutica se asocia con beneficios considerables dentro de las comorbilidades de la enfermedad, tales como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la hiperlipidemia y la apnea obstructiva del sueño. No obstante, también se han encontrado comorbilidades psicológicas y psiquiátricas de los pacientes con obesidad que buscan el tratamiento quirúrgico; por lo cual es necesaria una evaluación psicológica y psiquiátrica, con el fin de descartar alguna psicopatología que pueda interferir con el procedimiento quirúrgico o con el mantenimiento de sus efectos positivos (Olguín, Carvajal, y Fuentes, 2015; Wadden, y Sarwer, 2006).

En este contexto, se acuñó el término “cirugía metabólica”, con el objetivo de englobar los múltiples beneficios derivados de dicha opción terapéutica (Lima et al., 2015). La cirugía metabólica o bariátrica ha mostrado ser el tratamiento médico más efectivo para la obesidad mórbida, pues sus beneficios suelen ser dramáticos y de efectos relativamente prolongados. Estos beneficios, sin embargo, se conservan siempre y cuando los pacientes mantengan una alta adherencia al tratamiento postquirúrgico, seguimiento de la dieta y el ejercicio. Esto subraya la importancia de una evaluación multidisciplinaria, tanto médica, nutricional, psiquiátrica y psicológica, con el objetivo de seleccionar pacientes motivados, bien informados, con metas realistas que puedan tener un pronóstico positivo a largo plazo (Wadden, y Sarwer, 2006).

En otro sentido, sin embargo, se ha documentado que el procedimiento quirúrgico puede constituir una fuente de ansiedad hacia los pacientes, incluso sin antecedentes

de dicha psicopatología, debido a que son obligados a enfrentarse a situaciones frecuentemente desconocidas, y que, además, implican ciertos riesgos por la necesidad de establecer cambios permanentes en su vida (Olguín et al., 2015).

Histórica y técnicamente, los procedimientos de cirugía bariátrica se han dividido generalmente en tres grupos (Basfi et al., 2011; Gavira et al., 2014):

a) Las restrictivas, que producen disminución de peso al limitar la ingesta de alimentos (manga gástrica).

b) Las mal-absortivas, que producen baja de peso al interferir con los procesos de digestión y absorción (derivación biliopancreática).

c) Procedimientos mixtos (bypass gástrico).

La manga gástrica es un tipo de gastrectomía subtotal que deja un estómago tubular a expensas de la curvatura menor, se extirpa alrededor de un 85 a 90% del estómago y no necesita la creación de anastomosis de ningún tipo (Maluenda, 2012).

La derivación biliopancreática consiste en una gastrectomía parcial con cierre del asa duodenal, luego se realiza una sección del intestino delgado en un punto medio entre el ligamento de Treitz y la válvula íleo-cecal, el extremo distal (ileal) se anastomosa al remanente gástrico y el extremo proximal (yeyunal) se anastomosa al ileon a 50 cm en dirección proximal a la válvula ileo-cecal (Rodríguez, y Vega, 2006).

El bypass consiste en la creación de un pequeño reservorio gástrico a expensas de la curvatura menor, de no más de 30 ml. de capacidad, asociado a una

gastroeyunoanastomosis a un asa defuncionalizada en Y de Roux, el estómago distal permanece in situ y queda excluido del tránsito alimentario (Maluenda, 2012).

En este sentido, en una serie de estudios longitudinales, Pories (2008) siguió durante 16 años, a 608 pacientes, cuyo promedio de pérdida de peso fue de 48.2 kg. con este tratamiento quirúrgico. En otro estudio Chang et al. (2014), mediante un meta-análisis lograron mostrar un mantenimiento de pérdida de 12 a 17 kg después de cinco años de someterse a cirugía bariátrica. Por otra parte, Santiago et al. (2015), encontraron en un estudio con 15 mujeres una disminución de 44.07 kg/m² post-cirugía; además de documentar una correlación significativa entre el grado de pérdida de peso y el incremento del volumen de reserva espiratorio (0.774, p=0.024). Finalmente, Buchwald, Estok, Fahrbach, Banel y Sledge (2007) en un metaanálisis publicado en 2007 que abarcó el periodo de 1990 a 2002 mostró resultados favorables para 22,094 pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Con base en la recolección de estos datos, Shiordia, Ugalde, Cerón y Vázquez (2012) especificaron los siguientes resultados de las principales técnicas quirúrgicas, expresados en porcentaje de pérdida de peso:

- Manga gástrica con gastroplastía vertical: 68.2%
- Bypass con Y de Roux: 61.6%
- Bypass biliopancreático con switch duodenal: 79.1%

Finalmente, y en adición a los resultados positivos respecto a la pérdida de peso y la disminución de la comorbilidades, Waters et al. (1991) hacen un hincapié en que, para que los resultados quirúrgicos se mantengan de manera prolongada, es necesario contar con un apoyo psicológico que brinde un acompañamiento emocional y brinde las herramientas necesarias para el manejo de un nuevo estilo de vida post-cirugía y así, se refuerce el éxito de la cirugía.

2. 4 Ansiedad, depresión y obesidad

Como se ha mencionado (León et al., 2013), la obesidad, incluye factores y consecuencias de naturaleza psicológica. Debido a su exceso de peso, las personas comienzan a ser discriminadas desde muy temprana edad, trayendo en consecuencia una gran reducción en su autoestima, problemas en las relaciones interpersonales, aislamiento, tendencia a la autoagresión, depresión, ansiedad, trastorno por atracón, y el hambre emocional, que refiere a la utilización de la comida como una estrategia de afrontamiento para hacer frente a las emociones negativas (Analía, 2015; Cárdenas, Alquicira, Martínez, y Robledo, 2014; García et al., 2016).

La presencia de patologías conductuales en pacientes con obesidad se han descrito dando como resultado que entre el 40% y el 72% de los pacientes presentan alguna afección, siendo las más comunes sintomatología ansiosa y depresiva, así como la disminución de la autoestima (Sarudiansky, 2013).

En general, la depresión es un trastorno muy frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Puede convertirse en un

verdadero problema de salud, pues además de causar sufrimiento importante deteriora seriamente el funcionamiento emocional, interpersonal, laboral, escolar y familiar (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En efecto, se ha documentado una asociación entre el IMC y la sintomatología depresiva (Wadden, y Sarwer, 2006). Faith et al. (2011), dentro de sus análisis prospectivos de asociaciones Obesidad-Depresión y Depresión-Obesidad, encontraron que la obesidad incrementa la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva; sin embargo, en la asociación depresión-obesidad, no se encontraron resultados que mostraran a la depresión como *predictor* de la obesidad (Faith et al., 2011).

En el caso de la ansiedad, se requiere entender que se trata de una reacción emocional, propia de todos los individuos generada en respuesta a una situación amenazante o desconocida, y que se manifiesta como una sensación de inseguridad o incertidumbre. La ansiedad se suele caracterizar por síntomas fisiológicos y psicológicos, entre otros: hiperreacción autónoma (palpitaciones, sudoración, aumento en tono muscular, cefaleas etc.), conducta ansiosa (inquietud y búsqueda de seguridad), aprehensión, dificultad para concentrarse y fatiga (Sarudiansky, 2013).

Respecto a nuestra población clínica de interés, la ansiedad es el principal trastorno en los niños obesos, normalmente asociado a baja autoestima y una alta insatisfacción corporal frente a sus pares (Pompa, y Meza, 2014). Su presencia en la infancia puede considerarse, desde el punto de vista psicológico, como una respuesta inadecuada ante situaciones de estrés, o bien, como un estresor en sí que incrementa

las probabilidades de desencadenar desórdenes alimentarios y mantener la obesidad en la vida adulta (Brites, Lustó, y Pinho, 2015).

Por lo tanto, puede considerarse que tales respuestas están dadas por deficiencias en las capacidades personales de afrontamiento ante situaciones de estrés, y por un inadecuado apoyo social, que tiene una gran relevancia y funcionalidad en diferentes esferas: tanto emocionales, instrumentales y cognitivas (García, 2010).

En sentido social y cultural, en las sociedades occidentales, la imagen corporal se toma como etiqueta de un atractivo visual. Se juzga de “gordos” a quienes presentan sobrepeso u obesidad; en consecuencia, la ansiedad incrementa ante las pocas probabilidades de alcanzar metas personales o estándares sociales (Brites et al., 2015).

