

**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



## TESINA DE LICENCIATURA:

**Estado psicológico postquirúrgico de personas con obesidad mórbida sometidas a cirugía bariátrica.**

**Evaluación de los indicadores de ansiedad, depresión, calidad de vida y desorden alimentario.**

Alumna: Romina Palma

Directora: Beatriz Sabah

Mendoza, 2013

## HOJA DE EVALUACIÓN

**TRIBUNAL**

**Presidente:**

**Vocal:**

**Vocal:**

**Profesor invitado:** Lic. Beatriz Sabah

**Nota:**

## Agradecimientos:

*A mi mamá, por confiar siempre en mí, por su ayuda y guía durante la carrera y por acompañarme a lo largo de mi vida y de mi proceso de formación.*

*A Mario, por su apoyo y compañía en todo momento.*

*A Chiara, por su compañía, comprensión y apoyo a lo largo de toda la vida y por hacer de las tardes de estudio momentos más divertidos y llevaderos.*

*A Jorge, por su confianza y contención a lo largo de la carrera, por acompañarme en mi vida y apoyarme en todos mis sueños y proyectos.*

*A mis amigas, por estar siempre presentes y acompañarme en los momentos más importantes de mi vida.*

*A mis abuelos, Renata y Norberto, por acompañarme y apoyarme desde siempre.*

*A mis compañeras de estudio, amigas y futuras colegas que la carrera me dio, ya que fueron un pilar fundamental en esta etapa.*

*A Beatriz, mi directora de tesina, por su colaboración y tiempo dedicado.*

*A la Clínica Quirúrgica de Obesidad, por darme un lugar y permitirme tomar las pruebas necesarias para realizar mi tesina.*

## Resumen

Los objetivos de este estudio se centran en describir el estado psicológico postquirúrgico de personas con obesidad mórbida sometidas a cirugía bariátrica, mediante la evaluación de los indicadores de ansiedad, depresión, calidad de vida y desorden alimentario. Es un estudio cualitativo con una muestra de 20 personas del Gran Mendoza que se sometieron a cirugía bariátrica en la Clínica Quirúrgica de Obesidad durante el período 2012 -2013. Para la recolección de datos se aplicaron pruebas psicológicas como EAT 26; Cuestionario de Calidad de vida SF36; Escala de Ansiedad de Hamilton; Inventario de Depresión de Beck y se administró una entrevista semi-estructurada para la recolección de variables socio-demográficas y para ampliar datos. Los resultados indican que luego de la cirugía bariátrica las personas evaluadas presentan trastornos de ansiedad menor y no existen indicadores de depresión. Por otro lado se comprobó la ausencia de indicadores de trastorno alimentario. En relación a la percepción de calidad de vida, las personas operadas perciben una muy buena calidad de vida en el área física, emocional, mental y social. Se considera importante tener un enfoque sistémico en el tratamiento quirúrgico ya que permite ver los distintos factores que intervienen en la re-funcionalización de los pacientes y en el ambiente que tendrá que enfrentar luego de la cirugía.

**Palabras claves:** obesidad mórbida, cirugía bariátrica, estado psicológico post-quirúrgico.

## **Abstract**

The objectives of this study focuses on describing postoperative psychological status of morbidly obese individuals undergoing bariatric surgery, by assessing indicators of anxiety, depression, quality of life and eating disorder. It is a qualitative study with a sample of 20 people of Mendoza who underwent bariatric surgery Clínica Quirúrgica de Obesidad during the period 2012 -2013. For data collection were applied psychological tests as EAT 26; Quality of Life Questionnaire SF36, Hamilton Anxiety Scale, Beck Depression Inventory and were administered a semi-structured interview to collect socio-demographic variables and to expand data. The results indicate that after bariatric surgery people with anxiety disorders less and there are no indicators of neither depression or eating disorder indicators. In relation to the perception of quality of life, people perceive operated a very good quality of life in the physical, emotional, mental and social. It is considered important to have a systematic approach in the surgical treatment and allows you to see the different factors involved in the re-functionalization of patients and in the environment that will face after surgery.

**Keywords:** morbid obesity, bariatric surgery, post-surgical psychological state.

## Índice

Hoja de Evaluación	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
Abstract	6
Índice	7
Introducción	9
<b><u>Primera parte: marco teórico</u></b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I: EPIDEMIA DEL S. XX: LA OBESIDAD.</b>	<b>12</b>
1. ¿Qué es la obesidad?	13
2. Causas de la obesidad	15
2.1 Causas psicológicas como génesis de la obesidad.	20
2.2 Causas psicológicas como consecuencia de la obesidad.	21
3. Clasificación de la obesidad.	21
1.3.1. Obesidad mórbida.	22
4. Datos epidemiológicos.	24
1.4.1. Obesidad en la Argentina.	28
<b>CAPITULO II: PSICOLOGIA Y OBESIDAD</b>	<b>31</b>
1. Aspectos psicológicos de la obesidad	32
2. El obeso mórbido	36
3. Alteraciones psicológicas en la obesidad.	37
3.1. Imagen corporal distorsionada.	39
3.2. Ansiedad.	42
3.3. Depresión	44
3.4. Trastorno de alimentación.	47
3.5. Calidad de vida	46
<b>CAPÍTULO III: OBESIDAD MORBIDA Y FAMILIA</b>	<b>49</b>
1. Sistema familiar del obeso	50
2. Conducta alimentaria: influencia del sistema familiar.	53
3. Apoyo familiar y cirugía bariátrica.	56

<b>CAPÍTULO IV: TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD</b>	57
1. Tratamientos para la obesidad.	58
1.1 Tratamiento nutricional	59
1.2 Tratamiento psicológico.	59
1.3 Ejercicio físico.	60
1.4 Tratamiento farmacológico.	60
1.5 Tratamiento quirúrgico.	61
<b>CAPÍTULO V: CIRUGIA BARIATRICA</b>	62
1. ¿Que es la cirugía bariátrica?	63
2. Tipos de cirugía bariátrica.	66
2.1 Procedimientos restrictivos.	66
2.2 Procedimientos combinados de restricción y malabsorción.	66
3. Criterios para acceder a la cirugía bariátrica.	67
4. Rol del psicólogo.	68
5. Contraindicaciones psicológicas.	70
6. Estado psicológico pre quirúrgico	71
7. Estado psicológico post-quirúrgico.	73
<b><u>Segunda parte: marco metodológico</u></b>	76
1. Objetivos del trabajo	77
2. Método	77
2.1. Diseño	77
2.2. Descripción de la muestra	78
2.3. Instrumentos y materiales de evaluación	78
3. Procedimiento	81
4. Resultados	82
5. Discusión	90
6. Conclusión	95
7. Bibliografía	96
8. Apéndices	101

## Introducción

La obesidad es una enfermedad compleja, por ello su definición a lo largo del tiempo ha sido un proceso difícil. La Organización Mundial de la Salud la ha declarado como una epidemia de carácter global, que representa una grave amenaza para la salud pública. La obesidad es una enfermedad crónica no transmisible, que se produce por la combinación de múltiples factores, es decir, son varias las causas que la producen, de esta manera surgen diferentes definiciones y explicaciones etiológicas. Las estadísticas sanitarias mundiales 2012 de la OMS prevén que, para el año 2015, aproximadamente 2.300 millones de adultos presentarán sobrepeso y 700 millones serán obesos. Dicha enfermedad provoca al menos 2,8 millones de fallecimientos anuales en todo el mundo y afecta más a mujeres que a hombres. En la Argentina más de la mitad de la población, exactamente el 53,4% tiene exceso de peso (sobrepeso y obesidad). El porcentaje promedio de obesidad en el país trepó del 14,6% en 2005 al 18% en 2009.

Debido al carácter de gravedad que representa la obesidad para el país y para el mundo es que se considera importante trabajar sobre esta temática. Las causas de dicha enfermedad son múltiples y por lo tanto los tratamientos para la obesidad deben ser abordados teniendo en cuenta los distintos factores que contribuyen a la misma. Cuando la obesidad es mórbida, es decir, alcanza el Índice de Masa Corporal  $>40 \text{ kg/m}^2$ , el único tratamiento efectivo a largo plazo es la cirugía bariátrica.

La obesidad mórbida eleva de manera significativa el riesgo de una o más condiciones de salud o enfermedades graves relacionadas con la obesidad que causan una discapacidad física significativa, o incluso la muerte, disminuye la calidad y expectativa de vida de las personas, no solo afecta el organismo sino que también se ve afectada el área social, psicológica y funcional. Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, estos sufren con gran frecuencia, diversos trastornos psicológicos respecto de los sujetos no obesos, tales como ansiedad, depresión, aislamiento social, baja autoestima.

Los tratamientos convencionales de la obesidad (dieta, ejercicio físico y fármacos) cuando se realiza en obesidades mórbidas, tiene un índice de fracasos a medio plazo muy elevado, aparte de que no consigue, en la mayoría de los casos, pérdidas de peso suficientes para controlar adecuadamente las comorbilidades. La cirugía bariátrica es una herramienta que se utiliza como tratamiento para la obesidad severa o mórbida, son procedimientos quirúrgicos, que sirven para manejar los desórdenes de alimentación excesiva. No debe considerarse "cirugía estética ó cosmética" el fin de

esta cirugía es perder peso para evitar las complicaciones de la obesidad. La cirugía sólo es un pilar del tratamiento, el éxito radica en la forma en que las personas aprendan a "utilizar" correctamente el tipo de intervención que se le ha practicado.

Estas personas que han convivido durante años con la obesidad y han pasado por múltiples tratamientos que no les han dado resultados a largo plazo, se plantean la idea de realizar una cirugía bariátrica a modo de controlar su problema con la obesidad.

Luego de la cirugía, después de un gran descenso de peso, la persona se encuentra con que de apoco se va librando de los malestares físicos que le generaba su obesidad, pero ¿Qué sucede con los factores psicológicos?

Frente a esto surgen los interrogantes que impulsan esta investigación ¿Existen indicadores de depresión y ansiedad en la etapa post-quirúrgica? ¿Cómo es la percepción que tienen sobre su calidad de vida luego de la cirugía? ¿Existen trastornos alimentarios en esta etapa?

En base a lo mencionado se consideró apropiado realizar esta investigación desde una perspectiva teórica sistémica que permita lograr una visión compleja y circular de la situación, comprendiéndola desde los contextos en los que se produce y mantiene.

Se trabajará fundamentalmente, partiendo del principio sistémico de que "el todo es más que la suma de las partes". Por lo tanto, no se trata solamente de considerar la integración del estomago en el sistema digestivo o del sistema digestivo en el hombre, sino que se trata, además de tener en cuenta al hombre en sus múltiples dimensiones. De esta manera se toma como referencia la noción de sujeto que plantea Edgar Morin (1994) debido a que un pensamiento complejo permitiría de algún modo integrar y no separar para llegar a comprender estos fenómenos multidimensionales.

## **Primera parte: Marco teórico**

## **Capítulo I**

### **Epidemia del siglo XXI: La obesidad**

## 1. ¿Qué es la obesidad?

La obesidad es una enfermedad compleja, por ello su definición a lo largo del tiempo ha sido un proceso difícil. Su evidente relación con el consumo de alimentos determinó que durante mucho tiempo fuera vista como un trastorno de conducta, existiendo una gran resistencia a considerarla como una enfermedad. A su vez es importante considerar que desde la antigüedad se creía que el sobrepeso era sinónimo de buena alimentación y por lo tanto de condiciones saludables de vida. Esto ha sido desfavorable para alertar a los profesionales de la salud, a los pacientes y a la sociedad en general, sobre los riesgos que tiene para la salud individual y pública<sup>1</sup>.

Según el conceso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) la obesidad se define como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un aumento de grasa, que a su vez se traduce en un incremento de peso. No solo es importante el peso corporal total a la hora de definir la obesidad, el porcentaje de grasa corporal y su distribución en determinados lugares anatómicos del organismo están relacionados con la morbilidad e incluso la mortalidad a largo plazo y se considera un factor de riesgo importante para presentar determinadas enfermedades físicas crónicas y por las repercusiones emocionales y psicopatológicas que representa<sup>2</sup>.

El peso y la distribución de la obesidad en el cuerpo son regulados por una serie de mecanismos neurológicos, metabólicos y hormonales que mantienen un equilibrio entre la ingesta (alimentos y bebidas ingeridos) y el gasto energético. Cuando hay un exceso de ingesta en relación al gasto energético, ocurre un almacenamiento de energía en forma de obesidad, manifestándose con aumento del peso corporal<sup>3</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) afirma que la obesidad supone un problema de salud mundial creciente, la califica como “La epidemia del siglo XXI” definiéndola como la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal, lo que significa un riesgo para la salud. La misma se presenta cuando el índice de masa corporal del adulto supera los 30 kg/m<sup>2</sup>, puede afectar tanto a hombres como a mujeres de cualquier raza, nacionalidades o estrato social. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza

---

<sup>1</sup> García, E. (2004). ¿Qué es la obesidad?. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. (12), 3, S88-S90.

<sup>2</sup> Fernández Canet, R. (2008). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: análisis de las diferentes variables que puedan afectar a la pérdida de peso*. Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia, España.

<sup>3</sup> Bresh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35(4), 537-46.

frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

La OMS establece una definición comúnmente en uso con los siguientes valores, acordados en 1997, publicados en 2000 y ajustados en el 2010:

- IMC menos de 18,5 es por debajo del peso normal.
- IMC de 18,5-24,9 es peso normal
- IMC de 25,0-29,9 es sobrepeso.
- IMC de 30,0-34,9 es obesidad clase I.
- IMC de 35,0-39,9 es obesidad clase II.
- IMC de 40,0 o mayor es obesidad clase III, grave (o mórbida).
- IMC de 35,0 o mayor en la presencia de al menos una u otra morbilidad significativa es también clasificada por algunas personas como obesidad mórbida.

En un marco clínico, los médicos toman en cuenta la raza, la etnia, la masa magra (muscularidad), edad, sexo y otros factores los cuales pueden infectar la interpretación del índice de masa corporal. El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas. También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal aumentado en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm<sup>4</sup>.

Según datos arrojados por la OMS el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de muerte en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. Aunque la obesidad es una condición clínica individual se ha convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento, ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. Anteriormente se consideraba un problema confinado a los países de altos ingresos, en la actualidad también es relevante en los países de ingresos bajos y medianos. En el plano mundial, el mayor número de fallecimientos esta mas relacionado con el sobrepeso y la obesidad que con la desnutrición; por

---

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud (2012, Mayo). Obesidad y sobrepeso. Nota 311. Consultado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la desnutrición (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos)<sup>5</sup>.

## 2. Causas de la obesidad

La obesidad es considerada desde hace algunos años una enfermedad multifactorial, es decir, son varias las causas que la producen, de esta manera surgen diferentes definiciones y explicaciones etiológicas. Su análisis conceptual puede ser tan diverso dependiendo del enfoque con que se aborde.

A lo largo del tiempo, desde un punto de vista nutricional, se estableció que la sobre-alimentación y la baja actividad física producen la acumulación de un exceso de grasa corporal. Sin embargo, existen muchas diferencias individuales en el procesamiento energético y en la tendencia hacia el almacenamiento de calorías. Es por esto, que decir que la obesidad se debe a una excesiva ingesta o a una desproporción entre el aporte y el consumo, parece ser una teoría demasiado simple, ya que esta teoría tampoco resulta aplicable a todos los casos. En efecto, si se mide la ingesta en términos de calorías, hay sujetos que comen mucho y no engordan; actualmente se considera que sólo el 30% de los obesos tienen una ingesta calórica elevada, otro 30% mantiene una ingesta hipocalórica<sup>6</sup>.

Desafortunadamente, la obesidad es una combinación de distintos factores, la genética parece establecer el escenario de la obesidad, sin embargo, la dieta, el ejercicio y el estilo de vida son los que determinan la magnitud del problema. Es conveniente analizar la fisiopatología de la obesidad desde un enfoque holístico<sup>7</sup>.

Algunos autores clasifican las causas de la obesidad en causas exógenas, endógenas o mixtas, las mismas se detallan a continuación<sup>8</sup>:

- Causa primaria o exógena: el individuo recibe un aporte de alimentos de alta composición en calorías y nutrientes, siendo este mayor a la cantidad de energía

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud (2012, Mayo). Obesidad y sobrepeso. Nota 311. Consultado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

<sup>6</sup> Chiozza, L. (2008). Las fantasías adiposas en la obesidad. En L. Chiozza, (Ed), *Afectos y afecciones 3: los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo* (99 – 152). Buenos Aires: libros el Zorzal.

<sup>7</sup> Hernández Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140 (2), 27-29.

<sup>8</sup> Fernández, C. (2009). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso*. Tesis para optar al título de doctora en psicología, facultad de psicología, universidad de Valencia, Valencia, España.

utilizada diariamente para sus actividades físicas, normalmente se relaciona este problema con la disponibilidad de consumo de alimento. Se da entre el 95 % y 99% de los casos.

- Causa secundaria o endógena: se encuentra asociada a otras enfermedades o problemas patológicos que pueden perjudicar aun mas al individuo, pudiendo ser estas de origen endocrino: síndrome de Cushing, síndrome de ovario poliquístico, insulinoma, hipogonadismos, hipotiroidismos. Otro tipo de obesidad secundaria puede ser de origen hipotalámica, ya que el centro de la saciedad y del control de la conducta alimentaria se encuentra en el hipotálamo. Se da entre el 1% y el 5% de los casos. Las más frecuentes son las de origen endocrino y las provocadas por el efecto secundario de los fármacos.
- Causas mixta: cuando se presentan la obesidad por causas primarias y causas secundarias en el mismo individuo.

Teniendo en cuenta que la obesidad no es generada por una única causa, y que es necesario realizar un análisis holístico de la misma, a continuación se presenta una descripción de los distintos factores que la provocan:

- a) **Causas genéticas:** Observaciones iniciales basadas en la comparación de gemelos idénticos expuestos a diferentes condiciones ambientales (Bouchard, Després, Mauriege, 1993) establecieron que el impacto de la genética como factor causal de la obesidad era de aproximadamente 30-40%, mientras que al ambiente se le atribuía 60-70%. En algunas otras investigaciones (Groop, Melander, 2001) la influencia genética de la obesidad ha variado de 20% a 80%, dependiendo de algunas características particulares de la obesidad.<sup>9</sup>

La predisposición genética para la obesidad está relacionada tanto con la ingesta como con el gasto. Los genes pueden determinar mecanismos centrales implicados en la regulación del peso corporal<sup>10</sup>.

En el estudio del genoma de la obesidad en humanos, se ha determinado que existen por los menos 15 genes que se asocian de manera significativa con la grasa corporal o el porcentaje de grasa corporal y 5 genes relacionados con la cantidad de grasa visceral abdominal. Pero en grandes estudios de encuesta, se han identificado más de 250 genes, marcadores y regiones cromosómicas relacionadas con la obesidad. Por lo

<sup>9</sup> Hernández Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140 (2), 28-29.

<sup>10</sup> Martínez, J. A. Moreno, M. J. Marques-Lopes, I. Martí, A. (2009). Causas de obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 3 (31), 19-21.

tanto, en humanos, las potenciales interacciones entre múltiples genes y la interacción de éstos genes con el ambiente conducen a la expresión fenotípica de la obesidad. Una de las causas genéticas de esta predisposición suele ser la alteración de determinados genes que controlan el apetito. Esos genes son los responsables de generar leptina, una sustancia que llega a través de la sangre al hipotálamo, que es el centro de control de la saciedad. La leptina provoca la pérdida de apetito y estimula al organismo a desarrollar actividades y quemar energía. Las personas que tienen estos genes alterados suelen tener mucho más apetito y queman aproximadamente un 30% menos de energía<sup>11</sup>.

- b) Causas metabólicas:** El metabolismo se refiere al conjunto de reacciones químicas (transformaciones) que ocurren en el ser vivo, en el cual las sustancias que ingresan a los seres vivos son modificadas en ellos, transformándose en moléculas estructurales o fragmentándose para producir energía, es decir las sustancias se modifican, se transforman, se metabolizan dentro de los seres vivos. El uso energético de las calorías varía considerablemente entre una persona y otra. El Dr. endocrinólogo (Escalante Herrera, 2012) del IMSS, en Guadalajara, Jalisco, menciona que alteraciones en la actividad de la glándula tiroides, la cual es una glándula con forma de mariposa ubicada en la base y cara anterior del cuello, justo delante de la tráquea, y encargada de regular el metabolismo a través de las hormonas triyodotironina (T3), tiroxina (T4) y tirotropina (TSH), pueden provocar dos padecimientos: hipertiroidismo e hipotiroidismo, y como resultado de este último, el aumento excesivo de peso<sup>12</sup>.
- c) Causas socioculturales:** En la actualidad y a lo largo de la historia se puede ver como las reuniones sociales o encuentros de trabajo giran alrededor de la comida y la bebida, lo que genera que el contexto sociocultural se convierta en uno más de los factores que influye en el desarrollo de la obesidad<sup>13</sup>. Otros determinantes sociales que han contribuido al aumento de la prevalencia de obesidad son los fenómenos migratorios, la transculturización, el aumento de las porciones de alimentos, las condiciones de urbanización no aptas para caminar, la falta de la cultura nutrimental, las ofertas sin fin de soluciones fantásticas para la obesidad y las condiciones

---

<sup>11</sup> Hernández Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140 (2), 29

<sup>12</sup> Hernández Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140 (2), 30-31.

<sup>13</sup> Pérez Hornero, J. Gastañuduy, M. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del psicólogo, España*, 90 (26), 10-14.

económicas que favorecen todo lo anterior. Estas circunstancias hacen de la obesidad una consecuencia inevitable<sup>14</sup>.

- d) Causas de sedentarismo:** El sedentarismo es una de las principales causas de la obesidad. Está comprobado que la actividad física es uno de los mayores determinantes del uso de la energía del cuerpo. El hecho de incrementar la actividad física hace que el cuerpo tenga que utilizar más calorías y logra que el balance calórico del cuerpo sea más favorable para no presentar obesidad<sup>15</sup>.
- e) Causas neuroendocrinas:** El análisis de la obesidad como un trastorno neuroendocrino, implica hablar de disfunciones en casi todos los órganos endocrinos y en el sistema nervioso central, fundamentalmente en la actividad hipotalámica. Estas alteraciones afectan principalmente a los ejes neuroendocrinos hipotálamo-hipofiso-adrenal, adipo-insular y al control hipotalámico, tanto de la ingesta de alimento como del almacenamiento y gasto energético. La obesidad se caracteriza por una desregulación de ciertos ejes neuroendocrinos, del control del apetito y del gasto energético<sup>16</sup>.
- f) Causas medicamentosas:** Los antidepresivos de origen tricíclico han demostrado un aumento de grasa y una ganancia de peso importante, presentando cuadro de obesidad. El mismo efecto se ha visto en tratamientos largos a base de corticoides<sup>17</sup>.
- g) Causas nutricionales:** El consumo de más calorías que las que nuestro cuerpo requiere provoca que el balance calórico vaya acumulando más calorías y por cada 7.500 calorías que nuestro cuerpo acumule se aumenta 1 Kg. de peso y esto conduce a un cuadro de obesidad<sup>18</sup>. Las corrientes epidemiológicas actuales sobre la evolución de las tasas de obesidad indican que una de las causas importantes de este problema subyace en los modelos dietéticos y de actividad física, mientras que los estudios

---

<sup>14</sup> Hernández Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140 (2), 31

<sup>15</sup> Vazquez, V.; López, A. (2001) Psicología y obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 2 (9), 91 – 96

<sup>16</sup> Perello, M. Spinedi, E. (2004). Aspectos neuroendocrinos de la obesidad. *Medicina (Buenos Aires)*, 64 (3), 257-264.

