



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APROXIMACIÓN A LA EXPECTATIVA DE LA IMAGEN CORPORAL
EN PACIENTES CON CIRUGÍA BARIÁTRICA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

JACQUELINE JIMÉNEZ HERNÁNDEZ



**DIRECTORA DE TESIS:
DRA. LILIA JOYA LAUREANO
Ciudad Universitaria, CD. MX. 2021**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Resumen.....	7
Introducción	8
Obesidad.....	8
Epidemiología.....	10
Clasificación de la obesidad	11
Diagnóstico de la obesidad.....	16
Antropometría para el diagnóstico de obesidad	16
Índice de Masa Corporal	16
Índice Cintura Cadera	18
Circunferencia de Cintura	18
Medición de pliegues cutáneos	19
Hidrodensitometría	20
Causas de la obesidad	20
Factores Genéticos	21
Factores Psicosociales.....	22
Estado Emocional.....	24
Comorbilidades de la obesidad.....	25
Factores psicológicos asociados con la obesidad	26
Tratamientos para la obesidad.....	27
Tratamientos no quirúrgicos	27
Tratamientos quirúrgicos.....	32
Cirugía Bariátrica	32
Clasificación	33
Técnicas restrictivas.....	34
Técnicas malabsortivas	35
Técnicas mixtas	35
Evaluación pre-operatoria	36

Resultado de la cirugía bariátrica	36
Imagen Corporal	37
Alteraciones de la imagen corporal	40
Distorsión de la imagen corporal	40
Evaluación de la imagen corporal.....	42
Imagen corporal y obesidad	43
Método.....	48
Planteamiento del problema	48
Objetivos	49
Escenario	49
Criterios de inclusión.....	49
Criterios de exclusión.....	50
Criterios de eliminación	50
Participantes.....	50
Tipo y diseño de estudio	54
Procedimiento	54
Resultados	55
Discusión.....	64
Conclusiones	69
Sugerencias y limitaciones	71
Referencias.....	72
Anexo 1	85
Anexo 2	88
Anexo 3	91

Dedicatoria

A mi mami por darme la oportunidad de estar en donde estoy, por su paciencia extrema en algún momento del pasado, por su comprensión y confianza, por su amor, por sus consejos y por motivarme a no dejar de caminar, sé que jamás existirá una forma de agradecerte todo y tanto, te amo demasiado.

A mi papá por el apoyo y consejos que me permitieron realizar una de mis metas, la cual constituye la mayor herencia que pude recibir de ti.

Boboo a ti por cada día y cada noche, por cada risas y llanto, por cada juego y cada mal rato, por no parar ante los topes en el camino, por enfrentarte al mundo a mi lado, siempre teniendo en cuenta en hacer algo mejor para las dos, gracias por no dejarme renunciar, por alentarme cuando notabas mi desanimo, gracias por todo.

A mi abuelita Aurelia (en memoria) por las sopitas de fideo, por los calditos de pollo con arroz, por esos gritos para que bajara por salsita, con todo mi amor.

A mi abuelito Roman (en memoria) por la gran afición a la lucha libre, por ser un gran ejemplo de esfuerzo, lamento no haber tenido la cabeza en ese entonces para no prohibir y ser una compañía.

A mi Tita por sus palabras de apoyo en varios ámbitos de mi vida, por ser un gran ejemplo de seguir a pesar de las adversidades.

Dr. Jorge Flores Valdés (en memoria) por ser desde que tengo recuerdos una gran inspiración, por permitir a mis padres el honor de portar el nombre que llevo, por apoyar mis estudios, por el interés en mi trayectoria escolar y la forma en la que me incentivaba, me tarde y lamento eso ya que me hubiera gustado que supiera de la culminación de mi carrera, imaginaba agradeciéndole el apoyo brindado, con gran admiración y respeto.

A mi comadre Lluvia por ser amigas, hermanas, comadres, parientes, por estar en cada momento bonito y no tan bonito, por tenerte desde el inicio de la carrera al día de hoy, por las historias de paraguas, zapatos, pantalones y café que nos unieron, por el resultado de seste trabajo.

A mi estimado amigo Aarón, nuestra amistad es el claro ejemplo de que las apariencias sí que engañan, porque la vida nos juntó sin buscarnos.

A Lule, Angy, Viry y Patsy por los momentos compartidos con café o tarrito en mano, por la amistad que seguiré cuidando para conservarlas por mucho tiempo en mi vida.

Agradecimientos

Dra. Lilia Joya Laureano

Por todo el tiempo, aprendizaje y experiencia, por ser una guía en las cosas no tan sencillas de la vida, con mucho cariño.

Dr. Ricardo Ortega

Por su apoyo en este trabajo y en el hospital, por las enseñanzas, consejos y cafés compartidos.

Dr. Hugo Martínez

Por la línea de investigación que permitió este trabajo y los tiempos compartidos.

Dr. Eric Chargoy

Por sus sugerencias e interés en este trabajo.

Dra. Angélica Juárez Loya, Dra. Roció Ivonne de la Vega Morales y Dra. Aime Edith Martínez Basurto

Por el tiempo, empeño e interés en que este trabajo, por el apoyo brindado que me permitió culminarlo.

Aproximación a la expectativa de la imagen corporal en pacientes con cirugía bariátrica

Resumen

El siguiente trabajo es un estudio descriptivo-correlacional, realizado con el propósito de identificar cuál es la expectativa de la imagen corporal que esperan las pacientes antes de ser sometidas a la operación de cirugía bariátrica de una muestra de 48 pacientes del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, que se encontraban en el protocolo de cirugía bariátrica, utilizando la Escala de Siluetas de Stunkard (1983) y el Índice de Masa Corporal.

La relevancia de este trabajo reside en que se han realizado investigaciones en México como en otros países, de los cuales se obtienen distintos resultados que permiten identificar factores biopsicosociales que tienen impacto en los resultados de las personas que son sometidas a cirugía bariátrica, la imagen corporal forma parte de dichos factores y se han encontrado resultados que difieren entre sí, aproximarse a estas diferencias permite ofrecer mayor información de cómo esta variable influye en la pérdida, mantenimiento o recuperación del peso de las personas sometidas a dicha cirugía.

Los resultados de esta investigación arrojan que el 66.7% obtuvo éxito en la cirugía, el rango de elección de las siluetas antes de ser sometidas a la cirugía fue de la 9 a la 6 con una media de 8.33 correspondiente a un IMC de $\geq 30 \text{ kgm}^2$, la silueta que las pacientes deseaban obtener después- de ser sometidas a cirugía fue la 3 correspondiente a un IMC $\leq 19.99 \text{ Kgm}^2$, en cuanto a la expectativa y logro de la imagen corporal que esperaban tener, 1 de las pacientes selecciono la silueta 4 correspondiente a un IMC de $20\text{-}24.99 \text{ Kgm}^2$ y obtuvo la misma silueta

con un IMC de 24.03 Kgm²., con respecto a la expectativa de pérdida de peso posterior a la cirugía se obtuvo que un 75% de las pacientes no logro alcanzar su expectativa.

Introducción

Se ha identificado en diversos estudios factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden influenciar la variación del Índice de Masa Corporal (IMC) en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, la variabilidad de cada individuo en dichos factores tendrá un impacto en los resultados de la cirugía.

La insatisfacción con la figura corporal se relaciona directamente con el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de los individuos, se han realizado estudios enfocados a indagar la expectativa de la imagen corporal en hombres y mujeres con distintas características, se ha encontrado que las mujeres son más susceptibles a los ideales estéticos del cuerpo que los hombres, es importante el análisis de otras muestras y en otras áreas de México, para ver si los resultados concuerdan o no en diferentes estratos de la población, por lo que este estudio se enfocó en mujeres post operadas de cirugía bariátrica en el Centro Medico 20 de Noviembre con la finalidad de identificar si los resultados concuerdan o no en diferentes estratos de la población.

Obesidad

Es importante destacar que la obesidad no existió significativamente para la especie humana hasta hace aproximadamente unos 10.000 años, a partir de ese entonces, ha estado presente en la historia del hombre, con un cambiante significado social según las características y las condiciones de vida en los distintos momentos evolutivos de la humanidad. La obesidad puede

comportarse como una condición adaptativa y ventajosa o como una enfermedad, dependiendo de que la acumulación de reservas resulte protectora de la falta de alimentos o que se convierta en una sobrecarga mecánico-metabólica. En la primera situación las reservas se acumulan transitoriamente, sólo durante la época de abundancia de alimentos, mientras que en el segundo se mantienen en forma permanente y casi nunca llegan a ser utilizadas (Montero, 2001).

Definición de Obesidad

Existen varias definiciones de lo que es la obesidad, que han sido dadas por distintos autores, si bien ninguna es igual a otra, coinciden en varios aspectos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la obesidad como una epidemia global que constituye un importante problema de salud pública (OMS, 1998), la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la define como una enfermedad crónica, que se caracteriza por el exceso de grasa corporal, fruto de la interacción entre genotipo y ambiente, así como la manifestación de una disfunción del sistema de control del peso corporal, que impide el ajuste de la masa de reservas grasas a su tamaño óptimo, (SEEDO, 2007). También se habla de que es una enfermedad crónica multifactorial de gran trascendencia socio-sanitaria y económica, la cual constituye un serio problema de salud pública a nivel mundial (Canizales-Quinteros, 2008); Bray (1987) la definió como un exceso de grasa corporal debido a un balance positivo en la ecuación energética bien por una ingesta excesiva o por un descenso en el gasto de energía, o el desequilibrio en ambos (Bray, 1987 como se citó en Martínez, Moreno, Marques-Lopes & Martí, 2002). Chavarría (2002) define la obesidad como una

enfermedad multifactorial compleja, que está influida por distintos factores como genéticos, fisiológicos, metabólicos, celulares, moleculares, sociales y culturales.

Obesidad mórbida

Para recibir el nombre de obesidad mórbida se requiere tener un IMC igual o superior a 40 kg/m², en este grado de obesidad la pérdida de peso deseable sería de un 20-30% del peso corporal y mayor en los casos en los cuales el IMC es igual o mayor a 50 kg/m² (Barbany & Foz, 2005).

Es notorio como en las distintas definiciones se ponen en énfasis distintos elementos de la obesidad, los cuales serán abordados más adelante.

Epidemiología

La OMS (2010) calcula que para los años 2020-2025 se proyectan cifras de obesidad médica que afectarán al 50% de la población total. México se caracteriza por tener notables diferencias epidemiológicas entre las regiones, localidades urbano/rural y en los diferentes niveles socioeconómicos (Barquera, Campos-Nonato, Rojas & Rivera, 2010).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012, 7 de cada 10 adultos presentan sobrepeso y de éstos la mitad presentan obesidad, y el 3% de la población presenta obesidad mórbida.

De acuerdo a la ENSANUT MC 2016 en adultos mayores de edad, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 72.5% , al categorizar por sexo, se observa que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad (un IMC \geq 25 kg/m²) es mayor en las mujeres que en los

hombres, es importante resaltar que la categoría de obesidad mórbida ($IMC \geq 40.0 \text{ kg/m}^2$) es 2.4 veces más alta en mujeres que en hombres, en cuanto a localidad se observa que la prevalencia de obesidad fue de 16.8% más alta en localidades urbanas que en rurales, además de ser mayor en la región norte en comparación con el centro; aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. De acuerdo a los últimos resultados publicados de la ENSANUT 2006, por índice de masa corporal, el 39.7% de los adultos mayores de 20 años de edad padecían sobrepeso y el 29.9% de obesidad. La prevalencia de obesidad fue un 44.4% mayor en mujeres que en hombres. Los adultos de 20 a 29 años tuvieron el mayor porcentaje de IMC normal (44.2%), mientras que cuando se estratificó por región, el norte tuvo la prevalencia más alta de obesidad con un 34.7% y el sur tuvo la más baja con un porcentaje de 27.3% (Barquera, Campos-Nonato, Rojas & Rivera, 2010).

Clasificación de la obesidad

En la obesidad se conocen diferentes clasificaciones, esto es debido a que se pueden clasificar utilizando diferentes parámetros.

La Sociedad Española para el estudio de la Obesidad en el Consenso SEEDO 2000, clasifica la obesidad en tres grupos: la dependiente del índice de masa corporal, la etiológica y la debida a la disposición topográfica de la acumulación de grasa (SEEDO, 2000 como se citó en Barbany & Foz 2002).

Dependiente del índice de masa corporal

Moreno (2012) menciona que la clasificación internacional de obesidad para un adulto es la propuesta por la OMS según el índice de masa corporal, de acuerdo a como se ha establecido en consensos internacionales un IMC igual o superior a 30 kg/m^2 es el indicador clínico utilizado universalmente para diagnosticar obesidad en ambos sexos.

El IMC además de servir para clasificar la obesidad, también se utiliza para diagnosticarla, por lo que posteriormente se retomara el uso de dicho índice.

Clasificación etiológica

Barbany y Foz (2002) mencionan que puede clasificarse como de origen endocrino, hipotalámico, genético y por medicamentos:

- Origen endocrino, abarca la obesidad ovárica, hiperinsulinemia, hiperfunción suprarrenal e hipotiroidismo.
- Origen hipotalámico, el cual no es tan frecuente en humanos, pero se ha demostrado en modelos animales, en un laboratorio se lesiona el núcleo ventromedial del hipotálamo, lo cual provoca hiperfagia.
- Origen genético, causada por anomalías cromosómicas.

- Por medicamentos, como la insulina, antidepresivos tricíclicos, estrógenos (anticonceptivos orales) y las hidracidas.

Disposición topográfica de la acumulación de grasa

Esta clasificación está relacionada con la distribución de la grasa corporal, que puede ser androide o ginecoide:

- La distribución de tipo androide, también llamada central, de la parte superior del cuerpo, en forma de manzana o de tipo masculino: está caracterizada por que los depósitos de grasa se centran en la región abdominal, por lo que también se le conoce como de tipo central, esta distribución es identificada como factor de riesgo de morbilidad y mortalidad, además de estar estrechamente relacionada con diabetes mellitus.
- La distribución de tipo ginecoide, también llamada periférica, de la región inferior del cuerpo, distribución en forma de pera o de tipo femenino: está caracterizada porque el depósito de grasa está localizado específicamente en la región glúteo-femoral, se ha observado que este tipo de distribución provoca efectos de sobrepeso, como alteraciones respiratorias, circulatorias o mecánicas (López-Alvarenga, Brito-Córdova; González-Barranco, 2000 & Chavarría, 2002).

Existen otras clasificaciones que se presentan en la literatura, las cuales son importantes tener en cuenta, Rojo-Alonso (2015) menciona que la obesidad también puede ser clasificada

por la causa que la produce y la edad de aparición. Según la causa se divide en primaria y secundaria:

- Primaria: Ocurre cuando la obesidad se produce por diversos factores, excluyendo enfermedades o efectos de fármacos (90-95%).
- Secundaria: En esta se encuentran implicados directamente enfermedades y fármacos, se da en menor proporción (1-5%) en comparación de la primaria.

Mientras que por la edad puede dividirse en:

- Obesidad de inicio en la infancia o en la adolescencia: es considerada obesidad infantil cuando se supera el 20% del peso que corresponde a la talla del niño.
- Obesidad del adulto: la edad de inicio se sitúa entre los 20-40 años, es más frecuente que la obesidad de inicio de la infancia o la adolescencia.

Tabla 1

Clasificación de la obesidad

Clasificación de la obesidad	
Dependiente del índice de masa corporal	
Normo peso	18.5-29.9
Sobrepeso o pre-obeso	25-29.9
Obesidad leve	30-34.9
Obesidad moderada	35-39.9
Obesidad severa	Más de 40
Etiológica	
Origen endocrino	
Origen hipotalámico	
Origen genético	
Por medicamentos	
Disposición topográfica de la acumulación de grasa	
De tipo androide, central, de la parte superior del cuerpo, forma de manzana o de tipo masculino	
De tipo ginecoide, periférica, de la región inferior del cuerpo, forma de pera o de tipo femenino	
Edad de aparición	
Obesidad de inicio en la infancia o en la adolescencia	
Obesidad del adulto	
Causa	
Primaria	Se produce por diversos factores, excluyendo enfermedades o efectos de fármacos
Secundaria	Se encuentran implicados directamente enfermedades y fármacos

Diagnóstico de la obesidad

Antropometría para el diagnóstico de obesidad

Lorence-Lara (2008) menciona que los comités internacionales y el SEEDO recomiendan definir y clasificar el sobrepeso y la obesidad mediante datos antropométricos, los cuales permiten una clasificación ponderal individual y colectiva.