Adicionalmente, las personas con obesidad tienen un deterioro en la calidad de vida, pues existe una mayor dificultad para participar en eventos sociales y deportivos, aumento de problemas interpersonales, tienden a ser desempleadas, propensas a fumar, suelen tener un nivel educativo menor, una sensación mínima de control sobre su propio estado de salud, y un auto-concepto deteriorado, en comparación con las personas de peso normal (Berenice et al., 2016; Calderón et al., 2010).

No obstante, no se han encontrado resultados significativos que puedan asegurar la existencia de trastornos psicológicos, formalmente diagnosticados, en comparación con personas con peso promedio, o que pudiera existir algún perfil específico de

personalidad del paciente obeso (Martos-Moreno et al., 2014; Ríos et al., 2010; Ríos et al., 2008).

Ambas sintomatologías, en conjunto, componen una desventaja actitudinal y conductual que aumenta las probabilidades de no adherirse a tratamientos y de recaídas, aunado a que, frecuentemente, después del tratamiento quirúrgico las comorbilidades psicológicas no disminuyen significativamente (Ríos et al., 2008). Por lo tanto, la intervención psicológica es fundamental ya que, de no realizarse, el paciente carecerá de las habilidades necesarias para ajustarse adecuadamente al tratamiento integral, y en general, tendrán una dificultad mayor para bajar o mantener su peso (Calderón et al., 2010; Cofré, y Angulo, 2014).

Entre las intervenciones psicológicas, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha mostrado evidencia de ser la opción clínica más eficaz frente a la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva (García, Chorot, Valiente, Reales, y Sandín, 2016); así como para el tratamiento integral y multidisciplinario de la obesidad (Abilés et al., 2013).

2.4.1 Intervenciones psicológicas en la obesidad

Si bien el objetivo del presente estudio es conocer el estado psicológico actual de los pacientes con obesidad mórbida y post-operados, es necesario comprender cuál es el papel de la intervención psicológica dentro del tratamiento multidisciplinario de la obesidad, para enfocar, en un futuro, una intervención basada en los problemas más comunes revisados en este capítulo y en los resultados del estudio.

Dentro de las investigaciones desde la Terapia Cognitivo Conductual frente a la obesidad, destacan estudios como el de Abilés et al. (2013). Su objetivo fue evaluar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual basándose en el éxito de la pérdida de peso post-operatoria después de 2 años de haberse sometido a la cirugía bariátrica. Se examinaron variables psicopatológicas tales como estrés, sintomatología ansiosa y depresiva y autoestima, y variables específicas de la conducta alimentaria, tales como el trastorno por atracón y el ansia ("craving") por la comida. La intervención psicológica se centró en técnicas comportamentales y cognitivas, como el autoregistro de la dieta y la actividad física, estrategias de control de estímulos externos, establecimiento de metas, y reestructuración cognitiva.

Los resultados más significativos mostraron que de 30 pacientes intervenidos quirúrgicamente, 16 recibieron la TCC antes de la CB, y 14 fueron intervenidos sin recibir terapia psico-nutricional; la media de exceso de peso perdido (EPP) en toda la muestra fue de 77%, de los cuales se clasificaron como exitosos (E) a 17 pacientes (59%) y como no exitosos (NE) a 13 (41%). De los pacientes E se mostraron diferencias significativas en mejoría en comparación con los que no recibieron intervención psicológica ($p < 0.05$). Los resultados también revelaron menor incidencia de trastornos psicológicos comparados con los NE. Así, los pacientes que lograron éxito en la pérdida de peso, (94%) la mayoría de aquellos recibieron TCC, y presentaron menores comorbilidades psicológicas que los NE, de modo que la TCC puede mejorar notoriamente los resultados post-operatorios (Abilés et al., 2013).

En otro contexto, dentro del tratamiento de la obesidad, un componente importante es la motivación, la cual busca que los pacientes mantengan los cambios de los estilos de vida de manera permanente. Con este propósito, Tárraga et al. (2014) intervinieron con la práctica de la *entrevista motivacional grupal*, implementado por un grupo de enfermería bajo la supervisión de un psicólogo experto, evaluando a 418 pacientes (210 pertenecían al grupo control y 208 al grupo experimental), aunado al tratamiento tradicional que consistía en consejos sobre cambios de estilo de vida, actividad física y dieta, por parte de los médicos y nutriólogos, enfocada hacia la reducción del peso en los pacientes y el mantenimiento a lo largo del tiempo.

Si bien, en ambos grupos el peso descendió con las intervenciones: 55.8% de los pacientes del grupo control y 65.5% del experimental, en términos de proporción de reducción de peso, 18.1% de los 210 pacientes del grupo control que redujeron su peso, perdieron 5% o más en cada consulta, mientras que en el grupo experimental, de los 208 que perdieron peso, lo hicieron hasta el 26.9% respectivamente, poniendo en manifiesto que la intervención psicológica, en conjunto con el tratamiento tradicional de la obesidad, puede incrementar los resultados de manera favorable y significativa (Tárraga et al., 2014).

En otro estudio, Sierra y Torres (2014) evaluaron la efectividad de la TCC grupal en la pérdida de peso y calidad de vida de pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica. Se sometió a los pacientes al tratamiento tradicional en adición a la intervención psicológica, mostrando un promedio de pérdida de peso de 5.7 kg durante las cinco semanas que duró el tratamiento. En términos de porcentajes, el promedio de

pérdida de exceso de peso fue de 8.3% con un rango de 3.7% a 15.53%. En cuanto a calidad de vida, también se mostraron diferencias significativas de la pre a la post-evaluación, principalmente en las dimensiones de actitud ante el tratamiento ($p=0.04$) y en percepción corporal ($p=0.05$). El estudio pudo asociar la intervención cognitivo conductual con la pérdida de peso y la disminución del IMC.

Finalmente, y en vista de la evidencia de la efectividad de la TCC en el tratamiento de la obesidad, se examinaron metodológicamente dos estudios más (Alvarado, Guzmán, y González, 2005; López y Godoy, 1994) que evaluaron la eficacia de la intervención psicológica en pacientes con obesidad. Los sujetos, pertenecientes al grupo que recibió la TCC en ambos estudios, mostraron cambios significativos en pérdida de peso y mantenimiento en la fase de seguimiento ($p<0.02$ y $p<0.005$, respectivamente). Cabe mencionar que ambos estudios también compararon la intervención psicológica con el tratamiento tradicional.

Dicho aspecto específico se ha examinado relativamente poco hasta ahora, aunque en general muestran resultados favorables en cuanto probabilidad de pérdida de exceso de peso después de los tratamientos médicos convencionales en conjunto con la intervención psicológica. Estos hallazgos sugieren la necesidad de realizar nuevos estudios aplicando los principios de la TCC en el tratamiento de la obesidad, no obstante, es preciso conocer, inicialmente, el estado psicológico de la población objetivo a fin de determinar las dimensiones relevantes de control del comportamiento de los pacientes y diseñar intervenciones eficaces y de bajo costo.

3. JUSTIFICACIÓN

En síntesis, se propone que el éxito de la cirugía bariátrica no sólo radica en la acción quirúrgica misma. El abordaje integral del paciente requiere explorar las variables socioafectivas que presentan los pacientes antes y después de la cirugía bariátrica, con el fin de crear un antecedente y, posteriormente, hacer frente a las diversas vicisitudes que su enfermedad trae en su vida diaria. Por lo tanto, y dada la evidencia recabada, nos indica que se requiere un plan de acción multidisciplinario para el mantenimiento positivo de los resultados (Jensen et al., 2014).

El análisis de la literatura destaca las vicisitudes a nivel psicológico, emocional, social y laboral que padecen los pacientes con obesidad mórbida y la necesidad de la exploración de tales factores en un escenario con dicha carencia. En el trabajo del Hospital de Especialidades de CMN Siglo XXI cuyo alcance de atención abarca la parte suroeste de México y el área metropolitana, no se han encontrado antecedentes de estudios exploratorios en pacientes con obesidad mórbida o de alguna intervención psicológica en el tratamiento y seguimiento de la obesidad. Los pacientes con obesidad severa referidos a la clínica cumplen un protocolo de evaluación y apego para su aceptación a seguimiento y eventual candidatura a cirugía bariátrica. Se evalúa el estado metabólico, nutricional, endocrinológico, y las comorbilidades asociadas a la obesidad, pero no una evaluación o intervención psicológica que genere información relevante para la toma de decisiones y mejor comprensión de la enfermedad.