<sup>17</sup> Martín, I. Antón, A. (2002). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26(5), 117-127.

<sup>18</sup> Savino, P. (2011). Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. *Revista Colombiana de Cirugía*, 26(3), 180-195.

genéticos y metabólicos revelan que hay sujetos con mayor predisposición a ganar peso que otros<sup>19</sup>.

- h) Causas psicológicas:** La discusión sobre la relación entre las variables psicológicas y la obesidad es de larga data, no siendo posible aún establecer una clara relación causa-efecto en ninguno de los dos sentidos. Sin embargo, se ha visto que pacientes con serias molestias físicas, como aquellos pacientes portadores de obesidad mórbida y aquéllos quienes desarrollan tempranamente su problema, tienen mayor riesgo de desarrollar sintomatología psicológica en el futuro, dado el impacto en el desarrollo del carácter y la notable estigmatización social sufrida. Por otra parte, existen pacientes portadores de obesidad mórbida y/o de obesidad de larga data en quienes no es posible advertir patología mental, así como pacientes con obesidad moderada o incluso peso clínicamente normal, pero portadores de severas distorsiones en la imagen corporal y trastornos alimentarios formales.<sup>20</sup>

En relación a los aspectos psicológicos de la obesidad, existen múltiples teorías. Hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son éstas las que desencadenan la obesidad. Un tema de gran debate entre médicos, psiquiatras y psicólogos<sup>21</sup>. A continuación se exponen las dos teorías existentes.

---

<sup>19</sup> Martínez, J. A. Moreno, M. Marques-Lopes, I. Martí, A. (2009). Causas de obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 31, No. 3, pp. 17-27).

<sup>20</sup> Silvestri, E. Staville, A. Hirschmann, J. J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300 (3), 13-22.

<sup>21</sup> Silvestri, E. Staville, A. E., Hirschmann, J. J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300 (3), 13-22.

### 2.1. Causas psicológicas como génesis de la obesidad

Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos eran personas que tenían problemas de personalidad que aliviaban mediante la conducta de comer. Kaplan y Kaplan proponían que la sobre-ingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad.<sup>22</sup> Todavía no es clara la relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias. Sin embargo, hay evidencia de alteración en la percepción y en la conducta de los sujetos obesos, por lo que se deben redefinir los problemas a los que se enfrenta un sujeto con exceso de peso importante<sup>23</sup>.

Diversos autores mencionan la trascendencia que tiene la respuesta materna adecuada ante la demanda del niño durante las primeras etapas del desarrollo, en las cuales la madre debe ser capaz de decodificar el lenguaje sin palabras del bebé. Si esta respuesta no es adecuada, se pueden generar trastornos (potencialmente patógenos) en el desarrollo armónico de la personalidad, los que se mostrarán en la adolescencia cuando aparezca una marcada dificultad en la identificación de las propias sensaciones y la persona busque calmar cualquier reclamo interior con una ingesta. Esta búsqueda lleva al aumento de peso, el que no será revertido en la medida en que el comer sea utilizado para regular los sentimientos y tensiones que no hallan una mejor expresión<sup>24</sup>.

Otro autor (Figuroa, 1997 citado en Ambrosi 2009) afirma que existen situaciones psicológicas que podrían ser desencadenantes de la obesidad, y que esta enfermedad generalmente hace su aparición coincidiendo con alguna época de crisis de la persona, que tiene que ver con situaciones vividas intensamente en cuanto a lo emocional. Una persona que sufre cambios y se encuentra biológicamente predispuesta a padecer obesidad, va hacer que estos cambios actúen como disparadores a partir de los cuales la enfermedad probablemente se manifieste.

Si bien la combinación de ciertas características psicológicas pueden encontrarse en la génesis de la obesidad, no se presentan como únicos factores sino interactuando con otros ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, etc).

---

<sup>22</sup> Silvestri, E. Staville, A. E., Hirschmann, J. J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300 (3), 13-22.

<sup>23</sup> Vazquez, V. López, A. (2001) Psicología y obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 2 (9), 91 – 96

<sup>24</sup> Vazquez, V. López, A. (2001) Psicología y obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 2 (9), 91 – 96

## 2.2. Causas psicológicas como consecuencia de la obesidad:

En la actualidad, la psicopatología del obeso, tiende a verse como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros. Los prejuicios relativos al peso se acompañan frecuentemente de discriminación, en el ámbito estudiantil hay menor aceptación hacia los estudiantes obesos, comparados con los no obesos, a pesar de que el rendimiento sea semejante en ambos. En el ámbito laboral, algunos empleadores no contratan personas obesas bajo ninguna condición, y otros solo los contratan bajo circunstancias especiales. Prácticamente en todos los aspectos de la vida se le recuerda al obeso que se halla en una sociedad que odia la gordura. Si bien el prejuicio y la discriminación son reales, pensar que la psicopatología del obeso es el resultado de estas sería un concepto simplista. Se estarían ignorando el peso que tienen las características psicológicas individuales tanto en la génesis de la obesidad como en la dificultad para adelgazar o mantener el peso logrado. Es posible que prejuicio y discriminación exacerben los conflictos ya existentes de la persona obesa y compliquen aun más el tratamiento de la obesidad<sup>25</sup>.

## 3. Clasificación de la obesidad

Clásicamente se han considerado trastornos corporales tanto el exceso de peso corporal como la distribución anómala de la grasa corporal. En función de la grasa corporal podríamos definir como sujetos obesos a aquellos que presentan porcentajes de grasa corporal por encima de los valores considerados normales, que son del 10 % al 20% en los varones y del 20% al 30% en las mujeres adultas. El peso corporal se correlaciona directamente con la grasa corporal total, de manera que resulta un parámetro adecuado para cuantificar el grado de obesidad<sup>26</sup>.

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto una clasificación cuantitativa de sobrepeso y obesidad basada en el Índice de Masa Corporal (IMC), que en la actualidad es el índice más difundido tanto en la clínica, como para realizar estudios epidemiológicos, ya que es el que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa

---

<sup>25</sup> Silvestri, E. Staville, A. E., Hirschmann, J. J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300 (3), 13-22.

<sup>26</sup> Gozales L. (2011). Clasificación del sobrepeso y obesidad [Versión electrónica]. *Medicina Interna de Galicia*, 5,55-57.

corporal.  $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (m)}$ . La ventaja de su uso es que se correlaciona en un 80% con la cuantía de tejido adiposo y de forma directamente proporcional con el riesgo de morbilidad<sup>27</sup>.

La clasificación de sobrepeso y obesidad para hombres y mujeres en edad adulta propuesto por el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud, sostiene que el punto de corte para definir la obesidad es un valor de  $IMC = 30 \text{ kg/m}^2$ , limitando el rango para la normalidad a valores de  $IMC$  entre  $18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$ , y el de sobrepeso a valores de  $IMC$  entre  $25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$ .

**Tabla 1:** Clasificación de sobrepeso y obesidad para hombres y mujeres en edad adulta.

IMC	CLASIFICACIÓN DE LA OMS	DESCRIPCIÓN CLÍNICA
18,5 - 24,9	Normal	Normal
25,0 - 29,9	Grado 1 de sobrepeso	Sobrepeso
30,0 – 39,9	Grado 2 de sobrepeso	Obesidad
> 40,0	Grado 3 de sobrepeso	Obesidad mórbida

Fuente: Organización Mundial de la Salud

### 3.1 Obesidad mórbida

Nos detenemos a explicar el tipo de obesidad “mórbida” ya que es la población con la que se va a trabajar en dicha investigación.

La obesidad se torna "mórbida" cuando alcanza el punto en que eleva de manera significativa el riesgo de una o más condiciones de salud o enfermedades graves relacionadas con la obesidad (también conocidas como comórbidas) que causan una discapacidad física significativa, o incluso la muerte<sup>28</sup>.

La obesidad mórbida es una enfermedad crónica que disminuye la calidad y expectativa de vida de las personas. Es una enfermedad multicausal que no solo afecta

<sup>27</sup> Fernandez, C. (2009). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso*. Tesis para optar al título de doctora en psicología, facultad de psicología, universidad de Valencia, Valencia, España.

<sup>28</sup> Guzmán Bondik, S. (1997). Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. *Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile*, 26, 45-48.

el organismo de las personas que la padecen sino que también se ve afectada el área social, psicológica y funcional. El tratamiento de la obesidad mórbida a través de métodos convencionales en muchos casos no logra los resultados esperados. La cirugía bariátrica es una alternativa terapéutica para estas personas que les permite controlar su enfermedad y/o prevenir sus co-morbilidades<sup>29</sup>.

Cuando se estudia el tema de la obesidad mórbida también se puede encontrar el término "obesidad clínicamente grave". Los dos corresponden a descripciones de la misma condición y se pueden utilizar en forma intercambiable. Por lo regular, a la obesidad mórbida se le define como la condición en la cual la persona pesa 50 Kg. o más por encima de su peso corporal ideal o tiene un Índice de Masa Corporal de 40 o superior. De acuerdo con el Informe del Consenso de los Institutos Nacionales de Salud (de Estados Unidos), la obesidad mórbida es una enfermedad grave y se le debe tratar como tal. Es una afección crónica, lo cual significa que sus síntomas se van acumulando poco a poco durante un lapso de tiempo prolongado<sup>30</sup>.

La obesidad mórbida es la forma más temible del exceso de peso, además de disminuir la expectativa de vida causa discapacidad, minusvalía y problemas de exclusión social. Sus efectos a nivel colectivo es un problema de salud pública en muchos países y se ha ido incrementando como efecto de los cambios en las costumbres sociales y alimentarias. El Doctor del Centro Quirúrgico de Obesidad de Lima-Peru, ( Manrique, 2012) afirma que existen 4 características principales de la obesidad mórbida:

- a) Es una enfermedad y hay que tratarla como tal. No depende en absoluto de la voluntad del paciente para poder conseguir un peso normal y solo un especialista en la materia puede ayudarlos.
- b) Es una enfermedad grave, porque se acompaña de múltiples complicaciones ( co-morbilidades) que no se curan sin resolver la obesidad, tales como diabetes tipo II, hipertensión arterial, apnea del sueño, cardiopatía, artropatía, depresión, y múltiples condicionantes psico-sociales. Predispone la aparición de cáncer, acorta la expectativa de vida, es invalidante, provoca rechazo social y aislamiento individual.

---

<sup>29</sup> Lasagni, V (2012). Estado psicológico de los postulantes a cirugía bariátrica. *Bariatría & Metabolica Ibero Americana*.3. (10), 118 – 124.

<sup>30</sup> Lasagni, V (2012). Estado psicológico de los postulantes a cirugía bariátrica. *Bariatría & Metabolica Ibero Americana*.3. (10), 118 – 124.

- c) Es una enfermedad potencialmente mortal. Hay un riesgo de muerte dos veces mayor en las mujeres y tres veces mayor en el caso de los hombres. Hay un riesgo de 5 a 7 veces mayor de sufrir un infarto o diabetes.
- d) Es una enfermedad crónica, es decir, para toda la vida. Cuando los tratamientos médicos y nutricionales han fallado, solamente la cirugía puede lograr un descenso de peso satisfactorio, mantenerlo en el tiempo y eliminar o curar las comorbilidades.

La obesidad mórbida se asocia con patologías graves, como diabetes, hipertensión, síndrome de Pickwick, insuficiencia cardiopulmonar, apnea del sueño, artritis incapacitante, pseudo-tumor cerebral, síndrome de ovarios poliquísticos, infertilidad, incontinencia de esfuerzo y enfermedad por reflujo gastroesofágico, entre otras. A la mayoría de los individuos con obesidad mórbida les resulta difícil encontrar empleo: las empresas conocen sus altas tasas de absentismo y sus gastos sanitarios elevados. Quizás a causa de su aislamiento y de los casos de abuso frecuentes, alrededor del 25% de los obesos necesitan atención psiquiátrica formal. Es habitual la muerte prematura.<sup>31</sup>

#### 4. Datos epidemiológicos

La obesidad es una enfermedad crónica no transmisible que se ha incrementado de forma alarmante en las últimas 2 décadas, tanto en el número de individuos como en el grado de obesidad que padecen y alcanza los valores de una verdadera pandemia.

Según los datos y cifras arrojados por la OMS, desde el periodo de 1980 - 2008 la obesidad en el mundo se ha duplicado. En el 2008, 1400 millones de adultos mayores de 20 años tenían sobrepeso, de los cuales más de 200 millones eran hombres y cerca de 300 millones eran mujeres.

En el 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. Los niños con sobrepeso tienen muchas probabilidades de convertirse en adultos obesos y en comparación con los niños sin sobrepeso, tienen más

---

<sup>31</sup> Savino, P. (2011). Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. *Revista Colombiana de Cirugía*, 26(3), 180-195.

probabilidades de sufrir a edades más tempranas diabetes y enfermedades cardiovasculares, que a su vez se asocian a un aumento de la probabilidad de muerte prematura y discapacidad.

Las estadísticas sanitarias mundiales 2012 de la OMS prevén que, para el año 2015, aproximadamente 2.300 millones de adultos presentarán sobrepeso y 700 millones serán obesos. También estima que para el 2030 7 millones de personas perderán la vida a causa de enfermedades no transmisibles debido a factores de riesgo comportamentales y físicos como el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad. Dicha enfermedad provoca al menos 2,8 millones de fallecimientos anuales en todo el mundo y afecta más a mujeres que a los hombres. La epidemia de obesidad no se restringe a sociedades desarrolladas, de hecho, su aumento es con frecuencia más rápido en los países en vías de desarrollo<sup>32</sup>.

El Instituto Médico Europeo de la Obesidad (IMEO, 2012) publica un resumen de las estadísticas más relevantes en términos de obesidad que se han visto reflejados en los medios durante los últimos años. Informa que el mayor índice de obesidad se encuentra en Estados Unidos y México. Los últimos estudios revelan que por primera vez México encabeza la lista de los países con mayor índice de obesidad, dejando a Estados Unidos en el segundo puesto, seguido por Nueva Zelanda, Australia y Reino Unido. En los últimos 10 años en México el porcentaje de habitantes obesos ascendió a un 69,5% sobre el total de la población. En Estados Unidos más de una tercera parte de los adultos mayores de 65 años eran obesos en 2007-2010. En 2050 se espera que el número de adultos obesos estadounidenses mayores de 65 años fuese más del doble, aumentando de 40,2 millones a 88,5 millones. El 68% de los habitantes sufre sobrepeso.

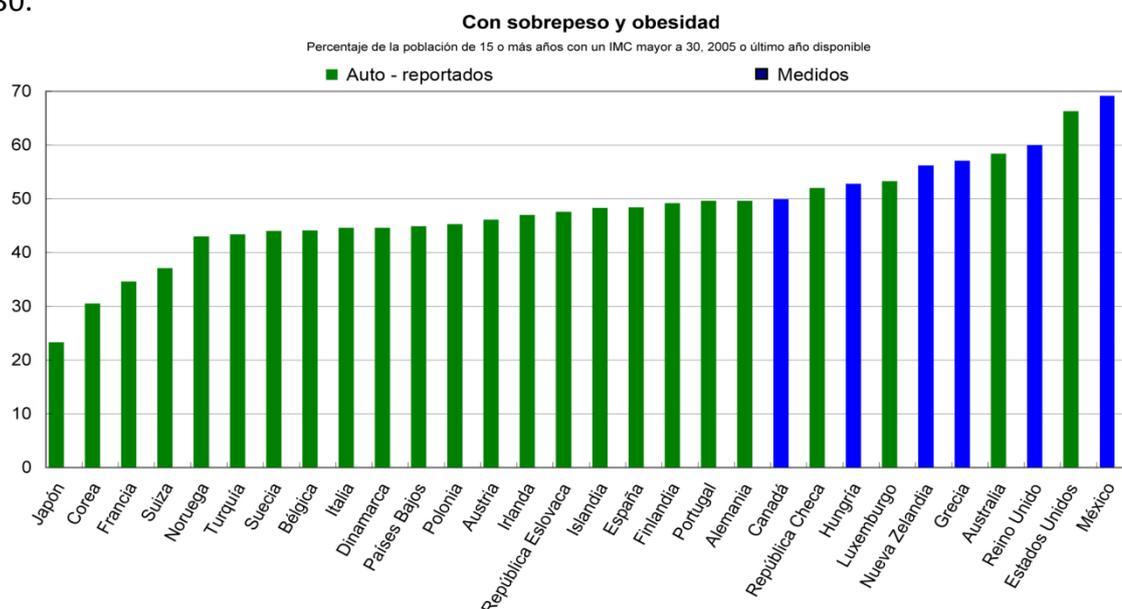
El Instituto Médico Europeo de la Obesidad (IMEO, 2012) presenta una lista de los 10 países con mayor índice de obesidad del mundo: México (69.5%), Estados Unidos (68%), Nueva Zelanda (62.6%), Australia (61.4%), Reino Unido (61.4%), Irlanda (61%), Islandia (60.2%), Canadá (60%), Chile (59.7%), Grecia (58.4%)

En Japón y Corea es donde se han registrado las tasas de obesidad más bajas. Aunque América Latina aún registra tasas de obesidad en niveles muy por debajo de los de países desarrollados como Estados Unidos, esa diferencia se irá haciendo más pequeña porque las cifras de obesidad están aumentando en la región, concuerdan los expertos.

---

<sup>32</sup> Savino, P. (2011). Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. *Revista Colombiana de Cirugía*, 26(3), 180-195.

**Grafico 1:** porcentaje de la población mundial mayores de 15 años con un IMC mayor a 30.



Fuente: Instituto Médico Europeo de la Obesidad (IMEO)

Otros datos relevantes que aporta el Instituto Médico Europeo de la Obesidad (IMEO, 2012):

- La crisis económica es la culpable del aumento de casos de obesidad a nivel mundial, ya que ha empujado a los consumidores a buscar productos más baratos, y en consecuencia, menos nutritivos, revela el informe Generación XXL.
- El 31 % de los pacientes con obesidad presenta ansiedad y un 35 % antecedentes de un trastorno depresivo, según un estudio realizado por la unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid.
- La obesidad está relacionada con seis de cada diez muertes debidas a enfermedades no contagiosas y reduce en diez años la vida de quienes la padecen.
- Una persona obesa incurre en un 25% más los gastos de salud que una persona de peso normal en un año determinado. La obesidad es responsable de 1-3% del gasto sanitario total en la mayor parte de países de la OCDE países (5-10% en los Estados Unidos).
- Mujeres sin formación académica son dos a tres veces más propensas a tener sobrepeso que las que tienen estudios superiores, mientras estas diferencias no se observan entre los hombres.

A partir de la revisión bibliográfica se pudo detectar que a pesar de los datos estadísticos presentados, el lugar en el mundo con mayor obesidad es Nauru, una pequeña isla océano pacífico al noreste de Australia que tiene el 95% de su población con obesidad. Dicha isla es reconocida como “la isla de los obesos”. Este dato no figura en los principales ranking de países obesos debido a que presenta una población pequeña de 14.000 habitantes. Es el tercer país más pequeño y menos poblado de la tierra. No cuenta con ríos ni lagunas, ya que estas han sido disecadas para seguir explotando el fosfato que tanto necesita la población para sobrevivir. Nauru, la isla estado más pequeña de todo el mundo, es ampliamente conocida por el gran peso de sus habitantes. Hablar de este país es hablar de un gran problema de salud pública de enormes dimensiones: 9 de cada 10 habitantes tiene sobrepeso u obesidad. De media, los hombres adultos ingieren 7.500 kcal diarias y las mujeres adultas 5.000 kcal. Como consecuencia de lo anterior: Alrededor del 30% de la población de Nauru sufre diabetes tipo II y otro tanto de hipertensión y arteriosclerosis. Las muertes asociadas a la obesidad (de causa cardiovascular principalmente) son la norma, con unas cifras de infartos cardíacos increíblemente elevadas. Los estragos que el sobrepeso y la obesidad causan en la población provocan que la esperanza de vida sea de 58 años en los hombres y de 65 en las mujeres. La situación de Nauru ha sido extensamente estudiada por numerosos investigadores y aún hoy, sigue siendo centro de atención en el estudio de la obesidad. El 90% de la isla está cubierta de depósitos de fosfato, que dificultan la implantación de la agricultura. En su lugar, obtienen la mayor parte de la comida a través de la importación de alimentos procedentes de Australia y Nueva Zelanda. La mayoría de estos alimentos importados son carnes y dulces ricos en grasas y azúcares simples<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Montero, J. (2001). *Obesidad: una visión antropológica*. Buenos Aires, Argentina: Departamento de Ciencias Médicas, Instituto y Cátedra de Historia de la Medicina.