Índice de Masa Corporal

El índice de masa corporal (IMC) fue diseñado por Quetelet en el siglo XIX; en 1981 Garrow introdujo un sistema de curvas que a partir de un conjunto de puntos de corte, permite caracterizar la presencia de adiposidad, clasificando al individuo en el grado que está, posteriormente Ferro-Luzzi y otros colaboradores en el Comité de Expertos de La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)/Organización Mundial de la Salud (OMS), completaron el sistema de puntos de Corte propuesto por Garrow para evaluar la presencia de obesidad; gracias a estas contribuciones quedó definido un sistema de puntos de corte que permite clasificar al individuo como normal y sobrepeso según cuatro categorías: normopeso, sobrepeso o pre-obeso, obesidad leve, obesidad moderada y obesidad severa. (Jawaid, Leske & Neumann, 2012; Cándido, Alostá, Oliveira, Freitas & Machado-Coelho, 2012 & Yuri-Rosales, 2012).

El índice de masa corporal (IMC) mide el estado nutricional calculando el peso del individuo por su estatura al cuadrado, los valores obtenidos son un reflejo de las reservas corporales de energía (Yuri-Rosales, 2012).

Tabla 2*Evaluativa FAO/OMS*

Grado	Clasificación	IMC
	Normo peso	18.5-24.9
I	Sobrepeso o pre-obeso	25-29.9
II	Obesidad leve	30-34.9
III	Obesidad moderada	35-39.9
IV	Obesidad severa	Más de 40

Tabla 3

Criterios de la SEEDO 2007 definir el grado de obesidad según el índice de masa corporal (IMC).

IMC	Clasificación
< 18.5	Peso insuficiente
18.5-24.9	Peso normal
25.0-26.9	Sobrepeso grado I
27.0-29.9	Sobrepeso grado II
30.0-34.9	Obesidad tipo I
35.5-39.9	Obesidad tipo II
40.0-49.9	Obesidad tipo III (mórbida)
≥50	Obesidad tipo IV extrema

El IMC ha sido criticado porque no permite distinguir entre masa magra y masa grasa y tampoco determina la distribución de la adiposidad (Yuri-Rosales, 2012).

Índice Cintura Cadera

Es un indicador que ocupa una relación matemática para cuantificar la distribución de la grasa corporal, la cual se obtiene dividiendo la circunferencia de la cintura entre la circunferencia de la cadera; para la población mexicana se consideran los siguientes rangos:

- Hombres: 0.78 a 0.93
- Mujeres: 0.71 a 0.93

En ambos casos, índices menores equivalen a una distribución de tipo ginecoide y los mayores a una distribución de tipo androide, siendo estos últimos los que representan mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, posteriormente se profundizará en los tipos de distribución de grasa (Chavarría, 2002).

Circunferencia de Cintura

La circunferencia de cintura (CC) es validada por el investigador escocés Lean en el año 1995, quien demostró en varios estudios que la CC puede utilizarse en programas de promoción de salud, con el fin de identificar individuos obesos que necesitan reducir su peso corporal; además de ser mundialmente utilizado como parámetro para cuantificar la obesidad central, ha sido ampliamente utilizada como parámetro en la definición de síndrome metabólico (Yuri-Rosales, 2012). Esta medición antropométrica, toma en cuenta las circunferencias

corporales de cintura y cadera, para lo cual se coloca una cinta métrica en el nivel más estrecho del tronco o cintura (citado en Vega, 2017).

La fórmula para obtener el índice CC es:

Circunferencia de la cintura (cm) / circunferencia de la cadera (cm)

Medición de pliegues cutáneos

Otra forma con la cual se puede diagnosticar la obesidad, es por medio de la medición de los pliegues cutáneos en diferentes sitios del cuerpo, se utilizan ecuaciones y nomogramas para convertir el grosor del pliegue en grasa y que se expresa en el porcentaje de grasa corporal que debe ser no mayor de 28% en mujeres y no mayor del 20% en hombres, por lo general se requieren cuatro pliegues para realizar las mediciones, los del bíceps, tríceps, subescapular y suprailíaco, aunque también es útil la medición de solo dos pliegues, es importante considerar que existen diferencias raciales en la distribución de la grasa corporal, en el caso de la población mexicanoamericanos la grasa subcutánea tiende a distribuirse centralmente es decir en la parte superior del tronco, por lo cual es importante elegir el pliegue más representativo, sin embargo estas mediciones tiene el inconveniente de que la distribución de la grasa difiere de persona a persona con igual cantidad de tejido adiposo y que en ciertas formas de obesidad la grasa tiene una distribución generalizada, mientras en otras es principalmente abdominal (Ortiz-Hernández, 2002; Chavarría, 2002 & Rodríguez-Scull, 2013).

Hidrodensitometría

Es una técnica usada para medir la densidad corporal total con la cual se puede determinar el volumen corporal de acuerdo con el principio de Arquímedes, que establece que el volumen de un objeto sumergido en agua es igual al volumen de agua desplazado por él, consiste en pesar a la persona primero en el aire y después sumergido en el tanque de agua, se le solicita que expulse todo el aire de sus pulmones antes de llevar a cabo el pesaje en inmersión sin embargo, no puede decirse que sea un método de empleo habitual ya que esta medición requiere de equipo complejo, una cantidad significativa de tiempo y una amplia colaboración de la persona (Casanova, 2003; Aristizàbal, Restrepo & López, 2008).

Existen distintas técnicas que permiten diagnosticar la obesidad, sin embargo algunos tienen un importante costo económico, requieren de un tiempo considerable, así como de instrumentos que no se tienen en todas las clínicas, por lo que las medidas antropométricas son la opción para la detección de la obesidad, siendo el IMC el más aceptado como el recurso más simple en la práctica clínica para el diagnóstico.

Causas de la obesidad

El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) es un problema de salud pública al ser un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales, conductuales y ambientales (Bersh, 2006; Dura & Gallinas, 2013; Rivera, Gonzales-de Cossio, Pedraza, Aburto, Sánchez & Martorell, 2014).

Bersh (2006) menciona que la obesidad es el resultado de un desequilibrio entre el aporte calórico de la ingesta y el gasto energético dado por el metabolismo y la actividad física.

Factores Genéticos

La predisposición genética para la obesidad está relacionada tanto con la ingesta como con el gasto, cabe señalar que además de que se hereda la predisposición a la adiposidad y a la distribución de la grasa corporal, algunos estudio de genética de la conducta, indican que ciertos factores conductuales como son, la preferencia por grasas, la elección del intervalo entre una comida y otra, el grado de compensación calórica en respuesta a la restricción y la inclinación por la actividad física, tienen componentes conductuales (Bersh, 2006), además de que los genes pueden determinar señales aferentes y eferentes así como mecanismos implicados en la regulación del peso corporal, algunos genes están implicados en el control de ingesta, la regulación de la termogénesis; otros mecanismos fisiológicos a través de los cuales la susceptibilidad genética puede actuar son, una baja tasa de metabolismo basal, la utilización de nutrientes, perfil hormonal, sensibilidad a la insulina, entre otros (Pi-Sunyer, 1997; Perusa, Chagnon, Weisnagel, Randinen, Snyder, Sands, et al., 2001, & Martínez, et al., 2002). Diversos estudios de la genética de la obesidad han demostrado que algunos de los mecanismos más probables que predisponen a su desarrollo se encuentran en las vías que regulan el apetito y el gasto energético; sin embargo, no existe hasta la fecha ninguna variante genética que se pueda asociar consistentemente con el riesgo para la obesidad común (Tejero, 2008).

Es sabido que el almacenamiento de grasa es un proceso biológico normal que se encuentra en muchos animales para protegerlos de la escasez de alimentos (Tamayo & Restrepo, 2014).

El genotipo ahorrador

Otra de las contribuciones a la explicación genética de la obesidad es la del genotipo ahorrador, teoría formulada por James Neel (1962), la cual sugiere que la obesidad es una herencia de nuestros antepasados, que la evolución dotó de genes que favorecen el almacenamiento de energía, lo cual resultaba beneficioso, ya que les permitió ganar peso rápidamente en los tiempos en los que abundaba el alimento y poder estar mejor adaptados para sobrevivir en épocas de escasez (Penas-Steinhardt & S-Belforte, 2014).

Factores Psicosociales

La obesidad mórbida es un problema complejo que involucra distintos factores de una población, como desarrollo poblacional, valores sociales, acceso a ciertos alimentos, entre otros.

En los siglos XVI y XVII la belleza estaba relacionada con la obesidad más o menos severa y era común que hombres y mujeres poderosos económica o políticamente tuvieran un exceso de peso desde edades tempranas. Mientras que en el siglo XVIII durante la revolución industrial las condiciones de vida cambiaron de manera drástica, el diseño evolutivo el cual considera que si los genes que favorecen la obesidad están en el genoma es porque en algún momento hubo algún beneficio, dicho diseño tuvo un importante alejamiento ya que se comenzaron a ingerir abundantes grasas saturadas y en hidratos de carbono de rápida absorción, además del desarrollo de máquinas y vehículos que facilitaban el trabajo y el traslado, lo cual disminuye el nivel de actividad física, con estas nuevas condiciones el genotipo ahorrador al estar alejado de las condiciones para las cuales se desarrolló tiende a aumentar la obesidad (González, Girón, Limón & Márquez, 2005; Chávez & Sierra, 2011).

En 1989 Minuchin demostró que cierto tipo de funcionamiento y organización en la familia conducen a la aparición y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, varios estudios se centran en el vínculo y el papel de las madres; mientras que Stunkard y Messick (1988) lograron determinar que las madres que mostraban desinhibición frente al alimento tenían un mayor IMC y que esta desinhibición explicaba el 35% de la varianza del sobrepeso de sus hijas, puede decirse que las hijas observan dicha desinhibición de sus madres y adopten una conducta alimentaria similar (Stunkard & Messick, 1988; Minuchin, 1989; Vázquez-Velázquez & Reidl-Martínez, 2013).

Tamayo y col. (2014) hacen referencia a la consigna “ el tiempo es dinero”, actualmente la sociedad se encuentra invadida por una “solución”, que incita al consumidor a suplir sus necesidades alimenticias con comidas rápidas, que solo ocupan una pequeña pausa y que afectan poco a la productividad en términos de tiempo, adentrándonos en el tema de productividad, cabe destacar que el estrés laboral, ha contribuido en la disminución de tiempo de sueño, lo que a su vez puede interrumpir las hormonas del apetito, promover una mayor ingesta y disminuir el gasto de energía, agregando que cada vez más actividades se realizan sentados frente a una pantalla.

Fausto (2006), atribuye el incremento en los índices de obesidad al cambio de hábitos en la población mexicana, ya que, al intentar pasar de una sociedad en vías de desarrollo a un país desarrollado, los hábitos y costumbres alimenticias cambian (Fausto, Valdez, Aldrete & López, 2006).

Otro factor importante de la obesidad, lo constituye la personalidad, la Asociación Americana de Psicología publicó un estudio en donde describen que las personas obesas con alto

neuroticismo y baja consciencia tienen alta probabilidad de pasar por ciclos de pérdida-ganancia de peso durante toda su vida (Tamayo & col. 2014).

Estado Emocional

Además de la causa genética y los factores sociales mencionados de la obesidad también se identifica la causa emocional.

Bennett, Greene y Schwartz-Barcott (2013) menciona la ingesta emocional como un factor que favorece la obesidad, se caracteriza porque la persona come buscando una manera de suprimir emociones. Según Shadle (2001) el estado emocional, como puede ser el aburrimiento, cansancio, el enojo la tristeza, entre otros, llevan a algunas personas a ingerir alimentos para reconfortar su estado de ánimo.

Otro aspecto a considerar es el locus de control, el cual se refiere a la medida en que las personas creen que pueden controlar los acontecimientos que les afectan, puede ser interno o externo; en las personas con obesidad el locus de control no está relacionado con el tamaño corporal pero si lo está con el bienestar psicológico y el pronóstico del tratamiento, existen estudios que describen que el comportamiento de las personas con peso normal y de personas que perdieron y mantienen su peso, está determinado por factores internos mientras que el comportamiento de las personas con obesidad está principalmente controlado por señales ambientales o externas (Kellogg, 2010).

Comorbilidades de la obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica con repercusiones negativas para la salud, ya que existe una asociación directa entre el grado de obesidad y la morbi-mortalidad (Van Itallie, 1997 citado en Galicia & Simal, 2002).

La obesidad aumenta el riesgo de desarrollar múltiples complicaciones médicas, entre las cuales están la hipertensión arterial, diabetes, enfermedad coronaria, insuficiencia renal, inmunocompetencia, asma, reflujo gastroesofágico, aterosclerosis, artritis en articulaciones que cargan el peso, cáncer de próstata, colon, endometrio y de mama, dislipidemias, síndrome metabólico, apnea de sueño, alteraciones dermatológicas, infertilidad y diversas complicaciones en el embarazo (Bersh, 2006; Shiordia, Ugalde, Cerón & Vázquez, 2012),

Además de las repercusiones negativas de la obesidad a nivel médico, también existen repercusiones a nivel psicológico y psicosocial, las cuales deben ser consideradas, para poder intervenir de manera integral.

Calva en (2003) menciona que las personas con obesidad muestran pérdida de autoestima, miedos e inseguridad personal, desórdenes alimenticios, frigidez e impotencia, perturbación emocional como tristeza, depresión e infelicidad, distorsión de la imagen corporal, falta de habilidades sociales, pensamientos suicidad y autocastigos.

Existen problemas psicosociales asociados con la obesidad como son la imagen antiestética, el rechazo, la discriminación, la dificultad para relacionarse, la limitación de la movilidad, de la capacidad para encontrar y mantener un trabajo y para realizar actividades de ocio (Galicia & Simal, 2002).

Factores psicológicos asociados con la obesidad

Los factores psicológicos y conductuales son muy relevantes en el curso de la obesidad (Bersh, 2006). Tamayo y Restrepo (2014) mencionan que existen asociaciones sólidas entre la obesidad y algunos trastornos mentales, como el trastorno por atracón, trastornos depresivos y bipolares, esquizofrenia y el consumo de medicamentos psicotrópicos. Se ha mantenido la teoría de que las personas obesas eran personas que tenían problemas de personalidad que aliviaban su malestar comiendo; así como la existencia de evidencia de alteraciones en la percepción y en la conducta de las personas obesas. Gómez y Ávila realizaron un estudio con una muestra no aleatoria de 222 personas en población mexicana, encontraron una relación entre la conducta alimentaria compulsiva y la obesidad en mujeres, además de un factor común en hombre y mujeres que involucran variables que miden la preocupación por la comida y el peso, lo cual se conecta con la distorsión de la imagen corporal y el desarrollo de conductas riesgosas asociadas a trastornos alimenticios (Gómez & Ávila, 1998).

Si bien no ha sido posible determinar un patrón de personalidad, si se han observado determinados rasgos que probablemente pueden ser orientadores de la evaluación y tratamiento, Montt, Koppmann y Rodríguez (2005) destacan las dificultades que presentan para reconocer y expresar sus propios estados internos, es decir sus sensaciones y emociones, dificultad para estar expuestos en situaciones sociales, rasgos de egocentrismo, autorreferencia, sensibilidad a la crítica, pasividad y dependencia, entre otros; si bien estos rasgos no constituyen patologías en sí mismas, si se encuentran presentes en algunos cuadros psicopatológicos.

Los estudios destinados a identificar cuáles son las áreas de funcionamiento psicológico que se ven afectados en las personas obesas resultan ser imprescindibles para poder planificar

adecuadamente tratamientos que mejoren la calidad de vida de estas personas (Friedman & Brownell, 1995).

Tratamientos para la obesidad

El tratamiento de la obesidad es difícil, además de que implica cambios permanentes; se requiere un manejo integral que incluya aspectos educativos, médicos, nutricionales y psicológicos (Bersh, 2006).

La obesidad es una enfermedad en aumento y los tratamientos convencionales en obesos severos fracasan en un 90-95% de los casos a largo plazo. Un obeso con índice de masa corporal por encima de 40 Kg/m² debe ser visitado y tratado en una unidad especializada donde se ensayen formas individuales de terapia o nuevos avances en grupos concretos (Alastrué, et al., 2016).