De acuerdo con los protocolos institucionales, los pacientes dentro de la clínica necesitan haber perdido el 10% del exceso de peso presentado mediante dieta y

ejercicio, todo esto en un lapso de 3 a 6 meses para ser aceptados en la clínica y poder ser programados a la cirugía bariátrica. No obstante, ante la ganancia de peso, son dados de alta a su hospital general de zona hasta que vuelvan a disminuir su peso.

Por lo cual, la relevancia del presente estudio se cimienta en contribuir, mediante la evaluación de los niveles de ansiedad, depresión y autoestima a proponer un plan de acción multidisciplinario para favorecer el éxito de la pérdida de peso de los pacientes con obesidad mórbida y post-operados de cirugía bariátrica.

3.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles serán los niveles de ansiedad, depresión y autoestima en pacientes post-operados en comparación con los pre-operados?

3.2 Objetivo

Comparar la presencia y los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y autoestima entre pacientes pre-operados y post-operados.

3.3 Hipótesis

Los pacientes post-operados manifestarán niveles bajos de ansiedad, depresión y mayor autoestima en comparación con los pre-operados.

4. MÉTODO

4.1 Diseño

Estudio transversal comparativo.

4.2 Participantes

100 pacientes, hombres o mujeres, divididos en dos grupos: 1) 44 con obesidad mórbida, candidatos a cirugía bariátrica y 2) 56 post-operados pertenecientes a la Unidad Médica de Alta Especialidad, Clínica de Obesidad, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Se seleccionaron de manera no probabilística, por conveniencia, de julio del 2017 a diciembre del 2017 de acuerdo a los siguientes criterios:

Inclusión:

- a) Mayores de 18 años
- b) Pacientes con IMC de >40 (kg/m^2) o de 35 a 39 (kg/m^2) con diabetes e hipertensión
- c) Candidatos a cirugía bariátrica
- d) Pacientes post-operados de cirugía bariátrica, desde un mes hasta dos años

Exclusión:

- a) Pacientes que no pudieran contestar los cuestionarios del estudio

Eliminación:

- a) Decisión del paciente de no participar en el estudio
- b) No haber disminuido el 10% del exceso de peso

4.3 Escenario

Unidad Médica de Alta Especialidad, Clínica de Obesidad, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

El estudio se desarrolló dentro de la Clínica de Obesidad y en la sala de espera de la misma.

4.4 Variables

4.4.1 Sintomatología ansiosa

Definición conceptual: Sentimiento de inseguridad o incertidumbre frente a una situación amenazante o desconocida. Se manifiesta en forma de sudación excesiva, falta de atención, inquietud e incertidumbre (Piqueras et al., 2008).

Definición operacional: Puntaje obtenido en el Inventario de Ansiedad de Beck. Escala que oscila de ausencia de síntomas a sintomatología ansiosa severa.

4.4.2 Sintomatología depresiva

Definición conceptual: Variación de respuestas emocionales habituales frente a problemas cotidianos de la vida, consistentes con indicadores clínicos aceptados. Se manifiesta como una dificultad para desempeñar las actividades habituales con normalidad, alteraciones del sueño, sentimientos de culpa y consumo de sustancias psicoactivas (Piqueras et al., 2008).

Definición operacional: Puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck.

Escala que oscila de ausencia de síntomas a sintomatología depresiva severa.

4.4.3 Autoestima

Definición conceptual: Sentimientos de valía personal y respeto a sí mismo (Naranjo, 2007).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la Escala de Autoestima de Rosenberg. Escala que oscila de autoestima alta a autoestima baja.

4.5 Instrumentos

- Entrevista semi-estructurada (Anexo 2). - Se trata de un cuestionario realizado *ex profeso* para la presente investigación que permitirá conocer datos sociodemográficos, antecedentes personales, familiares y características personales de los pacientes.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Anexo 3): Creado por Beck, Steer & Garbin (1988). Su contenido evalúa la severidad de los síntomas de la depresión; es una de las escalas más utilizadas tanto en población clínica como no clínica. Se ha validado en diferentes países y condiciones; Huang y Chen (2015) realizaron dos meta-análisis examinando la estructura factorial del BDI. En el primero, se analizaron 51 estudios comparando 62 diferentes tipos de poblaciones (n=20,475) determinando que los dos factores (cognitivo-afectivo y somático-vegetativo), son consistentes a la muestra total; respecto al segundo análisis, se estudiaron 13 investigaciones con 16 poblaciones (n=5,128) brindando matrices de covarianza

sobre los 21 reactivos del inventario. Lo que indica un buen ajuste y consistencia de la medición de la depresión en general. En México, fue validada y adaptada por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998) con una muestra normativa de 1508 personas adultas de entre 18 y 65 años de edad. La confiabilidad por consistencia interna muestra un α de Cronbach =0.87, $p <.000$. y muestra una validez concurrente entre el BDI y la escala de Zung de depresión con una correlación de: $r= 0.70$, $p <.000$.

Es un cuestionario autoaplicable que consta de 21 reactivos (enunciados) con una escala de respuesta tipo *likert* oscilante entre 0 (ausencia de síntomas depresivos) a 3 (síntomatología severa), consta de una estructura factorial de dos dimensiones: cognitivo-afectivo y somático-vegetativo. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima (Beltrán, Freyre, & Hernández, 2012). Jurado et al. (1998) establecieron el punto de corte de 10 puntos.

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Anexo 4): Creado por Beck, Epstein, Brown & Esteer (1991). Su contenido evalúa la severidad de los síntomas de ansiedad y los diferencia de los de depresión. Puede utilizarse en estudios clínicos o experimentales, tanto en población psiquiátrica como normal. Se ha validado internacionalmente; Bardhoshi, Duncan y Erford (2016) mediante un meta-análisis lograron recolectar datos de 192 investigaciones que usaban el inventario de Ansiedad de Beck, en un periodo comprendido de 1993 a 2013. Los resultados arrojaron una consistencia interna con un α de Cronbach de =0.91, mientras que

en la confiabilidad en el test – retest fue de $=0.65$; por último, tuvo una correlación alta respecto a 33 diferentes instrumentos de Ansiedad. Por otra parte, en México fue validado por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) con estudiantes universitarios, mostrando una confiabilidad con un Alpha de Cronbach de $=0.83$, así como una correlación test – retest de $=0.75$ con un rango de 20 días entre aplicaciones (Galindo, Castillo, García, Aguilar, Álvarez, y Alvarado, 2015).

Es un cuestionario autoaplicable de 21 reactivos (enunciados) en escala *likert* de respuesta de 0 (ausencia de síntomas ansiosos) a 3 (sintomatología ansiosa severa). Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima de sintomatología ansiosa.

- Escala de autoestima de Rosenberg (Anexo 5): Creado por Rosenberg (1965). Su contenido evalúa la abstracción que el individuo hace de sí mismo en relación con sus atributos, sus capacidades, sus actividades y sus objetos. Se validó en la Ciudad de México por Jurado, Jurado, López y Querevalú (2015). Se aplicó a 1033 estudiantes de bachillerato y/o licenciatura de una universidad privada de la Ciudad de México. La escala tuvo una confiabilidad mediante el índice de Alfa de Cronbach de $=.79$ y el análisis factorial exploratorio arrojó que la escala se compone de dos factores que explican el 36.44 de la varianza.

Es un cuestionario autoaplicable de 10 reactivos en escala *likert* de respuesta desde muy de acuerdo hasta muy en desacuerdo. Los puntajes de autoestima se determinan mediante 3 puntos de corte: 30 a 40 puntos, autoestima elevada o normal; 26 a 29 puntos, autoestima media; y menos de 25 puntos, autoestima baja.

4.6 Procedimiento

Durante las consultas médicas habituales, se identificaba e invitaba a los pacientes a participar en el estudio. De aceptar, se les explicó en qué consistía el estudio y se les brindó el consentimiento informado (Anexo 1) que firmaban para incluirse en el estudio. En una sesión de aproximadamente veinte minutos, se les hacía la entrevista semi-estructurada para recolectar los datos sociodemográficos y clínicos. Posteriormente, y de manera individual, se les explicaba cómo estaban conformados los cuestionarios, y finalmente, los pacientes los respondieron en la sala de espera de la clínica de manera autónoma.