#### 4.1. Obesidad en la Argentina

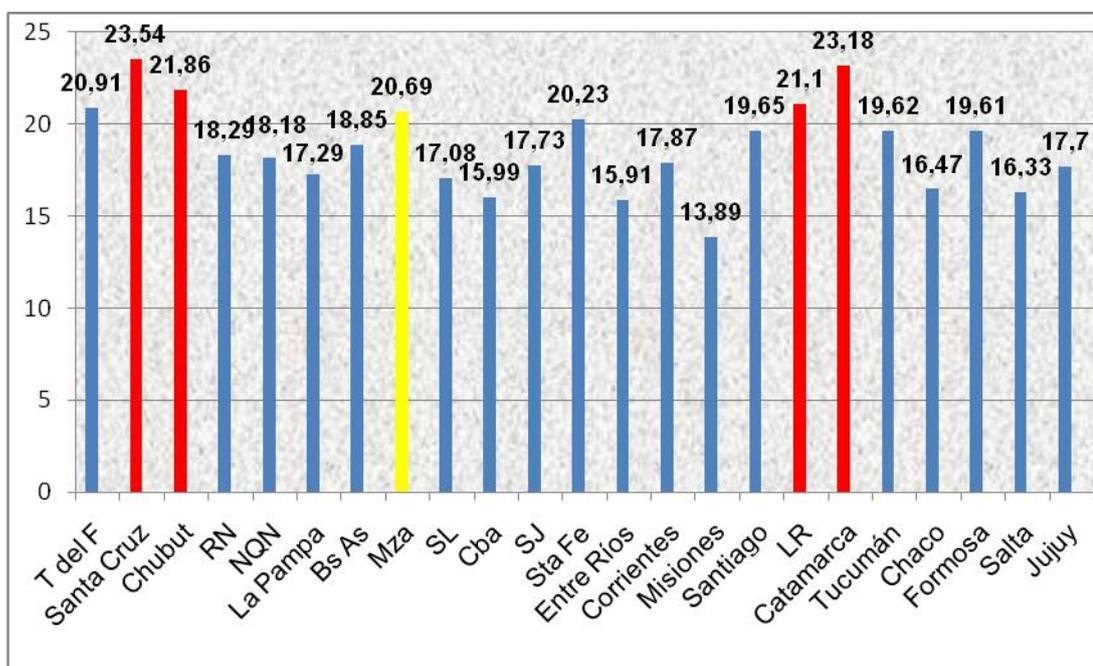
En la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005-2009, realizada por el Ministerio Nacional de Salud, se observó que más de la mitad de la población argentina, exactamente el 53,4% tiene exceso de peso (sobrepeso y obesidad). El porcentaje promedio de obesidad en el país trepó del 14,6% en 2005 al 18% en 2009<sup>34</sup>. En Santa Cruz la obesidad alcanza un 23,54% de su población, situándose como la provincia con mayor obesidad en el país. A esta le sigue Catamarca con un 23,18%, Chubut con un 21,86%, ubicándose Mendoza en el quinto lugar con un 20,69% de su población obesa. Existe en el país un predominio de mujeres obesas 19% sobre hombres 17%<sup>35</sup>. Existe desde 2008 una ordenanza para la creación de “quioscos saludables” que propone que la escuela sea el ámbito desde donde se trabaje la alimentación junto con el ejercicio físico para prevenir la obesidad. Sin embargo, no se conoce la incidencia de esta medida. En otras investigaciones en nuestro país revelan que las personas con sobrepeso/obesidad poseían un nivel de instrucción inferior al de la población con peso normal<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> Acosta Seró, O (2009, junio 24) Más de la mitad de la población argentina sufre sobrepeso y obesidad. *La gaceta*. S3

<sup>35</sup> Ferrante, D. Linetzky, B. Konfino, J. King, A., Virgolini, M. Laspiur, S. (2011). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(6), 34-41.

<sup>36</sup> Elgart, J. Pfirter, G. Gonzalez, L (2012). Obesidad en la Argentina: epidemiología, morbimortalidad e impacto económico. *Revista Argentina salud pública*. 5 (1), 6-12.

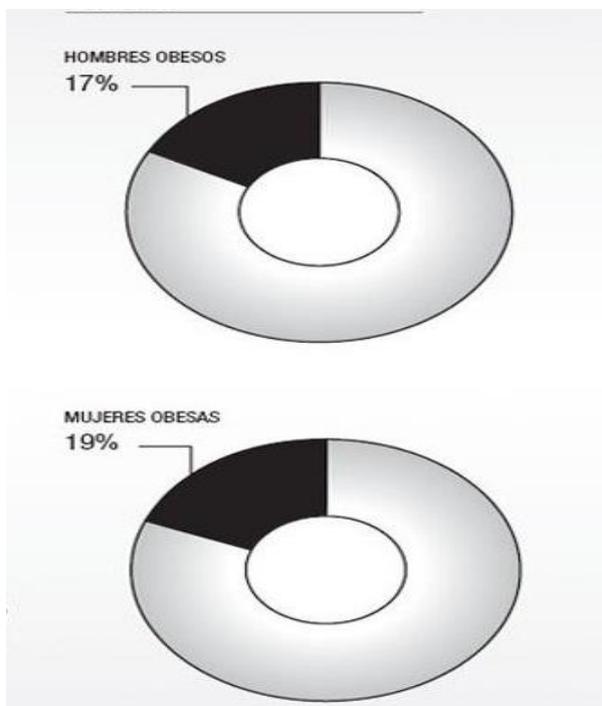
**Gráfico 2:** Prevalencia de Obesidad en las Provincias de ARG (%)

Fuente: Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT, Año 2009, Ministerio de Salud de la Nación

En el país, la obesidad prevalece en mujeres adultas de mediana edad, entre los 50 y 64 años (27,3 %). Otro dato importante de la encuesta nacional es que en el mismo período creció la inactividad física en el país: subió del 46,2% al 54,9%, mientras que descendió la ingesta diaria de frutas y verduras cayó entre uno y tres puntos porcentuales en un lustro<sup>37</sup>.

<sup>37</sup> Ferrante, D. Linetzky, B. Konfino, J. King, A., Virgolini, M. Laspiur, S. (2011). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(6), 34-41.

**Grafico 3:** Índices promedios de obesidad en el país por sexo.



Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005-2009

La Ley de Obesidad 26.396 declara la obesidad como una enfermedad que debe ser cubierta por el plan médico obligatorio (PMO) por las obras sociales y las prepagas, lo que incluye la cobertura de tratamientos ambulatorios y quirúrgicos.

## **Capítulo II**

### **Psicología y obesidad**

## 1. Aspectos psicológicos de la obesidad

A lo largo del tiempo se ha sostenido que factores causales asociados al desarrollo de obesidad son la ingesta excesiva de calorías y patrones de conducta sedentarios, es por esto que el tratamiento para la obesidad se basó durante mucho tiempo en dos pilares fundamentales: los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física. Aún hoy, son muchos los profesionales de la salud que basan el tratamiento solo en estos principios. Pero esta es una mirada estrecha y reduccionista. La modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, pero es necesario prestar atención a otras variables. Los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, y por lo general no se abordan. Estos factores psicológicos, precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos (una alimentación excesiva para lo que son las necesidades energéticas personales) y deben ser tomados en cuenta<sup>38</sup>. En este apartado se hará referencia a los factores psicológicos dejando los aspectos familiares para el capítulo siguiente.

Como búsqueda de una respuesta al constante enigma que plantea la obesidad, desde sus factores etiológicos hasta su abordaje y tratamiento, es que diversos autores han investigado la existencia de una personalidad que predisponga, favorezca o determine esta enfermedad. Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, estos sufren con gran frecuencia, diversos trastornos psicológicos respecto de los sujetos no obesos<sup>39</sup>.

La obesidad está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, sin embargo, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Pero, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, este hecho puede evaluarse desde la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico.

Desde el punto de vista psicológico, dar una definición del término obesidad parece ser bastante complejo, aunque con sólo ver a un sujeto, sin necesidad de pesarlo,

---

<sup>38</sup> Silvestri, E. Staville, A. Hirschmann, J. J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300 (3), 13-22

<sup>39</sup> Chandler, E. Bernardo, R. (2002). Obesidad: aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales. *Revista Actualidad Psicológica*, 1, 5.

sabemos si es o no un obeso. Según Moliner (1991, citado en Chiozza 2008) “obesidad” es la cualidad de *obeso*, y “obeso” (que proviene del latín *obesus*) significa *gordo*. Esta autora aclara que, en el uso cotidiano, el término “obeso” tiene la connotación de anormalmente gordo y que “obesidad” se utiliza particularmente para designar un estado patológico. Es decir que “gordo” y “obeso” son en sus orígenes sinónimos, pero en su uso actual poseen un significado ligeramente diverso. Mientras que la gordura es una cualidad del ser, la obesidad es, particularmente, un estado anormal o patológico, en otras palabras, una enfermedad<sup>40</sup>. Frente a esto el autor abre los siguientes interrogantes ¿qué hace que una gordura sea patológica? ¿A partir de cuándo (o cuánto) un gordo deja de ser normal para comenzar a estar enfermo?. Dado que la vida es ante todo equilibrio (sea entre acidez y alcalinidad, entre catabolismo y anabolismo o entre Eros y Tánatos), todo exceso que sobrepase el óptimo atentará contra la vida y será enfermedad y muerte; se trate de oxígeno, de dinero o de tejido adiposo. Pasado un cierto límite, la cantidad se transforma en cualidad; precisar ese límite no es tarea fácil. La acumulación de tejido adiposo es un recurso normal y saludable y nada demuestra que el mecanismo de almacenamiento de la grasa en el obeso difiera del mecanismo normal, excepción hecha de la cantidad<sup>41</sup>.

En Chile (Rojas, 2001) se realizó una investigación que relacionan personalidad con obesidad mórbida, en la misma no se ha encontrado asociación de la obesidad mórbida con un estilo de personalidad específico, señalándose diversos perfiles con gran heterogeneidad.

Por su parte, (Chaguan, 2009) encuentra en dichos pacientes, una alta represión emocional y dificultad de manifestar necesidades afectivas, así como elementos de personalidad inseguros, dificultades emocionales, destacando las tendencias depresivas y ansiosas.

Otras investigaciones destacan la dificultad que tiene el obeso para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo distinguir hambre de saciedad ni hambre de otras emociones que le embargan cotidianamente. La consecuencia de esto, es el comer como respuesta a las emociones más diversas. Esta conducta en el adulto, ahora activa, repite su trauma específico temprano: haber sido alimentados cuando

---

<sup>40</sup> Chiozza, L. (2008). Las fantasías adiposas en la obesidad. En L. Chiozza, (Ed), *Afectos y afecciones 3: los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo*( 99 – 152). Buenos Aires: libros el Zorzal.

<sup>41</sup> Chiozza, L. (2008). Las fantasías adiposas en la obesidad. En L. Chiozza, (Ed), *Afectos y afecciones 3: los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo*( 99 – 152). Buenos Aires: libros el Zorzal.

manifestaban a sus madres un estado de tensión interna, independientemente de cuál fuese la que los embargaba<sup>42</sup>.

Una de las conductas psicopatológicas características del obeso es la sobre-ingesta de alimentos mediante atracones, el llamado Binge Eating Disorder (BED) o trastorno por atracón, para disminuir la ansiedad. El BED es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por el consumo de grandes cantidades de comida en un periodo relativamente corto, con la sensación subjetiva de pérdida de control y sin una conducta compensatoria<sup>43</sup>. Este se observa aproximadamente entre un 19% y un 33% de los obesos que acuden a cirugía, seguidos por la bulimia nerviosa en un 1,6%<sup>44</sup>. Máximo Ravenna habla de una personalidad adictiva, sostiene que si se buscan factores comunes en las distintas personalidades se encuentran construcciones subjetivas semejantes a la de los adictos y sufrientes de enfermedades crónicas. Describe la personalidad adictiva como aquella que no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular relacionado con factores químicos (neurotransmisores y neuroreceptores) conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo. La enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados<sup>45</sup>:

- a) *objeto droga*: si bien la comida no tiene efectos tóxicos inmediatos ingerida en exceso abandona su función nutricional y placentera para transformarse en un elemento tóxico generando dependencia, enfermedad física y psíquica.
- b) *la persona*: una de las características de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta, ni con su cuerpo ni con su comportamiento, actuando en forma demandante, invasora y a la vez se deja invadir.
- c) *la familia*: ciertas familias fomentan la adicción desde etapas tempranas, sobre todo aquellas donde está alterada la relación entre unos con otros.
- d) *factores socioculturales*: la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño. En una etapa final las conductas son automáticas y manejadas por las emociones. “La comida no es adictiva, sí lo es la conexión del individuo con ella”

<sup>42</sup> Silvestri, E. Staville, A. Hirschmann, J. J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300 (3), 15.

<sup>43</sup> Bustamante, F. Williams, D. Vega, C. Prieto, D. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 58(6), 481.

<sup>44</sup> Bustamante, F. Williams, D. Vega, C. Prieto, D. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 58(6), 482-483.

<sup>45</sup> Ravenna, M. (2004). El espejo (aspecto psicológico). En E. Fernandez (Ed.), Una delgada línea entre el exceso y la medida (pp 101 – 110). Buenos Aires: Galerna.

Desde un punto de vista psicoanalítico (Chiozza, 2008) se propone un cambio radical en la filosofía con la cual se intenta abordar el problema de la causa de la obesidad; el autor plantea que comer ya no es la “causa” y el aumento de grasa no es el “efecto”, sino que comer pasa a ser un *medio* y el aumento de grasa su *meta* o *finalidad*. De esta manera la pregunta por la causa de la obesidad cede su lugar a la pregunta por aquello que la *motiva*.

Lipowsky (1967) describe seis categorías de significados de la enfermedad que pueden aplicarse al obeso mórbido y a su manera de enfrentar esta patología:

- a) *La obesidad como desafío*: La persona desarrolla estrategias de afrontamiento activas y de carácter adaptativo.
- b) *La obesidad como amenaza*: La persona vive su enfermedad como una situación amenazante, como algo que interrumpe su integridad. Se dificulta el afrontamiento de la misma.
- c) *La obesidad como enemigo*: Es una invasión de fuerzas externas e internas que alcanzan al organismo. Genera ansiedad, miedo, irritabilidad. Se rinden a la enfermedad.
- d) *La obesidad como refugio*: La enfermedad puede suponerle un alivio, debido a que la vida les ha sido difícil, es una fuente de frustraciones y les proporciona pocas satisfacciones. La enfermedad, entonces, les da la oportunidad de encerrarse en sí mismos y abandonar relaciones insatisfactorias, exigentes o frustrantes. De esta forma obtienen atención y apoyo.
- e) *La obesidad como ganancia*: Muchos pacientes utilizan su enfermedad como instrumento para conseguir mayor atención y disponibilidad por parte de los demás, fundamentalmente del núcleo familiar. En otras ocasiones la utilizan para obtener compensaciones de tipo laboral o económico.
- f) *La obesidad como castigo*: Estos pacientes atribuyen a la enfermedad la connotación de “castigo divino” por algún daño cometido en el presente o en el pasado, lo que determina que estos pacientes generalmente adopten posturas de resignificación y pasividad y que se nieguen a enfrentarse a la enfermedad.

## 2. El obeso mórbido

*La cantidad del tejido adiposo nos relata una historia que es propia, individual, singular, de una persona que muestra a través de su enfermedad duradera, grave e intensa, ciertos dolores y frustraciones que no ha podido manejar hasta ahora de otro modo.*

*Ana María Cappelletti.*

Las personas que padecen obesidad mórbida generalmente traen consigo una larga historia de sobrepeso desde la infancia o adolescencia. El 75 % de los obesos que van a cirugía lo han sido desde la infancia. En estas personas hay una alta prevalencia de psicopatología, ya que desde niños son víctimas frecuentes de discriminación. Los niños obesos suelen recibir menor atención, amor y cuidado de sus maestros, frecuentemente aprenden a odiarse a sí mismos debido a la presión social que deben soportar. Hay una relación entre la depresión y el tiempo que se ha estado obeso, cuánto más tiempo el paciente padece obesidad, los estudios muestran puntajes más altos de depresión, en comparación con obesos desde la adolescencia o la edad adulta. Similar asociación existe entre el tiempo de obesidad y el control de los impulsos con la comida<sup>46</sup>.

Cuando las personas obesas empiezan a pensar en la cirugía como una opción de tratamiento es muy probable que ya hayan tenido una historia de reiterados tratamientos para bajar de peso, generalmente dietas hipocalóricas estrictas (con aumento de depresión, ansiedad, atracones, etc.), efecto yo – yo (bajadas y subidas de peso al realizar estos tratamientos, generalmente con mayor reganancia de peso cada vez), con un aumento de la frustración luego de cada intento, utilización de medicamentos “homeopáticos”, que generalmente contienen drogas que alteran dramáticamente el equilibrio emocional del paciente. Esto provoca personas obesas que traen consigo una larga historia de tratamientos frustrados, lo que genera que se sientan: culpables, avergonzados, insatisfechos, criticados por su fracaso, etc. Esta larga historia de tratamientos y malos hábitos desarrollados desde edades tempranas provoca conductas alimentarias desordenadas y “tóxicas” que se manifiestan, generalmente, como obesidad mórbida. Si a esto se le suma la permanente

---

<sup>46</sup> Ackermann, M. Cappelletti, A. (2011). Modulo 5: Aspectos nutricionales y psicológicos del manejo peri operatorio. Posgrado de cirugía bariátrica. *Nutrinfo.com*.

discriminación social que sufren por su estado de obesidad, no sería extraño suponer la existencia de trastornos emocionales.<sup>47</sup>

Algunas personas obesas (Goleman 2000, citado en Ambrosi, 2009) no puede sentir la diferencia entre sentirse cansadas, enojadas, preocupadas, ansiosas o hambrientas, frente a esto juntan todos estos sentimientos en un único significado que es el hambre, lo que los conduce a ingerir mucha comida cada vez que tienen alguna de estas sensaciones. Esta ingesta las realiza frente a situaciones placenteras como situaciones displacenteras, sirviéndole esto como excusa para justificar su comportamiento. Las excusas son una característica típica del obeso, acuden a ellas para no enfrentarse a la realidad tal como es, ya que esto implicaría asumir los riesgos que trae.

La exteriorización de la obesidad la hace inocultable, lo que obliga al obeso a vivir y a comportarse de una manera diferente. Las consecuencias negativas de la imagen obesa son tan impactantes que puede afectar adversamente la calidad de vida del individuo que la padece, aunque su exceso de peso no sea tan severo como para dar lugar a complicaciones clínicamente significativas<sup>48</sup>.

### 3. Alteraciones psicológicas en la obesidad

No existen estudios que demuestren mayor prevalencia de psicopatología en personas con obesidad. Sin embargo, el estigma de ser obeso puede cobrar su cuota a nivel de la salud emocional, siendo las repercusiones psicológicas una consecuencia más de la enfermedad. La obesidad aparece asociada con problemas específicos que pueden afectar la calidad de vida y el tratamiento, ya que no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a psicopatologías como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> Ackermann, M. Cappelletti, A. (2011). Modulo 5: Aspectos nutricionales y psicológicos del manejo peri operatorio. Posgrado de cirugía bariátrica. *Nutrinfo.com*.

<sup>48</sup> Montero, J. C. (2001). Obesidad: una visión antropológica. *Buenos Aires, Argentina: Departamento de Ciencias Médicas, Instituto y Cátedra de Historia de la Medicina*.18 – 21.

<sup>49</sup> Silvestri, E. Stavile, A. Hirschmann, J. J.(2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300 (3), 13-22.

Lo obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos. De esta manera, según su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatología y en algunos casos trastornos alimentarios. Sumado a todo esto, están las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas hipocalóricas estrictas, con de los ciclos de pérdida-recuperación de peso (efecto yo – yo), que los hacen sentir culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, logrando conducir al obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo<sup>50</sup>.

El estudio SOS (Swedish Obese Subjects) evaluó 1.743 obesos severos de ambos sexos. Los niveles de ansiedad y depresión fueron 3 a 4 veces mayores entre obesos que entre quienes no lo fueron y clínicamente la ansiedad, la depresión y los inconvenientes sociales fueron el doble. La imagen corporal fue mayor predictor de depresión y problemas sociales relacionados con la obesidad y a pesar que la depresión clínica es frecuente en los obesos la mayoría de los autores opinan que psiquiátricamente no difieren de los que no lo son. Cuando el exceso de peso es importante algunos pacientes llegan a percibir su imagen como horrorosa y deforme y se sienten blanco de actitudes hostiles y de manifestaciones de desagrado por parte de los demás.

En estos sujetos la obesidad llega a constituirse en el centro de su sistema de valores, del cual se excluyen otras cualidades como la inteligencia o la simpatía. El individuo puede desarrollar actitudes "evitativas" de ciertas situaciones que le resultan particularmente desagradables, como mirarse al espejo, tomarse fotos, comprar ropa, ir a la playa, piletas, pesarse, etc. No llama entonces la atención que los trastornos emocionales, como la depresión sean más frecuentes en aquellos pacientes que demandan ayuda para controlar su enfermedad, cuando son comparados con los obesos que no buscan tratamiento o aquellos que pertenecen a comunidades en las que la discriminación frente al sobrepeso no es tan intensa, a partir de esto se podría decir que la mayor carga que el obeso soporta, es la psicológica.<sup>51</sup>

Existen algunos trastornos psiquiátricos que están relacionados a la obesidad, tales como el síndrome del "comer nocturno" se define como el consumo de al menos 25%

---

<sup>50</sup> Buschiazzo, D. Saez, C. (1997). Obesidad: Factores Psiquiátricos y Psicológicos. *Boletín de la Escuela de Medicina*, (26), 1, 38-41.

<sup>51</sup> Montero, J. C. (2001). Obesidad: una visión antropológica. *Buenos Aires, Argentina: Departamento de Ciencias Médicas, Instituto y Cátedra de Historia de la Medicina*. 18 – 21.

(generalmente más de 50%) de la energía entre la cena y el desayuno del siguiente día; es un trastorno de la alimentación del obeso que se acompaña de alteraciones del sueño y ha sido considerado como un componente de la apnea del sueño. Ocurre en 10%-64% de los sujetos obesos. Otro trastorno característico de la obesidad es el trastorno alimentario por atracón, explicado anteriormente.<sup>52</sup>

Es importante evaluar en el paciente obeso mórbido, la existencia de sintomatología psicológica y en el nivel en que se encuentra, para poder conocer las variables que pueden afectar en la pérdida de peso. La sintomatología y comorbilidad esta generalmente asociado a la duración y severidad de la obesidad, el malestar psicológico podría ser causa y /o efecto de la obesidad<sup>53</sup>. A continuación se mencionan algunas de las alteraciones psicológicas características de la obesidad:

### 3.1. Imagen corporal distorsionada.

La imagen corporal es una construcción psicológica, multifacética, subjetiva, compleja y dinámica, incluye representaciones consientes o inconscientes del cuerpo, influenciado por factores históricos, culturales y sociales y que condiciona nuestros pensamientos, emociones y conductas. La construcción de la imagen corporal viene acompañada de una diversidad de factores<sup>54</sup>.

La obesidad es un problema heterogéneo y complejo, que se ve incrementado con la insatisfacción de la imagen corporal que representa una fuente importante de comorbilidad a nivel psicológico. Una percepción negativa de la imagen corporal, está asociada a varias consecuencias psicosociales como son la depresión, problemas en el funcionamiento ocupacional, mal funcionamiento sexual, baja autoestima y pobre calidad de vida<sup>55</sup>.

---

<sup>52</sup> Hernández Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140 (2), 31.

<sup>53</sup> Fernandez, C.(2009). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso*. Tesis para optar al título de doctora en psicología, facultad de psicología, universidad de Valencia, Valencia, España

<sup>54</sup> Taiariol, T. (2012). La imagen corporal del paciente bariátrico antes y después de la cirugía interpretada a través del la Prueba Proyectiva. Dibujo de una persona. Primera parte. *BMI, Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 2(3).