El tratamiento ideal de la obesidad es la prevención, para esto sería importante dar prioridad a las medidas de salud pública, como el desarrollo de campañas informativas, así como promover y facilitar el desarrollo de ejercicio físico (Galicia & Simal, 2002).

Tratamientos no quirúrgicos

Tratamiento farmacológico.

Es de suma importancia tener en cuenta que el tratamiento farmacológico debe utilizarse como apoyo del tratamiento dietético y del ejercicio, más no debe utilizarse nunca como único tratamiento, además de que requiere de una estricta indicación y supervisión médica, para que pueda hacerse uso de la prescripción de medicamentos, debe considerarse solo en pacientes

obesos con un IMC de 30 kg/m² ó más, en los que ya ha fallado la dieta, el ejercicio y los cambios de conducta, existe la excepción en aquellos pacientes con un IMC de 27 ó más si se asocian factores de morbilidad como son la diabetes, hipertensión, dislipemia, entre otros (Galicia & Simal, 2002).

En la actualidad los fármacos que se han utilizado en el tratamiento de la obesidad actúan a través de 3 mecanismos principales:

- Disminuyen la ingesta calórica por inhibición del apetito (anorexígenos) o aumentan la saciedad (sacietógenos).
- Aumentando el gasto energético y la oxidación de lípidos, conocidos como termogénicos.
- Inhibiendo la digestión y absorción de macronutrientes de la dieta, conocidos como inhibidores de enzimas digestivas (Carrasco, Manrique, Pía de la Maza, Moreno, Albalá, García, Díaz & Liberman, 2009).

Inhibidores del apetito o estimulantes de saciedad

- Sibutramina: su mecanismo de acción es doble ya que por una parte favorece la saciedad, lo cual disminuyendo la ingesta, y por otra estimula la termogénesis, aumentando el gasto energético, a dosis habitual es de 10-15 mg/día.

En la actualidad solamente sibutramina y orlistat, han sido aprobados a nivel internacional para su uso a largo plazo en el manejo de la obesidad, ya que cuentan con estudios clínicos que demuestran su eficacia y seguridad (Carrasco et al; 2009).

Tratamiento nutricional.

En lo que se refiere al abordaje del tratamiento de la obesidad mediante una dieta se busca alcanzar una serie de objetivos globales a corto y largo plazo; la pérdida de peso que se recomienda es de aproximadamente 0,5-1 kg por semana.

No existe un acuerdo unánime acerca de que se considera una dieta hipocalórica equilibrada, el término de equilibrada hace referencia a que la distribución de los macronutrientes no se diferencia de manera importante de lo que se recomienda para la población general. En general una dieta hipocalórica equilibrada se entiende como “aquella dieta que origina un déficit calórico de entre 500 y 1,000 kcal/día, con un aporte calórico total superior a 800 kcal diarias” (Consenso FESNAD-SEEDO, 2011).

El plan de alimentación propuesto debe adaptarse a las características clínicas y a las preferencias de cada paciente, y ha de estar planificado para facilitar la adherencia a largo plazo. La prescripción de la dieta deberá hacerse a partir de una anamnesis completa y adecuándose al peso, edad, sexo, enfermedades asociadas, trabajo, vida social y laboral, gustos y horarios, clima y actividad física del paciente. No es fácil conocer los requerimientos energéticos de los pacientes obesos, ya que dependen de múltiples factores, relacionados con la composición corporal, con la actividad física espontánea y voluntaria así como de factores genéticos (Rubio, Salas-Salvado, Barbany, Moreno & Aranceta, 2007; Consenso FESNAD-SEEDO, 2011).

Tratamiento psicológico.

Terapia cognitivo-conductual.

Los programas de tratamientos conductuales están basados fundamentalmente en técnicas de autocontrol, los cuales dotan a los pacientes de habilidades que les permiten identificar y controlar su propia conducta; los objetivos de la terapia cognitivo-conductual se enfocan en modificar no solo el peso si no los hábitos alimentarios y de vida, en el caso de la reducción de peso se pretende modificar los hábitos alimenticios (qué, cómo, cuándo y dónde comer) y el nivel de actividad física, por lo general se administra en grupos, y la duración es de 4 a 6 meses en sesiones semanales, (Saldaña & Rossell, 1988 Vázquez-Velázquez & López-Alvarenga, 2001; Willson & Brownll, 2002; Denia-Lafuente, 2011).

Se utilizan distintas técnicas para apoyar el objetivo:

- El automonitoreo es una herramienta básica, en el cual se registra diario detalladamente las circunstancias en que ocurre la ingesta de alimentos, lo cual permite identificar las influencias que regulan la ingesta, para así tomar medidas específicas y modificar los malos hábitos alimenticios, pueden ser utilizados cuadernos de registros o medios electrónicos (Vázquez-Velázquez & López-Alvarenga, 2001; Bersh, 2006; Reséndiz & Sierra, 2014).
- El control de estímulos es una técnica fundamentada en los principios de condicionamiento operante, la cual pretende limitar la exposición a claves sensoriales que desencadenan la ingesta excesiva de alimentos, es decir los patrones de

sobreingesta y el sedentarismo pueden ser modificados mediante la identificación de los estímulos tanto externos como internos que favorecen la sobreingesta y así sustituirlos por otros que promuevan hábitos más saludables (Bersh, 2006; Reséndiz & Sierra, 2014).

- La reestructuración cognoscitiva es utilizada para identificar sentimientos y pensamientos de autoderrota, ayudando al paciente a identificar actitudes relacionadas con expectativas excesivamente optimistas y poco realistas sobre su peso e imagen corporal (Vázquez-Velázquez & López-Alvarenga, 2001).

Entrevista motivacional.

Los modelos de tratamiento basado en la entrevista motivacional nacieron de la necesidad de encontrar herramientas adecuadas para el manejo de pacientes con problema de adicciones, también se han aplicado para la prevención de conductas de riesgo, en el tratamiento de la diabetes, enfermedades crónicas y, cada vez se recurre más para el manejo de la obesidad (Martínez-Rubio & Gil-Barcenilla, 2013).

La entrevista motivacional tiene como objetivo promover la voluntad de cambiar las áreas en las que el paciente obeso, muestra más ambivalencia e indecisión, la relación terapéutica busca cómo estimular al paciente para que compare las ventajas y desventajas del comportamiento asociado a hábitos inadecuados que conducen al exceso de peso, se intenta crear la disonancia cognitiva para que favorecer la sensación de incongruencia y que ésta repercuta en el aumento de la motivación del paciente, cabe resaltar que no se utiliza como

estrategia única sino como complemento de otras estrategias de tratamiento (Miller, Benefield & Tonigan, 1993; DiMarco, Klein, Clark & Wilson 2009).

Tratamientos quirúrgicos

Las terapias médicas y nutricionales no siempre producen una pérdida de peso significativa y sostenida, por lo que la cirugía bariátrica se ha convertido en el método más efectivo en el tratamiento para la obesidad (Thomson, Sheehan, Meaney, et al., 2016; Lee, Heo, Park, et al., 2016).

Cirugía Bariátrica

El término de bariátrica deriva de la palabra griega barys o baros, que se refiere a pesado o pesadez (Shiordia, 2012).

Los tratamientos bariátricos se han orientado a personas que fracasan con otros métodos para la reducción de peso, además de ser este, uno de los criterios actuales para la selección de cirugía bariátrica en sus resultados; dicha cirugía busca una normalización del peso con una satisfactoria calidad de vida, aunque tampoco es imprescindible llegar al peso ideal; respecto al grado de satisfacción de los pacientes con los resultados de la cirugía bariátrica, Ruiz, Berrocal y Valero (2002) señalan que estos se relacionan con la satisfacción en las relaciones sociales, de pareja y con la imagen corporal, que con la pérdida de peso en sí (Ruiz, Berrocal & Valero, 2002; Alastrué et al., 2016).

La cirugía bariátrica requiere de un proceso de preparación, valoración, intervención y seguimiento, el cual debe ser realizado por un equipo de diferentes profesionales:

endocrinólogos, cirujanos, anestesiólogos, psiquiatras, psicólogos y los demás médicos especialistas que realizan las diversas valoraciones (Pérez-Homero & Gastañaduy, 2005).

Clasificación

Pantoja (2004) Brasesco y Corengia (2009), Shiordia y col. (2012) y Alastrue (2016) señalan que las técnicas quirúrgicas pueden dividirse en tres grandes grupos:

1) Técnicas restrictivas: las cuales consisten en la reducción de la capacidad del estómago, dando como resultado la restricción al pasaje de los alimentos, produciendo saciedad temprana y prolongada. Son técnicas fáciles de realizar, sin embargo tienen la desventaja de que con el paso del tiempo, fracasan en un porcentaje importante, obligando a una reintervención; entre ellas se encuentran la banda gástrica y la manga gástrica

2) Técnicas malabsortivas: reducen la capacidad del estómago a la mitad y producen un cruce con el intestino, de manera que existe una mala absorción de los alimentos. Se consiguen buenos resultados en la pérdida de peso, pero producen diarreas y deficiencias de vitaminas y proteínas que hacen necesario un estricto control del paciente después de la intervención quirúrgica; como el bypass intestinal.

3) Técnicas mixtas: estas tienen un carácter principalmente restrictivo y algo de malabsorción; consiste en la reducción del estómago hasta los 15-30 mililitros, junto con un cruce en el intestino que induce cierto grado de malabsorción. Es un procedimiento bien tolerado y el paciente no presenta náuseas, vómitos ni diarreas. Le permite llevar sus hábitos alimentarios

sin ninguna restricción y las posibles deficiencias de proteínas y vitaminas son muy escasas (Pantoja, 200; Brasesco & Corengia, 2009; Shiordia & col., 2012 & Alastrue 2016).

Técnicas restrictivas

Manga gástrica.

La manga gástrica es una operación restrictiva, la cual reduce el tamaño del estómago a un reservorio de 60-100 ml, lo cual permite la ingesta de pequeñas cantidades de alimento y dando una sensación de saciedad temprana durante la comida (Shiordia et al; 2012).

Gastroplastia con bandas verticales.

Consiste en confeccionar un reservorio proximal vertical paralelo a una pequeña curvatura, a pocos centímetros por debajo del cardias, aislado del resto de la cavidad gástrica mediante suturas mecánicas y con un canal de drenaje estrecho que limita el paso de los alimentos mediante la colocación de una banda de polipropileno (Rubio, et al., 2004).

Banda gástrica ajustable.

Este procedimiento quirúrgico puede considerarse menos invasivo ya que generalmente es realizado por vía laparoscópica, consiste en una banda de silicona que se instala alrededor de la parte superior del estómago dividiéndolo en dos partes, la porción superior queda con una capacidad de hasta 40 ml, ambas porciones del estómago quedan conectadas por un orificio, el diámetro puede ajustarse rellenando la banda con solución salina isotónica inyectada a través de un reservorio ubicado bajo la piel (Carrasco, et al., 2009).

Técnicas malabsortivas

Bypass yeyuno-ileal.

Fue usado por primera vez en 1960, consiste en un asa biliopancreática a 35 cm del yeyuno proximal anastomosado con el íleon terminal a 10 cm de la válvula ileocecal, esta técnica ya no se utiliza en la actualidad por los importantes problemas de nutrición que se producen (Sinco-Najera, 2010 & González, Marín, Nogales, Zamorano, Moreno, Mora, J. et al., 2012).

Técnicas mixtas

Derivación biliopancreática.

Esta técnica combina una restricción gástrica discreta, practicando una gastrectomía subtotal que deja un reservorio gástrico de entre 200 y 400 cc de capacidad, se realiza una derivación biliopancreática mediante anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux, con un segmento largo de intestino delgado desfuncionalizado al que se denomina asa biliopancreática, y un canal intestinal común de 50 cm.

También puede realizarse con lo que se denomina un switch duodenal, que consiste en una gastrectomía parcial longitudinal, reseca la curvatura mayor del estómago, una sección duodenal y una anastomosis duodeno ileal (Pantoja, 2004 & Sinco-Najera, 2010).

Bypass.

Es la técnica más utilizada en la actualidad la cual consiste en la fabricación de un reservorio gástrico proximal de aproximadamente 15 a 30 ml separado del resto del estómago, el cual se

une a un segmento proximal de yeyuno de 150-200 cm de largo, a través de un estoma de 1 cm de diámetro (González, et al., & Carrasco et al., 2009).

Evaluación pre-operatoria

Los pacientes candidatos a cirugía bariátrica deben ser estudiados en forma exhaustiva, por lo que se debe realizar una historia clínica completa, en la que se analicen de manera detallada la evolución del peso y los hábitos alimenticios, así como un interrogatorio dirigido a descartar condiciones comórbidas, además de una exploración física completa (Pantoja, 2004).

Es importante y fundamental considerar la existencia de patologías psiquiátricas y psicológicas concomitantes al momento de evaluar la indicación de realizar la cirugía, ya que si no es abordada podría afectar de manera importante cualquier perspectiva de éxito del tratamiento (Montt et al., 2005).

Se han abordado diversas estrategias para identificar aquellos factores que podrían influir en los resultados de pérdida de peso posterior a la cirugía bariátrica, entre los que más se han investigado se encuentran: la influencia de las condiciones psicológicas preoperatorias, tomando en cuenta aspectos como el mantenimiento de la obesidad, variables cognitivas, afectivas y ambientales (Bravo del Toro, Espinoza-Rodríguez, Mancilla-Arroyo & Tello Rencilla, 2011; Joya-Laureano, Reidl-Martínez, Alemán-Vázquez, Martínez-Lemus, Vega-Cervantes & Montoya, 2015).

Resultado de la cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica está siendo considerada como la solución de la obesidad mórbida ya que la mayoría de los pacientes alcanzan su máxima pérdida de peso a los 2 años, del 5 al 7%

lo hacen hasta los 5 años, sin embargo las respuestas de los pacientes varía de acuerdo con el sexo, edad, raza, educación, estatus emocional, nivel de actividad, etc., (Evans, Bond, Demaria, Wolfe, Meador & Kellum, 2004), a pesar de esta pérdida de peso, la valoración que la persona obesa hace de ese costo/beneficio, su satisfacción con la cirugía y sus resultados es muy poco conocida (Ruiz-Moreno, Berrocal & Valero 2002).

Ruiz-Moreno y col. (2002) realizaron un estudio con 24 personas de las cuales fueron 22 mujeres y 4 hombres, de entre los 25 y 51 años, a quienes se les realizó la cirugía bariátrica, en el cual encontraron que contrario a lo que esperaban, los cambios emocionales que experimentaron las personas tras la cirugía no se relacionan con la pérdida de peso, sino que parecen asociarse con una mayor satisfacción con las relaciones sociales y de pareja, cabe resaltar que tampoco la mayor satisfacción con la imagen corporal se relaciona de forma lineal, con la pérdida de peso, sin embargo la edad de las personas operadas parecen jugar un papel importante en la influencia del grado de satisfacción con la figura e imagen corporal, mientras más joven es la persona más insatisfecho se encuentra con su figura.

Imagen Corporal

El concepto de imagen corporal ha evolucionado a través del tiempo, por lo que se pueden encontrar diversas definiciones; la más clásica se debe a Schilder (1994), quien la describe como “la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente”, desde un punto de vista neurológico, la imagen corporal constituye “una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona”.

Bersh (2006) menciona que se refiere a las percepciones, actitudes y experiencias que tienen las personas acerca de su cuerpo y apariencia, también ha sido definida como la

representación mental del tamaño, figura y constitución del propio cuerpo (Abad et al., 2012); de acuerdo con Rosen (1995) es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, siente, imagina y actúa respecto a su propio cuerpo.

Taiario (2012) define la imagen corporal como “una construcción psicológica, multifacética, subjetiva, compleja y dinámica, incluye representaciones conscientes o inconscientes del cuerpo, influenciado por factores históricos, culturales y sociales y que condicionan nuestros pensamientos, emociones y conductas” (p.108).

La imagen corporal formada está constituida por diferentes componentes; para Thompson (1990), el constructo de imagen corporal está constituido por tres:

- Componente perceptual: implica la percepción con la que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos del cuerpo, como del cuerpo en su totalidad.
- Componente subjetivo (cognitivo-afectivo): implica los sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente cualquier aspecto de la apariencia física, como el peso, tamaño y las distintas partes del cuerpo.
- Componente conductual: las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan, como las conductas de evitación ante la exposición del propio cuerpo a los demás.