4.7 Aspectos éticos

Se realizó el proyecto con base en los criterios del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.8 Análisis de datos

Se realizó el análisis de los datos mediante el programa estadístico SPSS versión 23. Se presentaron y se compararon los datos sociodemográficos y clínicos mediante un análisis descriptivo y mediante la prueba de Chi cuadrada para determinar el grado de asociación e independencia entre las variables categóricas, respectivamente. Una comparación de los niveles de ansiedad, depresión y autoestima entre grupos mediante la prueba U Mann-Whitney para las variables ordinales, y la prueba T para comparar las medias de los puntajes obtenidos en la escalas entre grupos.

5. RESULTADOS

El promedio de edad de los participantes fue de 44 años; la edad mínima registrada fue de 18 y la máxima de 71. La proporción respecto al sexo de los pacientes fue de 36 hombres frente a 64 mujeres. De los 100 pacientes evaluados el 45% permanecía soltero y 55% estaban casados o en unión libre. Un 48% poseía un título superior al bachillerato, un 36% manifestó su máxima escolaridad a nivel medio superior, mientras que sólo un 16% mostró niveles básicos de escolaridad.

Respecto a su ocupación, el 72% tiene un empleo de los cuales, sólo el 15% de la población tenía un cargo a nivel administrativo, mientras que el 28% no tenían empleo o se dedican a estudiar. Finalmente, un dato importante es que más del 90% de los pacientes dijeron contar con al menos una persona que los apoyaba, tanto instrumental como emocionalmente, durante el tratamiento de la enfermedad (Véase tabla 2).

En referencia a los datos clínicos, el 28% de la muestra total había acudido en algún momento a tratamiento psicológico. El 35% acudió en algún momento a tratamiento psiquiátrico, de los cuales, el 71% de los pacientes tomaba al menos un medicamento psiquiátrico al momento de la evaluación, y de ellos, 34.1% pertenecían a los pacientes pre-operados y 17.9% a los post-operados.

Tabla 2*Datos sociodemográficos*

	Pre-operados		Post-operados		P
Edad (media, d.e)	42.4	10.373	45.8	9.994	0.085
Estado civil (n, %)					
Soltero	18	39.5	27	44.6	0.389
Casado	26	60.5	29	55.4	
Ocupación (n, %)					
Empleado	26	59.1	31	55.4	0.814
Administrativo	6	13.6	9	16	
Hogar	10	22.7	15	26.7	
Estudiante	2	4.5	1	1.8	
Escolaridad (n, %)					
Primaria	2	4.5	1	1.8	0.195
Secundaria	8	18.2	5	8.9	
Preparatoria	14	31.8	22	39.3	
Licenciatura	19	43.2	21	37.5	
Posgrado	1	2.3	7	12.5	
Red de apoyo (n, %)					
Familia y amigos	41	93.2	52	92.8	0.950
Nadie	3	6.8	4	7.1	

La tabla 3 muestra las comparaciones de peso mínimos y máximos históricos, hasta el inicio del tratamiento multidisciplinario entre los dos grupos de pacientes.

Tabla 3

Comparación de peso por grupos en tres momentos

Peso	Pre-operados			Post-operados			P
	Kg	Mín	Max	Kg	Min	Max	
Mínimo en la edad adulta (media)	86.1	43	173	75	40	152	0.037
Máximo histórico (media)	143.2	93	240	135.6	83	260	0.202
Inicial (media)	135.6	86	240	129.6	78	245	0.247

La tabla 4 muestra la distribución de los pacientes post-operados de acuerdo a la clasificación del IMC.

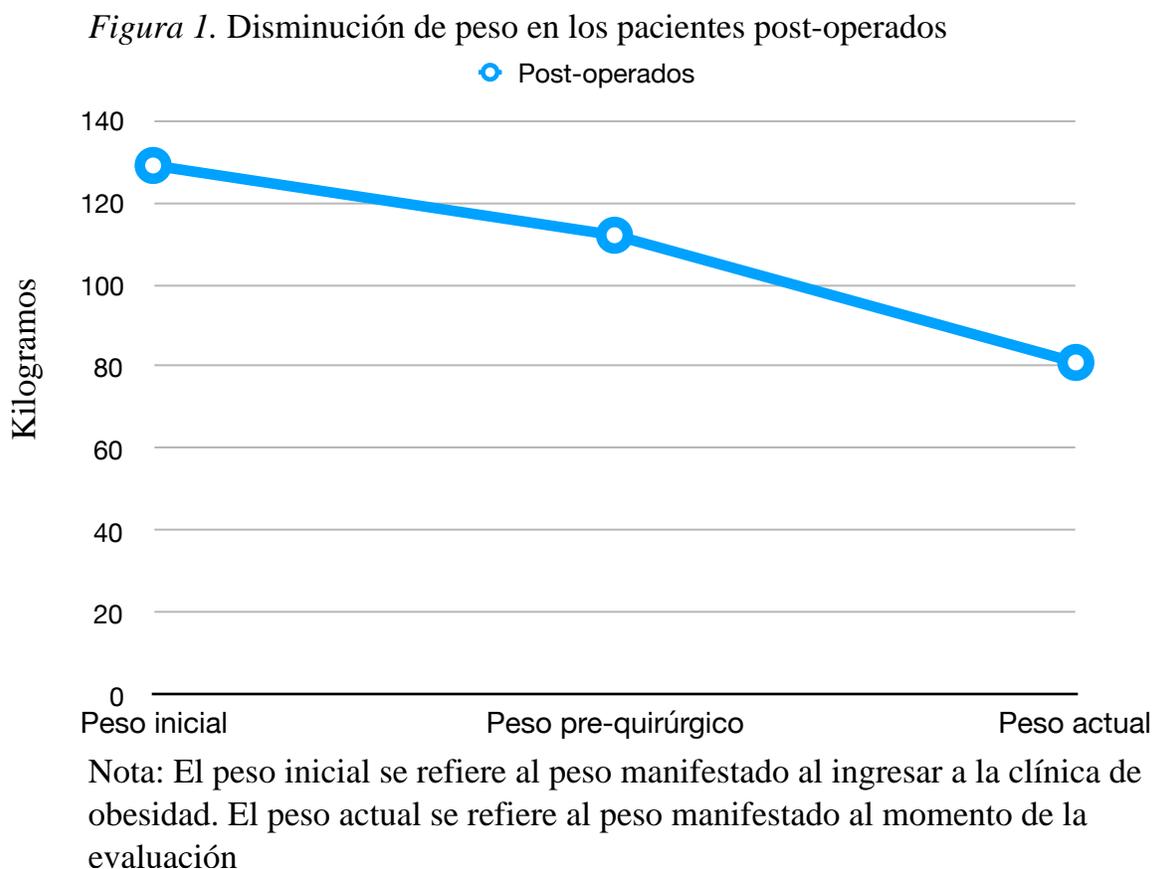
Tabla 4

Distribución del IMC de los pacientes post-operados

Clasificación	N	%
Normal	9	16.1
Sobrepeso	19	33.9
Obesidad grado 1	16	28.6
Obesidad grado 2	8	14.3
Obesidad grado 3	4	7.1

Nota: De los pacientes que lograron un IMC normal, 2 de ellos tenían de 12 a 18 meses de haber sido operados, mientras que 7 tenían de 24 meses en adelante.

La figura 1 muestra la disminución promedio de peso de los pacientes post-operados desde el inicio del tratamiento hasta el peso al momento de la evaluación. En promedio, hubo una disminución de 31 kg desde la cirugía bariátrica hasta el momento de la evaluación.



Por otro lado, un dato destacado derivado de los factores de riesgo asociados y la calidad de vida respecto a los pacientes pre-operados es que el 6% (N = 3) de los 44 pacientes de ese grupo se situó dentro del rango de obesidad grado 5, que implica más de cien kilogramos de exceso de peso, en promedio, además de las limitaciones físicas que eso conlleva. El 29.6% (N = 13) estaba en obesidad grado 4, el 43.2% (N = 19) en

obesidad grado 3, (que, dentro de la clínica de obesidad, es el criterio de admisión y posible candidatura a la cirugía bariátrica) y el 20.5% (N = 9) se ubicaba en obesidad grado 2. Es de subrayarse que, aunque este último grupo no estaba en obesidad grado 3, un criterio para aceptarlos como candidatos a la cirugía es que presentaran diabetes o hipertensión, aunque tuvieran obesidad grado 2.