<sup>55</sup> Fernandez, C. (2009). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso*. Tesis para optar al título de doctora en psicología, facultad de psicología, universidad de Valencia, Valencia, España

En la construcción de autoimagen de la persona obesa existe todo un sistema de creencias, ya sean transmitidas desde la cultura de occidente, pasando por la religión cristiana que supo dejar su impronta hasta nuestros días, familia, cultura y sociedad actual influyen en esta construcción. Estos eslabones invisibles tienden a forjar y marcar el concepto que el obeso tiene de sí, ya que, el sujeto grueso del que se habla, rompe los axiomas clásicos de armonía, simetría y belleza. Desde las enseñanzas cristianas, en los pecados capitales uno de ellos representa “la gula”, esta impronta superó la barrera de lo personal y de la época para impactar en el imago colectivo, dejando entrever en el invisible social que lo gordo viene acompañado de sucio, pecaminoso y trasgresor. A estos factores también se le suma el aporte poblado de mensajes implícitos y explícitos de los paradigmas actuales de la cultura y sociedad, la delgadez, es símbolo y sinónimo de belleza, éxito y eterna juventud y el aporte de la familia del obeso, siendo este, el ámbito socializador por excelencia en donde los tipos de mensajes que proporcionan al niño o niña obesa, es lo que Bateson (1980), define como doble vinculo, que son las secuencias comunicacionales, imbricadas entre la lógica discursiva y la secuencia analógica del mensaje. Un ejemplo de ello: te amo... pero me rio de la redondez de tu rostro... Esta cordialidad, falseada donde un mensaje contradice al otro, forma parte de los canales discursivos de estas familias; la realidad es que le falta belleza para estos padres no deja de simbolizar una gran herida narcisista y esto no hace más que socavar subterráneamente y subliminalmente la autoimagen<sup>56</sup>.

Con todo este bagaje de influencias imbricadas y sistematizadas el sujeto obeso transita por este mundo sintiéndose un llanero solitario, el caparazón hermético de grasa solo le permite mitigar su destierro y podría decir que todas estas influencias, habilitan una autoimagen con presencia de emociones devaluadas por culpa de la apariencia física. La insatisfacción con la imagen corporal en la obesidad no solo es una motivación frecuente para intentar bajar de peso sino también puede ser motivo de un importante y significativo impedimento y malestar crónico ya que influye en los pensamientos, sentimientos y conductas repercutiendo además notablemente en la calidad de vida de quien la padece<sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> Taiariol, T. (2012). La imagen corporal del paciente bariátrico antes y después de la cirugía interpretada a través del la Prueba Proyectiva. Dibujo de una persona. Primera parte. *BMI, Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 2(3).

<sup>57</sup> Fernandez, C.(2009). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso*. Tesis para optar al título de doctora en psicología, facultad de psicología, universidad de Valencia, Valencia, España

Si bien el aumento del tejido adiposo supone un incremento del peso, no es ocioso aclarar que ese aumento no necesariamente se refleja solo en el peso global de la persona, sino también en la forma corporal. El deseo de adelgazar está unido a una cifra exacta, expresada en cantidad de kilos. En otras palabras, el peso corporal ha dejado de ser un signo para convertirse en síntoma, desplazando y ocultando al síntoma inicial, que ha motivado y todavía sostiene el deseo de adelgazar. En efecto, el deseo de adelgazar no surgió sobre la balanza sino frente al espejo. La cifra en la balanza o el talle de la ropa son “secretos” que no se hallan a la vista, a diferencia de la “forma corporal”. Cualquier varón aceptaría gustoso diez kilos siempre que se trate de músculos y no de grasa<sup>58</sup>.

Con respecto a la distorsión de la imagen corporal se encuentran resultados dispares en diferentes estudios. Dixon (2002, citado en Fernández, 2009) afirma que la intervención del *by pass* gástrico es efectiva con respecto a la mejoría en la distorsión de la imagen corporal. Por otro lado Foster (2004, citado en Fernández, 2009) afirma que la distorsión de la imagen corporal en los obesos mórbidos representa una experiencia psicológica que es independiente del peso y por lo tanto, no se ve afectado por su pérdida.

Por otro lado, otros autores (Berrocal, Ruiz & Valero, 2002) refieren que la cirugía bariátrica, o sus consecuencias, también produce efectos beneficiosos sobre parámetros comportamentales o psicológicos. Así, la mayor parte de los sujetos señala que su estado de ánimo, sus relaciones sociales y la satisfacción con su imagen corporal se han visto incrementadas, y un 35% que han mejorado sus relaciones sexuales. No obstante esto afirman que, al contrario de lo que en un principio cabría esperar, las mejoras informadas en las relaciones sociales y de pareja no se encuentran asociadas, en este trabajo, a las pérdidas de peso, ni tampoco a los cambios habidos en la imagen corporal. En general, los resultados anteriores sugieren que los cambios en parámetros psicológicos que acontecen tras la cirugía se relacionan con determinados aspectos personales que son independientes de las pérdidas ponderales de lo que en un principio cabría esperar. Tampoco la mayor satisfacción con la imagen corporal se relaciona, de forma lineal, con las pérdidas de peso. La edad de los individuos, o quizás mejor decir variables presentes en determinados grupos de edad, parecen jugar aquí un papel primordial a la hora de influir en el grado de satisfacción con la figura e imagen corporal. Cuanto más joven es el individuo más insatisfecho se encuentra con su figura, a pesar de obtener pérdidas de peso similares a los sujetos de más edad. Es

---

<sup>58</sup> Chiozza, L. (2008). Las fantasías adiposas en la obesidad. En L. Chiozza, (Ed), *Afectos y afecciones 3: los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo*( 99 – 152). Buenos Aires: libros el Zorzal.

fácil especular acerca del tipo de variables que probablemente están favoreciendo estos resultados. Las presiones socio-culturales para tener una figura estéticamente delgada ejercen su demanda de forma primordial sobre los grupos de menor edad (Rodin, 1993).

### 3.2. Ansiedad

La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. La respuesta de ansiedad se encuentra presente desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural con el que nacemos. La ansiedad no solo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes. Si la reacción de ansiedad es muy intensa ya sea porque la amenaza realmente sea enorme o porque nuestros mecanismos de respuesta ante los peligros esté desajustado, la reacción física y psicológica lejos de ayudar a hacer frente a la amenaza, se transformará en un peligro agregado. La mejor forma de reducir la ansiedad es eliminar el peligro que la ha provocado, pero no siempre es posible, en especial cuando el peligro es interno, subjetivo o inconsciente. El comer, o más exactamente masticar, al suponer un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar y triturar (actividad un tanto agresiva) se transforma en una forma de reducir la ansiedad, forma rápida y pasajera pero al alcance del obeso. Si el comer como recurso anti-ansiedad se transforma en algo habitual con el tiempo se engordará, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador<sup>59</sup>.

Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo. La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquella más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente. Este tipo de ansiedad al no ser muy elevada, consigue un

---

<sup>59</sup> Buschiazzo, D. Saez, C. (1997). Obesidad: Factores Psiquiátricos y Psicológicos. *Boletín de la Escuela de Medicina*, (26), 1, 38-41.

porcentaje de reducción importante con el acto de comer. Al ser constante su presencia y su reducción con el comer se provoca un aumento de peso<sup>60</sup>.

Ingerir alimentos, además, despierta el sistema parasimpático, que es el encargado de la relajación y de generar el sentimiento de estar plácidos y a gusto. Por ello, mucha gente encuentra que, llevándose cualquier cosa a la boca cuando está nervioso, se siente inmediatamente más tranquilo. Si se asocia la ingesta de alimentos con esa relajación, se utilizará la comida casi como un “tranquilizante natural”, aumentando cada vez más la frecuencia y cantidad de comida ingerida<sup>61</sup>.

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de ansiedad psicológica porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones posiblemente desconocidas y que además, implican ciertos riesgos. Los pacientes, al tener conocimiento de que se les tendrá que realizar cirugía, deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la situación e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. Como resultado de las alternativas de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía, la ansiedad es síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos. Dentro de los diferentes estudios que se han realizado con respecto a la ansiedad y a los procedimientos quirúrgicos, se ha encontrado que un buen manejo de esta variable repercutirá benéficamente en el paciente en diferentes aspectos dentro del circuito preoperatorio<sup>62</sup>.

A partir de un estudio realizado en Mendoza en el Centro Quirúrgico de Obesidad (Lasagni, 2012) se comprobó que los postulantes a cirugía bariátrica presentan trastorno de ansiedad mayor. La autora concluye que la obesidad se encuentra relacionada a un trastorno de ansiedad mayor por lo cual es necesario indagar sobre las causas ansiógenas que favorecen a la obesidad.

En otras investigaciones se comprobó la existencia de niveles de ansiedad en los pacientes obesos, teniendo las mujeres mayores grados de ansiedad en comparación con los hombres<sup>63</sup>.

---

<sup>60</sup> Silvestri, E. Staville, A. E. Hirschmann, J. J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300 (3), 13-22

<sup>61</sup> Taiariol, T. (2012). La imagen corporal del paciente bariátrico antes y después de la cirugía interpretada a través del la Prueba Proyectiva. Dibujo de una persona. Primera parte. *BMI, Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 2(3).

<sup>62</sup> Feixas, G. Maldonado, P. (2010). Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad pacientes quirúrgicos de banda gástrica ajustable. *Boletín de Psicología*, (99), 71-87.

<sup>63</sup> Martínez, B. Rodríguez, G. Cordero, R. González, F. Wiella, G. Millán, J. Ochoa, K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta médica grupo ángeles*, 6(4), 147.

### 3.3. Depresión

Quien sufre esta psicopatología presenta una serie de características tales como: parece incapaz de atender, percibir y procesar los estímulos y situaciones gratificantes, toda su atención y todo su trabajo interno parecen concentrarse únicamente en lo negativo, pérdida de interés por las actividades o situaciones que anteriormente resultaban gratificantes, insomnio, sentimientos de culpa, incompetencia personal, inutilidad, etc. Estas características o parte de ellas están presentes de manera permanente, no ocasional, cuya duración puede ir desde varios meses hasta varios años. Además de las características mencionadas pueden agregarse elementos biográficos y psicológicos que facilitan la aparición de la depresión<sup>64</sup>.

El comer en exceso ciertos alimentos puede contribuir a cerrarle paso a la depresión. Algunas personas sienten que aumenta su deseo de consumir chocolate, alimentos estimulantes, carne y otros productos ricos en proteínas e hidratos de carbono cuando se encuentran con un estado de ánimo decaído, sin llegar a tener una depresión severa. Estos alimentos tienen en su composición química elementos que aumentarían los niveles de serotonina, neurotransmisor que se encuentra disminuido en esta patología. Esos kilos de más producto del consumo de alimentos muy calóricos sería el precio que la persona paga por poner un dique de contención a la depresión. Esto se puede convertir en un círculo vicioso donde el comer se transforma en un acto para reducir la insatisfacción y la amenaza de depresión. Haciendo referencia al manual DSM IV, dentro de los trastornos del estado de ánimo se describe, dentro del episodio de depresión mayor, al trastorno alimenticio como uno de los criterios para su diagnóstico. Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (ej: dulces u otros hidratos de carbono)<sup>65</sup>.

Se comprobó que las personas obesas mórbidas que asisten al Centro Quirúrgico de Obesidad- Mendoza presentan un trastorno de depresión leve, a medida que aumenta el índice de masa corporal se elevan los síntomas depresivos. Es importante diferenciar aquellas manifestaciones depresivas con o sin componente ansioso que preceden a la obesidad de aquellas que resultan como consecuencia de la misma, ya que la

---

<sup>64</sup> Silvestri, E. Staville, A. Hirschmann, J. J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300 (3), 13-14.

<sup>65</sup> Silvestri, E. Staville, A. E., Hirschmann, J. J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300 (3), 13-22

depresión como cuadro psicopatológico independiente de la obesidad dificulta los cambios de actitudes y conductas y favorece las recaídas<sup>66</sup>.

En una investigación realizada en Chile (Martinez, et al, 2008) se encontró que hay mayores niveles de depresión en mujeres con sobrepeso u obesidad que en hombres. Por otro lado, se determinó que a pesar de que los pacientes quirúrgicos tienen un mayor IMC no existen diferencias con los no quirúrgicos en relación a niveles de depresión, ansiedad y algunos aspectos de calidad de vida.

A partir de un estudio (Mohammad y Lindström, 2005 citado en Martinez, et al, 2008) en el que se intentó demostrar la relación que existe entre depresión, bienestar físico y satisfacción con la imagen corporal; se comprobó que los pacientes obesos presentan niveles de depresión y ansiedad leves; no obstante esto, se pudo corroborar a partir de la entrevista clínica que los rasgos depresivos tienden a ser de moderados a severos, lo cual implica que pueden llegar a tener una actitud defensiva y negadora ante la exposición a su problema de obesidad, esto se puede corroborar con la insatisfacción encontrada en su calidad de vida. A partir de esto se determinó que a mayor depresión menor bienestar físico (mayores achaques, molestias y dolores) y poca satisfacción con la imagen corporal en los pacientes obesos.

### 3.4. Trastorno en la alimentación.

Uno de los aspectos más estudiados en los pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica, ha sido la conducta alimentaria y los trastornos asociados a ella debido a los riesgos que comporta. Las investigaciones realizadas han identificado varios patrones alimentarios alterados en la población obesa. Dentro de los trastornos de alimentación, los trastornos por atracón, es uno de los trastornos más característicos de la obesidad, junto a la ingesta compulsiva nocturna<sup>67</sup>.

El trastorno por atracón es definido por la ingesta de grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, con una sensación de pérdida de control sobre lo que se come y cuanto se come, seguido por sentimientos de culpa y por una sensación de enojo, desesperación y decepción por no poderse controlar. Dicho trastorno por atracón dentro del DSM IV está incluido en “los trastornos de

---

<sup>66</sup> Lasagni V (2012). Estado psicológico de los postulantes a cirugía bariátrica. *Bariatría & Metabolica Ibero Americana*.3. (10), 118–124.

<sup>67</sup> Fernandez, C.(2009). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso*. Tesis para optar al título de doctora en psicología, facultad de psicología, universidad de Valencia, Valencia, España.

alimentación no especificados”, no está relacionado con conductas compensatorias de la bulimia nerviosa<sup>68</sup>.

Otra alteración de la conducta alimentaria que se ha podido identificar como característica en la obesidad (Green et al, 2004 citado en Fernández, 2008) es la ingesta compulsiva nocturna, entendida como episodios repetidos de ingestas de pequeñas cantidades de comidas en un largo periodo de tiempo con una sensación de pérdida de control y consumo de alimentos en respuesta a desencadenantes emocionales.

Un estudio realizado en Chile sostiene que la sobre-ingesta de alimentos mediante atracones, el llamado Binge Eating Disorder (BED) o trastorno por atracón, es el más prevalente de estos trastornos y se observa aproximadamente entre un 19% y un 33% de los obesos que acuden a cirugía, seguidos por la bulimia nerviosa en un 1,6%<sup>69</sup>. Otras investigaciones (Elizagárate y Ezcurra, 2001 citado en Montt, Koppmann y Rodríguez, 2005) señalan que los diagnósticos más prevalentes en las personas con obesidad mórbida son: trastorno por atracones (30%), trastornos afectivos, trastornos adaptativos (15,2%) y trastornos de personalidad (10%).

Los resultados obtenidos en Mendoza en el Centro Quirúrgico de obesidad (Lasagni, 2012) afirman que con respecto al indicador de desorden alimentario se observa que los resultados obtenidos se encuentran en el límite del punto significativo, no llegando a demostrar trastornos en la alimentación. No obstante esto la autora aclara que debería evaluarse la sensibilidad del test utilizado para medir esta variable.

### 3.5. Calidad de vida

Calidad de vida es un concepto difícil de definir. La calidad de vida es una variable es multidimensional, subjetiva y está relacionada a un constructo hipotético de lo que es calidad<sup>70</sup>.

Las condiciones del ambiente en que se desenvuelve una persona influyen en su percepción en cuanto a su funcionamiento, así como al propio bienestar psicológico, físico o social. La obesidad es una enfermedad que además de provocare limitaciones físicas trae consecuencias psicopatológicas. Las personas obesas, después de una larga

---

<sup>68</sup> García, C. (2002). Trastornos por atracón y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*,17,(1),55-59.

<sup>69</sup> Bustamante, F. Williams, D. Vega, E. Prieto, B. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 58(6), 481-485.

<sup>70</sup> Velásquez, V. Alvarenga, J. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9(2), 95.

historia de tratamientos frustrados para la obesidad, se sienten culpable, avergonzado, inadecuado y criticado por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, esto genera que el obeso puede desarrollar determinadas patologías psiquiátricas como ansiedad o depresión. Por todo esto, debe ser indudable que los estudios en calidad de vida indiquen que los sujetos obesos tengan alteraciones en la percepción de su función física y psicosocial<sup>71</sup>.

La discriminación social afecta adversamente la salud mental y por lo tanto su calidad de vida física y psicológica. Los numerosos estudios sobre calidad de vida y obesidad mórbida marcan claramente una diferencia significativa entre antes y después de la cirugía bariátrica en los obesos mórbidos<sup>72</sup>.

En Mendoza en COQ (Lasagni, 2012) se evaluó el concepto que tienen las personas con obesidad mórbida sobre su calidad de vida durante el periodo pre-operatorio, a partir de la aplicación del cuestionario de calidad de vida SF 36. En base a esto concluyo que las personas evaluadas perciben un bajo nivel de calidad de vida. La muestra evaluada considera una menor calidad de vida en las puntuaciones obtenidas para el factor referido al rol físico, o sea una disminución importante en sus actividades que dificultan el rendimiento laboral. A partir de esto la autora concluyo que “el llamado a conciencia” en estas personas con obesidad mórbida es provocado fundamentalmente por las limitaciones en el rol físico marcando por una disminución de su funcionalidad. En otras investigaciones en las que se evaluó el tipo de calidad de vida que perciben los obesos (Martínez, et al. 2008) se determino que tanto mujeres como hombres que padecen obesidad muestran insatisfacción en su calidad de vida, por su peso y por su ambiente laboral.

Boan, et al (2004, citado en Fernández 2008) afirma que la calidad de vida mejora sustancialmente tras la cirugía bariátrica, especialmente a los 2 primeros años de la operación. Por otro lado (Dymek et al, 2002) sugiere que la mejoría lograda luego de la cirugía se deteriora después de algunos años debido a la estabilización o recuperación del peso, o por la aparición de trastornos alimentarios.

En un estudio realizado (Rand, et al 1991 citado en Montero, 2001) con obesos operados, se comprobó que luego de una pérdida promedio de 50 kg, el grupo de

---

<sup>71</sup> Velásquez, V. Alvarenga, J. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9(2), 95-96.

<sup>72</sup> Fernandez, C.(2009). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso*. Tesis para optar al título de doctora en psicología, facultad de psicología, universidad de Valencia, Valencia, España.

pacientes manifestó una gran mejoría: el 100% prefería mantener el peso normal aun si eso significaba ser sordo, dislexico, diabético y padecer acné maligno. El 90% dijo que ellos preferían tener una pierna amputada o ser ciegos más que volver a ser obesos mórbidos. Después de un año de cirugía gástrica la calidad de vida mejoró. El 90% de los pacientes estaban satisfechos con el resultado de la cirugía, con una modesta reducción en el placer del comer, se mostraron más interesadas en el sexo, disfrutando más y practicándolo más frecuentemente.

Numerosos estudios han sugerido que la importante pérdida de peso y la disminución de los riesgos médicos, mejora significativamente el estado psicológico y la calidad de vida del paciente post-operado. Sin embargo, no son escasos los reportes de patología afectiva después del sexto mes de cirugía, la aparición de trastornos alimentarios en personas en quienes no se había reportado tal condición previamente o el malestar psicológico asociado al importante cambio físico derivado de una baja tan significativa de peso. Se ha descrito disminución en la percepción de discriminación y estigmatización, así como mejoría en los contactos y actividades sociales, en la autoestima, en las limitaciones físicas y en la satisfacción corporal luego de pérdidas significativas de peso. Por lo tanto, progresos post-cirugía en el estado de ánimo del paciente en general son consistentes con dichas variables, lo que refuerza la idea de que cierta comorbilidad psiquiátrica es comprensible como consecuencia de la obesidad. No obstante, mientras que la pérdida de peso debiera ayudar al mejoramiento de la vida social del paciente, pueden surgir importantes dificultades para adaptarse a las demandas del aumento de aceptación social o a cambios importantes en el entorno, como a la necesidad de cambio en el estilo de vida y a la adaptación y aceptación de la nueva imagen corporal<sup>73</sup>.

---

<sup>73</sup> Montt, D. Koppmann, A. Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16(4).

## **Capítulo III**

### **Obesidad mórbida y familia.**

*“está sanito, está gordito”*

## 1. Sistema familiar del obeso.

Debido a que la obesidad no es el resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema, la familia debe considerarse parte de la problemática.

Minuchin (1979) define a la familia como un sistema abierto en transformación, es decir, que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extra-familiar y se adapta a las diferentes demandas de las etapas del desarrollo que enfrenta. A su vez sostiene que la estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en los que interactúan los miembros de una familia. Estas pautas de interacción se configuran en la búsqueda de satisfacción de las demandas de cada uno de sus miembros.<sup>74</sup>

La familia actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo obeso, por esto los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de moldeamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso.<sup>75</sup>

Algunos autores establecen que en las familias de las personas obesas generalmente existe una alta incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos en las relaciones interpersonales, así como la rigidez y el empleo de patrones de comunicación pobres, lo que a veces impide que los miembros de la familia puedan expresar sus emociones. Siguiendo a (Betson, 1958) se puede encontrar en estas familias excesiva preocupación por temas relacionados con la delgadez, el peso, las dietas y el ejercicio físico; altas expectativas de rendimiento a nivel individual, de competencia social, deportivo, intelectual, académico, es decir, una alta exigencia; patrones comunicativos pobres; fuertes tendencias a evitar problemas y dificultades personales, ignorándolas cuando suceden; relaciones familiares caracterizadas por una valoración del auto-sacrificio, donde quien consigue el poder es el que más se sacrifica por los demás; proximidad excesiva, falta de privacidad y de autonomía; rigidez, tiene dificultades para aceptar los cambios; sobreprotección<sup>76</sup>.

---

<sup>74</sup> Sabah, B. (2010). Terapia estructural. En Fernández Moya, J (Ed.), *En búsqueda de resultados, modelos clínicos de abordajes 3° edición* (pp 663-678). Mendoza: Universidad del Aconcagua.

<sup>75</sup> Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso. *Revista Endocrinóloga de Nutrición*, 4 (13), 136-142.