Para Cash (1990) la imagen corporal implica:

- Perceptivamente: las imágenes, valoraciones del tamaño y forma de distintas partes del cuerpo.

- Cognitivamente: supone una focalización de la atención en el cuerpo y las autoafirmaciones inherentes al proceso, las creencias asociadas al cuerpo y la experiencia corporal.
- Emocionalmente: involucra experiencias de placer, displacer, satisfacción, insatisfacción y otras relaciones emocionales ligadas a la apariencia externa.

Mientras que para Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyo, y López-Miñarro, la imagen corporal está formada por:

- Componente perceptual: implica la percepción del cuerpo en su totalidad o alguna de sus partes.
- Componente cognitivo: las valoraciones respecto al cuerpo en su totalidad o una parte del cuerpo.
- Componente afectivo: los sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o una parte de este.
- Componente conductual: las acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción (Thompson, 1990; Cash, 1990; Raich 2004; Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyo, & López-Miñarro, 2013).

La imagen corporal se compone de elementos subjetivos, por lo tanto también son dependientes de factores socioculturales o situacionales se va construyendo evolutivamente, en diferentes etapas de la vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo, Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007; Abad et al., 2012).

Alteraciones de la imagen corporal

Las personas que al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal (Vaquero-Cristóbal et al., 2013). Dicha alteración en este caso se detecta en la tendencia a ver el cuerpo con mayor tamaño que el real (sobreestimación) o con menor tamaño (subestimación) que el real (Taiariol, 2012).

Vaquero-Cristóbal y col (2013) mencionan que existen alteraciones perceptivas y alteraciones de aspectos subjetivos:

- Alteraciones perceptivas: se refiere al grado de distorsión del tamaño corporal, esta alteración se puede evaluar con mediciones de la figura real y la que se considera tener.
- Alteraciones subjetivas: en este tipo de alteraciones se encuentran las actitudes, pensamientos y emociones de la imagen (Vaquero-Cristóbal, 2013 & Gama-Martínez, 2016).

Distorsión de la imagen corporal

Cabello (2011) menciona que al hablar de obesidad en este ámbito requiere distinguir dos conceptos cuando se refiere a la imagen corporal, uno de ellos es la insatisfacción corporal la cual define como “el grado en que los individuos valoran o desprecian su cuerpo” y la distorsión de la imagen corporal, la cual vendría a ser la imprecisión en la determinación del tamaño corporal, Behar (2010) describe que dicha distorsión de la imagen corporal en los trastornos alimentarios puede oscilar desde un rango leve a severamente delirante.

Al estar conformada la imagen corporal, puede verse afectada por diversos factores (socioculturales e individuales) los que dan paso a sentimientos de inconformidad, debido a las preocupaciones por cumplir con ideales socialmente establecidos Rosen (1992) menciona que dichos sentimientos pueden manifestarse a diferentes niveles:

1) Malestar normativo: este se refiere a cierta inconformidad que presenta la mayoría de la población hacia algún rasgo de su apariencia física, el cual no afecta la vida cotidiana de la persona, ya que se considera como una molestia normal.

2) La insatisfacción corporal: la cual se define como la devaluación de la apariencia física relativa a algún ideal, se rebasa el malestar normativo y su inconformidad se asocia o puede evocar conductas nocivas para la salud. (Rosen, 1995).

Para Rosen (1995) existen dos niveles, mientras que para otros autores se plantean tres niveles de inconformidad con la imagen corporal identificados entre el descontento normativo por el cuerpo y la angustia patológica, el primero es el malestar normativo, el cual se refiere al que está presente en la mayoría de la población, que tiene cierto grado de inconformidad hacia alguna parte de su cuerpo, ese sentimiento de inconformidad no afecta su vida cotidiana, el segundo es el propuesto por Devlin y Zhu (2001), quienes definen a la insatisfacción corporal como la devaluación de la apariencia física al compararla con algún ideal corporal y se comienzan conductas nocivas para la salud con la finalidad de alcanzar un ideal, y el tercero es el punto más extremo, en donde se ubicaría una psicopatología (Vázquez-Arévalo; Rodríguez; López & Mancilla-Díaz, 2018).

La teoría de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal hace referencia a que la presión social hacia un modelo de delgadez aumenta la preocupación por el peso lo cual conduce a que

las mujeres tiendan a compararse con el ideal socialmente aceptado, dicha discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal genera insatisfacción corporal (Esnaola, 2005).

Bobadilla-Suárez, y López- Ávila, (2014) realizaron un estudio con el objetivo de obtener tres indicadores: la representación del cuerpo imaginado, la imagen percibida del cuerpo y el IMC, comparándolos para conocer las diferencias entre la imagen real (la cual obtuvieron con el IMC) con respecto a las otras dos imágenes, su muestra estuvo constituida por 579 participantes (290 mujeres y 289 hombres) de entre 15 y 69 años de edad, definieron una distorsión negativa como la persona que se imagina o se percibe con más peso del que se tiene realmente, mientras que una distorsión negativa significa que la persona se imagina o se percibe con menos peso del que realmente se tiene, es decir que se percibe o imagina más delgada de lo que es; encontraron que las mujeres de 15 a 29 años y de 55 a 59 años tuvieron un porcentaje mayor de distorsión positiva, mientras que las mujeres con otros grupos de edades tuvieron mayor distorsión negativa, en los hombres el mayor porcentaje de distorsión positiva se encontró en las edades de 15 a 19 años, mientras que en las edades de 64 a 69, hay igualdad entre distorsión positiva y negativa, además de que el mayor autoconocimiento del IMC femenino puede estar relacionado con el deseo de las mujeres por tener menor peso y con no tener una plena satisfacción con su imagen corporal, estos resultados coinciden con investigaciones que afirman que concuerdan con estudios que dicen que las mujeres estiman la obesidad en una proporción mayor que los hombres.

Evaluación de la imagen corporal

Para evaluar las alteraciones de la imagen corporal se distinguen las siguientes técnicas:

- Alteraciones perceptivas: estas técnicas están dirigidas a evaluar el grado de distorsión o percepción del tamaño corporal, para esto se mide y compara la figura real y la que la persona cree tener y así se comprueba el grado de distorsión, para obtener la figura que se cree tener se utilizan diferentes sistemas, como calibres móviles, autodibujo, manipulación de imagen por fotografías, vídeo y computadoras.
- Alteraciones subjetivas: las técnicas buscan detectar alteraciones en las emociones, pensamientos y actitudes sobre la propia imagen, las técnicas más utilizadas en este campo han sido las escalas de siluetas, donde hay que elegir las que se corresponden con las deseadas o cuestionarios de ítems tipo likert (Baile, 2011 & Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

Dentro de estas últimas se puede resaltar que en los últimos años se han utilizado imágenes de siluetas corporales para identificar la autopercepción y satisfacción de la imagen corporal así como para valorar el estado nutricional de los individuos, a partir de varios estudios de satisfacción de la imagen corporal mediante siluetas corporales, surgió la idea de usar estos instrumentos como indicadores de la conceptualización que tiene el individuo sobre su peso y su entendimiento cognoscitivo-cultural de lo que es el sobrepeso y la obesidad (Rodríguez-Guzmán et al, 2010).

Imagen corporal y obesidad

Son diversos los estudios que se han realizado para conocer más acerca de la problemática de obesidad, aunque algunos resultados llegan a coincidir otros tantos difieren, por lo que no se

ha conseguido llegar a un acuerdo. Las investigaciones actuales sobre la imagen corporal están centradas en el peso corporal, la figura y el grado de satisfacción con la apariencia física.

Se ha postulado que la autopercepción que la persona tenga del peso corporal podría influir para mantener, aumentar o perder peso, por su relación sobre la práctica de conductas alimentarias que afectan la salud (Sámano, Rodríguez-Ventura, Sánchez-Jiménez, Godínez-Martínez, Zelonka, Garza et al; 2015).

Herrera-Ramos (2011) menciona que la persona con obesidad tiende a rechazarse a sí misma, puesto que la idea del cuerpo perfecto que sostiene la sociedad y que además es perpetuada por los medios de comunicación dista mucho del cuerpo que la persona tiene, generando así una insatisfacción constante. Una de las metas de las personas sometidas a cirugía bariátrica, después de haber perdido el peso requerido, es tener una figura corporal armónica, esbelta y sentirse satisfechas (Pompa-Guajarro, Cabello-Garza & García-Cantú, 2016; Salazar-Maya & Hoyos-Dunque, 2017).

La cirugía bariátrica constituye una alternativa cada vez más frecuente, cabe resaltar que presenta complicaciones a nivel físico, social y psicológico, entre ellos destaca las relativas a la imagen corporal (Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón, García & Díaz, 2019).

El interés por aproximarse a la relación que existe entre la percepción que se tiene de la imagen corporal y el índice de masa corporal ha sido investigado en los últimos años.

De Irala, Martínez, Kearney, Gibney, Madrigal y Martínez (1999) realizaron un estudio con el objetivo de comparar la percepción de la imagen corporal con el índice de masa corporal (IMC), la muestra estuvo constituida por residentes españoles (517 hombres y 483 mujeres) mayores de 15 años; encontraron que el estado nutricional para ambos indicadores mostró mayor

sobrepeso en hombres y mayor obesidad en mujeres, además de que el sobrepeso y la obesidad se incrementan conforme aumenta la edad y con mayor educación disminuyen.

Lynch, Liu, Wei, Spring, Kiefe y Greenland (2009) realizaron un estudio basándose en investigaciones que sugieren discrepancias en la prevalencia de la obesidad entre personas afroamericanas y blancas, las cuales pueden estar causalmente relacionadas con las diferencias que se tienen en la percepción del tamaño corporal. Las personas afroamericanas son menos propensas que las personas blancas a considerar que tienen exceso de peso (sobrepeso) y se sienten más satisfechos con un tamaño corporal grande. Algunos investigadores mencionan que la insatisfacción que se tiene con el tamaño corporal correlaciona con los intentos para perder peso, por lo que sugieren que la satisfacción relativa de los afroamericanos, con un tamaño corporal mayor, podría dar como resultado una mayor prevalencia de obesidad que en los blancos, en parte porque realizan menos intentos de pérdida de peso, por lo tanto, están menos motivados para perder peso. Dichos investigadores hacen uso de esta suposición “no probada”, para conocer si la percepción del tamaño corporal predice el cambio de peso a lo largo del tiempo, por lo que evaluaron la relación entre la percepción del tamaño corporal que incluye el tamaño percibido por uno mismo, el tamaño corporal ideal y la satisfacción del tamaño corporal; para lo cual utilizaron la escala Stunkard (1983) de nueve siluetas, y el cambio de peso promedio anual durante un período de seguimiento de 13 años. Con una muestra de participantes afroamericanos y blancos, encontraron que las mujeres que presentaban obesidad fueron consistentes con la hipótesis sobre la relación entre la percepción del tamaño corporal y el cambio de peso, las mujeres con obesidad que se percibían como obesas pierden peso mientras que las mujeres con obesidad que se consideraban con un peso normal o sobrepeso aumentaban de peso, además de que

las mujeres con obesidad que percibían su tamaño corporal demasiado grande ganaban menos peso en comparación con las mujeres con obesidad que estaban más satisfechas con su tamaño corporal; estos patrones no se observaron en mujeres que no presentaban obesidad ni en hombres. Entre las personas blancas con un peso normal no se refleja la hipótesis, ya que las que estaban satisfechas con su tamaño corporal, ganaban menos peso comparadas con las mujeres que se percibían con un tamaño corporal demasiado grande, mientras que en las mujeres afroamericanas de peso normal no se encontraron estas asociaciones; con este estudio lograron identificar que subestimar el tamaño corporal, tener un tamaño corporal ideal más grande y tener niveles más altos de satisfacción en el tamaño corporal están relacionados con un mayor aumento de peso a lo largo del tiempo (Smith, Thompson, Raczynski & Hilner, 1999; Paeratakul, White, Williamson, Ryan & Bray, 2002; Lee, Harris, Catley, Shostrom, Choi, Mayo, Okuyemi, Kaur & Ahluwalia, 2005; Lynch, Liu, Wei, Spring, Kiefe & Greenland, 2009).

En 2010 se realizó un estudio para determinar la correlación entre la autopercepción de la imagen corporal y el índice de masa corporal en mujeres, para lo que se acudió a una unidad del primer nivel de atención en Cosoleacaque, Veracruz, incluyeron a 120 mujeres de entre 25 y 55 años, las entrevistaron y obtuvieron medidas antropométricas así como una evaluación de la autopercepción de la imagen corporal, con un instrumento diseñado por la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, el cual consistió en once siluetas corporales de frente y once de perfil, cada participante seleccionó la figura que, según su percepción, correspondía a su imagen corporal; de acuerdo con el índice de masa corporal el 38% de las participantes presentaba sobrepeso mientras que el 39% presentaba obesidad, la correlación realizada entre la autopercepción y el IMC fue menor de lo que se esperaba, teniendo como base información de estudios realizados con anterioridad, cabe resaltar que la correlación fue mucho menor en

las participantes con obesidad que las participantes con peso normal, es decir que las mujeres con sobrepeso y obesidad se perciben con un peso normal (Rodríguez-Guzmán, Carballo-Gallegos, Falcón-Coria, Arias-Flores & Puig-Nolasco, 2010).

Abed y col. (2012) realizaron un estudio con el objetivo de examinar la capacidad de los pacientes con sobrepeso y obesidad para identificar adecuadamente su propia imagen corporal, e indirectamente su IMC, utilizaron la escala de Stunkard, la cual representa en una hoja de papel, dos conjuntos separados de imágenes con nueve figuras de hombre y nueve figuras de mujeres, las cuales están numeradas del número uno al número nueve y ordenadas de izquierda a derecha en una escala desde peso bajo a la obesidad grado III, optaron por no utilizar el valor numérico; se les pidió que marcaran la figura de su mismo género, aproximándose a su imagen corporal actual; encontraron que solo el 13.7% de los pacientes seleccionaron acertadamente su imagen en la escala, mientras que el 74.5% eligieron figuras por debajo de la correspondiente a su IMC, por lo que llegaron a la conclusión de que existe una dificultad de la valoración de la propia imagen corporal, además de que tienden a infravalorar el grado de obesidad.

En 2018 se realizó un estudio para evaluar la percepción del cuerpo sano y su relación con la insatisfacción corporal en adolescentes mexicanos, utilizaron una prueba de siluetas para así evaluar la percepción de su imagen corporal actual, la imagen que les gustaría tener y la imagen que consideraban saludable de acuerdo a las imágenes presentadas en campañas de prevención de la obesidad, se identificó que la mayoría de los adolescentes ubicaron su cuerpo en un IMC de peso normal, concluyeron que las campañas que promueven el cuerpo sano logran que los adolescentes puedan identificar un cuerpo asociado con menores riesgos para la salud sin implicar una afectación en su percepción corporal, sin embargo, se observó que una

décima parte de los adolescentes seleccionaron como cuerpo saludable imágenes correspondientes a un IMC de bajo peso, lo cual es un foco rojo porque consideran que la delgadez es saludable (Cruz, Urbina, Galindo, Ortiz & Mora, 2018).

Método

Planteamiento del problema

La obesidad es un problema de salud pública mundial y el rápido crecimiento estadístico de la obesidad en la mayoría de países del mundo representa una amenaza a la salud de sus pobladores, México se ha caracterizado por prevalencias altas ante este problema posicionándose en el segundo lugar de obesidad en el mundo, se ha sugerido mayor susceptibilidad genética a la obesidad en población mexicana en comparación con otras poblaciones, sin embargo no solo los factores genéticos pueden explicar los aumentos insólitos de la prevalencia de obesidad en la población mexicana en un periodo tan corto de tiempo, la obesidad incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones médicas y repercusiones a nivel psicológico y psicosocial (Bersh, 2006; Barquera, et al; 2010; Tamayo, et al; 2014, Joya, 2019); se ha identificado que las personas con trastornos de la conducta alimentaria, tienden a evaluar de manera errónea sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con sus dimensiones reales, suelen preocuparse en exceso por la opinión de los demás y pensar que no se puede ser querido debido a la apariencia física, por lo que se identifica una alteración de la imagen corporal, es poca la información que se tiene acerca de la imagen corporal y las alteraciones que presentan las personas con

obesidad mórbida y que serán sometidas a cirugía bariátrica, es por ello que el presente trabajo pretende una aproximación a este fenómeno.