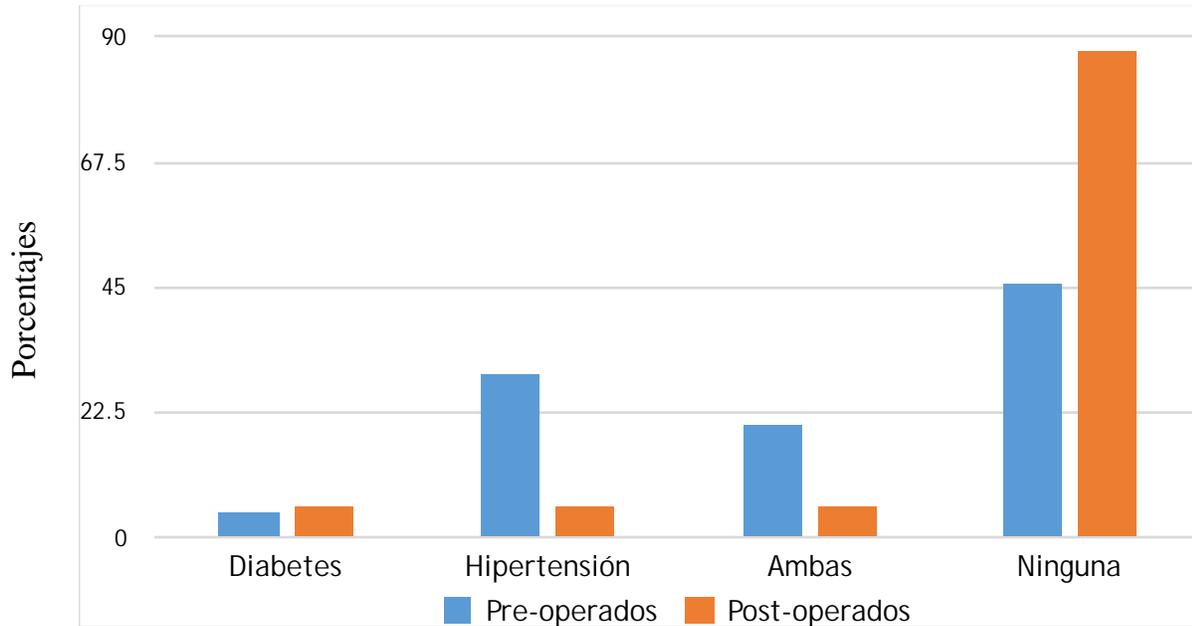
En cuanto a la actividad física, pilar clave del tratamiento de la obesidad, se observó que el 77.3% de los pacientes pre-operados realizaban alguna actividad física. Respecto a los post-operados, ese número se encontró en 76.8%, por lo que no existe una diferencia significativa ($P = 0.954$) entre el estado quirúrgico y el nivel de actividad física.

Un beneficio importante después de la cirugía bariátrica, además de la pérdida de peso, es el control y disminución de las comorbilidades, como se muestra en la figura 2.

En estricto sentido no se puede hablar de una *cura* de las comorbilidades después de la cirugía bariátrica, se habla de un estado de remisión. Una indicación de gran importancia dentro del cuidado de la cirugía bariátrica es mantener los estilos de vida saludables, ya que, ante la re-ganancia de peso, las comorbilidades vuelven a descontrolarse.

Respecto a la prevalencia de diabetes, específicamente comparada entre grupos, no arrojó diferencias significativas ($P = 0.655$). En cuanto a la hipertensión, sí hubo diferencias significativas, el 29.5% de los pacientes pre-operados la presentaban, mientras que sólo el 1.9% de los post-operados eran hipertensos ($P = 0.001$).

Figura 2. Comorbilidades asociadas al padecimiento de la obesidad en dos grupos de pacientes



Nota: 45.5% de los pacientes pre-operados no mostraron alguna comorbilidad. Dichos pacientes son llamados *metabólicamente sanos*.

Los pacientes que presentaban simultáneamente diabetes e hipertensión, en el caso de los pre-operados se manifestó en un 20.5%, en comparación con los post-operados con un 5.4% ($P = 0.083$), por lo que existió una diferencia marginalmente significativa.

Finalmente, y retomando el concepto de los obesos metabólicamente sanos, el 45.5% de los pre-operados presentaba esa condición, frente a un 87.5% de los post-operados ($P = 0.000$). Un número bastante alto de pacientes post-operados que se apegaron en gran medida a su tratamiento y por lo tanto, sus comorbilidades estaban en estado de remisión, en conjunto con los pacientes metabólicamente sanos desde antes de la cirugía bariátrica..

Dentro del análisis de las variables psicológicas, la sintomatología ansiosa fue la que tuvo una moderada prevalencia en los pacientes. Respecto a la sintomatología depresiva, el 63.6% de los pre-operados se encontraban sin depresión, en comparación con los post-operados que dicha cifra alcanzó el 76.8% de tal grupo. Finalmente, la autoestima, en niveles normales o altos, de los pacientes post-operados fue mayor (85.7%) respecto a los pre-operados (68.2%), no obstante, son porcentajes altos en ambos grupos.

Las tablas 5, 6 y 7 muestran el detalle de la presencia y las diferencias en los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y autoestima entre los dos grupos de pacientes.

Tabla 5

Presencia de sintomatología ansiosa

Niveles	Pre-operados	Post-operados
Ausencia de ansiedad clínicamente significativa	4.5%	12.5%
Ansiedad mínima	40.9%	42.9%
Ansiedad leve	27.3%	32.1%
Ansiedad moderada	20.5%	7.1%
Ansiedad severa	6.8%	6%

Nota: nivel de significancia $P = 0.107$

A pesar de que la sintomatología ansiosa fue la que tuvo una prevalencia moderada en los pacientes, tanto pre-operados como post-operados, no existió una diferencia significativa en la comparación por niveles de las variables. Lo que indica una homogeneidad entre los grupos.

Tabla 6

Presencia de sintomatología depresiva

Niveles	Pre-operados	Post-operados
Ausencia de depresión clínicamente significativa	63.6%	76.8%
Leve perturbación del estado de ánimo	20.5%	10.7%
Estados de depresión intermitentes	15.9%	5.4%
Depresión moderada	0%	3.6%
Depresión grave	0%	1.8%
Depresión severa	0%	1.8%

Nota: nivel de significancia P = 0.232

Tabla 7*Autoestima*

Niveles	Pre-operados	Post-operados
Alta	68.2%	85.7%
Media	18.2%	5.4%
Baja	13.6%	11%

Nota: nivel de significancia P = 0.049

Respecto a los niveles de autoestima, sí existió una diferencia significativa, por lo que se puede rechazar una homogeneidad entre ambos grupos.

La tabla 8 muestra las medias de los puntajes de cada instrumento comparada entre grupos.

Tabla 8*Medias en los puntajes de las variables ansiedad, depresión y autoestima*

Variable	Pre-operados	Post-operados	P
Ansiedad	11.16	8.70	0.217
Depresión	9.61	7.45	0.170
Autoestima	32.39	35.63	0.005

Si bien no existieron diferencias significativas en la sintomatología ansiosa y depresiva, tanto en el análisis por niveles como por puntajes, sí se observó una

diferencia significativa en la variable autoestima. El análisis por niveles mostró una diferencia significativa de $P = 0.049$, mientras que en las diferencias de medias el nivel de significancia fue de $P = 0.005$, lo cual muestra que la autoestima no se manifiesta homogéneamente entre grupos.

6. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la presencia de la sintomatología ansiosa, depresiva y los niveles de autoestima de pacientes con obesidad mórbida y post-operados de cirugía bariátrica, así como comparar los resultados entre grupos para observar las diferencias emocionales ante la pérdida de peso, y su percepción de una nueva imagen y un estilo de vida más saludable al que anteriormente tenían.

Los resultados señalan que existe una presencia moderada de sintomatología ansiosa y mínima respecto a la sintomatología depresiva. Una comparación entre ambas variables mostró un número mayor de pacientes con algún nivel de ansiedad que de depresión, pero esto puede atribuirse a la sensibilidad de los instrumentos. Ya que el puntaje mínimo necesario para alcanzar algún nivel de ansiedad es menor en comparación con el de depresión.

Como un beneficio adicional a la pérdida de peso después de la cirugía bariátrica, Feixas y Maldonado en 2010 aseguran que, en promedio, también hay una disminución de sintomatología ansiosa y depresiva en la mayoría de las categorías manejadas por los cuestionarios. No obstante, en los datos obtenidos en este estudio, el análisis comparativo por niveles entre los dos grupos no mostraron diferencias significativas en dichas variables.