<sup>76</sup> Ackermann, M. Cappelletti, A. (2011). Módulo 5: Aspectos nutricionales y psicológicos del manejo peri operatorio. Posgrado de cirugía bariátrica. *Nutrinfo.com*.

El ambiente familiar puede contribuir al desarrollo de la obesidad. Los estilos de vida de los padres influyen en el desarrollo de las preferencias alimentarias, en la exposición a estímulos de comida y en la habilidad para regular su selección e ingesta, logrando establecer un ambiente emocional, nutricional y de actividad física en el que puede o no desarrollarse la obesidad.<sup>77</sup>

Las familias de los pacientes obesos generalmente suelen ser sistemas familiares en los que se promueve la obesidad de sus miembros desde la infancia; son familias en las que se premian a los niños con golosinas, se les permite el consumo libre de azúcar o se le da alimentos para mantenerlos entretenidos.<sup>78</sup>

Cada persona tiene un sistema personal de creencias a través del cual percibe al mundo; se trata de una organización interna que engloba un aspecto cognitivo con premisas acerca de lo que se toma como verdadero, y un aspecto emotivo con afirmaciones afectivas sobre lo es válido. Una de las funciones de la familia es mantener y reforzar los tipos de creencias que sostiene cada uno de sus miembros individualmente. De esta forma desarrollan un sistema de creencias que brinda coherencia a la vida familiar y que ayuda a interpretar los hechos, a tomar decisiones y a actuar en consecuencia.<sup>79</sup>

Como los padecimientos crónicos provocan un estado de desorganización en todo el sistema familiar, los métodos acostumbrados de afrontamiento dejan de ser efectivos y la familia requiere plantear nuevas formas de ajuste para hacer frente a sus demandas. El significado que la familia atribuye a dichas demandas y a su capacidad de respuesta está basado en su sistema de creencias, y es un factor decisivo en el tipo y calidad de su adaptación. Dicho sistema de creencias se basa en los valores, ideas, cultura, religión y legados multigeneracionales que forman parte de la historia familiar, y es elaborado continuamente a través de sus narrativas e historias. En base a esto, la familia define qué significa la salud, la enfermedad y la muerte; cuáles son las causas

---

<sup>77</sup> Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso. *Revista Endocrinóloga de Nutrición*, 4 (13), 136-142.

<sup>78</sup> Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso. *Revista Endocrinóloga de Nutrición*, 4 (13), 136-142.

<sup>79</sup> García Fernández, P. (2011). Obesidad y Diabetes: Sistema de creencias de una madre y su hija [versión electrónica]. *México Quarterly Review*, 1(6), 1-5.

del padecimiento; cómo se obtiene control sobre él; cómo ha de conducirse el enfermo; y cómo han de distribuirse los roles.<sup>80</sup>

A partir de la revisión bibliográfica se encontró un estudio (Fernandez, 2011) en el cual se describe el sistema de creencias familiares acerca del significado subjetivo de vivir con obesidad y diabetes, desde la perspectiva de una madre diabética y su hija obesa. En mencionada investigación se encontró que las creencias adquieren más valor que la evidencia científica; que la diabetes es vista como una enfermedad seria que lleva al deterioro y a la muerte, mientras que la obesidad es una condición antiestética que no requiere de un abordaje interdisciplinario a pesar de que genera sentimientos depresivos, inactividad, aislamiento social y deseos de seguir comiendo que perpetúan el problema. Los estudios señalan que la sobre ingesta es la causa más frecuente de aumento de peso seguida por el sedentarismo (Brogan & Hevey, 2009). Sin embargo, a esto se le debe sumar las discusiones familiares sobre la comida, las críticas y la sobreprotección que debilitan el límite entre la idea que el sistema apoya, o que presiona de modo contraproducente. Asimismo, se confirma que a pesar de que la gente sabe qué hacer para controlar su peso, no lo aplica en su vida diaria aunque desee hacerlo.

Las familias suelen asociar los alimentos a sentimientos de amor y seguridad, debido a que los rituales culturales alrededor de la comida simbolizan una oportunidad para reunirse en un ambiente familiar de abundancia, hospitalidad, cariño y bienestar. De este modo se ocupan para compensar carencias afectivas y para aligerar el dolor. Al simbolizar tal importancia, les resulta difícil apegarse a un plan alimentario prescrito desde fuera del sistema<sup>81</sup>.

Otros estudios (Cabello Garza, Zúñiga Zárata, 2007) han demostrado que los patrones de dieta y las preferencias por ciertas actividades se forman dentro del contexto de la familia. El desarrollo de la obesidad involucra una compleja serie de factores en múltiples contextos que interaccionan colocando a la persona en riesgo de tener sobrepeso. En dicha investigación se realizó un análisis desde la teoría ecológica de sistemas y la teoría del aprendizaje proporcionando un punto de vista multidimensional para la comprensión y explicación de la aparición y mantenimiento de la obesidad. A partir de esto se comprobó que la obesidad ocurre debido a las interacciones dentro y entre aquellos contextos formados principalmente por los

---

<sup>80</sup> García Fernández, P. (2011). Obesidad y Diabetes: Sistema de creencias de una madre y su hija [versión electrónica]. *México Quarterly Review*, 1(6), 1-5.

<sup>81</sup> García Fernández, P. (2011). Obesidad y Diabetes: Sistema de creencias de una madre y su hija [versión electrónica]. *México Quarterly Review*, 1(6), 1-5.

factores intrapersonales, constituidos por pensamientos, sentimientos y actitudes de cada individuo; los factores familiares, representados por el medio ambiente familiar que rodea la alimentación, prácticas alimenticias, comportamientos al comer, los roles modelo-parentales y los factores culturales, como el medio ambiente escolar, influencia de los medios de comunicación, estilos de vida, apoyo clínico y apoyo social. En general, todos estos contextos actúan en conjunto como determinantes en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Teniendo en cuenta la teoría del aprendizaje se pudo concluir que el medio ambiente es muy importante para apoyar a los niños en el desarrollo de mejores hábitos alimenticios e impulsar nuevos estilos de vida dentro de la familia a través de la inducción de cambios en los roles de los padres y del medio ambiente. Los padres como modelos de comportamiento son una fuente de primera importancia para tomar decisiones saludables, teniendo un consumo más saludable de alimentos y promoviendo una actividad física regular.

## **2. Conducta alimentaria: influencia del ambiente familiar**

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Generalmente los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. Además de las influencias sociales, se ha señalado que las influencias genéticas y de ambiente familiar compartido, tienen un impacto relevante sobre el patrón de ingesta, la conducta alimentaria y la obesidad infantil<sup>82</sup>. La conducta alimentaria individual se estructura a partir de un conjunto específico de dimensiones de comportamiento respecto a la propia alimentación. Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad. En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación<sup>83</sup>.

---

<sup>82</sup> Domínguez Vásquez, P. Olivares, S. Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249-255.

<sup>83</sup> Castro, P. Bellido, S. (2006). Utilización de test y cuestionarios en la investigación de la conducta alimentaria en pacientes con normopeso y exceso de peso corporal. *Revista Española de Obesidad*, 4(6), 338-345.

Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos. Los modelos de alimentación infantil aplicados por los progenitores, están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños durante la comida. La exposición repetida del niño a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, estaciones, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario. Como consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro<sup>84</sup>.

Es importante tener en cuenta 3 aspectos en relación al consumo alimenticio. Estos aspectos deben ser considerados en conjunto y no de manera separada: el primer aspecto a tener en cuenta es que el consumo alimenticio se lleva a cabo por *necesidad*; tenemos que comer para vivir. Un segundo aspecto con influencia fundamental en las conductas relacionadas con la alimentación es que éstas *son aprendidas*. Las personas aprenden a comer, adquiriendo un gusto por una serie particular de alimentos de entre los que están a su alcance. La preferencia que tenemos por una serie particular de alimentos la hemos ido adquiriendo a través de distintas formas de aprendizaje:

a) En primer lugar, la *experiencia*. Las preferencias de los sujetos están influidas por las consecuencias de la comida. Así, por ejemplo, cuando se ingiere algo con sensaciones agradables, es probable que esa comida la seleccionemos de nuevo y pase a formar parte de nuestras preferencias alimentarias. Por el contrario, cuando un alimento es interpretado como desagradable, lo más probable es que esa comida sea rechazada en ocasiones futuras y no forme parte del grupo de comidas preferidas.

b) En segundo lugar, la observación de *modelos*. Una fuente importante de aprendizaje es la familia y las personas que tienen influencia sobre el sujeto. Los hábitos y costumbres alimenticias de la familia de procedencia son aprendidos en la infancia, la niñez y la adolescencia, ejerciendo gran influencia en las preferencias alimentarias de los sujetos, incluida la edad adulta. Muchos de los hábitos alimenticios que tenemos los hemos aprendido al imitar las costumbres alimentarias que vemos en casa o en las personas cercanas que ejercen influencia sobre nosotros. Sin embargo no adoptamos

---

<sup>84</sup> Domínguez Vásquez, P. Olivares, S. Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249-255.

todas las costumbres de la casa de nuestros padres, sino sólo las que nos resultan agradables, seleccionando lo que queremos imitar.

c) Una tercera fuente de aprendizaje es nuestro *ambiente social y cultural*, el cual puede considerarse como un estímulo condicionado asociado al hecho de comer. La comida, además de ser un medio de adquisición de energía y nutrientes esenciales, es un hecho social, un medio de relación e interacción para las personas. Otros aspectos a tener en cuenta es la situación socioeconómica de las personas, su estilo de vida, lugar de residencia, etcétera.

Otro aspecto importante que influye en la conducta alimentaria es la *personalidad* de la persona, ya que tiene una gran influencia mediadora en todas las conductas<sup>85</sup>.

Un estudio realizado en Chicago mostró que 6 de cada 10 niños de áreas predominantemente mexicanas eran obesos; sin embargo sólo 3 de cada 10 madres pensaban que sus hijos eran “un poco pasados de peso”. Las demás pensaban que sus hijos estaban bien y un grupo pequeño sentía que les faltaba “un poco más de peso” a sus hijos obesos. En base a esto se concluyó que esto podría ser generado por la existencia de una creencia popular entre los latinos y otros grupos étnicos acerca de que una persona o niño “gordito” es una persona sana. A su vez también se concluyó que hay una tendencia en estas madres a demostrar su cariño para con el niño a través de su estomago “muchacha alegría porque comió todo”, “te regalo un dulce porque estás llorando”<sup>86</sup>.

Al estudiar la relación entre padres e hijos a la hora de la comida se encontró que un alto porcentaje de progenitores inducen a sus hijos a comer más allá de las señales de autorregulación innatas, en un intento por entregar una buena nutrición a sus hijos. La conducta alimentaria infantil está configurada a partir de las estrategias usadas por los padres para “controlar lo que come el niño”, a las que el niño responde usando diferentes mecanismos de adaptación y que finalmente se reflejarán en indicadores de salud tangibles como el peso y la adiposidad<sup>87</sup>.

---

<sup>85</sup> Castro, P. Bellido, S. (2006). Utilización de test y cuestionarios en la investigación de la conducta alimentaria en pacientes con normopeso y exceso de peso corporal. *Revista Española de Obesidad*, 4(6), 338-345.

<sup>86</sup> Domínguez Vásquez, P. Olivares, S. Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249-255.

<sup>87</sup> Ackermann, M. Cappelletti, A. (2011). Módulo 5: Aspectos nutricionales y psicológicos del manejo peri operatorio. Posgrado de cirugía bariátrica. *Nutrinfo.com*.

### 3. Apoyo familiar y cirugía bariátrica

El enfoque sistémico es clave para entender los mecanismos que llevan al paciente a la obesidad y evaluar el ambiente al que deberá enfrentarse luego de la cirugía y el apoyo que recibirá de parte de sus familiares. Los pacientes con la tasa más elevada de éxito a largo plazo son aquellos que cuentan con un sólido sistema de apoyo de sus familiares y amigos que están dispuestos a ayudarlos tanto física como emocionalmente<sup>88</sup>.

La obesidad es una enfermedad crónica y como tal afecta no solo al individuo que lo padece sino también a todo el sistema al cual pertenece. Esta enfermedad tiene un gran impacto en cada miembro de la familia. Las familias de personas obesas están habituadas a un cierto estilo de vida como puede ser en el consumo de ciertas comidas de un modo específico para ellos. Para cambiar este estilo de vida hace falta ser diferente o actuar de un modo distinto que el resto de la familia. Frente a esto puede existir un miembro de la familia que no quiera hacer el cambio o la familia entera puede resistirse y sabotear los intentos de diferenciación por parte de la persona.<sup>89</sup>

A partir de lo expuesto es que se considera importante que exista congruencia entre los objetivos del paciente y de su familia, ya que de esta manera será más fácil el cambio y por consiguiente, el mantenimiento de este nuevo estilo de vida. Es por esto que el profesional de la salud (médico, nutricionista o psicólogo) debe incluir al proceso terapéutico a la familia de la persona obesa.

---

<sup>88</sup> Ackermann, M. Cappelletti, A. (2011). Modulo 5: Aspectos nutricionales y psicológicos del manejo peri operatorio. Posgrado de cirugía bariátrica. *Nutrinfo.com*.

<sup>89</sup> Barth, J. (2000) *Enfermedad Crónica y Familia*. Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns. Capítulo 32. New York: John Wiley & sons inc.

## **Capítulo IV**

### **Tratamientos para la obesidad**

## 1. Tratamientos para la obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica, por lo tanto debe recibir un tratamiento a largo plazo, con normas alimentarias, modificación de los hábitos de conducta, ejercicio físico y terapia farmacológica. El obeso no debe perder kilos sino masa grasa, con pérdidas pequeñas y duraderas que impliquen una rentabilidad metabólica. Es necesario consolidar la pérdida de peso a largo plazo, y además ayuda a reducir el riesgo de muerte prematura por enfermedades asociadas.<sup>90</sup>

El tratamiento para la obesidad debe estar a cargo de profesionales médicos, nutricionistas y psicólogos. La persona debe ser evaluada desde el punto de vista psicológico y físico, es importante conocer su estilo de vida, sus hábitos de alimentación, enfermedades que padece para poder asignarle a cada persona un tratamiento adaptado a su medida. El tratamiento de la obesidad es un tema complicado porque lo que funciona para una persona puede no ser útil para otra. Diversos autores afirma que el mejor tratamiento para la obesidad es la prevención, pero una vez instalado el problema existen, dependiendo del grado de obesidad y la persona, distintos tipos de tratamientos que se detallan a continuación<sup>91</sup>.

### 1.1. Tratamiento nutricional

La dieta es la base fundamental del tratamiento y debe ser siempre individualizada. Hay que analizar a cada obeso en particular para que toda modificación de los hábitos de nutrición y formas de alimentación respeten los posibles elementos positivos que tenga la persona. Además, dentro de lo posible se debe intentar una adaptación a los gustos, costumbres y presupuesto económico de cada persona ya que, de lo contrario, el número de fracasos será elevado. Se deben explicar los errores dietéticos que se encuentren y justificar las restricciones que se indiquen<sup>92</sup>.

Por lo general lo que se aconseja es hacer cinco comidas al día, ya que de esta manera se acortan los períodos de hambre, entre otros beneficios de tipo metabólico. El consumo de alcohol debe prohibirse por su exceso de calorías, así como las bebidas con cafeína, que estimulan el aumento de ácido en el estómago y el apetito. Los

---

<sup>90</sup>Larrad, A. Sánchez Cabezudo, C. (2004). Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo. [Versión electrónica]. *Cirugía Española*, 75(5), 301-304.

<sup>91</sup>Ackermann, M. Cappelletti, A. (2011). Modulo 5: Aspectos nutricionales y psicológicos del manejo peri operatorio. Posgrado de cirugía bariátrica. *Nutrinfo.com*.

<sup>92</sup>Álvarez, B. M. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina clínica*, 129(10), 387-391.

cambios en la dieta tienen que ser paulatinos y pactados de antemano. Existen varios tipos de dietas para evitar la obesidad<sup>93</sup>.

## 1.2. Tratamiento psicológico

Existen múltiples factores psicológicos relacionados con la aparición de la obesidad, sus consecuencias y el mantenimiento de esta enfermedad a lo largo del tiempo. La mayoría de los tratamientos de la obesidad se basan en un principio tan sencillo como que el obeso acumula peso porque come más o gasta menos de lo que necesita. A la luz de este supuesto han surgido multitud de “tratamientos” que oscilan desde dietas milagrosas a grandes sacrificios. Generalmente el paciente obeso acude a estos tratamientos “dietéticos” dejando de lado el tratamiento psicológico. Este tipo de abordaje del problema parece imprescindible. El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo<sup>94</sup>.

Existe una amplia oferta de tratamientos psicológicos que surgen de forma paralela o complementaria a los tratamientos dietéticos, orientadas al mismo fin: modificar las conductas alimentarias basándose en la hipótesis de que toda conducta es aprendida y, por lo tanto, es modificable. Se intenta identificar, intervenir y cambiar las circunstancias y situaciones que mantienen una conducta inadaptada y que impulsan a comer en la actualidad. Uno de los principales motivos por el que un profesional de la salud mental debe incluirse en el asesoramiento preoperatorio de un candidato a la cirugía de la obesidad es por la alta prevalencia de complicaciones psiquiátricas y conductuales observadas en esta población<sup>95</sup>.

Es importante que la persona comprenda que la obesidad es una enfermedad, de diversa etiología, crónica y de difícil tratamiento. En el momento en que la persona se piensa enfermo cambia estructuralmente el enfoque de su problema y accede a la ayuda interdisciplinaria que requiere, caso contrario los resultados son parciales<sup>96</sup>.

---

<sup>93</sup> Álvarez, B. M. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina clínica*, 129(10), 387-391.

<sup>94</sup> Álvarez, B. M. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina clínica*, 129(10), 387-391.

<sup>95</sup> Silvestri, E. Staville, A. E., Hirschmann, J. J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300 (3), 13-22.

<sup>96</sup> Ackermann, M. Cappelletti, A. (2011). Modulo 5: Aspectos nutricionales y psicológicos del manejo peri operatorio. Posgrado de cirugía bariátrica. *Nutrinfo.com*.

### 1.3. Ejercicio físico

No hacer ejercicio favorece el ahorro de calorías y la acumulación de grasa. Un programa de ejercicio constante y progresivo es una parte muy importante del plan de adelgazamiento ya que, además de aumentar el gasto de energía y de quemar grasas, es muy beneficioso para el sistema cardiovascular al bajar la presión arterial a largo plazo y dar sensación de bienestar y relajación. Como mínimo cuatro días a la semana se debe practicar un ejercicio que sea suave (a pesar de que aumente el apetito y haya que controlarlo) y asequible (nadar, caminar o ir en bicicleta)<sup>97</sup>.

La actividad física es esencial para cuidar el cuerpo y la mente. El cuerpo no está preparado para las consecuencias del sedentarismo. Debido a que hay un aumento de la expectativa de vida, es que debemos cuidar más nuestro cuerpo para prevenir enfermedades infecciosas y degenerativas altamente asociadas a la falta de actividad física<sup>98</sup>.

### 1.4. Tratamiento farmacológico

El tratamiento de la obesidad es un tratamiento “descorazonador”, ya que el 95% de las personas recupera su peso a largo plazo, por ello las investigaciones se dirigen a buscar tratamientos efectivos que se puedan mantener de forma crónica. El tratamiento farmacológico debe utilizarse como apoyo del dietético y del ejercicio, pero no debe utilizarse nunca como único tratamiento. Requiere una estricta indicación y supervisión médica. La posibilidad de su prescripción puede considerarse en obesos con un IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> ó más, en los que haya fallado la dieta, el ejercicio y los cambios conductuales, o en aquéllos con un IMC de 27 ó más si se asocian factores importantes de morbilidad como diabetes, hipertensión, dislipemia, etc, a pesar de otros tratamientos. Desgraciadamente, aunque casi todos los obesos pierden peso de forma relativamente rápida a corto plazo, es raro que esta pérdida se mantenga en el tiempo.<sup>99</sup>

Los fármacos que son y han sido utilizados en el tratamiento de la obesidad se clasifican en los siguientes grupos atendiendo a su mecanismo de acción: fármacos

---

<sup>97</sup> Álvarez, B. M.(2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina clínica*, 129(10), 387-391.

<sup>98</sup> Mondelli, M. Villareal, M. (2013). ¿A qué llamamos actividad física? [versión electrónica]. *Revista bariátrica*, 3, 20-21.

<sup>99</sup> Martín, I. Antón, A. (2002). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26(5), 117-127.

anorexizantes, que disminuyen el apetito ó aumentan la saciedad, los que disminuyen la absorción de nutrientes y los que aumentan el gasto energético. A éstos hay que añadir numerosas sustancias que en la actualidad están en investigación en diferentes fases clínicas<sup>100</sup>.

### 1.5. Tratamiento quirúrgico

Los tratamientos convencionales de la obesidad (dieta, tratamiento psicológico, ejercicio físico y fármacos) cuando se realiza en obesidades de IMC de más de 40 kg/m<sup>2</sup> (obesidad mórbida) tiene un índice de fracasos a medio plazo muy elevado, aparte de que no consigue, en la mayoría de los casos, pérdidas de peso suficientes para controlar adecuadamente las comorbilidades. Hasta ahora, la cirugía bariátrica es el único tratamiento que consigue alcanzar estas expectativas a largo plazo.

La cirugía de la obesidad es una cirugía compleja, no exenta de complicaciones, cuyo objetivo no es alcanzar un peso ideal ni curar la obesidad, sino reducir significativamente las comorbilidades asociadas y mejorar el bienestar de los pacientes.

La cirugía bariátrica es una herramienta que se utiliza como tratamiento para la obesidad severa o mórbida, son procedimientos quirúrgicos, que sirven para manejar los desórdenes de alimentación excesiva. No debe considerarse "cirugía estética ó cosmética" pues el fin de esta cirugía es perder peso para evitar las complicaciones de la obesidad. Los beneficios estéticos son importantes pero son fines secundarios en esta cirugía. Un resultado quirúrgico adecuado no garantiza el pronóstico favorable a largo plazo, ya que la cirugía sólo es un pilar del tratamiento, el éxito radica en la forma en la que el paciente aprende a "utilizar" correctamente el tipo de intervención que se le ha practicado<sup>101</sup>.

---

<sup>100</sup> Martín, I. Antón, A. (2002). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26(5), 117-127.

<sup>101</sup> Rubio, M. Martínez, C. Vidal, O. Larrad, A. Salas, J. Pujol, J (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Española de obesidad*, 4, 223-249.