Objetivos

- Comparar la percepción de la imagen corporal con el IMC obtenido a partir del peso y la talla.
- Identificar cuál fue la expectativa de la imagen corporal de las pacientes antes de ser sometidas a la operación de cirugía bariátrica.
- Identificar cuál fue la expectativa de la pérdida de peso antes de ser sometidas a la operación de cirugía bariátrica.
- Conocer si la expectativa de la imagen corporal influye en el éxito o fracaso de la cirugía.
- Conocer el patrón temporal que las mujeres establecieron para llegar a su meta.

Escenario

Este trabajo se realizó en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, como parte de la línea de investigación “Indicadores psicológicos de éxito en pacientes candidatos a cirugía bariátrica”, con número de registro 399-2014, proyecto supervisado por el médico psiquiatra Hugo Martínez Lemus y de la Doctora en psicología Lilia Joya Laureano.

Criterios de inclusión

1. Ser mujer.
2. Vivir en la Ciudad de México o Área Metropolitana.
3. Haber sido evaluadas en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE por los

servicios de psiquiatría y psicología, con el protocolo de cirugía bariátrica.

4. Que tengan mínimo un año de haber sido operadas.

Criterios de exclusión

1. Mujeres que fueron sometidas a cirugía bariátrica, que no tengan mínimo un año de haber sido operadas.

Criterios de eliminación

1. Que no hayan elegido una figura y/o que no se logre identificar con claridad que figura eligió.

Participantes

La muestra de este estudio estuvo constituida por 48 mujeres que fueron operadas y evaluadas por los servicios de psiquiatría y psicología dentro del protocolo de cirugía bariátrica psiquiatra en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE, a cargo del Psiquiatra Hugo Martínez Lemus y la Psicóloga Lilia Joya Laureano. El rango de edad de las participantes de esta investigación fue de 20 a 62 años con una media de 45.44 años (DE=9.880) y en cuanto a estatura el rango fue de 1.44 cm y 1.76 cm, con una media de 1.60 cm (DE= .0800), la tabla 4 muestra a detalle los datos sociodemográficos de las pacientes.

Tabla 4*Datos sociodemográficos de las pacientes sometidas a cirugía bariátrica*

Pacientes sometidas a cirugía bariátrica	
Edad	M= 45.44 años (DE= 9.880)
Estado de nacimiento	CDMX 43.8% Tamaulipas 8.3% Hidalgo 8.3% Guerrero 6.3% Veracruz 4.2% Otros estados 29.1%
Estado de residencia	CDMX 33.3% Estado de México 16.7% Tamaulipas 10.4% Guerrero 8.3% Aguascalientes 6.3% Hidalgo 4.2% Otros estados 25%
Estado civil	Soltera 45.8% Casada 37.5 % Unión libre 10.4% Viuda 4.2% No proporciono su estado civil 2.1%
Escolaridad	Licenciatura 50% Bachillerato 27.1% Posgrado 10.4% Secundaria 6.3% Primaria 2.1% No proporciono su escolaridad 4.2%

Variables

Definiciones conceptuales.

Índice de masa corporal (IMC): mide el estado nutricional calculando el peso del individuo por su estatura al cuadrado, los valores obtenidos son un reflejo de las reservas corporales de energía (Yuri-Rosales, 2012).

Personas con éxito: pacientes que logran y mantienen una reducción del exceso de peso superior al 50% después de un año (Larrad y Sánchez-Cabezudo, 2004).

Expectativa de la cirugía: la valoración que la persona obesa hace del costo-beneficio, su satisfacción con la cirugía y sus resultados (Ruiz-Moreno, Berrocal & Valero 2002).

Definiciones operacionales.

Índice de masa corporal (IMC): calculada dividiendo el peso en kilos por el cuadrado de su talla en metros (Kg/m^2).

Se distinguieron las pacientes con éxito y sin éxito considerando la siguiente clasificación:

Personas con éxito: $\text{IMC Inicial} - \text{IMC Actual} \geq (50\%) \text{IMC Inicial} - \text{IMC Ideal}$.

Personas sin éxito: $\text{IMC inicial} - \text{IMC actual} \leq (50\%) \text{IMC inicial} - \text{IMC ideal}$.

Expectativa de la cirugía:

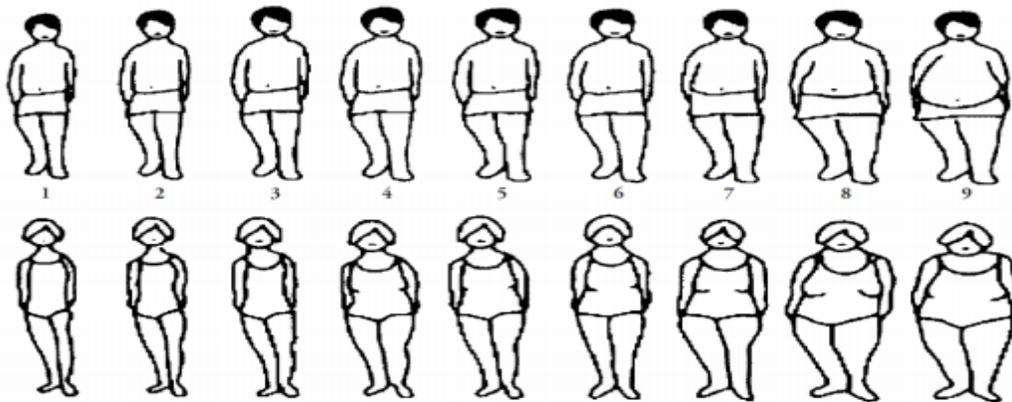
A cada silueta que conforma la escala se le asignó un IMC tomando como referencia el utilizado por McElhone, Kearney, Giachetti, Franz-Zunft & Martínez en 1999 quedando clasificados de la siguiente manera:

- Silueta 1-3: $\text{IMC} \leq 19.99$

- Silueta 4-5: IMC 20-24.99
- Silueta 6-7: IMC 25-29.99
- Silueta 8-9: IMC ≥ 30

Figura 1

Siluetas correspondientes a IMC



Se comparó la silueta que consideraban (silueta elegida) tener antes de someterse a la cirugía con la silueta correspondiente a su IMC (silueta real). Posteriormente se realizó la misma comparación pero con la silueta que esperaban tener después de la cirugía (silueta elegida) y la silueta correspondiente a su IMC (silueta real).

Se realizaron preguntas sobre la pérdida de peso que esperaban lograr y el tiempo que contemplaban para dicha pérdida.

Tipo y diseño de estudio

La investigación se enmarca en un diseño no experimental transversal, de tipo descriptivo-correlacional, busca, organizar, tabular, representar, describir la recopilación de datos y medir la relación que existe entre dos o más variables en un contexto dado (Abreu, 2012).

Procedimiento

Se acudió a la sala de espera del área de cirugía bariátrica, en donde se aplicó el instrumento Escala de las nueve siluetas de Stunkard et al., (1983) citada en Sinead, Kearney, Giachetti, Zunft & Martinez, 1999, como parte de la aplicación de varias escalas, a mujeres que tuvieran mínimo un año de haber sido operadas, sin considerar el éxito o fracaso de la cirugía bariátrica, se les solicitó su peso y estatura para obtener el índice de masa corporal actual, así como datos sociodemográficos.

Con fines éticos, se les pidió que firmaran un consentimiento informado con el cual se avaló su participación de manera voluntaria, así como la firma de un testigo.

Análisis de datos

Se obtuvieron los datos de 48 pacientes que fueron operadas hace más de un año, se realizó una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS versión 20.

Para conocer si la expectativa que tenían de la imagen corporal que tendrían posterior a la cirugía bariátrica era diferente entre los pacientes que lograron el éxito y quienes no lo lograron se utilizó la prueba estadística no paramétrica U de Mann-Whitney, posteriormente para identificar si existía correlación entre la expectativa de la imagen corporal con el éxito o fracaso de la cirugía bariátrica se realizó la prueba de coeficiente de correlación de Spearman.

Para identificar la expectativa en cuanto a la pérdida de peso que las pacientes esperaban, se realizaron tablas en donde se comparó el peso obtenido después de un 1 año de ser sometidas a la cirugía, con el peso que ellas esperaban perder.

En cuanto a la expectativa del patrón temporal en el que conseguirían la pérdida de peso deseada, se realizaron tablas para identificar los kilos que esperaban perder, el tiempo en el que esperaban perderlos y se compararon con la pérdida de real de peso.

Resultados

Referente al éxito-fracaso de la cirugía bariátrica que obtuvieron las participantes, considerando el éxito como:

$IMC \text{ inicial} - IMC \text{ actual} \geq (50\%) IMC \text{ inicial} - IMC \text{ ideal}$

Mientras que el no éxito como:

$IMC \text{ inicial} - IMC \text{ actual} \leq (50\%) IMC \text{ inicial} - IMC \text{ ideal}$

El 66.7 % (32 participantes) obtuvo éxito en la cirugía, mientras que el 33.3 % no obtuvo éxito (Figura 2).

Figura 2

Éxito-fracaso de la cirugía



Se realizó un análisis de frecuencias para definir el IMC que predomina en la muestra después de ser sometidas a la cirugía, se pudo encontrar que la obesidad severa es la que predomina en la muestra 31.3%, mientras que el 8.3 % se encuentra en la clasificación de normopeso (Tabla 5).

Tabla 5

IMC predominante después de ser sometidas a cirugía

Clasificación IMC	Frecuencia	Porcentaje
Normopeso	4	8.3
Sobrepeso	10	20.8
Obesidad Leve	11	22.9
Obesidad Moderada	8	16.7
Obesidad Severa	15	31.3

En cuanto a la elección de las siluetas de la imagen corporal que las participantes consideraban tener antes de la cirugía bariátrica, se observó que el rango de elección fue de la silueta 9 a la 6, con una media de 8.33, la silueta número 9 que corresponde a un IMC ≥ 30 kgm² fue la que seleccionaron la mayoría de las participantes (50%), seguida por la silueta número 8 con un 18% que comparte el mismo IMC que la silueta 9 (Figura 4).

En el reactivo que pretende conocer la imagen corporal que las participantes deseaban tener después de la cirugía se observó un rango de 1 a 7 de las siluetas, con una media de 3.9, el 35.4% de las participantes eligió la silueta número 3 que corresponde a un IMC de ≤ 19.99 kgm² (Figura 3).

Figura 3

Expectativa posterior a la cirugía

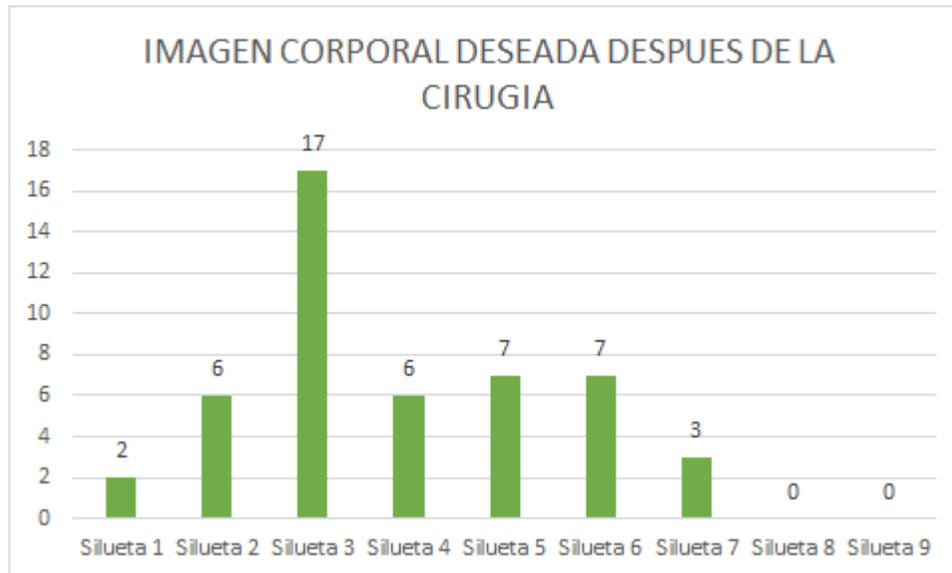
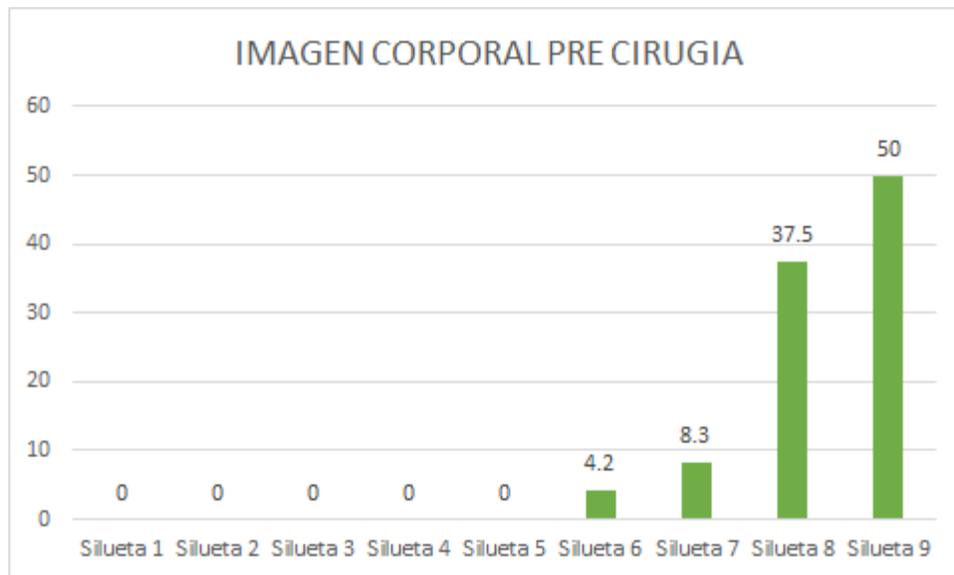


Figura 4

Identificación de la silueta antes de la cirugía



En lo que respecta a la baja de peso, con un IMC correspondiente al normopeso, 4 pacientes (8.3%) lograron llegar al normopeso posterior a la cirugía bariátrica, en cuanto a la silueta elegida antes de la cirugía las 4 pacientes seleccionaron la 8 correspondiente a > 30 IMC, y en la selección de la silueta posterior a la cirugía bariátrica, 2 de ellas seleccionaron la silueta 3 (<19.99 IMC), 1 selecciona la silueta 1 (<19.99 IMC) y solo una seleccionó la silueta 4 que corresponde a un IMC de normopeso (20-24.99 IMC).

En cuanto a la expectativa y el logro de esta, solo 1 de las pacientes logró obtener la silueta que esperaba, seleccionó la silueta 4 correspondiente a un IMC de 20-24.99 Kg², como la que se asemejaba más a la que deseaba obtener después de la cirugía bariátrica, el IMC que obtuvo después de la cirugía fue de 24.03 Kg², el cual coincide con la silueta 4 (Tabla 6).

Tabla 6*Éxito de la expectativa de la imagen corporal post cirugía*

	¿Logro su meta?	
	Si	No
Exito	1	31
Fracaso	0	16

Nota. De las 32 pacientes que obtuvieron la reducción de IMC Inicial - IMC Actual \geq (50%) IMC Inicial - IMC Ideal considerado éxito, solo 1 de ellas logro su expectativa en imagen corporal.

El 66.7 % de las pacientes se plantearon la idea de cómo sería su imagen corporal después de ser sometidas a cirugía bariátrica mientras que el 32.3 % no pensó en el cambio que tendría su imagen.

Tabla 7*Percepción de la imagen corporal antes de ser sometida a la operación cirugía bariátrica*

Silueta real (IMC)	Silueta que más se asemeja a su cuerpo (1 a 9)			
	6	7	8	9
	(IMC 25-29.99)	(IMC 25-29.99)	(IMC \geq 30)	(IMC \geq 30)
8 (IMC \geq 30)				
9 (IMC \geq 30)				
48	2	4	18	24

Tabla 8

Expectativa de la imagen corporal de las pacientes después de ser sometidas a la operación de cirugía bariátrica

Nº de pacientes	Silueta real	Silueta que más se asemeja al cuerpo que desea tener después de la cirugía							Total
		1 (IMC ≤ 19.99)	2 (IMC ≤ 19.99)	3 (IMC ≤ 19.99)	4 (IMC 20-24.99)	5 (IMC 20-24.99)	6 (IMC 25-29.99)	7 (IMC 25-29.99)	
4	4	1	0	2	1	0	0	0	4
10	6	0	3	4	2	1	0	0	10
34	8	2	3	11	3	6	7	3	35

Nota. La silueta 4 corresponde a un IMC 20-24.99, la silueta 6 a un IMC 25-29.99 y la silueta 8 a un IMC ≥ 30.