Dentro del grupo de los post-operados, hubo 2 pacientes que presentaron niveles graves y severos tanto de ansiedad como de depresión. Sin embargo, entrevistando a tales pacientes de manera individual, se encontró que la etiología de dichos síntomas

estaban relacionados a un mal apego a la dieta y por ende, algún tipo de desnutrición. En adición a los efectos fisiológicos derivados del procedimiento quirúrgico, y en conjunto con problemas en alguno de sus diferentes círculos sociales.

El presente estudio es congruente con los resultados publicados por Ríos, Rangel, Álvarez, Castillo, Ramírez, y Pantoja (2008) planteando la presencia de ambas sintomatologías en el perfil psicológico del paciente obeso. No obstante, más del 60% de los pacientes, tanto pre-operados como post-operados, no presentaban sintomatologías depresivas, y es un número bastante alto contrastándolo con tal estudio, puesto que tales autores plantean que más del 80% de pacientes obesos presentan algún tipo de sintomatología depresiva. Respecto a la ansiedad, los presentes datos sí son congruentes con otras fuentes consultadas en la literatura de investigación, a reserva de la sensibilidad del instrumento utilizado.

Otro factor relevante planteado por Alvarado, Guzmán y González (2005) es que la baja autoestima surge como consecuencia de la obesidad, y puede desencadenar un cuadro depresivo. Sin embargo, en los resultados del presente estudio, los niveles de depresión son menores al 40% en la muestra y los niveles de autoestima alta en ambos grupos superaron el 68.2%. Este hallazgo es relevante porque, observando los datos, parece indicar que la interrelación entre obesidad-baja-autoestima-depresión no ocurrió en la mayoría de los casos.

Por otra parte, Analía (2015) mencionó una relación entre sobrepeso y obesidad con niveles bajos de escolaridad, y respecto a la muestra de este estudio, el 84% de

los pacientes evaluados informaron haber alcanzado mínimamente, el nivel medio-superior, llegando hasta el posgrado.

En otro estudio, Barrera-Cruz et al. (2013) mencionaron la misma asociación entre obesidad, bajos recursos económicos y bajo nivel escolar; pero Seijas y Feuchrmann (1997) mencionan que la obesidad va más allá del nivel socioeconómico y del grado de estudios, por lo cual plantean, a manera de explicación, que la obesidad es el resultado de la adquisición de malos hábitos, tanto alimenticios como de actividad física, de países industrializados.

En relación con sus comorbilidades psicológicas, del 35% de los pacientes que había acudido alguna vez a psiquiatría, el 71% tomaba algún medicamento psiquiátrico, principalmente ansiolíticos y antidepresivos, al momento de la evaluación. Este hallazgo es congruente con la revisión teórica de Olguín et al. (2015) donde argumentan que la cirugía bariátrica es, actualmente, el tratamiento más efectivo para la obesidad, ya que parece generar mejoría significativa en la calidad de vida del paciente. No obstante, dicha mejoría significativa puede observarse en las comorbilidades no psicológicas asociadas al padecimiento de la obesidad, ya que, en términos de la sintomatología ansiosa y depresiva, no hubo diferencias significativas entre el grupo de los pre-operados y de los post-operados.

Una posible explicación, basada en dicho artículo teórico, es que los pacientes, al tener que adecuarse a un nuevo estilo de vida, aceptación social, dinámica laboral, dinámica con la pareja y familia, e incluso más revisiones médicas, generan cierto nivel de ansiedad debido a la desilusión o incertidumbre relacionada a la expectativa de los

resultados de la cirugía bariátrica en términos de tiempo. Así, como se observó en el presente estudio, es fundamental tener un perfil psicológico preoperatorio del paciente que funcione como un predictor conductual después de la cirugía bariátrica, y prevenir, tal como lo proponen Pories et al. (1991), una posible recaída psicológica o psiquiátrica a los 24 meses post-cirugía.

Otra variable igual de importante que las anteriores que también fue evaluada fue el apoyo social. García (2010) considera que dicha variable es un pilar fundamental dentro del tratamiento de la obesidad, ya que cumple con distintas funciones, tanto emocionales, instrumentales o cognitivas. Los resultados obtenidos en el presente estudio documentaron la presencia de un 93% de apoyo social hacia los pacientes.

Este último dato también es congruente con las observaciones informales realizadas durante la realización del estudio, ya que la mayoría de los pacientes acude con al menos algún acompañante a las consultas. Entonces, puede decirse que la conciencia de enfermedad que los pacientes han generado desde que están en el tratamiento, también ha repercutido hacia sus relaciones interpersonales más cercanas.

7. CONCLUSIONES

Finalmente, como una consideración derivada de los hallazgos y observaciones realizadas durante el presente estudio, es necesaria la intervención psicológica en el tratamiento de la obesidad. Esto debido a que el psicólogo es capaz de brindar las estrategias necesarias para conseguir en el paciente obeso y en el post-operado una alta adherencia al tratamiento que se vea reflejada en una disminución de peso, o en su caso, el mantenimiento del mismo, así como para prevenir posibles recaídas.

Esta fase exploratoria del paciente con obesidad mórbida en un contexto de tercer nivel de atención mostró, con base en la evidencia, que hay un vasto campo de trabajo donde el psicólogo de la salud puede intervenir, incluso desde la prevención, que es trascendental. Las variables que se estudiaron en el presente estudio son las más comunes que pueden encontrarse en dicha población.

Si bien, este primer acercamiento a la descripción del estado actual de los pacientes con obesidad y post-operados de cirugía bariátrica no mostró resultados tan alarmantes como los planteados por la literatura, también hay otras variables que se observaron a lo largo del estudio y que tienen una gran prevalencia, tales como los trastornos de la conducta alimentaria, la ineficacia ante la solución de problemas, la adherencia al tratamiento, los pensamientos obsesivos, el comer compulsivo, y los trastornos de la imagen corporal, entre otros, que requieren ser abordadas en un futuro.

Por lo tanto, es necesario implementar un plan de tratamiento breve, desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), a los tres grupos de pacientes observados:

pacientes de recién ingreso a la clínica de obesidad, los pre-operados y los post-operados. Al tratarse de una enfermedad compleja, es necesario intervenir, de manera indirecta y a través del individuo, en las distintas esferas donde la obesidad afecta, con el objetivo de aumentar su nivel de autoeficacia ante diversas situaciones cotidianas que puedan representar para ellos un problema, y que estas no afecten al logro de una alta adherencia al tratamiento nutricional, médico y a la actividad física.

8. SUGERENCIAS

Se sugiere incrementar el número de participantes a 100 pacientes por grupo. Si bien no fue un grupo pequeño, más participantes permitirán incrementar la validez externa, por lo que se requeriría un grupo de aplicación que abarcara pacientes de nuevo ingreso, pre-operados y post-operados.

Otro punto a tomar en cuenta sería adecuar espacios donde los pacientes pudieran contestar los cuestionarios sin ningún tipo de distracción o posible sesgo ocasionado por el ambiente, por otros pacientes o por sus experiencias en el propio escenario hospitalario. Esto debido a que en la clínica se llevaba a cabo otro protocolo que usaba los cuestionarios de Beck.

Finalmente, se sugiere adaptar los cuestionarios de Beck hacia la presente población, ya que el padecimiento de la obesidad trae consigo diferentes síntomas propios, que si bien evalúan los cuestionarios, no están hechos para pacientes con obesidad, también tomar en cuenta la sensibilidad de los cuestionarios ocupados. Sería importante hacer la adaptación y validación de los cuestionarios, realizar otro estudio exploratorio para comparar los resultados entre mediciones, así como utilizar la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, con el fin de comparar la validez de los mismos.

9. REFERENCIAS

- Abilés, V., Abilés, J., Rodríguez, S., Luna, V., Gándara, N., y Fernández, M. (2013). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida. *Nutricion Hospitalaria*, 28(3), 1109–1114.
- Alvarado, A. M., Guzmán, E., y González, M. T. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 417–428. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29210214.pdf>
- Analía, C. (2015). Ansiedad, depresión y trastorno de la imagen corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas. *Investig. Cienc. Salud*, 13(3), 64–74. [https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013\(03\)63-073](https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013(03)63-073)
- Bardhoshi, G., Duncan, K., y Erford, B. (2016). Psychometric Meta-Analysis of the English Version of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Counseling & Development*, 94(3), 356–373. <https://doi.org/10.1002/jcad.12090>
- Barrera, A., Rodríguez, A., y Molina, M. A. (2013). The current state of obesity in Mexico Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 51(3), 292–99.
- Barrera, A., Ávila, L., Cano, E., Molina, M., Parrilla, J., Ramos, R., ... Gutiérrez, J. (2013). Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 344–357.