## **Capítulo V**

### **Cirugía bariátrica**

## 1. ¿Qué es la cirugía bariátrica?

La obesidad es un proceso crónico, multifactorial y que actualmente carece de tratamiento curativo. El tratamiento dietético junto a modificaciones del estilo de vida, ejercicio y terapia conductual, así como el tratamiento coadyuvante con fármacos, consiguen pérdidas de peso alrededor del 10% a medio plazo, que sin duda contribuyen a mejorar algunas de las comorbilidades asociadas a la obesidad. Sin embargo, a largo plazo estos tratamientos pueden tener resultados desalentadores en sujetos con obesidad mórbida, pues la práctica de la totalidad de los que han intentado perder peso vuelve a recuperarlo en un plazo inferior a 5 años. Debido a los fallos en el tratamiento dietético y la limitada eficacia de los tratamientos farmacológicos en estas situaciones, se han buscado alternativas terapéuticas capaces de reducir las comorbilidades severas asociadas a la obesidad. Hasta ahora, la cirugía bariátrica es el único tratamiento que puede mejorar estas expectativas a largo plazo (más de 5 años) en pacientes con obesidad mórbida. Cuando se comparan los procedimientos quirúrgicos frente a los no quirúrgicos en el tratamiento de la obesidad mórbida, se confirma que la cirugía es un tratamiento altamente costo-efectivo, porque disminuye el peso entre 23-37 kg tras dos años de seguimiento y persiste con una diferencia de 21 kg después de 8 años de evolución, con mejoría de las comorbilidades y de la calidad de vida de los pacientes<sup>102</sup>.

La cirugía bariátrica sigue siendo el único tratamiento recomendable para la obesidad mórbida, esta conclusión fue establecida en 1991 por la Consensus Conference on the Surgery of Obesity, de los National Institutes of Health (NIH), en la que se declaró que los métodos no quirúrgicos tradicionales no eran efectivos en esos individuos, y que los pacientes con IMC de 40 o más alto, o IMC de 35 o superior junto con patologías coexistentes, eran candidatos a la cirugía bariátrica. El crecimiento de la cirugía bariátrica ha sido rápido: en 2003 se realizaron más de 120.000 intervenciones, comparadas con menos de 20.000 en 1993<sup>103</sup>.

---

<sup>102</sup> Rubio, M. Martínez, C. Vidal, O. Larrad, A. Salas, J. Pujol, J. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Española de obesidad*, 4, 223-249.

<sup>103</sup> Rendon, S. E. Pories, W. J. (2005). Garantía de la calidad en cirugía bariátrica. *Clínica quirúrgica de Norte America*, 85, 757-771.

La cirugía de la obesidad es una cirugía compleja, no exenta de complicaciones, cuyo objetivo no es alcanzar un peso ideal ni curar la obesidad, sino reducir significativamente las comorbilidades asociadas y mejorar el bienestar de los pacientes, a través de una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo y con un mínimo número de complicaciones. Dicha técnica quirúrgica se caracteriza por<sup>104</sup>:

- Es segura, con una morbilidad menor del 10% y mortalidad inferior a 1%.
- Útil para al menos el 75% de los pacientes, que deben cumplir los denominados criterios de éxito, a saber: mantener una pérdida del sobrepeso (o del exceso de masa corporal) superior al 50% y alcanzar un IMC inferior a 35 kg/m<sup>2</sup>.
- Duradera, es decir, que el beneficio obtenido persiste al menos 5 años o durante un periodo de seguimiento ilimitado.
- Reproducible por la mayoría de los cirujanos y preferentemente, con fácil curva de aprendizaje.
- Con escasas consecuencias que limiten la calidad de vida, en particular intolerancias alimenticias, vómitos o diarreas.
- Con pocos efectos secundarios, tales como deficiencias nutricionales de proteínas, vitaminas y/o minerales.
- Con escasas complicaciones a largo plazo, de tal modo que el índice de re-intervenciones al año no supere el 2%.

La cirugía bariátrica trae consigo múltiples beneficios físicos y psicológicos. Son diversas las anomalías físicas, asociadas al excedente adiposo, que mejoran tras las pérdidas de peso.<sup>105</sup>

A pesar de dichos beneficios, la cirugía conlleva efectos negativos en un alto porcentaje de individuos (Kral, 1992 citado en Ruiz Moreno et al, 2002), toda cirugía de la obesidad está considerada como cirugía mayor, con lo que no queda exenta de las potenciales complicaciones asociadas a esta última. El riesgo de mortalidad se estima

---

<sup>104</sup> Rubio, M. Martínez, C. Vidal, O. Larrad, A. Salas, J. Pujol, J. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Española de obesidad*, 4, 223-249

<sup>105</sup> Ruiz Moreno, M. Berrocal Montiel, C. Valero Aguayo, L. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14(3), 577-582.

en un 1% y la morbilidad es, aproximadamente, del 30%. A largo plazo pueden aparecer otros problemas que demanden reoperación. Asimismo, los cambios estructurales que produce en el circuito digestivo, especialmente los métodos restrictivos, dan lugar a náuseas o dolores cuando el individuo ingiere cantidades de alimento superiores a las toleradas por el nuevo reservorio gástrico.

El individuo operado debe comer pequeñas cantidades de alimento, seguir una dieta restrictiva y masticar muy bien la comida para no experimentar dichas consecuencias y para perder peso. Así, la metodología restrictiva podría considerarse, como una "cirugía de conducta", dado que no se conoce otra solución para la obesidad que no sea conseguir que el individuo ingiera menos calorías, o que gaste más, es decir, que modifique sus hábitos de alimentación y/o actividad. El principio de acción de las intervenciones restrictivas consiste, fundamentalmente, en producir una obstrucción física de la ingesta una vez que la comida llega al estómago. Pero la cantidad de alimento que se consume continúa estando bajo control del individuo. Es él el que tiene que decidir en cada momento qué cantidad de alimento va a ingerir.<sup>106</sup>

A partir de la resolución 742/2009 del ministerio de Salud, publicada el 1 de junio de 2009 en el Boletín Oficial, se incorporan al Programa Médico Obligatorio (PMO) las prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad. La resolución reglamenta de este modo los términos de la ley 26.396, de trastornos alimentarios, entre los cuales se incluye la obesidad, sancionada en agosto de 2008 y detalla los diversos aspectos y alcances de la cobertura. Así, tendrán derecho a recibir dicha prestación las personas con un índice de masa corporal (IMC) de 30 ó más, que tengan por lo menos una enfermedad asociada: diabetes, hipertensión, dislipemia, insuficiencia respiratoria o cáncer de mama postmenopáusica. Aquellas personas con IMC igual o mayor a 40 podrán acceder a la cobertura de los procedimientos quirúrgicos denominados banda gástrica ajustable y bypass gástrico.

---

<sup>106</sup> Ruiz Moreno, M. Berrocal Montiel, C. Valero Aguayo, L. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14(3), 577-582.

## 2. Tipos de cirugías bariátrica

La cirugía bariátrica hace referencia a diferentes métodos para el tratamiento de la obesidad, que se agrupan en procedimientos restrictivos y procedimientos combinados, restrictivos y malabsortivos<sup>107</sup>.

### 3.1 Procedimientos restrictivos.

El propósito de estos procedimientos es reducir la capacidad del individuo de ingerir de alimentos. Dentro de esta clasificación de cirugía bariátrica se encuentran las siguientes técnicas.

- a) Manga gástrica: Consiste en reducir el tamaño del estómago entre un 60% y 80% aproximadamente. Mediante esta técnica, una parte del lado izquierdo del estómago es extirpado, por lo que se considera un procedimiento no reversible.
- b) Balón intragástrico: Es un procedimiento no quirúrgico que consiste en la instalación de una bolsa de silicona en el estómago vía endoscópica a través del esófago. Es una solución menos efectiva para lograr los resultados de pérdida de peso deseados a largo plazo, debido a que el balón sólo puede permanecer en el organismo por seis meses, tiempo en el cual es retirado.
- c) Banda gástrica ajustable (Lap-band): Es un dispositivo restrictivo implantado vía cirugía laparoscópica, que actúa como un cinturón alrededor del estómago, formando una pequeña bolsa que ayuda a reducir la cantidad de alimentos ingeridos. La banda puede ser ajustada a lo largo del tiempo.

### 3.2 Procedimientos combinados de restricción y malabsorción.

El objetivo principal de este enfoque es minimizar la capacidad del individuo de consumir alimentos y alterar el tracto intestinal de manera que se disminuya la absorción de grasas y azúcares en el organismo. Dentro de esta clasificación de cirugía bariátrica se encuentran los siguientes procedimientos:

- a) Bypass gástrico: Mediante esta técnica, el estómago se divide en dos partes. La sección superior se encarga de recibir los alimentos, mientras que la sección inferior permanece intacta y continúa recibiendo el flujo de sangre normal. Dado lo anterior, la pérdida de peso se realiza por dos vías, la restricción en la ingesta de

---

<sup>107</sup> Moreno, E. Zugasti, M. (2004). Cirugía bariátrica: situación actual. Revista Medica universidad de Navarra, 2 (48), 66-71.

alimentos y la malabsorción de las grasas y azúcares, lo cual posiciona el Bypass gástrico como el procedimiento quirúrgico de pérdida de peso más recomendado.

- b) Switch duodenal: Es un procedimiento altamente efectivo en el cual aproximadamente el 80% del estómago es removido del organismo. Con este método se conserva el píloro (válvula que regula el vaciado gástrico), permitiendo el paso natural de los alimentos del estómago al intestino delgado.
- c) Desviación Biliopancreática: Esta técnica de cirugía bariátrica es utilizada para casos graves de Obesidad mórbida. Una parte del estómago es seccionado y extirpado y luego es conectado directamente con el segmento final del intestino delgado, de esta manera se reduce el tiempo requerido por el cuerpo para absorber las calorías provenientes de los alimentos.

### 3. Criterios para acceder a una cirugía bariátrica

Los criterios iniciales para establecer una indicación quirúrgica del tratamiento de la obesidad fueron tradicionalmente establecidos cuando el peso excedía 45 kg o el 100% del peso ideal. A partir de 1991, un comité de expertos del Instituto Nacional de Salud (NIH) americano considero que un paciente con obesidad debería ser candidato a cirugía bariátrica cuando el IMC fuese  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$  o  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ , que coexistieran con problemas médicos serios<sup>108</sup>.

El paciente candidato a este tipo de cirugía debe cumplir los siguientes requisitos:

- Edad superior a 18 años.
- IMC:  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$  o  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$  con comorbilidades mayores asociadas, susceptibles de mejorar tras la pérdida ponderal.
- Que la obesidad mórbida esté establecida al menos 5 años.
- Fracasos continuados a tratamientos conservadores debidamente supervisados.
- Ausencia de trastornos endocrinos que sean causa de la obesidad mórbida.
- Estabilidad psicológica: Ausencia de abuso de alcohol o drogas. Ausencia de alteraciones psiquiátricas mayores (esquizofrenia, psicosis), retraso mental, trastornos del comportamiento alimentario (bulimia nerviosa).
- Capacidad para comprender los mecanismos por los que se pierde peso con la cirugía y entender que no siempre se alcanzan buenos resultados.

---

<sup>108</sup> Rubio, M. A. Martínez, C. Vidal, O. Larrad, A. Salas-Salvadó, J. Pujol, J. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Española de obesidad*, 4, 223-249.

- Comprender que el objetivo de la cirugía no es alcanzar el peso ideal.
- Compromiso de adhesión a las normas de seguimiento tras la cirugía.
- Consentimiento informado después de haber recibido toda la información necesaria (oral y escrita).
- Las mujeres en edad fértil deberían evitar la gestación al menos durante el primer año pos-cirugía.

Existen no obstante, situaciones que en razón de su beneficio-riesgo se deben plantear individualmente en el contexto del equipo multidisciplinar, como sería por ejemplo el tratamiento de la obesidad mórbida en adolescentes. El paciente y/o sus familiares deben conocer que los procedimientos quirúrgicos a los que va a ser sometido son considerados técnicas de cirugía mayor y de alto riesgo, entre otros motivos por las comorbilidades que la enfermedad misma conlleva.<sup>109</sup>

#### 4. Rol del psicólogo

El rol del psicólogo bariátrico consiste en valorar los aspectos psicológicos del postulante a cirugía de acuerdo a los criterios de selección pautados por guías y/o protocolos internacionales, como así también enriquecer la valoración interdisciplinaria y realizar el seguimiento del paciente postquirúrgico. Al existir diversos factores psicológicos involucrados, tanto en el periodo pre-quirúrgico como la evolución postquirúrgica, es importante resolver estos aspectos para una mejor adaptación del paciente a su entorno familiar, social, laboral y sexual y que así pueda aprender a vivir con un mejor estilo de vida y cambiar conductas auto-agresivas y dañinas que le afectaban su salud y calidad de vida en general<sup>110</sup>.

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad son claros, por lo cual el psicólogo explora desde su desarrollo psicoemocional, su entorno social y familiar, hasta la representación psíquica consciente e inconsciente que tiene de su propio cuerpo, de su autoestima y su autoimagen. Por ello se evalúa qué tipo y de qué manera su obesidad ha repercutido física, emocional, sexual y socialmente, ya que al tener dificultades en cualquiera de estos aspectos en ocasiones los lleva a buscar la cirugía, como una forma de solucionar

---

<sup>109</sup> Rubio, M. A. Martínez, C. Vidal, O. Larrad, A. Salas-Salvadó, J. Pujol, J. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Española de obesidad*, 4, 223-249.

<sup>110</sup> Ríos, B. (2012). El Rol del Psicólogo en Cirugía Bariátrica y Metabólica. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 2(3).

sus problemas. Los hábitos alimenticios son otro aspecto que se indaga y se debe identificar bajo qué circunstancias y con qué frecuencia el paciente come, su grado de impulsividad y su tolerancia a la frustración, así como los hábitos alimenticios familiares y la red de apoyo con la que cuenta para hacer cambios en la conducta alimentaria<sup>111</sup>.

Así mismo, se debe tener conocimientos acerca de la psicopatología para poder identificar y lograr un diagnóstico acertado. Se evalúa si el paciente o su familia han tenido antecedentes psiquiátricos y han estado en un tratamiento psicológico o psiquiátrico, así como hospitalizaciones previas en cuanto a su salud mental. El psicólogo le informa al paciente sobre el proceso de la cirugía y la importancia del acompañamiento psicológico y del resto del equipo multidisciplinario, e informa al paciente de los objetivos del acompañamiento o de la psicoterapia, para que entienda la importancia del seguimiento. Se ha demostrado que un proceso terapéutico previo a la cirugía da un mejor pronóstico a corto, mediano y largo plazo<sup>112</sup>.

Existen múltiples factores psicológicos relacionados con la aparición de la obesidad, sus consecuencias y el mantenimiento de esta enfermedad a lo largo del tiempo. Desde el primer momento, se debe identificar conductas y cuadros psicopatológicos que impidan la cirugía y preparar al paciente en el periodo previo a la cirugía para que modifique las conductas de riesgo, cambie sus hábitos alimentarios, maneje sus emociones y enfrente la intervención quirúrgica. El éxito de los procedimientos de reducción gástrica dependen más de factores motivacionales y comportamentales que técnicos. Los pacientes que no consienten a un seguimiento psicológico en cirugía bariátrica responden más pobremente a largo plazo que los que sí lo hacen. Luego de la cirugía el psicólogo debe ayudar al paciente a transitar los cambios a nivel familiar, social, laboral, y personales que vayan apareciendo logrando la mejor evolución posible del paciente<sup>113</sup>.

La mayoría de los pacientes ven a la cirugía bariátrica como una solución mágica a su obesidad y, por lo tanto, sus expectativas son muy irreales a riesgo de que su compromiso hacia el cambio sea escaso o nulo. El papel del psicólogo en este caso es aclarar la necesidad del acompañamiento psicológico y del resto del equipo multidisciplinario, así como informar al paciente de los objetivos del acompañamiento

---

<sup>111</sup> Pérez Hornero, J. Gastañuduy, M. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del psicólogo, España*, 90 (26), 10-14.

<sup>112</sup> Ríos, B. (2012). El Rol del Psicólogo en Cirugía Bariátrica y Metabólica. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 2(3).

<sup>113</sup> Ackermann, M. Cappelletti, A. (2011). Modulo 5: Aspectos nutricionales y psicológicos del manejo peri operatorio. Posgrado de cirugía bariátrica. *Nutrinfo.com*.

y de la psicoterapia, para que entienda la importancia del trabajo terapéutico previo y posterior a la cirugía, así como proporcionarle información clara y concisa sobre el tipo de cirugía al que desea someterse<sup>114</sup>.

## 5. Contraindicaciones psicológicas.

El objetivo principal de la evaluación psicológica es identificar si el paciente presenta contraindicaciones psicológicas para la cirugía. Existen contraindicaciones psicológicas absolutas y relativas que se detallan a continuación<sup>115</sup>:

**a) Contraindicaciones psiquiátricas absolutas:** Se consideran contraindicaciones psiquiátricas absolutas las patologías que alteren la capacidad de juicio de las personas que van a ser sometidas a cirugía y les impidan comprender sus riesgos y consecuencias. Las contraindicaciones absolutas son las siguientes:

- Retraso mental grave
- Esquizofrenia ( con deterioro cognitivo)
- Síndrome demencial

**b) Contraindicaciones relativas:** Son contraindicaciones relativas las que pueden tratarse y curarse o compensarse. En estos casos se llega a la cirugía siempre y cuando se logre compensar al paciente y se cuente con el seguimiento de un profesional que avale la cirugía y siga al paciente a lo largo del tiempo. Estas contraindicaciones relativas son las siguientes:

- Bulimia Nerviosa.
- Anorexia nerviosa.
- Trastorno por atracones.
- Esquizofrenia sin deterioro (existen muchos tipos de esquizofrenia).
- Trastorno Bipolar.
- Trastornos de personalidad graves ó inestables (Trastorno de personalidad limítrofe)
- Abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias

---

<sup>114</sup> Lasagni V (2012). Estado psicológico de los postulantes a cirugía bariátrica. *Bariatría & Metabolica Ibero Americana*.3. (10), 118 – 124.

<sup>115</sup> Ackermann, M. Cappelletti, A. (2011). Modulo 5: Aspectos nutricionales y psicológicos del manejo peri operatorio. Posgrado de cirugía bariátrica. *Nutrinfo.com*.

- Trastorno Depresivo Mayor.
- Paciente en situación de crisis emocional actual. (duelo reciente etc.)
- Entorno familiar disfuncional

Se agregan a estas contraindicaciones otras relacionadas con las expectativas del paciente y su preparación previa para la cirugía:

- Falta de comprensión de beneficios, riesgos, resultados esperados, alternativas y cambios del estilo de vida requerido con la cirugía bariátrica. (Asociación Americana de Cirugía Bariátrica, ASMBS, 2011)
- Falta de capacidad para comprender los mecanismos por los que se pierde peso con la cirugía, no entender que no siempre se alcanzan buenos resultados. No comprender que el objetivo de la cirugía no es alcanzar el peso ideal. No lograr un compromiso de adhesión a las normas de seguimiento tras la cirugía. (Sociedad Española de cirugía de la obesidad, SECO, 2011).

Una vez superada la evaluación psicológica, si el paciente no presenta contraindicaciones para la cirugía bariátrica, estará en condiciones de iniciar la etapa preoperatoria.

## **6. Estado psicológico pre-quirúrgico.**

Diversos autores desarrollaron investigaciones sobre el perfil de las personas candidatas a cirugía bariátrica desde la valoración psicológica. En España, un estudio sobre la valoración de candidatos a cirugía bariátrica (Martínez, 2008) detectó que del total de una muestra de 198 pacientes, el 27% padece ansiedad y el 22 % síntomas depresivos. Aplicando el cuestionario de depresión de Beck encontraron que los candidatos poseen un nivel de depresión leve y no existen diferencias según el género. No encontraron diferencias entre los grupos de obesidad mórbida y súper mórbida.

Otro estudio realizado (Vásquez, 2004) sobre pacientes remitidos para valoración psiquiátrica previo a cirugía, describe que el patrón alimentario de obesos mórbidos se encuentra alterado sin llegar a configurar una bulimia. En general refieren que son pocos los pacientes que se descartan estrictamente por causas psiquiátricas.

En Colombia (Reyes 2008 citado en Lasagni, 2012) encontró en una muestra de 50 personas, trastornos depresivos en el 24% de los casos, trastornos adaptativos en un 8% y trastornos de ansiedad en un 6%. En México, (Ríos 2008 citado en Lasagni, 2012) se valoraron 296 pacientes obesos (entre 18 y 79 años) con la finalidad de analizar indicadores de ansiedad, depresión y calidad de vida del paciente obeso, observaron

que los pacientes quirúrgicos (obesos mórbidos) sienten poco agrado por su figura. Por otro lado revelaron que a pesar que los pacientes quirúrgicos tienen un mayor IMC no existen diferencias con los no quirúrgicos en relación a los niveles de depresión, ansiedad y aspectos de calidad de vida. Así mismo, se encontró que en ambos grupos a mayor depresión, menor bienestar físico e insatisfacción con la imagen corporal y que al tener mayor insatisfacción con el peso, hay mayor insatisfacción en áreas relacionadas con sí mismo y el ambiente.

Mediante el rastreo bibliográfico se identifico un estudio realizado en Mendoza en el Centro Quirúrgico de Obesidad (Lasagni, 2012) sobre el estado psicológico de los postulantes a cirugía bariátrica. El mismo estudia una muestra de 294 personas que asistieron a evaluación psicológica pre-quirúrgica desde el año 2005 a marzo del 2011 del cual se obtuvieron los siguientes datos:

en el periodo pre-quirúrgico las personas obesas presentan indicadores de trastornos de ansiedad mayor, depresión leve y no presentan desorden alimentario. Se verificó que existe una relación significativa entre: "IMC y depresión" e "IMC y nivel de escolaridad". Así mismo se evaluó el concepto que las personas tenían sobre su calidad de vida a partir de la aplicación del cuestionario de calidad de vida SF 36. Se observó que las personas evaluadas consideran en relación a la percepción de su salud, menor calidad con respecto a su rol físico o sea una disminución importante en sus actividades que dificultan el rendimiento laboral y mayor calidad de salud en el área de salud mental (p 120).

Otras investigaciones demostraron que los pacientes con enfermedad psiquiátrica atendidos en forma adecuada previo a la cirugía, logran disminuir significativamente el peso, en comparación al grupo que no recibió esta atención. Asimismo observaron que el tratamiento psiquiátrico preoperatorio disminuyó la tasa de hospitalización postoperatoria<sup>116</sup>.

---

<sup>116</sup> Bustamante, F. Williams, D. Vega, E. Prieto, B. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 58(6), 481-485.