Respecto a la expectativa de la imagen corporal que tendrán al llegar al peso deseado y la influencia en el éxito-fracaso de la cirugía se obtuvo que el 66.7% si pensaron en la imagen corporal que deseaban tener después de la cirugía, del grupo de las exitosas el 62.5 % si pensó en la imagen corporal que tendría después de la cirugía; con la prueba U de Mann-Whitney (U= 222,000 p=.470) se identificó que no hubo diferencias entre el grupo de las exitosas y las no exitosas al pensar como cambiara su imagen corporal después de la cirugía bariátrica, en cuanto a la correlación de la expectativa de la imagen corporal deseada posterior a la cirugía con el éxito-fracaso de la cirugía no se encontró una relación estadísticamente significativa ($r_s = .116, p > .05$).

Para conocer la expectativa que tenían acerca de la pérdida de peso que tendrán después de la cirugía se realizó una tabla con los kilos que esperaba bajar y los kilos que realmente perdió, se encontró que algunas pacientes perdieron más kilos de lo que esperaban, mientras que otras no se acercaron a la pérdida esperada, y en dos casos se aumentó el peso después de la cirugía. En el caso de dos pacientes quienes pesaban 128 kg y 87 kg respectivamente no consiguieron la pérdida esperada, pesando 132 kg y 90 kg respectivamente (Tabla 9).

Tabla 9

Expectativa en kilos sin considerar logro

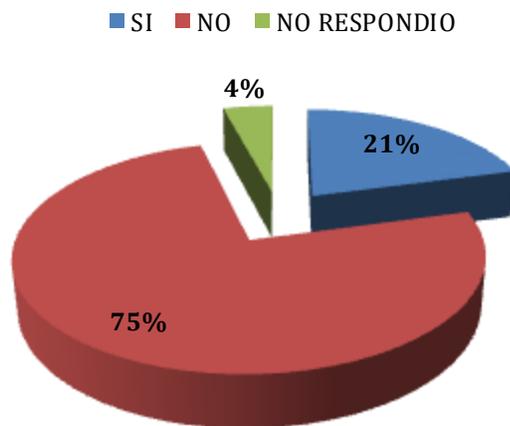
Nº de pacientes	Kilos que esperaba perder	Kilos que perdió									
		-0Kg	0-9Kg	10-19Kg	20-29Kg	30-39Kg	40-49Kg	50-59Kg	60-69Kg	70-79Kg	80-89Kg
1	10-19Kg	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
3	20-29Kg	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
6	30-39Kg	1	0	0	2	1	2	0	0	0	0
5	40-49Kg	0	1	0	0	3	0	0	1	0	0
17	50-59Kg	1	0	1	2	8	3	2	0	0	0
4	60-96Kg	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0
6	70-79Kg	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0
3	80-89Kg	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
1	+100Kg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2	No respondió	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
48	Total	2	1	1	5	17	10	6	3	2	1

En cuanto a la expectativa de pérdida de peso se encontró que el 75% de las pacientes no logro su expectativa. (Figura 4).

Figura 4

Pacientes que lograron su expectativa en la pérdida de peso

¿Cumplió su expectativa en perdida de kilos?



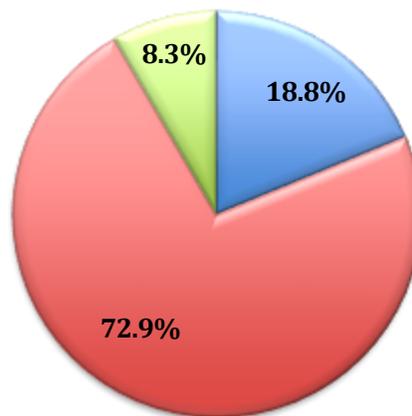
De las 32 pacientes que lograron el éxito, 28.12% cumplieron su expectativa en el tiempo que esperaban bajar de peso, 9.37% no proporcionó información. Con respecto a la totalidad de la muestra 72.9% de las pacientes no cumplió con su expectativa en el tiempo que les llevaría perder el peso, el 8% no proporcionó información que permitiera conocer el cumplimiento de la expectativa (Figura 5).

Figura 5

Expectativa del tiempo en la pérdida del peso

¿Cumplió su expectativa en tiempo?

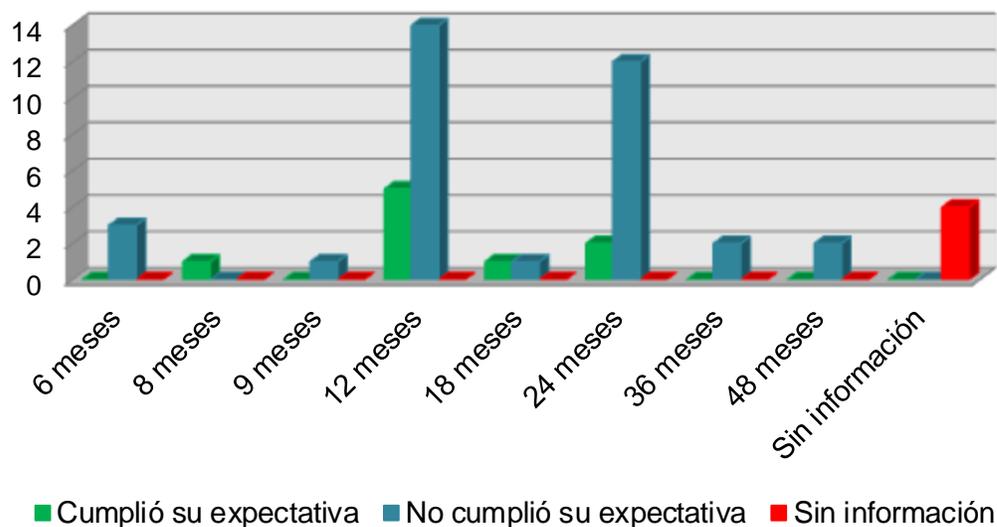
■ SI ■ NO ■ SIN INFORMACION



Con respecto a la expectativa de pérdida de peso en tiempo, 41.7 % de ellas refiere lo conseguirá en 12 meses, 31.3% en 24 meses, 6.3% en 6 meses y 4.2% en 48 meses, 19 de las pacientes consideraron perder el peso deseado en 12 meses, 5 de ellas lograron su expectativa mientras que el resto no lo consiguió. (Figura 6).

Figura 6

Expectativa de pérdida de peso en tiempo



Discusión

El propósito de la siguiente investigación fue aproximarse a la expectativa de imagen corporal que tienen las pacientes sometidas a cirugía bariátrica, ya que en diversos estudios se ha podido identificar que las personas con trastornos de la conducta alimenticia evalúan de manera errónea su imagen corporal, dicho fenómeno también se ha podido observar en personas con sobrepeso y obesidad (Rodríguez-Guzmán, 2010).

Guzmán, Del Castillo y García (2015) mencionan que la imagen corporal juega un papel importante en el desarrollo de las características psicológicas de las personas con obesidad.

En la investigación se observó que la escolaridad de las participantes va desde la educación básica hasta el posgrado, el 50% de ellas estudió la licenciatura, el 27.1% concluyó el bachillerato, en cuanto a las cuatro pacientes que obtuvieron un IMC correspondiente a

normopeso, tres de ellas cuentan con licenciatura, mientras que la restante concluyó el bachillerato, la muestra se comportó como mencionan Guzmán et al., (2015) con la existencia de datos que señalan que la obesidad es menor entre las mujeres profesionistas que las amas de casa, considerando que las primeras se preocupan más por su imagen, son más activas y que regularmente construyen un sentido a su vida fuera del hogar.

Las pacientes del estudio seleccionaron siluetas correspondientes a la imagen corporal que consideraban tener antes de ser sometidas a cirugía con un rango de elección de nueve a seis, tomando el peso y talla pre-cirugía para asignar la silueta que corresponde a el IMC de la silueta real, el 100% de las pacientes tenía una silueta (8 o 9) correspondiente a un IMC ≥ 30 kgm², Esnaola (2015) menciona que en México se ha observado que las mujeres que se encuentran en algún tratamiento para el control de peso, el 5% presenta problemas de distorsión de la imagen corporal, Guzmán et al; (2015), realizó un estudio en donde encontró que el 12.5% de las mujeres presentaban distorsión de la imagen corporal, puesto que seleccionaron siluetas con un IMC inferior al IMC real, esto puede ser explicado por la teoría de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal, la cual menciona que se tiende a comparar el cuerpo real con el ideal, en varias ocasiones se identifica una discordancia entre ambos, esto pudo observarse en la investigación, las pacientes consideraban tener una silueta correspondiente a un IMC menor al IMC real.

Existen investigaciones que afirman que las personas con normopeso tienden a sobreestimar su peso, mientras que las personas con sobrepeso muestran una apreciación más concordante con la realidad, mientras que Madrigal et al., (2000), Oliva-Peña et al., (2016) y Soto et al., (2015), encontraron que personas de ambos sexos con sobrepeso u obesidad tendían a considerarse más delgadas de lo que realmente eran, Morales y Carvajal (2004)

encontraron que el 52% de los hombres de 18 a 30 años de edad y 38% de las mujeres del mismo rango de edad tuvieron una concordancia entre el índice de masa corporal real y el percibido, Codella (2015) señaló que las personas con sobrepeso y obesidad tienden a subestimar su peso corporal considerándose síntoma de distorsión en su imagen corporal, lo cual se identificó en 6 de las pacientes, quienes subestimaron su imagen corporal al seleccionar siluetas con un índice de masa corporal menor al índice de masa corporal real, en las pacientes que obtuvieron el normopeso se pudo observar como su expectativa de silueta corresponde a índice de masa corporal por debajo del normopeso, el 2.08% de la muestra cumplió su expectativa en cuanto a imagen corporal (Madrigal, 2000; Cordella, 2015; Cruzat-Mandich, et al; 2019, Oliva-Peña, 2016; Escandón-Nagel, Felipe, Herrera & Pérez, 2019).

Diversos estudios han postulado evaluar la expectativa de pérdida de peso como predictor de pérdida de peso e indican que existe un porcentaje de pacientes que no se benefician de la cirugía en términos de pérdida de peso, dichos estudios señalan que entre un 25%-30% de los pacientes que se someten a cirugía no alcanzan los rangos de pérdida de peso esperado o recuperan la pérdida de peso a corto plazo, en esta investigación se encontraron datos similares ya que 33.3% no obtuvo la pérdida de peso requerida para considerarse éxito, el 75% de las pacientes no logro su expectativa en cuanto a la pérdida de peso y el 4.16% de las participantes recupero la pérdida de peso, llegando a pesar más que antes de ser sometida a cirugía, (Ugarte, Quiñones, Bustos & Vicente, 2020).

Identificar los factores que pueden influir en la pérdida de peso posterior a la cirugía bariátrica permite tener un una selección de pacientes que tendrán mayor probabilidad de conseguir el éxito postoperatorio. La mayor parte de los expertos coinciden en que los factores psicosociales y conductuales influyen en gran medida sobre los resultados postoperatorios, en

la investigación, se pudo observar un rango de selección de las siluetas de la 1 a la silueta 7 con una media de 3.9 la cual corresponde a un IMC de $\leq 19.99 \text{ kgm}^2$, sin embargo se identificó que no existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes exitosas y las no exitosas al pensar como cambiaría su imagen corporal posterior a la cirugía ($U=222,000 \text{ p}=.470$). Livhits y col. (2012) realizaron una búsqueda con el objetivo de identificar los factores psicosociales prequirurgicos asociados con la pérdida de peso posterior a la cirugía bariátrica, si bien identificaron algunos factores concluyen que se necesitan más estudios para investigar los factores prequirurgicos que pueden predecir una diferencia significativa en la pérdida de peso, Sheets y col. (2015), hacen referencia a las revisiones que se han realizado e identifican que hay predictores psicosociales asociados a los resultados postoperatorios, entre ellos la adherencia al tratamiento nutricional, asistencia a controles y apoyo social, ya que se asocian a mejores índices de pérdida de peso corporal, Wimmelmann, Dela y Mortensen (2014) realizaron una revisión de los predictores psicológicos de la pérdida de peso posterior a la cirugía, concluyendo que aunque las investigaciones siguen siendo inconsistentes se sugieren que la personalidad, la salud mental y la función cognitiva pre-cirugía pueden predecir la pérdida de peso post-cirugía, en la investigación se pudo identificar que la expectativa de la imagen corporal deseada no se encuentra asociada significativamente con el éxito de la cirugía bariátrica, sin embargo aunque no se tengan datos consistentes con respecto a la relación de dicha variable se pudo observar que aunque el 66.7% logro el éxito de la cirugía solo 1 de las pacientes consiguió el logro de su expectativa de imagen corporal, como Olguín, Carvajal y Fuentes (2015) mencionan, aunque la pérdida de peso debiera ayudar al mejoramiento de la vida social, existe la posibilidad de que surjan importantes dificultades para adaptarse a las demandas del aumento de aceptación social y/o a cambios importantes en el entorno, como por ejemplo a la necesidad de cambio en el estilo de vida, la adaptación y aceptación de la nueva

imagen corporal. (Shetts y col., 2015 citado en Gatica-Saavedra, Nazar & Bustos, 2020; Liyhits, Mercado, Yermilov, Parikh, Dutson, Mehran & Gibbons, 2012; Wimmelmann, Dela, & Mortensen, 2014; Olguin, Carvajal & Fuentes, 2015; Gatica-Saavedra, Nazar & Bustos, 2020).

Según la SEEDO (2004) algunos de los criterios de selección para la cirugía bariátrica están enfocados en la capacidad de los pacientes para comprender que no siempre se alcanzan buenos resultados, no se consigue alcanzar el peso ideal ni los beneficios estéticos, en el estudio se logró identificar que del total de la muestra el 72.9% de las pacientes no cumplió con su expectativa en el tiempo y en el caso de las 32 pacientes que lograron el éxito de la cirugía en términos de la baja de peso, solo el 28.12% cumplió con la expectativa que se habían plantado en cuanto al tiempo que les llevaría perder el peso establecido por ellas mismas, el tiempo que estimaron para conseguir la pérdida de peso abarca un rango de 6 meses a 48 meses, teniendo un 41.7% (19 pacientes) la expectativa de pérdida en 12 meses solo el 26.3% cumplió con su expectativa, Hernández, Licea y Elías-Calles (2013) mencionan que la pérdida de peso es de 30-70 Kg en un rango de 12 a 18 meses; Evans y cols., (2012) mencionan que la mayoría de los pacientes alcanzan su máxima pérdida de peso a los 2 años, del 5 al 7% lo hacen hasta los 5 años, en otro estudio se reporta que la media del exceso de peso a 3 y 6 meses fue del 41% y del 53% respectivamente, sin embargo las respuestas de los pacientes varían de acuerdo con distintas variables psicosociales, a pesar de la pérdida de peso la valoración de las pacientes del costo/beneficio es poco conocida, aunque se conoce según la psicología del consumidor, que existe una relación entre las percepciones y las expectativas de las personas con el tiempo real de la espera, es decir la evaluación de la espera es el resultado de la percepción y la expectativa, considerando que algunos de los objetivos que persigue la cirugía bariátrica es detectar e intervenir las complicaciones así como la mejora en la calidad de

vida es importante hacer énfasis en la comprensión del paciente de la información proporcionada en torno a la cirugía así como realizar una adecuada valoración, preparación, selección y seguimiento, es de suma importancia tomar las diversas variables en cuenta ya que permite una adecuada selección de las pacientes candidatas a la cirugía y de esta manera contar con el factor predictivo de una adecuada evolución posterior a la cirugía (Ruiz-Moreno, Berrocal & Valero 2002; SEEDO, 2004; Pérez & Gastañaduy, 2005; Evans, et al; 2012; Hernández, Licea & Elías-Calles, 2013; Alvarado & Trespalacios, 2016; Cortez, Torres, Herrera, Zapata, Monge & Salazar, 2017).