- Basfi, K., Valencia, A., Rojas, P., Codoceo, J., Inostroza, J., Vega, C., ... Ruz, M. (2011). Calidad de la alimentación de mujeres con obesidad severa y mórbidas sometidas a bypass gástrico y gastrectomía vertical en manga. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 61(1), 28–34.
- Beltrán, M., Freyre, M., y Hernández, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5–13.
- Berenice, E., Pineda, G., Gómez, I., y Levy, T. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. Informe final de resultados*. INSP. México.
Recuperado a partir de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/encuestas/resultados/ENSANUT.pdf>
- Brites, L., Lustó, J., y Pinho, A. (2015). *Salud y sociedad investigaciones en psicología de la salud y psicología social. Salud & Sociedad* (Vol. 6). Recuperado a partir de <http://www.saludysociedad.cl/index.php/main/article/view/210>
- Buchwald, H., Estok, R., Fahrbach, K., Banel, D., y Sledge, I. (2007). Trends in mortality in bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. *Surgery*, 142(4), 621–635. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2007.07.018>
- Calderón, C., Forns, M., y Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutr Hosp.Nutr Hosp*, 25(4), 641–648. <https://doi.org/10.3305/nh.2010.25.4.4477>
- Cárdenas, L., Alquicira, R., Martínez, M., y Robledo, A. (2014). Obesidad y su asociación con factores emocionales: estudio comparativo entre alumnos

universitarios de nuevo ingreso. *Aten Fam*, 21(4), 121–125. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30033-5](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30033-5)

Chang, S., Stoll, C., Song, J., Varela, J., Eagon, C., y Colditz, G. (2014). Bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis. *National Institute of Health*, 3(1493), 275–287. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2013.3654>

Cofré, A., y Angulo, P. (2014). Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología. *Summa Psicológica UST*, 11(1), 89–98. Recuperado a partir de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v11n1/a08.pdf>

Faith, M. S., Butryn, M., Wadden, T. A., Fabricatore, A., Nguyen, A. M., y Heymsfield, S. B. (2011). Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obesity Reviews*, 12(5), e438–e453. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00843.x>

Feixas, G., y Saldivar, P. (2010). Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad en pacientes quirúrgicos de banda gástrica ajustable. *Boletín de Psicología*, (99), 71–87.

Galindo, O., Castillo, E., García, A., Aguilar, J., Avitia, M., y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con Cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 51–58. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48903

García, J., Chorot, P., Valiente, R., Reales, J., y Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults,

children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147–175. Recuperado a partir de http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/17811/pdf_80

García, R., Rivas, V., Hernández, J., García, H., y Braqbien, C. (2016). Ansiedad, Depresión, Hábitos Alimentarios y Actividad en Niños con Sobrepeso y Obesidad. *Horizonte Sanitario*, 15(2), 91–98.

Gavira, M., Vílchez, F., Cayón, M., García, A., Escobar, L., Mayo, M., ... Aguilar, M. (2014). Efecto del bypass gástrico sobre el riesgo cardiovascular y la calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida. *Nutrición Hospitalaria*, 29(3), 508–512. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.3.7163>

Huang, C., y Chen, J. (2015). Meta-Analysis of the Factor Structures of the Beck Depression Inventory–II. *Assessment*, 22(4), 459–472. <https://doi.org/10.1177/1073191114548873>

Jensen, M., Ryan, D., Apovian, C., Ard, J., Comuzzie, A., Donato, K., ... Tomaselli, G. (2014). Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. *Circulation*, 129(25 suppl 2), S102–S138. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee>

Jurado, D., Jurado, S., López, K., y Querevalú, B. (2015). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *American Journal of Behavioral Medicine*, 5(1), 18–22. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283046027004>

- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26–31.
- Larrañaga, A., y García, R. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina Clínica*, 129(10), 387–391. <https://doi.org/10.1157/13110213>
- León, R., Jiménez, B., López, A., y Barrera, K. (2013). Ideas sobre las causas de la obesidad en estudiantes universitarios mexicanos y españoles. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(1), 95–110.
- Lima, M., Zerpa, J., Guerrero, Y., Zerpa, Y., y Guillén, M. (2015). Tratamiento con Cirugía Bariátrica en el Paciente Obeso. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 13(1), 54–59.
- López, F., y Godoy, J. F. (1994). Estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad. *Psicothema*, 6(3), 333–345. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72706301.pdf>
- Maluenda, F. (2012). Cirugía bariátrica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 180-187
- Martínez, P., Rojas, M., Serrano, K., López, M., Aedo, Á., y Flórez, L. (2014). Relación de la actividad física y el peso corporal con sintomatología depresiva en personas con sobrepeso u obesidad. *Psicología y Salud*, 24(2), 187–197.
- Martos, G. A., Gil, M., Bueno, G., Bahillo, P., Bernal, S., Feliu, A., ... Vela, A. (2014). Las alteraciones metabólicas asociadas a la obesidad están ya presentes en los

primeros años de vida: Estudio colaborativo español. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 787–793. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7661>

Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades Investigativas en Educación*, 7(3), 1–27. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf>

Olguín, P., Carvajal, D., y Fuentes, M. (2015). Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 67(4), 441–447. <https://doi.org/10.4067/S0718-40262015000400016>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva*.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión. Nota descriptiva*. World Health Organization. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Perea, A., López, G., Padrón, M., Lara, A., Santamaría, C., Ynga, M., ... Ballesteros, J. (2014). Evaluación, diagnóstico y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta Pediátrica de México*, 35, 316–337.

Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., y Oblitas, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43–74. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604002.pdf>

Pompa, E., y Meza, C. (2014). Ansiedad manifiesta en jóvenes adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Tesis Psicológica*, 9(2), 162–172. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139039784011.pdf>

- Pories, W. (2008). Bariatric surgery: risks and rewards. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 93(11 Suppl 1), S89-96. <https://doi.org/10.1210/jc.2008-1641>
- Ríos, B., Rangel, G., Álvarez, R., Castillo, F., Ramírez, G., Pantoja, J., ...Ruíz, K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147–154. Recuperado a partir de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2008/am084a.pdf>
- Ríos, B., Sánchez, M., Guerrero, M., Pérez, D., Gutiérrez, S., Rico, M., ...Villalobos, E. (2010). El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cirujano General*, 32(2), 114–121. Recuperado a partir de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cg102i.pdf>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211–218. Recuperado a partir de <https://www.mendeley.com/import?url=http%3A%2F%2Fbiblat.unam.mx%2Fes%2Frevista%2Frevista-mexicana-de-psicologia%2Farticulo%2Fversion-mexicana-del-inventario-de-ansiedad-de-beck-propiedades-psicometricas>
- Rodríguez, A., Novalbos, J., Villagrán, S., Martínez, J., y Lechuga, J. (2012). La Percepción del Sobrepeso y la Obesidad Infantil Por Parte de los Progenitores. *Revista Española de Salud Pública*, 86(5), 483–494.
- Rodríguez, S., Vega, M. (2006). Cirugía bariátrica: Tratamiento de elección para la obesidad mórbida, *Acta Médica Costarricense*, 48(4), 162-171

- Rubio, M., Martínez, C., Vidal, O., Larrad, Á., Salas, J., Pujol, J., ... Formiguera, X. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Española de Obesidad*, 4, 223–249.
- Ruíz, E., Rojas, M., Serrano, K., y López, M. (2017). Relación entre el sobrepeso u obesidad y la calidad de vida relacionada con la salud: el rol mediador y moderador de la ansiedad y la depresión. *Psicología y Salud*, 27(2), 189–198.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Health Psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health. UNESCO Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Psychology, Oxford, UK, <http://www.eolss.net>.
- Santiago, A., Carpio, C., Caballero, P., Martín, A., Vespertinas, G., Gómez de Terreros, F., ... García, A. (2015). Efecto de la pérdida de peso tras la cirugía bariátrica sobre la función respiratoria y el síndrome de apneas-hipopneas del sueño en mujeres con obesidad mórbida. *Nutricion Hospitalaria*, 32(3), 1050–1055.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19–28. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>
- Seijas, D., y Feuchrmann, C. (1997). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile*, 26, 38–41.
- Shiordia, J., Ugalde, F., Cerón, F., y Vázquez, A. (2012). Obesidad mórbida, síndrome metabólico y cirugía bariátrica: Revisión de la literatura. *Cirugía Endoscópica*, 13(2), 85–95. Recuperado a partir de <http://www.medigraphic.com/cirugiaendoscopica>

Sierra, M., Sierra, A., y Tamayo, M. (2014). Intervención Cognitivo Conductual Grupal para Pérdida de Peso y Calidad de Vida en Pacientes Candidatos a Cirugía Bariátrica. *Acta. Colomb. Psicol.*, 17(1), 25–34. <https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.3>

Tárraga, M., Rosich, N., Panisello, J., Gálvez, A., Serrano, J., Rodríguez, J., y Tárraga, P. (2014). Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutricion Hospitalaria*, 30(4), 741–748.