## 7. Estado psicológico post-quirúrgico

En España (Ruiz Moreno, 2002) afirman que la cirugía bariátrica, o sus consecuencias, también produce efectos beneficiosos sobre parámetros comportamentales o psicológicos. Así, la mayor parte de los sujetos informa de experimentar menos hambre que con anterioridad al tratamiento, más de un 50% dice estar más satisfecho con sus hábitos de alimentación y realizar más ejercicio que en el período pre-operatorio. Igualmente, aproximadamente la mitad de los individuos señala que su estado de ánimo, sus relaciones sociales y la satisfacción con su imagen corporal se han visto incrementadas, y un 35% que han mejorado sus relaciones sexuales. Las mejoras emocionales parecen asociarse con una mayor satisfacción con las relaciones sociales y de pareja y con una mayor satisfacción con la imagen corporal. La edad de los individuos, o quizás mejor decir variables presentes en determinados grupos de edad, parecen jugar un papel primordial a la hora de influir en el grado de satisfacción con la figura e imagen corporal. Cuanto más joven es el individuo más insatisfecho se encuentra con su figura, a pesar de obtener pérdidas de peso similares a los sujetos de más edad. Es fácil especular acerca del tipo de variables que probablemente están favoreciendo estos resultados. Las presiones socio-culturales para tener una figura estéticamente delgada ejercen su demanda de forma primordial sobre los grupos de menor edad.

A partir de una investigación realizada en Chile (Gonzales, 2006) con pacientes sometidos a cirugía bariátrica se comprobó que la calidad de vida mejoró notablemente en el 54,8% de los casos, mejoró parcialmente en el 38,7% y mejoró en forma mínima en el 6,5%. Lo que más impacto tuvo en los pacientes intervenidos quirúrgicamente fue la mejoría de la autoestima, luego sus relaciones sociales, bienestar físico y desempeño laboral y un poco menos en normalización de su sexualidad, que mejoró solo en la mitad de los casos. Esto podría explicarse debido a que la sexualidad en los obesos está en estrecha relación con la imagen corporal y con la relación de pareja previa a la cirugía. Se ha reportado que hasta un 12% de los pacientes operados puede empeorar su sexualidad o incluso sufrir el rechazo de la pareja en el 10% de los casos.

En Argentina (Taiariol, 2012) concluyo que existen distintas peculiaridades en los pacientes obesos antes y después de la cirugía bariátrica. Dicha investigación se realizó mediante el análisis de la imagen corporal del obeso antes y después de la cirugía bariátrica interpretada a través del test proyectivo dibujo de la figura humana. La autora afirma que:

En la etapa inicial se observan verdaderos problemas desorganizativos de larga data, que predispone al paciente a desarrollar síntomas somáticos, buscando soluciones médicas antes que enfrentarlas en el terreno psicológico. En la segunda etapa o fase de transformación de gordo a delgado se ponen en marcha, todo un proceso psicológico dando un nuevo significado al cuerpo o imagen que tiene de sí, se observa una descompresión de tensión interior, un efecto motivacional importante, una jerarquización de la autoestima. Nuevos procesos cognitivos y conductas más ajustadas o adaptadas a la realidad. Esto nos lleva a pensar que los objetivos tanto médicos como psicológicos podrían estar cumplidos, y por ultimo un tema no menor la persona se siente persona y por fin es rescatada por la sociedad ya que forma parte de ella por su belleza y delgadez.(p.115)

En Chile (Rojas, 2011) se realizó un análisis de las manifestaciones ansiosas, depresivas y auto-concepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica, a partir de la misma se detectó que la pérdida de peso producto de la cirugía bariátrica tiene consecuencias psicosociales positivas. Los pacientes mejoran sus índices de calidad de vida, con un incremento de la salud global y una mejor adaptación social y disminución de los síntomas ansiosos y depresivos. Se evidencia en los pacientes una auto percepción más positiva, con un importante aumento en la autoestima. Además se sienten más atractivos, más satisfechos, más ágiles, más aceptados, con mayor seguridad y menos culpas. En relación con la salud mental de las personas obesas post cirugía, muestran una disminución significativa de síntomas ansiosos y depresivos, especialmente en los primeros 6 meses posteriores, que es donde la baja de peso es mayor, experimentando mayores sensaciones de satisfacción y escasas frustraciones, pero no se modifican aspectos caracterológicos.

Diversos estudios han demostrado que existe un bajo descenso de peso después de la operación en pacientes que presentan trastornos de personalidad, y sugieren que estos pacientes tienen dificultades de adaptarse a las fuertes demandas de control respecto al comportamiento alimentario que conlleva la operación. También se ha demostrado que otros trastornos psiquiátricos pueden ser predictores de una pobre pérdida de peso, principalmente porque hay una pobre tolerancia a las limitaciones en la comida, bajo control en el comportamiento alimentario, trastorno de alimentación y peor cumplimiento con la alimentación tras la operación<sup>117</sup>.

---

<sup>117</sup> Fernandez, C. (2009). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso*. Tesis para optar al título de doctora en psicología, facultad de psicología, universidad de Valencia, Valencia, España.

Con respecto a la sintomatología depresiva, varios estudios demostraron un descenso de los síntomas depresivos a valores normales, incluso después de largos periodos de seguimiento. Sin embargo otras investigaciones detectan depresión y ansiedad en los pacientes intervenidos quirúrgicamente e incluso con intentos de suicidio<sup>118</sup>.

Otra característica que suele aparecer en las personas obesas que han iniciado un proceso de adelgazamiento es “la tristeza por adelgazar”. Los motivos que la generan pueden ser muy variados y dependerán de sus características y del entorno. Cuando el sujeto baja de peso, rompe con el equilibrio que había en él. El cuerpo se va transformando y la persona comienza a pasar por un proceso de duelo debido a ciertos cambios de hábitos y al renunciamiento de comer.<sup>119</sup>

A la fecha no se han encontrado investigaciones publicadas en Argentina que aporten datos amplios sobre el estado psicológico postquirúrgico de las personas intervenidas quirúrgicamente.

---

<sup>118</sup> Fernandez, C.(2009). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso*. Tesis para optar al título de doctora en psicología, facultad de psicología, universidad de Valencia, Valencia, España.

<sup>119</sup> Ambrosi, Eliana Cecilia. (2009). *Bienestar psicológico y sentido de vida en adultos obesos* (Tesina de grado). Mendoza, Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Dirección URL del documento: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/13>. Fecha de consulta del artículo: 12/09/13.

## **Segunda parte: Marco metodológico**

## **Objetivos del trabajo**

Con este trabajo se intenta conocer las condiciones psicológicas post-quirúrgicas del obeso mórbido que se ha sometido a cirugía bariátrica, puntualizando en los indicadores de ansiedad, depresión, trastornos alimentarios y calidad de vida. De esta manera se pretende realizar un aporte teórico en relación al estado psicológico de las personas obesas mórbidas operadas.

Los objetivos de la investigación se plantearon de la siguiente forma:

- Evaluar la calidad de vida que perciben las personas con obesidad mórbida en la etapa post-quirúrgica.
- Explorar la existencia de indicadores de ansiedad y depresión en la etapa post-quirúrgica.
- Examinar la presencia de desorden alimentario en la etapa post-quirúrgica.

## **Método**

Se trata de un estudio cualitativo que pretende conocer el estado psicológico post quirúrgico de los obesos mórbidos que fueron sometidos a cirugía bariátrica puntualizando en los indicadores de ansiedad, depresión, trastorno alimentario y calidad de vida, a través de una muestra reducida de pacientes que asisten al Centro Quirúrgico de Obesidad en Mendoza. A si mismo mediante este tipo de estudio, se intenta comprender a la persona dentro de su propio marco de referencia intentando de esta manera interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados particulares que tienen para las personas implicadas.

### **I. Diseño**

Se trata de un estudio de casos con un alcance exploratorio-descriptivo, dado que el objetivo busca familiarizar a la tesinista con fenómenos relativamente desconocidos, donde existe poca información, para poder identificar ciertas variables psicológicas que se modifican en el obeso mórbido tras una cirugía bariátrica.

El tipo de diseño es transversal ya que permite medir las variables de una muestra en un solo momento temporal, es decir, permitiendo estimar ciertas condiciones que

serán estudiadas en un momento dado, implicando la recolección de datos en un solo corte en el tiempo.

## II. Descripción de la muestra

El criterio de selección muestral fue intencional por conveniencia. Se trabajó con 20 personas mayores de edad, de sexo femenino y masculino, residentes en Gran Mendoza que se sometieron a tratamiento quirúrgico de la obesidad (cirugía bariátrica) en la Clínica Quirúrgica de Obesidad – CQO Mza durante el período 2012 - 2013.

## III. Instrumento y materiales de evaluación

A fin de evaluar la existencia o no de los indicadores de ansiedad, depresión y trastorno alimentario se aplicaron las siguientes pruebas:

- a) **Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS)**: diseñada en 1959 y re adaptada en 1969. Se trata de una escala auto-administrada de 14 ítems. Se puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Como punto de corte se utilizó la siguiente escala: de 0 a 5 puntos: no presenta ansiedad, de 6 a 14 puntos: ansiedad leve; de 15 o más puntos: ansiedad mayor.
- b) **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**: es un cuestionario auto-administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple, utilizado para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad y/o intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. Los puntos de corte utilizados para graduar la intensidad son: de 0 a 9 puntos: no depresión; de 10 a 18 puntos depresión leve; de 19 a 29 puntos depresión moderada y de 30 o más puntos depresión grave. El BDI (Beck Depression Inventory), es el instrumento de auto-informe más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora.

- c) **EAT 26:** es un cuestionario auto-administrado, elaborado por Garner y Garfinkel (1979), en una versión corta de 26 reactivos los cuales se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. Se investiga la presencia de conductas bulímicas, abuso de laxantes, presencia de vómitos, etc. Los autores sugieren utilizar como punto de corte, para identificar a los individuos con algún desorden alimentario más de 20 puntos para el EAT-26.

A su vez se aplicó el cuestionario de calidad de vida SF 36 con la finalidad de evaluar la percepción de calidad de vida que tienen las personas con obesidad luego de la intervención quirúrgica.

- d) **Cuestionario de Calidad de vida SF36:** es un cuestionario de salud diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional. Los ocho conceptos de salud o dimensiones determinados en este cuestionario son: Función física (FF), determina el grado en que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, levantar o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos; Rol físico (RF), determina el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas; Dolor corporal (DC) mide la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar; Salud general (SG) es la valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar; Vitalidad (V) mide los sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo; Función social (FS) es el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual; Rol emocional (RE) el grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo; Salud mental (SM) mide la valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general. Las escalas del SF-36 están ordenadas (de 0 a 100) de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud.

Se aplicó una entrevista semi-estructurada a fin de poder detectar y conocer en mayor profundidad ciertos aspectos que intervienen en el estado psicológico de la persona operada, con el objetivo de ampliar los datos obtenidos en las técnicas suministradas.

A su vez se realizó una recolección de datos personales para determinar variables socio-demográficas, y se registró el tiempo transcurrido desde la operación a la fecha así como también el descenso de peso durante este periodo.

Para el análisis de las entrevistas se diseñaron 3 categorías analíticas. Las mismas se presentan a continuación con sus respectivas preguntas:

### **1. Esfera física:**

Se estableció esta categoría a fin de conocer cómo la persona se siente físicamente luego de la cirugía y de qué manera influye este cambio físico en el desarrollo de sus actividades diarias.

Para esto se diseñaron los siguientes interrogantes:

*¿Cómo se siente físicamente después de la cirugía? ¿Observó algún cambio en el desarrollo de sus actividades diarias?*

### **2. Esfera mental:**

Esta categoría tiene como objetivo conocer cómo es el estado anímico de la persona luego de la cirugía, cuáles han sido los cambios que le han generado un mayor impacto y cómo es la percepción del esquema corporal.

Los interrogantes realizados a fin de obtener estos datos son:

*¿Cómo se siente anímicamente después de la cirugía?*

*Si tuviera que describir los cambios observados en usted después de la cirugía, ¿Cuáles considera que son los más significativos?*

*¿Cómo se ve cuándo se observa en el espejo?*

### **3. Esfera social-familiar:**

Esta categoría permite conocer cuáles han sido los principales cambios que la persona percibe en sus relaciones sociales y familiares. De este modo pretende conocer cómo la persona operada cree que es percibida por su entorno familiar y social y cómo es la reacción de este frente al cambio. Al mismo tiempo se intenta conocer si la cirugía, en uno de los miembros de la familia, generó o no

reorganizaciones en la estructura familiar, si recibió o no apoyo por parte de su familia y de qué tipo; y la posible existencia de mantenedores homeostáticos de la enfermedad, ya sea dentro de su sistema familiar o red social. Esta categoría se elaboró con el fin de comprender a la persona dentro de su propio marco de referencia.

Los interrogantes realizados a fin de obtener estos datos son:

*¿Cómo cree que los demás la ven actualmente?*

*¿Cómo reaccionaron las demás personas ante su cambio?*

*¿Cómo fue la reacción de su familia ante la disminución de peso?*

*¿Cree usted que a partir de la cirugía hubo algún cambio a nivel familiar? ¿Cuáles?*

*¿Recibió apoyo de su familia en el proceso post-quirúrgico? ¿Qué tipo de apoyo?*

*¿Alguna persona pudo haberse sentido incomodo con su pérdida de peso?*

#### **IV. Procedimiento**

A partir del contacto establecido durante las prácticas profesionales con la Clínica Quirúrgica de Obesidad surgió el deseo de investigar el estado psicológico de los pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica durante la etapa post-quirúrgica.

El proceso de investigación tuvo distintos momentos, donde se desarrollaron distintas tareas. En un primer momento, se realizó la selección del tema a investigar y luego se efectuó una revisión bibliográfica. Se elaboró el marco teórico y se estableció el tipo de estudio a realizar.

Posteriormente se definió la muestra como así también se efectuó una búsqueda de los instrumentos para la recolección de datos. Analizando la posibilidad de ampliar la información obtenida en las técnicas suministradas, se diseñó una entrevista semi-estructurada. En un segundo momento, se procedió a la recolección de datos a cargo de la tesinista y por último se realizó la interpretación de los resultados y discusión.

## Resultados

A partir de la exploración de las variables socio-demográficas obtenidas en la muestra (N=20) se pudo determinar que la edad media de las personas es de 36,95 años. Como se presenta en la tabla N°1 la mayoría son mujeres, de estado civil casadas, con estudios universitarios completos.

**Tabla N° 2:** “Variables socio-demográficas”

	(N: 20)
<b>GÉNERO</b>	<b>%</b>
Femenio	70
Masculino	30
<b>ESTADO CIVIL</b>	
Casado	70
Soltero	30
<b>ESCOLARIDAD</b>	
Secundario incompleto	10
Secundario completo	25
Terciario incompleto	0
Terciario completo	25
Universitario incompleto	10
Universitario completo	30

Cabe señalar, en base a los datos obtenidos en la entrevista, que la media del tiempo transcurrido desde la operación a la fecha es de 6,9 meses y el descenso de peso en este lapso fue de 35,8 kilogramos (X: 35,8 Kg.)

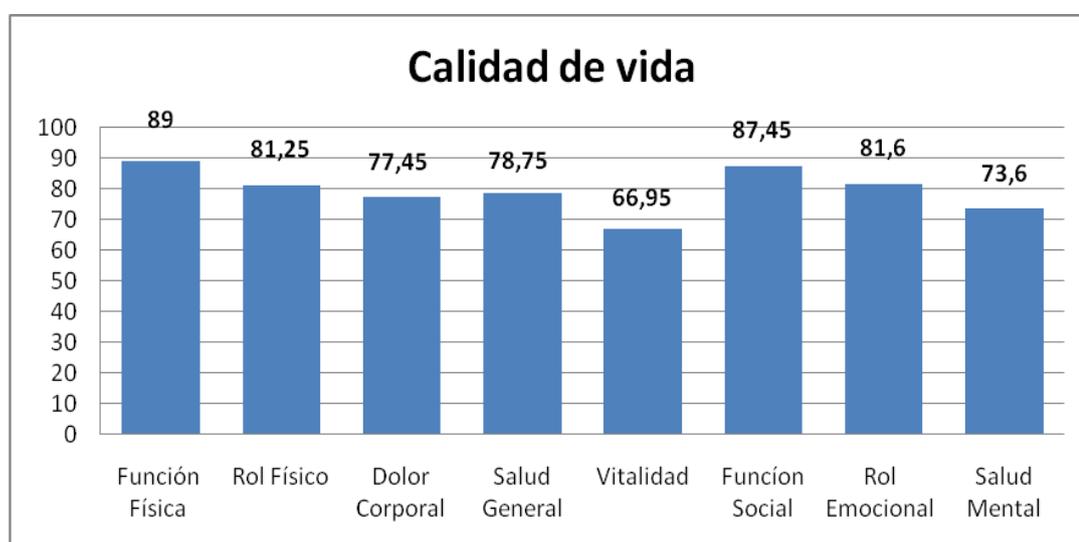
Teniendo en cuenta el primer objetivo, se evaluó la calidad de vida que perciben las personas obesas mórbidas en la etapa post-quirúrgica a partir de la aplicación del cuestionario de calidad de vida SF 36. Las personas evaluadas perciben una mejor calidad de vida en primer lugar al factor función física (89%); en segundo lugar al factor Función Social (87,45%) y en tercer lugar al Rol Emocional (81,6%).

Por otro lado, el menor porcentaje obtenido, fue en el factor de Vitalidad (66,95%) no obstante esto se considera importante mencionar que dicho valor se encuentra por encima del 50% por lo tanto no se puede considerar como un bajo nivel. Se pudo comprobar que las personas operadas perciben una buena calidad de vida en todas las

dimensiones evaluadas. En este estudio no se observó la tendencia a promedios bajos en las escalas de percepción de salud.

A continuación se presenta la figura N° 1 con los valores obtenidos en porcentajes para cada nivel a fin de ampliar información.

**Gráfico N°4:** “Percepción de calidad de vida de las personas con obesidad mórbida en la etapa post-quirúrgica”.



En cuanto al segundo objetivo se evaluó la existencia de indicadores de ansiedad y depresión. La media encontrada en el indicador de ansiedad fue de 8,6 lo que demuestra que existe un trastorno de ansiedad menor según la Escala de Ansiedad de Hamilton.

Para el indicador de depresión el valor hallado fue X: 8,15 pudiendo determinar la ausencia de depresión en este periodo de acuerdo a la escala del Inventario de Depresión de Beck.

Por otro lado se analizó la presencia de indicadores de desorden alimentario, mediante el cuestionario EAT 26. Del total de la muestra se encontró una media de 18,9 lo que determina que no existe desorden alimentario.

Mediante el trabajo de campo, se realizó una entrevista semi-estructurada. En primer lugar se obtuvieron datos socio-demográficos los cuales fueron detallados al inicio de este apartado.

Posteriormente se aplicaron preguntas con el fin de ampliar el conocimiento sobre aspectos que intervienen en el estado psicológico de las personas obesas mórbidas operadas; los datos obtenidos se postulan en las siguientes categorías analíticas:

### **1. Esfera física:**

Las preguntas realizadas fueron:

- ¿Cómo se siente físicamente después de la cirugía? ¿Observó algún cambio en el desarrollo de sus actividades diarias?

En esta categoría se registraron las siguientes narrativas:

*“Muy bien, empecé el gimnasio”; “Puedo subir las escaleras sin agitarme, es todo más fácil”; “Ya no dependo de nadie para moverme”; “no me duelen tanto las rodillas, puedo hacer más cosas, como jugar con mis hijos”; puedo hacer las cosas yo solo, sin tener que pedir que me las hagan”; “me siento muy bien, tengo mayor agilidad”; “es todo más fácil! Subir las escaleras, vestirme, atarme los cordones”; “al principio me sentí muy débil, pero después cambió”; “me muevo con más facilidad por mi casa y en el trabajo”.*

### **2. Esfera mental:**

Las preguntas realizadas para indagar esta categoría fueron:

- ¿Cómo se siente anímicamente después de la cirugía?

En esta se registraron las siguientes narrativas:

*“Nerviosa, con mucho apetito”; “Agotada”; “Al principio estaba contenta pero me costó adaptarme”. “estaba medio deprimido”; “me sentí muy bien, estaba dolorida pero muy contenta”; “tuve altibajos, pero me sentí mejor, con mas autoestima”; “pase por todos los estados, al principio me sentía media deprimida pero ahora contenta”; “contenta, pero por momentos irritable”; “ por momentos me siento triste pero después mejor”; “ me costó adaptarme, pase por todos los estados, pero ahora estoy contenta”.*

- Si tuviera que describir los cambios observados en usted después de la cirugía, ¿Cuáles considera que son los más significativos?

Los testimonios fueron:

*“En síntesis, es como si me quitaran 10 años de encima”; “Volví a tener 20 años”; “Siento que volví a nacer, es una nueva vida totalmente distinta”; “Me siento más femenina, ahora me cruzo de piernas!”; “La comida ya no es el centro del universo”; “Me veo el cuello y las muñecas”; “Puedo jugar más con mis hijos”; “fue un renacer, volví a ser como antes...autónomo lleno de energía y proyectos”; “pude ver cambios físicos y psicológicos, estoy más positiva y me proyecto a futuro”; “tengo otra alimentación, ya no como todo lo que veo. Ahora me controlo y conozco lo que estoy comiendo”; “puedo dormir mejor”; “estoy más susceptible”; “me siento más joven, mas linda porque me puedo vestir mejor”; “volví a nacer, me sentía de 60 años, llevaba la misma vida que mi mamá, ahora me dan ganas de salir”; “ me siento un pibe, me dan ganas de salir porque me puedo vestir bien”; “tengo más seguridad”; “me siento como cuando me casé”.*

- ¿Cómo se ve cuándo se observa en el espejo?

Se obtuvieron los siguientes fragmentos:

*“Hace mucho no me miraba, ahora me cuesta verme, pero me gusta”; “Me veo rarísima, me dan ganas de comprarme ropa y arreglarme”; “Me di cuenta que tengo cuello”; “Me veo como otra persona”; “Me cuesta creer que la que veo soy yo, después de tantos años de lucha”; “Ahora les pido a mis hijos que me saquen fotos de cuerpo entero”; “me parece muy raro verme los huesos del cuello”; “me veo muy rara”; “me cuesta creer que soy yo”; “ es raro verme, encuentro parte que no conocía, como el cuello y las muñecas”; “no lo puedo creer”; “muy distinta, trato de no mirarme mucho porque me da miedo acostumbrarme y después volver a engordar”; “hace un año era otro!”.*

### 3. Esfera social – familiar

Los interrogantes realizados a fueron:

- ¿Cómo cree que los demás la ven actualmente?