Conclusiones

Si bien la cirugía bariátrica presenta una importante tasa de efectividad, se requiere que el paciente realice cambios de hábitos sostenidos que permitan aumentar las probabilidades de éxito a corto y largo plazo así de esta manera evitar diversas consecuencias tanto médicas como psicológicas.

La disminución rápida del peso corporal implica una exigencia para la paciente, quien tendrá que adaptarse a la nueva imagen corporal, sin embargo no cuenta con el suficiente tiempo para volver a reconstruir la representación de su propio cuerpo después de la cirugía, lo cual implica cambios a corto, mediano y largo plazo en la satisfacción de su imagen corporal, por lo que es de suma importancia promover en los pacientes el adecuado reconocimiento, aceptación y valoración de la propia imagen corporal.

Es necesario profundizar en el impacto que puede tener la cirugía bariátrica en aspectos psicológicos y sociales, ya que dada la alteración de la imagen corporal en obesos y sus

implicaciones para el funcionamiento psicológico es relevante integrar la imagen corporal en el tratamiento de la obesidad.

La identificación de las características psicológicas de las pacientes que serán sometidas a cirugía bariátrica en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE es fundamental en el tratamiento, ya que como menciona la NOM-174-SSA1 (1998) el rol del psicólogo dentro del equipo interdisciplinario para el tratamiento de la obesidad no está limitado a evaluar a los candidatos de cirugía bariátrica, sino también en la preparación de los pacientes y el apoyo durante la fase post-operatoria, enfocada en la adherencia al tratamiento, cambio de estilo de vida, hábitos saludables e intervenir anticipadamente dificultades pre y post-operatorias, es de suma importancia psicoeducar a los pacientes antes y después de la cirugía bariátrica, sobre los cambios que acontecerán en su imagen corporal, ya que puede tener un impacto negativo o positivo en los resultados de la cirugía.

Es importante dotar al paciente de información acerca de la obesidad, las implicaciones a nivel físico social y psicológico, haciendo énfasis no solo en temas nutricionales y quirúrgicos sino en la asimilación y adaptación de los cambios que tendrá su imagen corporal ya que como menciona Abed y col. (2012) los pacientes con sobrepeso y obesidad presentan dificultad para valorar la propia imagen corporal, por lo que sería relevante al tener identificadas las alteraciones de la imagen corporal abordarlas para disminuir las discrepancias (sobreestimación y subestimación) y que consigan tener una imagen corporal más cercana a la real.

Sugerencias y limitaciones

Sugerencias

Aumentar la muestra de las pacientes pre y post cirugía bariátrica.

Realizar investigaciones en población masculina.

Estudiar la satisfacción de las pacientes exitosas y no exitosas con su imagen corporal posterior a la cirugía bariátrica.

En investigaciones posteriores ampliar las preguntas enfocadas a la imagen corporal antes y después de ser sometidas a cirugía.

Agregar preguntas abiertas acerca de la percepción, distorsión, alteración y expectativas de la imagen corporal.

Posibilidad de realizar estudios longitudinales-

Limitaciones

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra la conformación de la muestra:

Dificultades asociadas a la institución para contacto de las pacientes.

Poco apego al seguimiento de pacientes no exitosas.

Tiempo de aplicación en espacios muy concurridos favorecen el abandono de la muestra.

Referencias

- Abad, F., Rivero, J., Fandiño, E., Vera, J.A., de Vera, M., & Montero, L. (2012). Percepción de la propia imagen corporal en pacientes obesos o con sobrepeso. *ENE. Revista de Enfermería*, 6 (2), 24-31.
- Abreu, J. L. (2012). Hipótesis, Método y Diseño de Investigación. *International Journal of Good Conscience*, 7 (2), 187-197.
- Alastrué, A., Rull., M. & Broggi, M.A. (2016). Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida.
- Alvarado, J. A. & Trespalacios, M. C. (2016). Entendiendo la evaluación de la espera desde la psicología del consumidor: efectos de las expectativas y los llenadores de tiempo. *INNOVAR Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, 26 (62), 57-68. doi: <https://doi.org/10.15446/innovar.v26n62.59388>
- Alvarado-Sánchez, Guzmán-Benavides & González-Ramírez (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10 (2), 417- 428. ISSN: 0185-1594. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=292/29210214>
- Aristizábal, J.C., Restrepo, Ma. T. & López, A. (2008). Validación por hidrodensitometría de ecuaciones de pliegues cutáneos para estimar la composición corporal en mujeres. *Biomédica*, 28, 404-413. doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v28i3.78>
- Baile, J. (2011). ¿Qué es la imagen corporal? Recuperado de: https://qinnova.uned.es/archivos_publicos/qweb_paginas/4469/revista2articulo3.pdf
- Barbany, M. & Foz, M. (2005). Obesidad: concepto, clasificación y diagnóstico. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25 (supl. 1), 7- 16. doi: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0810>
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Rojas, R. y Rivera, J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146, 397-407. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm106g.pdf>

- Behar, R. (2010). La construcción del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48 (4), 319-334. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007>
- Bennett, J., Greene, G., & Schwartz-Barcott, D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*, 60, 187–192. doi: 10.1016 / j.appet.2012.09.023.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (4), 537-546.
- Bravo del Toro, A., Espinoza-Rodríguez, T., Mancilla-Arroyo, L. N. & Tello Rencilla, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16 (1), 155- 123. ISSN: 0185-1594.
- Brasenco, O. & Corengia, M. (2009). Cirugía bariátrica: técnicas quirúrgicas. Recuperado de <http://www.sacd.org.ar/dsetentaydos.pdf>
- Bobadilla-Suárez, S. & López- Ávila, A. (2014).Distorsión de la imagen corporal percibida e imaginada. Un posible factor para la obesidad y el sobrepeso en mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54 (4), 408-414. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144m.pdf>
- Cabello, M.L. (2011). Imagen corporal, percepciones y discursos de aquellos que presentan obesidad media y extrema. *Revista Salud Publica y Nutrición*, 12 (2). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2011/spn112b.pdf>
- Canizales-Quinteros, S. (2008). Aspectos genéticos de la obesidad humana. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 16 (1), 9-15. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2008/er081c.pdf>
- Calva, M. (2003). Obesidad. Universidad Tijuana, Baja California. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos15/obesidad/obesidad.shtml>
- Carrasco, F., Manrique, M., Pia de la Maza, M., Moreno, M., Albala, C., García, J., Díaz, J. & Liberman, C. (2009). Tratamiento farmacológico o quirúrgico del paciente con sobrepeso u obesidad. *Revista Médica de Chile*, 137, 972-981. Recuperado de https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2004-140-SUP2-91-95.pdf

- Casanova, M. (2003). Técnicas de valoración del estado nutricional. *Mesa redonda: "Avances en nutrición pediátrica"*, 11(1), 26-35.
- Cándido, A., Alostá, J., Oliveira, C., Freitas, N., Freitas, S. & Machado-Coelho, G. (2012). Anthropometric methods for obesity screening in schoolchildren: the Ouro Preto Study. *Nutrición Hospital*, 27 (1) ,146-153.
- Cash, T.F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.
- Chavarría, S. (2002). Definición y criterios de obesidad. *Nutrición Clínica*, 5 (4), 236-240.
- Chávez, S. & Sierra M. (2011). Genética y obesidad. *Revista del Hospital Juárez de México*, 78 (4), 230-239.
- Cordella, P. (2015). Fatores: La negación del sobrepeso. *Revista mensual de circulación interna de Red de Salud UC CHRISTUS*, 40, 6-7
- Cortez, M., Torres, M., Herrera, G., Zapata, G., Monge, B. & Salazar, J. (2017). Gastrectomía vertical en manga laparoscópica: análisis de los primeros ciento cincuenta casos. *Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica*, 8 (3) ,122-1277.
- Cruz, L., Urbina, C., Galindo, M. G., Ortiz, L. & Morá, I. C. (2018). Percepción del cuerpo saludable y su relación con la insatisfacción corporal en adolescentes mexicanos. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 17 (1), 23-29.
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., García, A. & Díaz, P. (2019). Imagen corporal antes y después de cirugía bariátrica. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10 (1), 95-108.
- De Irala, J., Martínez, M. A., Kearney, J., Gibney, M., Madrigal, H. & Martínez, J.A. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública de México*, 41(6), 479-486.
- Denia-Lafuente, M. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 14, 1490-1504.
- Devlin, M. J. & Zhu, A. J. (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medicinal Association*, 286 (17), 2159-2161.

- DiMarco, I. D., Klein, D. A., Clark, V. L. & Wilson, G. T. (2009). The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eating behaviors*, 10 (2), 134–136. doi: 10.1016 / j.eatbeh.2009.02.001.
- Dura, T. & Gallinas, F. (2013). Evolución natural del exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad). *Anales de Pediatría*, 79 (5), 300-306. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.04.015
- Escandón-Nagel, N., Felipe, J., Herrera, A.C. & Pérez, A.M. (2019). Imagen corporal en función de sexo y estado nutricional: Asociación con la construcción del sí mismo y de los otros. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 10 (1), 32-41. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v10n1/2007-1523-rmta-10-01-32.pdf>
- Eснаоla, I. (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y la juventud. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31 (135), 5-22. ISSN: 0214-9877.
- Evans, R. K., Bond, D. S., Demaria, E. J., Wolfe, L. G., Meador, J. G. & Kellum, J. M. (2004). Initiation and progression of physical activity after laparoscopic and open gastric bypass surgery. *Surgical innovation*, 11 (4), 235–239. doi: 10.1177 / 155335060401100406.
- Fausto, J., Valdez, R.M., Aldrete, M.G. & López, Ma. Del C. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Investigación en Salud*, VIII (2), 91-94. ISSN: 1405-7980
- Friedman, M.A y Brownell, K.D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117 (1), 3-20. doi: 10.1037/0033-2909.117.1.3.
- Galicia, I. & Simal, A. (2002). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26 (5), 117-127. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol26_5_obesidad.pdf
- Gama-Martínez, S. I. (2016). *Imagen corporal distorsionada en personas con sobrepeso y obesidad*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gatica-Saavedra, M., Nazar, G. & Bustos, C. (2020). Variables psicológicas y su relación con la evolución del índice de masa corporal en personas sometidas a cirugía bariátrica. *Revista de cirugía*, 72 (2), 130-136. doi: <https://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020002450>
- Gómez-Peresmitré G, Ávila-Angulo E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 6, 10-21.

- González, J. R., Giron, J., Limón, J. L & Márquez, G. (2005). Bypass gástrico. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. *Revista del Hospital Juárez de México*, 72 (4), 153-160. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22n5/original13.pdf>
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. & Hernández-Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).
- Guzmán, R.M.E., Del Castillo, A. & García, M. (2015). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario*. 201-218. Recuperado de https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EvaluInter/Meli_Garcia/8.pdf
- Hernández, J., Licea, M. E. & Elías-Calles, L. (2013). Respuestas para algunas preguntas sobre obesidad y cirugía bariátrica. *Revista Cubana de Endocrinología*, 24 (1), 70-93. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v24n1/end07113.pdf>
- Joya-Laureano., Reidl-Martínez., Alemán-Vázquez., Martínez-Lemus., Vega-Cervantes & Montoya. (2015). El MMPI ¿Ayuda a predecir el éxito de los pacientes en la cirugía bariátrica? *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 5 (2), 59-64. ISSN: 2007-0799. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2830/283048874004>
- Kellogg, S. (2010). Personality characteristics in males associated with weight loss maintenance: An exploratory study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 71 (1-B).
- Larrad, A. & Sánchez-Cabezudo, C. (2004). Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo. *Cirugía Española*, 75 (5), 301-304. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X0472326X>
- Lecaros, J., Cruzat, C., Díaz, F. & Moore, C. (2015). Cirugía bariátrica en adultos: facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los pacientes. *Nutrición Hospitalaria*, 32 (4), 1504-1512. doi: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.4.8515>

- Lee, S. K., Heo, Y., Park, J. M., Kim, Y. J., Kim, S. M., Park, d., Han, S. M., Shim, K. W., Lee, Y. J., Lee, J. Y., y Kwon, J. W. (2016). Roux-en-Y Gastric Bypass vs. Sleeve Gastrectomy vs. Gastric Banding: The First Multicenter Retrospective Comparative Cohort Study in Obese Korean Patients. *Yonsei medical journal*, 57 (4), 956–962. doi: 10.3349 / ymj.2016.57.4.956.
- Lee, R.E., Harris, K.J., Catley, D., Shostrom, V., Choi, S., Mayo, M.S., Okuyemi, K., Kaur, H. & Ahluwalia, J.S. (2005). Factores asociados con el IMC, la percepción del peso y el intento de adelgazar en fumadores afroamericanos. *Revista de la Asociación Médica Nacional*, 97 (1), 53–61.
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J., Dutson, E., Mehran, Y Ko, C. & Gibbons. (2012). Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. *Obesity Surgery*, 22 (1), 70-89. doi: 10.1007 / s11695-011-0472-4.
- López-Alvarenga, C., Brito-Córdova, G. & González-Barranco, J. (2000). *Clasificación y diagnóstico de la obesidad*. En: Castro-Martínez G, López-Bárcena J (Eds). *Temas de Medicina Interna: Obesidad*. México: McGraw-Hill, 1-13.
- Lorence-Lara, B. (2008). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de Psicología*, 26 (1), 51-68. ISSN 0213-3334.
- Lynch, E., Liu, K., Wei ,GS., Spring, B., Kiefe, C. & Greenland P. (2009). The relation between body size perception and change in body mass index over 13 years. The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *American Journal of Epidemiology*, 169, 857-866. doi: 10.1093 / aje / kwn412.
- Martínez, J.A., Moreno, M.J., Marques-Lopes & Martí, A. (2002). Causas de la obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (supl.1), 17-27. doi: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0811>
- Martínez-Rubio, A & Gil-Barcenilla, B. (2013). Entrevista motivacional: una herramienta en el manejo de la obesidad infantil. *Revista pediatría atención primaria*, 15 (22), 133-141. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000300016>

- McElhone, S., Kearney, J.M., Giachetti, I., Franz-Zunft, H.J. & Martínez, J.A. (1999). Body image perception in relation to recent weight changes and strategies for weight loss in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition*, 2 (1a), 143–151. doi: 10.1017 / s1368980099000191.
- Minuchin, S. (1989). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Montero, J.C. (2001). *“Obesidad: una visión antropológica”*. Universidad de Buenos Aires Facultad de Medicina.
- Montaño, V., Antúnez, AM, Montero, J., Pozo, T., Puertas, Á.E. y Encinas, J. (2012). Cirugía Bariátrica. Lo que el radiólogo debe saber. *European Society of Radiology*, Presentación Electrónica Educativa, 1-43. doi: 10.1594/seram2012/S-1392
- Montt, D., Koppmann, A. & Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico*, 16 (4), 282-288.
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica las Condes*, 23 (2), 124-128. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70288-2
- Olgún, P., Carvajal, D. & Fuentes, M. (2015). Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*, 67 (4), 441-447. doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000400016
- Oliva-Peña, Y., Ordóñez-Luna, M., Santana-Carvajal, A., Marín-Cárdenas, A. D., Andueza, G. & Gómez, I. A. (2016). Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Revista Biomédica*, 27 (2), 49-60. doi: <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v27i2.24>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ortiz-Hernández L. (2002). Evaluación nutricional de adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 40 (3), 223-232. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im023g.pdf>

- Paeratakul, S., White, M., Williamson, D., Ryan, D. & Bray, G. (2012). Sexo, raza/etnia, estatus socioeconómico e IMC en la relación con la autopercepción del sobrepeso. *Obesity Research*, 10 (5), 345–350.
- Pantoja, J.P. (2004). Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. *Gaceta Médica de México*, 140 (2), s85-s90. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042l.pdf>
- Penas-Steinhardt, A. & S-Belforte, F. (2014). Obesidad. Una perspectiva evolutiva. *Ciencia Hoy*, 24 (141), 58-63. Recuperado de <https://cienciahoy.org.ar/wp-content/uploads/Obesidad-Una-perspectiva-evolutiva.pdf>
- Pérez- Homero, J. & Gastañaduy, M.J. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del psicólogo*, 26 (90), 10-14. ISSN: 0214-7823.
- Perusse, L., Chagnon, Y., Weisnagel, S., Randinen, T., Snyder, E., Sands, J. & Bouchard, C. (2001). The human obesity Gene Map: The 2000 Update. *Obesity research*, 9, 135-165. doi: 10.1038 / oby.2001.17.
- Pompa-Guajarro, E. G., Cabello-Garza, M. L., & García-Cantú, W. D. (20016). La imagen del cuerpo como imaginario plasmado por pacientes con obesidad mórbida. *Revista Interdisciplinaria sobre Imaginarios Sociales*, 8,1-26. Recuperado de <https://imagonautas.webs.uvigo.gal/index.php/imagonautas/article/view/30/32>
- Raich, R.M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1261>
- Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO). (2011). *Revista Española de Obesidad*. 10 (1), 1-80.
- Reséndiz, A. M. & Sierra, M. (2014). Psicopatología e intervención cognitivo-conductual del paciente con obesidad. En Reynoso, L. y Becerra, A. L. *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (213- 227). México, Distrito Federal: *Qartuppi*.