Wadden, T., y Sarwer, D. (2006). Behavioral Assessment of Candidates for Bariatric Surgery: A Patient-Oriented Approach. *Obesity*, 14(3S), 53S–62S. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.283>

Waters, W., Pories, M., Swanson, M., Meelheim, H., Flickinger, E., May, H. (1991). Long-term studies of mental health after the Greenville gastric bypass operation for morbid obesity. *The American Journal of Surgery*, 161(1), 154-158.

10. ANEXOS

Anexo 1

Carta de Consentimiento Informado

Instituto Mexicano del Seguro Social



Unidad Médica de Alta Especialidad Siglo XXI

Departamento de Endocrinología

Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica



Título del Proyecto: Niveles de ansiedad, depresión y autoestima de pacientes con obesidad mórbida y post-operados de cirugía bariátrica

Lugar y Fecha: México, Ciudad de México a ____ de _____ 20__

Número de Registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: El sobrepeso y la obesidad trae consigo dificultades a nivel psicológico, emocional, social y laboral. Los principales padecimientos psicológicos que se manifiestan son la ansiedad y la depresión. Por lo tanto, el propósito de este estudio es evaluar la presencia de dichas patologías para obtener un perfil psicológico del paciente con obesidad.

Procedimiento: Si usted está interesado y desea participar en el estudio, será incluido(a) en un protocolo donde se le pedirá que conteste algunas pruebas psicológicas, con el fin de ampliar la información acerca de su estado de ánimo y problemas que le aquejen; al finalizar el protocolo, usted podrá tener acceso a los resultados obtenidos.

Posibles riesgos y molestias: La evaluación no implica algún riesgo para su salud. No se tomarán muestras de ningún tipo, ni se trabajará con medicamentos.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Futuras adecuaciones del tratamiento tradicional de la obesidad e implementación de nuevas estrategias terapéuticas.

Información sobre resultados: Al finalizar el estudio podrá solicitar los resultados con el personal de la clínica.

Participación y retiro: Su participación en este estudio es de carácter voluntario. De esta manera, si usted desea no seguir participando, podrá notificarlo sin que esto tenga repercusiones dentro de la institución.

Privacidad y confidencialidad: Los datos recolectados de este estudio siempre serán confidenciales y sólo serán utilizados con fines estadísticos por los involucrados en la investigación.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes: En caso de que usted requiera tratamiento médico de apoyo durante su evaluación psicológica, será enviado(a) con el especialista.

En caso de dudas o aclaraciones podrá dirigirse con:

Dr. Juan José Sánchez Sosa
Investigador responsable
Coordinación de Medicina Conductual
Facultad de Psicología UNAM
Teléfono: 56 22 23 32

Dr. Mario Enrique Rojas Russell
Investigador asociado
Departamento de Salud Pública
Facultad de Medicina UNAM
Correo: merr@unam.mx

M. en C. Claudia Ramírez Rentería
Investigadora asociada
UIM en Endocrinología Experimental
CMN S. XXI, IMSS.
Teléfono: 56 27 69 00 Ext: 21551

M. en C. Victoria Mendoza Zubieta
Investigadora asociada
Jefe de Servicio de Endocrinología
CMN S.XXI, IMSS.
Correo: vmendozazu@yahoo.com

Psic. Francisco Eduardo Domínguez Álvarez
Tesisista
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM
Teléfono: 55 41 45 58 98

Con mi firma otorgo mi consentimiento en participar en el estudio. También me comprometo a contestar los cuestionarios y los formatos pertinentes, así como asistir a las sesiones programadas.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de testigo

Psic. Francisco Eduardo Domínguez Álvarez

Anexo 2.



**Entrevista semi-estructurada para pacientes con obesidad
mórbida y post-bariátricos**



Datos Sociodemográficos

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ NSS: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Nivel máximo de estudios (terminados o trancos): _____

Teléfono: _____

Ingreso mensual aproximado: _____

Realiza alguna actividad física: ____ Cuál: _____ Duración por semana: ____

Datos Médicos

Tratamiento actual: _____

Desde: _____

Número aproximado de sesiones: _____

Tratamientos alternativos: _____

Comorbilidades: _____

Talla: ____ Peso mínimo: ____ Peso máximo: ____ Peso inicial/actual _____

IMC: ____ Preqx: ____

Datos Psicológicos

¿Ha tenido algún tratamiento psicológico anteriormente?: _____

¿Cuál fue la causa? _____ Duración _____

¿Ha estado en tratamiento psiquiátrico anteriormente?: _____

¿Cuál fue la causa? _____ Duración _____

¿Ha estado en tratamiento psiquiátrico anteriormente?: _____

¿Cuál fue la causa? _____ Duración _____

¿Toma algún medicamento psiquiátrico? _____ ¿Cuál? _____

Describa cuáles son los pensamientos y emociones relacionados con el padecimiento de la obesidad:

Describa cuáles son los pensamientos y emociones relacionados con el tratamiento de la obesidad:

Describa con quién cuenta como red de apoyo:

Anexo 3.

Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1)

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2)

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
- Me siento desanimado respecto al futuro
- Siento que no tengo que esperar nada
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3)

- No me siento fracasado
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
- Me siento una persona totalmente fracasada

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes
- No disfruto de las cosas tanto como antes
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5)

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable en bastantes ocasiones
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
- Me siento culpable constantemente

6)

- No creo que esté siendo castigado
- Me siento como si fuese a ser castigado
- Espero ser castigado
- Siento que estoy siendo castigado

7)

- No estoy decepcionado de mí mismo
- Estoy decepcionado de mí mismo
- Siento vergüenza de mí mismo
- Me detesto

8)

- No me considero peor que cualquier otro
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
- Continuamente me culpo por mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que sucede

9)

- No tengo ningún pensamiento de suicidio
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
- Desearía suicidarme
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad

10)

- No lloro más de lo que solía llorar
- Ahora lloro más que antes
- Lloro continuamente
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

11)

- No estoy más irritado de lo normal
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes
- Me siento irritado continuamente
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme

12)

- No he perdido el interés por los demás
- Estoy menos interesado en los demás que antes
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
- He perdido todo el interés por los demás

13)

- Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
- Evito tomar decisiones más que antes
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- Ya me es imposible tomar decisiones

14)

- No creo tener peor aspecto que antes
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
- Creo que se han producido cambios permanentes en mis aspecto que me hacen parecer poco atractivo
- Creo que tengo un aspecto horrible

15)

- Trabajo igual que antes
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
- Tengo obligarme mucho para hacer algo
- No puedo hacer nada en absoluto

16)

- Duermo tan bien como siempre
- No duermo tan bien como antes
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

17)

- No me siento más cansado de lo normal
- Me canso más fácilmente que antes
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- Estoy demasiado cansado para hacer algo

18)

- Mi apetito no ha disminuido
- No tengo tan buen apetito como antes
- Ahora tengo mucho menos apetito
- He perdido completamente el apetito

19)

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- He perdido más de 2 kilos y medio (sin estar a dieta)
- He perdido más de 4 kilos (sin estar a dieta)
- He perdido más de 7 kilos (sin estar a dieta)
- Estoy a dieta para adelgazar SÍ / NO

20)

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa

21)

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- Estoy mucho menos interesado por el sexo
- He perdido totalmente mi interés por el sexo

Anexo 4.**Inventario de Ansiedad de Beck**

Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, incluyendo hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

Síntomas	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Gravemente
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Temblor en las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Latidos del corazón fuertes y acelerados				
Inseguridad				
Sentirse atemorizado o asustado.				
Nervioso				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Inquietud				
Miedo a perder el control.				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión o malestar estomacal				
Debilidad				
Rubor fácil, sonrojamiento.				
Sudoración (no debida al calor).				

Anexo 5. Escala de Autoestima de Rosenberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a).				
5. En general, estoy satisfecho de mí mismo(a).				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso(a).				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				