- Rivera, J.A., González-de Cossio., Pedraza, L., Aburto, T., Sánchez, T. & Martorell, R. (2014). Sobrepeso y obesidad infantil y adolescente en América Latina: una revisión sistemática. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2 (4), 321-332. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70173-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70173-6)
- Rodríguez-Guzmán, L. M., Carballo-Gallegos, L. F., Falcón-Coria, A., Arias-Flores, R & Puig-Nolasco, A. (2010). Autopercepción de la imagen corporal en mujeres y su correlación con el índice de masa corporal. *Medicina Universitaria*, 12 (46), 29-32. Recuperado de <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-pdf-X1665579610504403>
- Rodríguez-Scull, L. E (2003). Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Revista Cubana de Endocrinología*, 14 (2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532003000200006&lng=es&tln g=es.
- Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Méndez Gómez- Humarán, I., Gaona-Pineda, E.B., Gómez-Acosta L.M., Rivera-Dommarco, J. Ángel & Hernández-Ávila M. (2017). Diseño metodológico de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Salud Pública de México*, 59 (3), 299-305
- Rosen, J.C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166. doi: [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80008-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80008-2)
- Rubio M, A., Martínez., Vidal, O., Larrad, A., Salas-Salvadó, J., Pujol, Joan., Díaz I. & Moreno, B. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Española de Obesidad*, 4, 223-249. Recuperado de https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Cirugia_bariatrica.pdf
- Rubio M., Salas-Salvadó J., Barbany M., Moreno B. & Aranceta J. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad*, 5 (3) ,135-175. Recuperado de https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso_SEEDO_2007.pdf

- Ruiz-Moreno, M.A., Berrocal, C. & Valero L. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14 (3), 577-582. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/768.pdf>
- Salaberria, K., Rodríguez, S. & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/29823635_Percepcion_de_la_imagen_corporal
- Salazar-Maya, A.M. & Hoyos-Dunque, T.N. (2017). En busca de la imagen corporal deseada después de la cirugía bariátrica. *Enfermería Universitaria*, 14 (1), 28-38. doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.002>
- Saldaña, C. & Rossell, R. (1988). Obesidad. Madrid: Martínez-Roca, 53-81.
- Sámamo, R., Rodríguez-Ventura, A. L., Sánchez-Jiménez, B., Godínez-Martínez, E. Y., Zelonka, R., Garza, M. & Nieto, J. (2015). Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (3), 1082-1088. doi: 10.3305/nh.2015.31.3.8364
- Secretaria de Salud. (2000). Noma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1 1998, Para el manejo integral de la obesidad.
- Shadle, K. (2001). Healthy families-healthy bodies preventing obesity. *Total Health*, 25 (5), 22-24.
- Schilder, P. (1994) A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 497-502.
- Shiordia, J., Ugalde, F., Cerón, F. & Vázquez, A. (2012). Obesidad mórbida, síndrome metabólico y cirugía bariátrica: Revisión de la literatura. *Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica*, 13 (2), 85-94. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2012/ce122f.pdf>
- Sinco-Najera. T.G. (2010). *Determinar la experiencia de la cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida del Hospital de especialidades CMN siglo XXI periodo 2003-2010* (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México. México.

- Sinead, M., Kearney, J., Giachetti, I., Franz-Zunft, H. & Martínez, A. (1999). Percepción de la imagen corporal en relación con cambios recientes de peso y estrategias para perder peso en una muestra representativa a nivel nacional en la Unión Europea. *Nutrición de Salud Pública*, 2 (1a), 143-151.
- Smith, D., Thompson, J., Raczynski, J. & Hilner, J. (1999). Body image among men and women in a biracial cohort: The CARDIA Study. *International Journal of Eating Disorders*, 25 (1), 71–82.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). (2000). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 128 (5), 184-196.
- Soto, M^ª. N., Marín, B., Aguinaga, I., Guillén-Grima, Francisco., Serrano, I., Canga, N., Hermoso de Mendoza, J., Stock, C., Kraemer, A. & Annan, J. (2015). Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (5), 2269-2275. doi: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.7418>.
- Stunkard, A.J. & Messick, S. (1998). *Eating Inventory Manual*. New York: Psychological Corporation.
- Stunkard, A. J., Sorenson, T. & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In S. S. Kety, L. P. Rowland, R. L. Sidman, & S. W. Matthysse (Eds.), *Genetics of neurological and psychiatric disorders*, 115-120.
- Taiariol, M.T. (2012). La imagen corporal del obeso antes y después de la cirugía bariátrica interpretada a través del test proyectivo Dibujo de la Figura Humana (DFH). *Bariátrica y Metabólica Ibero-Americana BMI*, 24 (1), 107-115. Recuperado de [file:///C:/Users/jacqu/Downloads/107-1032-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/jacqu/Downloads/107-1032-1-PB%20(3).pdf)
- Tamayo, D. & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia* 6 (1), 91-112. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v6n1/v6n1a07.pdf>
- Tejero, M.E. (2008). Genética de la obesidad. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 65 (6), 441-450. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a5.pdf>

- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Ugarte, C., Quiñones, Á., Bustos, C. & Vicente, B. (2020). Porcentaje de peso perdido y su recuperación en pacientes bariátricos: un análisis desde la perspectiva temporal. *Revista Chilena de Nutrición*, 47(1), 41-49. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000100041>
- Van Itallie, TB. (1997). Obesity: adverse effects on health and longevity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 32, suppl: 2723-2733.
- Vázquez-Arévalo, R., Rodríguez-Nabor, A., López-Aguilar, X. & Mancilla-Díaz, J. M. (2018). Valoración de la imagen corporal en preescolares: Percepción de padres e hijos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 9 (2), 208-220. Doi: <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.2.540>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyo, J.Ma., & López-Miñarro. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (1), 27-35. doi: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Álvarez G. L., Mancilla, J. M; Caballero, A. & Unikel, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2 (1) ,42-52. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v2n1/v2n1a5.pdf>
- Vázquez-Velázquez, V. & López-Alvarenga, J. C. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9 (2), 91-96. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf>
- Vázquez-Velázquez, V. & Reidl-Martínez, L. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y Salud*, 23 (1), 15-24. doi: <https://doi.org/10.25009/pys.v23i1.511>
- Vega LI. A. (2017). *Una aproximación al proceso de baja de peso en mujeres con cirugía bariátrica* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Yuri-Rosales, R. (2012). Antropometría en el diagnóstico de pacientes obesos; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (6), 1803-1809. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6044>

Willson, G.T. & Brownell, K. D. (2002). Behavioral Treatment of Obesity. En: Fairburn CG & Brownell KD: Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2 Ed. The Guilford.

Wimmelmann, C., Dela, F. & Mortensen, E. (2014). Psychological predictors of weight loss after bariatric surgery: a review of the recent research. *Obesity Research & Clinical Practice*, 8 (4), 299-313. doi: 10.1016 / j.orcp.2013.09.003.

World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation of obesity. Geneva: WHO. 1998.

World Health Statistics 2010. World Health Organization 2010.

Anexo 1

Carta de Consentimiento Informado



**Instituto de Seguridad
Y Servicios Sociales
De los Trabajadores**



SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, PAIDOPSIQUIATRÍA, Y PSICOLOGÍA

Fecha: ____ / ____ / ____
dd mm aa

Nombre: _____ edad: _____ Registro (RFC): _____

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN Indicadores psicológicos de éxito en pacientes candidatos a cirugía Bariátrica.

Investigador principal: Dr. Hugo Martínez Lemus.

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Brindar una mejor atención a la población derechohabiente del Instituto al ser sometido a un procedimiento de cirugía bariátrica

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos conocer las características psicosociales específicas que permiten una adaptación exitosa a la cirugía bariátrica que permita la baja de peso y mantenimiento de la misma.

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Este estudio permitirá que en un futuro que otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido en el mismo al fin de brindarles la mejor alternativa para este problema de salud.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si decide participar en el estudio se le pedirá que conteste el siguiente cuestionario. Este cuestionario es referente a su peso actual, historia nutricional, conducta alimentaria, hábitos alimenticios, historia médica, entendimiento del procedimiento de la cirugía, riesgos y régimen alimenticio posterior, expectativas de la misma, síntomas emocionales e imagen corporal.

Posterior a la cirugía realizaremos un monitoreo de sus avances a los tres, seis, nueve, un año y año y medio posteriores a su cirugía.

5. ACLARACIONES

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será confidencial.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Nombre y Firma del paciente

Fecha

Domicilio

Testigo 1 Nombre

Fecha

Domicilio

Parentesco

Testigo 2 Nombre

Fecha

Domicilio Parentesco Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y Firma del investigador

Fecha

Av. Coyoacán 1344 9º piso Col del Valle

CP03229 Delegación Benito Juárez

52005003 ext. 50074

Dr. Abel Archundia García

Presidente del Comité de Ética

Av. Félix Cuevas 540 Col del Valle.

CP03229 Delegación Benito Juárez

52005003 ext. 1462

Anexo 2

Escala de Evaluación de Factores Psicosociales para Candidatos a Cirugía Bariátrica (Validación)

FECHA: _____ / _____ / _____ /
Día Mes Año

NOMBRE: _____

Edad: _____.

REGISTRO (RFC): _____

El siguiente cuestionario se refiere a su peso y su deseo de someterse a un procedimiento de cirugía bariátrica, es requisito para su valoración y deberá entregarlo contestado a su médico psiquiatra en su próxima cita.

Lea cuidadosamente cada parte del cuestionario y conteste lo más sincero posible, en caso de no comprender la pregunta, déjela en blanco y solicite que se le aclare al momento de su cita.

NOTA: Recuerde que no existen respuestas buenas o malas, la información que usted proporcione será confidencial y formará parte de su expediente médico.

Lugar de nacimiento: Estado: _____ Municipio (Delegación): _____		Lugar de residencia: Estado: _____ Municipio (Delegación): _____			
Estado Civil:	Soltero (a) <input type="radio"/>	Casado (a) <input type="radio"/>	Viudo (a) <input type="radio"/>	Unión libre <input type="radio"/>	
Grado de estudios concluido:	Primaria <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	Bachillerato <input type="radio"/>	Licenciatura <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>

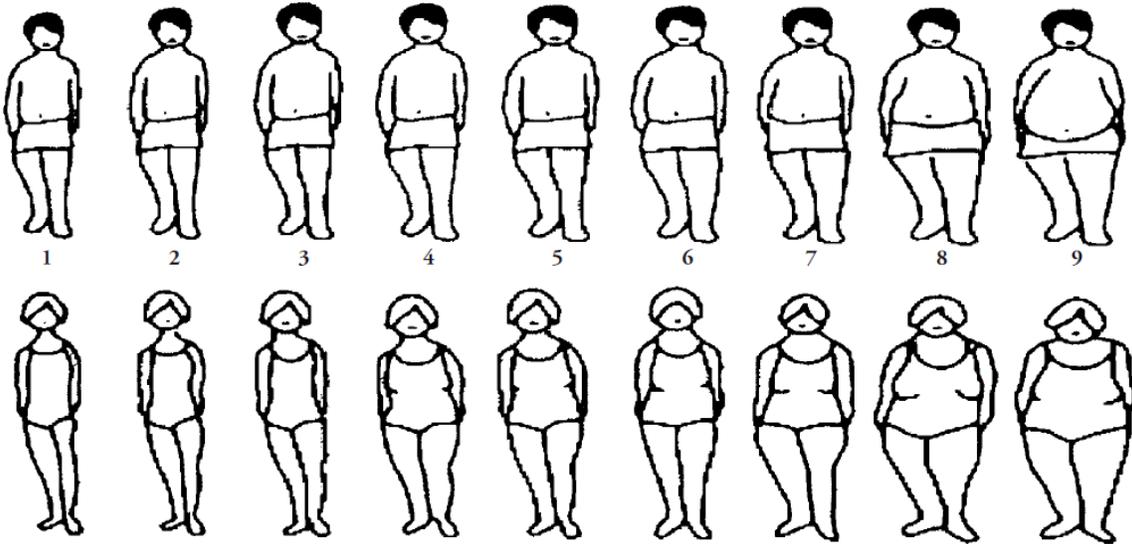
Ocupación:	Horario de trabajo: Entrada: _____ Salida: _____
------------	--

La vivienda en donde habita es:	Propia <input type="radio"/>	Rentada <input type="radio"/>	De un familiar <input type="radio"/>
¿Su vivienda cuenta con los siguientes servicios?	Agua potable <input type="radio"/>	Drenaje <input type="radio"/>	Luz <input type="radio"/>
	Gas <input type="radio"/>	Baño dentro de la casa <input type="radio"/>	
El piso de su vivienda es de:	Cemento <input type="radio"/>	Otro acabado <input type="radio"/>	
	Tierra <input type="radio"/>		
¿Cuántas personas viven con usted			

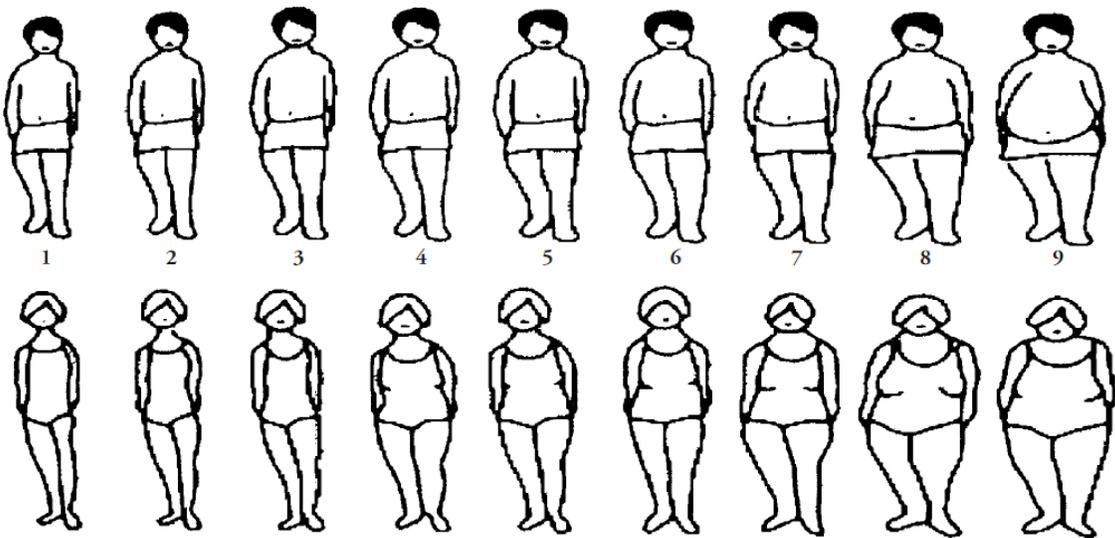
<p>¿Cuál es su estatura?: _____cm.</p>	<p>¿Cuál es su peso?: _____kg</p>
--	---------------------------------------

Anexo 3

A) Indique cuál de las siguientes imágenes se asemeja más a su cuerpo actualmente.



B) Indique cuál de las siguientes imágenes se asemeja más al cuerpo que desea tener después de la cirugía.



Ahora conteste lo siguiente

De su peso actual ¿Qué cantidad de kilos espera perder después de la cirugía?	_____ kg.	
¿En cuánto tiempo cree usted conseguir el peso esperado?	Especificar en meses o años _____.	
¿Ha pensado en el cambio de aspecto (imagen corporal) que tendrá al llegar a su peso ideal?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>