Los testimonios fueron:

*“Todos me ven distinto, volvés a ser una persona”; “me ven linda”; “me ven muy flaca”; “la gente me ve rara, ahora me tratan de otra manera”; “me ven con una actitud más positiva”; “se sorprenden, algunos no me reconocen y otros piensan que estoy enferma”; “la gente que no me ve hace mucho se asombra mucho”; “me ven mejor, no me tratan como a una enferma”; “me ven distinta, me tratan de otra manera, me tienen más en cuenta”; “me ven con un cambio de actitud”; “todos se sorprenden y me preguntan”;*

- ¿Cómo reaccionaron las demás personas ante su cambio?

Se obtuvieron las siguientes narrativas:

*“Fue una sorpresa total, hay gente que no me reconoce”; “Me encuentro con gente conocida que no me reconoce”; “Feliz por mí cambio, los que no sabían de mi operación pensaban que estaba enferma”; “con mucho asombro”; “están todos sorprendidos, mi familia me ayuda mucho con la dieta, ahora comen todos más sanos”; “mis amigas y mi novio están muy contentos y me ayudan mucho”; “en mi casa dejaron de comprar comida con muchas calorías”; “todos se sorprenden por que fue un cambio grande en poco tiempo”; “mucho asombro”.*

- ¿Cómo fue la reacción de su familia ante la disminución de peso?

Los testimonios fueron:

*“están muy contentos, dicen que me estoy achicando”; “me apoyaron en todo momento”; “están todos felices por mí, me ayudan mucho con las comidas”; “muy buena, me respetan mucho y me ayudan”; “están todos contentos, mis hijos empezaron a comer de otra manera”; “felices porque me ven mejor”; “contentos por que ellos fueron los que me insistieron para operarme”; “ahora me preguntan a mi sobre lo que es más saludable comer”; “son los masa críticos, resaltan mucho los defectos”.*

- ¿Cree usted que a partir de la cirugía hubo algún cambio a nivel familiar? ¿Cuáles?

Se obtuvieron las siguientes narrativas:

*“hablamos sobre mas temas, y ahora cocina mi esposo y mis hijos porque yo como muy poco”; “cambiamos nuestra vida, todos comemos más saludable”; “no hubieron cambios, todo sigue igual”; “aprendí a abrirme más con ellos, les cuento más cosas”; “hay muchos cambios, me di cuenta de que tengo una vida y ahora salgo mas con mi marido”; “cambio totalmente, presenté a mi novio en la familia y voy a las reuniones familiares”; “me siento más aceptada, sentí que me aprobaron, ahora me ven más mujer”; “ ayudo mucho en los lazos familiares”; “me tienen más en cuenta”; “mis hijos y esposo comen más saludables”; “comparto más actividades con mi hijo y esposo”; “tengo una relación más linda con mi marido, compartimos más cosas juntos”; “ahora están todos mas flaquitos”.*

- ¿Recibió apoyo de su familia en el proceso post-quirúrgico? ¿Qué tipo de apoyo?

Se obtuvieron las siguientes narrativas:

*“me apoyaron mucho emocionalmente”; “recibí ayuda emocional y psicológica”; “me acompañaron en mi recuperación”; “fue fundamental el apoyo emocional de mi familia”; “me ayudaron mucho con las tareas de la casa y el cuidado de mis hijos más chico”; “fue muy importante la compañía de mi familia”. “recibí apoyo de todo tipo, fue fundamental”; “me apoyaron mucho con la dieta y las tareas de la casa”; “fue fundamental, sin el apoyo de mi familia no hubiera sido lo mismo”.*

- ¿Alguna persona pudo haberse sentido incomodo con su pérdida de peso?

Se obtuvieron las siguientes narrativas:

*“Mis hermanos se enojan porque ya no cocino como antes”; “Mis amigas no me llaman mas, ellas son gordas y no me invitan a las reuniones”; “Mi mejor amigo ya no me dice más gorda ahora me dice por mi nombre y dejo de ir a mi casa”; “Un amigo me dijo, ahora que vas a ser flaca no me vas a querer mas”; “Mis hermanas están gordas y no les gusta verme tan bien”; “Mi mamá, se enoja porque ya no estoy todo el día con ella”; “una amiga que es gordita, tiene cambios en sus actitudes conmigo”; “en el trabajo algunos compañeros tal vez”.*

A partir de estos datos obtenidos, se realizó el análisis de cada categoría:

### **1. Esfera física:**

Luego de la cirugía la persona se siente bien físicamente. Este bienestar genera ciertos cambios en el desarrollo de sus actividades diarias, debido a que pueden realizar estas actividades con mayor autonomía, agilidad y con menos dolores. De esta manera inician o retoman actividades que tuvieron que dejar por sus limitaciones físicas tales como tareas de cuidado personal, caminar, subir escaleras, levantar o transportar objetos, vestirse o la práctica de algún deporte.

### **2. Esfera mental:**

Luego de la cirugía las personas experimentan cambios anímicos. En un primer momento se sienten más irritados, perciben que se enojan con mayor facilidad, se sienten tristes, más nerviosos y agotados. Luego de este periodo comienzan adaptarse a su nuevo estado y logran un bienestar anímico.

Los cambios más significativos percibidos por la persona operada son aquellos en relación a su vitalidad, autoestima y su relación con la comida. Estas personas comienzan a sentirse más jóvenes, con nuevas oportunidades y nuevos proyectos. A su vez elevan su autoestima, se sienten más atractivos y seguros. Realizan una resignificación de la comida.

Hay cambios en la percepción del esquema corporal, les cuesta reconocerse, comienzan a descubrir partes de su cuerpo que antes no veían (cuello, rodillas, muñecas, pies deshinchados, etc.).

### **3. Función socio – familiar**

La persona operada detecta que las demás personas la ven y la valoran de un modo distinto, comienzan a tener en cuenta su opinión y participación, perciben cambios en las valoraciones que el entorno social y familiar realiza sobre ellos.

El sistema familiar y no familiar reacciona principalmente con asombro y alegría frente a los cambios observados.

Las familias deben adoptar una organización diferente a causa de nuevo rol asumido por la persona operada, se producen cambios en la distribución de las tareas del hogar, en los hábitos alimenticios y en las relaciones entre los familiares.

Durante el periodo postquirúrgico el principal apoyo es familiar de tipo emocional. Generalmente existen personas del sistema familiar o amigos muy allegados que experimentan descontento frente a la baja de peso del paciente operado.

## Discusión

A partir de los datos socio-demográficos obtenidos, se pudo observar que en la Clínica Quirúrgica CQO, la mayoría de las personas que se realizan una cirugía bariátrica son mujeres, de estado civil casados y con estudios universitarios completos. La edad promedio de los pacientes que se someten a cirugía es de 36,95 años. Estas personas están ingresando a la mediana edad lo que los enfrenta con la necesidad de realizar un cambio, reconociendo que tienen una enfermedad y comenzando a pensar seriamente en cómo resolverlo.

Se pudo observar que en el tiempo promedio de 6,9 meses de operación existe un descenso de peso con una media de 35,8 kilogramos. De los analizados, hasta el momento, ninguno ha obtenido una re-ganancia de peso.

De acuerdo al primer objetivo planteado, se pudo comprobar que las personas operadas perciben una muy buena *calidad de vida* en todas las dimensiones evaluadas. Se observó que los porcentajes obtenidos en las distintas dimensiones del cuestionario de calidad de vida, superan el valor medio constatando que la totalidad de las respuestas se encuentran por encima del 65%.

El alto porcentaje en las respuestas comprendidas en las escalas: *función física*, *función social* y *rol emocional* reflejan una percepción favorable de la calidad de vida. El mayor porcentaje se encontró en la dimensión *función física* (89%), lo cual demuestra que luego de la cirugía las personas perciben bienestar en relación al estado físico dado que pueden realizar actividades de la vida cotidiana sin dolor, con mayor facilidad y de manera autónoma. Obtienen un bienestar físico que les permite realizar actividades tales como vestirse, caminar, subir escaleras, levantar o transportar objetos y realizar esfuerzos moderados e intensos. Otro indicador que presenta un alto porcentaje es el de *función social* (87,45%). Esto permite ver que luego de la cirugía las personas perciben una buena calidad de vida en relación a sus actividades sociales, es decir, participan de una manera más activa en reuniones sociales sin ninguna interferencia por sus problemas físicos o emocionales. También se obtuvo un alto porcentaje para el indicador de *rol emocional* (81,6%) lo que muestra que las personas percibe bienestar en las actividades que realiza en su vida cotidiana y en su trabajo ya que pueden realizarlas con normalidad, sin que estas se vean alteradas o disminuidas por problemas emocionales.

Tal como se mencionó anteriormente se obtuvo un alto porcentaje para todas las dimensiones evaluadas en el Cuestionario de Calidad de Vida.

De lo expuesto se podría decir que los resultados obtenidos en cuanto a la percepción de calidad de vida, son similares a los expresados por Gonzales (2006) en una investigación realizada en Chile sobre pacientes post-quirúrgicos, en donde sostiene que la calidad de vida mejora en los pacientes bariatrizados, logrando un mayor impacto en la mejoría de la autoestima, luego en sus relaciones sociales, bienestar físico y desempeño laboral y un poco menos en la normalización de la sexualidad.

Mediante el rastreo bibliográfico se constató datos sobre el estado psicológico de obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica, en la etapa pre-quirúrgica (Lasagni, 2012). La autora, postula que estas personas consideran una mejor calidad de vida en relación al factor de salud mental y una menor calidad de vida en las puntuaciones obtenidas para el factor referido al rol físico. Considerando este estudio y los datos obtenidos en esta investigación, se podría decir que luego de la cirugía existe una mejoría en la percepción de calidad de vida en especial en los aspectos físicos. Cabe destacar que dicha comparación se realiza de modo descriptivo debido a que la muestra evaluada en esta investigación es muy inferior a la realizada por Lasagni (2012)

Teniendo en cuenta el segundo objetivo planteado, se pudo comprobar que existen trastornos de ansiedad menor en las personas operadas. A su vez se determinó la ausencia de depresión durante este periodo.

Mediante la revisión bibliográfica se pudo obtener datos acerca del estado psicológico pre-quirúrgico de personas obesas mórbidas. En España, un estudio sobre la valoración de candidatos a cirugía bariátrica (Martínez, 2008) detectó que del total de una muestra de 198 pacientes, el 27% padece ansiedad y el 22 % síntomas depresivos. En Colombia (Reyes 2008 citado en Lasagni, 2012) encontró en una muestra de 50 personas, trastornos depresivos en el 24% de los casos, trastornos adaptativos en un 8% y trastornos de ansiedad en un 6%. En Mendoza, Lasagni (2012) determinó, en una muestra de 264 personas, que los postulantes a cirugía presentan trastornos de ansiedad mayor y depresión leve. Teniendo en cuenta estos estudios y los datos obtenidos en esta investigación, pareciera que los indicadores de ansiedad y de depresión tienden a reducirse luego de la cirugía, lo cual debería ser probado mediante un estudio comparativo.

Así mismo los resultados de esta investigación, coinciden con los datos aportados por un estudio realizado en Chile (Rojas, 2011), el cual afirma que en relación a la salud

mental de las personas operadas, existe una disminución significativa de síntomas ansiosos y depresivos, especialmente en los primeros 6 meses posteriores a la cirugía, que es donde la baja de peso es mayor.

Como tercer objetivo de esta investigación se planteó conocer la presencia de *desorden alimentario* en la etapa post-quirúrgica. En base a los resultados obtenidos se constató que posterior a la cirugía, las personas no presentan desorden alimentario.

Analizando las entrevistas, se corroboró que a *nivel físico* las personas operadas perciben cambios físicos positivos tales como mejoras en la movilización, mayor autonomía y agilidad. Podría decirse que realizan una “reingeniería de la vida” buscan hacer cosas nuevas, empiezan actividades que siempre quisieron realizar pero no podían por sus limitaciones físicas. Esto les permite re-insertarse en el medio social y familiar desde un rol más activo.

En cuanto al *nivel mental* se comprobó que, en un primer momento luego de la cirugía, las personas experimentan cambios anímicos. Se sienten más irritados, perciben que se enojan con mayor facilidad, más nerviosos, tristes y agotados. Les cuesta adaptarse a este nuevo estado. Tal como afirma Ambrosi (2009) una de las características que suele aparecer en las personas obesas que han iniciado un proceso de adelgazamiento es “la tristeza por adelgazar”. Los motivos que la generan pueden ser muy variados y dependerán de sus características y del entorno. Cuando las personas bajan de peso, rompen con el equilibrio que había en ellas. El cuerpo se va transformando y las personas comienzan a transitar un proceso de duelo debido a ciertos cambios de hábitos y al renunciamiento de comer en exceso.

No obstante esto se rebeló que, a nivel emocional, uno de los cambios más significativos en estas personas se dio en relación a su autoestima. Frente a esto se consideró importante destacar el concepto de necesidad de estima de Maslow (1954) entendido como el deseo de estimación propia y de los demás. Se pudo comprobar que las personas operadas desarrollan un cambio en la valoración que realizan sobre ellos mismos, se sienten más seguros, con proyectos, se respetan y se valoran de una manera más positiva. Por otro lado sienten que han logrado el respeto por parte de las demás personas, sienten que logran una mayor aceptación dado que su opinión ahora es tenida en cuenta; es por esto que se podría establecer que logran satisfacer sus necesidades de estima.

Otro aspecto importante evaluado es que las personas operadas experimentan grandes cambios en relación a la percepción de su *esquema corporal*, les cuesta

reconocer su nuevo cuerpo, se sienten distintos y comienzan a descubrir nuevos movimientos que antes no tenían en cuenta (como cruzar las piernas o saltar un cordón). A su vez este sentimiento de extrañeza por el propio cuerpo es reforzado por la visión de los demás, que reaccionan con gran asombro cuando los ven o directamente no lo reconocen. Las personas operadas vuelven a mirarse al espejo o a sacarse fotos de cuerpo entero, estas actividades les devuelve una imagen de su cuerpo que no coincide con la autoimagen devaluada con la que convivieron durante toda su vida. Este cambio físico rotundo que experimentan genera que las personas tengan que adaptarse a una nueva imagen corporal y de esta manera re-significar su cuerpo. Es decir, deben transitar el duelo por su “cuerpo obeso perdido”.

A *nivel social*, se pudo comprobar que las personas perciben que luego de la cirugía han logrado una mayor aceptación e inclusión social. Comienzan a tener mayores actividades sociales. Tal como revelaron los testimonios registrados, se sienten más seguros, más cómodos con su cuerpo, pueden vestirse “mas lindos”, moverse con mayor autonomía, lo que les permite asumir un rol social más activo. Siguiendo las necesidades de Maslow (1954) se podría decir que logran satisfacer las necesidades sociales ya que comienzan a sentirse aceptados por los demás y a participar, sin interferencias emocionales y físicas, en grupos sociales.

A *nivel familiar* se comprobó que luego de la cirugía el sistema familiar experimenta ciertos cambios. La familia de la persona operada debe reorganizarse ya que el paciente operado asume un nuevo rol lo que lleva al sistema familiar a adoptar una organización diferente. A su vez se pudo corroborar que es de gran importancia el apoyo familiar en la etapa post-quirúrgica sobre todo de tipo emocional. Estas personas necesitan del apoyo y contención de su familia para poder adaptarse a un nuevo estado. Se pudo ver que en algunos casos este apoyo familiar no está presente perjudicando de manera significativa la adaptación a un nuevo estado. Tal como afirman otros autores (Ackermann, Cappelletti 2011) los pacientes con la tasa más elevada de éxito a largo plazo son aquellos que cuentan con un sólido sistema de apoyo de sus familiares y amigos que están dispuestos a ayudarlos tanto física como emocionalmente.

Se detectó que en la mayoría de los casos existe un mantenedor homeostático del síntoma, que manifiesta su descontento cuando la persona operada disminuye de peso y adquiere un nuevo rol en la familia. Este puede perjudicar, la readaptación y/o mantenimiento de la persona intervenida quirúrgicamente.

A partir de lo expuesto, es que se considera de gran importancia tener un enfoque sistémico en el tratamiento quirúrgico ya que permite ver los distintos factores que

intervienen en la re-funcionalización de los pacientes y en el ambiente que tendrá que enfrentar luego de la cirugía.

Se considera importante tener en cuenta que estas personas operadas han pasado por una etapa de acción, de grandes cambios físicos, emocionales, conductuales y actualmente se encuentran en la etapa de mantenimiento, en la que deben trabajar permanentemente para consolidar los logros obtenidos en fases anteriores y esforzarse para prevenir recaídas. Existe un miedo común entre todos los pacientes operados que es el de la re-ganancia de peso, lo que los conduce, en la mayoría de los casos, a mantener una disciplina en sus hábitos y realizar un trabajo de mantenimiento durante toda la vida.

A modo de resumen se puede establecer que, a partir del trabajo desarrollado, se pudo comprobar que luego de la cirugía bariátrica, las personas evaluadas presentan trastornos de ansiedad menor y no existen indicadores de depresión. Por otro lado se comprobó la ausencia de indicadores de trastorno alimentario. En relación a la percepción de calidad de vida, las personas operadas perciben una muy buena calidad de vida en el área física, emocional, mental y social.

## Conclusiones

A partir del análisis de los resultados desarrollados a lo largo de la investigación, se concluye que la cirugía bariátrica en las personas que padecen obesidad mórbida favorece el descenso de peso y por consiguiente perciben mayor bienestar en la calidad de vida en relación a las funciones físicas, sociales, emocionales y mentales.

Estos cambios repercuten favorablemente en el estado anímico de los pacientes aunque existe un trastorno de ansiedad menor donde será importante intervenir desde el punto de vista psicoterapéutico a fin de disminuir este indicador.

Existe una mayor organización en cuanto a los hábitos alimentarios lo cual implica modificaciones en la ingesta de alimentos tanto en su calidad como cantidad y frecuencia de las mismas. Cabe mencionar que el paciente con obesidad mórbida a su vez debe entender que la cirugía bariátrica es una herramienta más para controlar su enfermedad crónica.

No obstante, con el fin de asegurar un buen pronóstico y evitar una re-ganancia de peso, es fundamental el seguimiento psicológico durante el periodo post-quirúrgico ayudando a la persona a transitar los cambios bio-psico-sociales. Además sería satisfactorio poder incorporar al grupo familiar del paciente bariátrico en grupos terapéuticos de seguimiento a fin de comprometerlos en el tratamiento postquirúrgico de la persona que padece esta enfermedad. De esta manera también sería una forma de prevenir la aparición de esta patología en otro miembro del grupo familiar.

Este estudio pretende ser un aporte teórico en relación al estado psicológico de las personas obesas mórbidas intervenidas quirúrgicamente. Se es consciente que la muestra evaluada es reducida y se debería dejar abierta esta investigación incrementando el número de personas evaluadas como así también realizar un estudio comparativo teniendo en cuenta los indicadores analizados pre y pos-quirúrgicamente en un futuro.

## Bibliografía

- Ackermann, M. Cappelletti, A. (2011). Modulo 5: Aspectos nutricionales y psicológicos del manejo peri operatorio. Posgrado de cirugía bariátrica. *Nutrinfo.com*.
- Acosta Seró, O (2009, junio 24) Más de la mitad de la población argentina sufre sobrepeso y obesidad. *La gaceta*. S3.
- Álvarez, B. M (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina clínica*, 129(10), 387-391.
- Ambrosi, Eliana Cecilia. (2009). *Bienestar psicológico y sentido de vida en adultos obesos* (Tesina de grado). Mendoza, Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Dirección URL del documento: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/13>. Fecha de consulta del artículo: 12/09/13.
- Barth, J.(2000) *Enfermedad Crónica y Familia*. Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns. Capitulo 32. New York: John Wiley & sons inc.
- Bresh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35(4), 537-46.
- Buschiazzo, D. Saez, C. (1997). Obesidad: Factores Psiquiátricos y Psicológicos. *Boletín de la Escuela de Medicina*,(26), 1, 38-41.
- Bustamante, F. Williams, D. Vega, C. Prieto, D. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 58(6), 481-485.
- Cabello Garza, M. Zúñiga Zárate, J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, 10 (2), 183-188.
- Castro, P. Bellido, S. (2006). Utilización de test y cuestionarios en la investigación de la conducta alimentaria en pacientes con normopeso y exceso de peso corporal. *Revista Española de Obesidad*, 4(6), 338-345.

- Chandler, E. Bernardo, R. (2002). Obesidad: aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales. *Revista Actualidad Psicológica*, 1, 5.
- Chiozza, L. (2008). Las fantasías adiposas en la obesidad. En L. Chiozza, (Ed), *Afectos y afecciones 3: los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo* ( 99 – 152). Buenos Aires: libros el Zorzal.
- Domínguez Vásquez, P. Olivares, S. Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249-255.
- Elgart, J. Pfirter, G. Gonzalez, L (2012). Obesidad en la Argentina: epidemiología, morbimortalidad e impacto económico. *Revista Argentina salud pública*. 5 (1), 6-12.
- Feixas, G. Maldonado, P. (2010). Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad pacientes quirúrgicos de banda gástrica ajustable. *Boletín de Psicología*, (99), 71-87.
- Fernández Canet, R. (2008). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: análisis de las diferentes variables que puedan afectar a la pérdida de peso*. Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Ferrante, D. Linetzky, B. Konfino, J. King, A., Virgolini, M. Laspiur, S. (2011). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(6), 34-41.
- García Fernández, P. (2011). Obesidad y Diabetes: Sistema de creencias de una madre y su hija [versión electrónica]. *México Quarterly Review*, 1(6), 1-5.
- García, C. (2002). Trastornos por atracón y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 17,(1), 55-59.
- García, E. (2004). ¿Qué es la obesidad?. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. (12), 3, S88-S90.

- González, J. Gómez, C. Arriagada, P. (2006). Evaluación mediante score BAROS de los resultados del bypass gástrico en el tratamiento de la obesidad mórbida [Versión electrónica]. *Revista chilena de cirugía*, 58(5), 365-370.
- Gozales L. (2011). Clasificación del sobrepeso y obesidad [Versión electrónica]. *Medicina Interna de Galicia*, 5,55-57.
- Guzmán Bondik, S. (1997). Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. *Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile*, 26, 45-48.
- Hernández Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140 (2), 27-29.
- Instituto Medico Europeo de la Obesidad (2012, noviembre 8). Estadísticas de obesidad 2012. Instituto Medico Europeo de la Obesidad IMEO. Consultada el 8 de mayo en <http://stopalaobesidad.com/2012/11/08/estaditicas-de-obesidad-2012>
- Larrad, A. Sánchez Cabezudo, C. (2004). Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo. [Versión electrónica]. *Cirugía Española*, 75(5), 301-304.
- Lasagni, V (2012). Estado psicológico de los postulantes a cirugía bariátrica. *Bariatría & Metabolica Ibero Americana*.3. (10), 118 – 124.
- Martín, I. Antón, A. (2002). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26(5), 117-127.
- Martínez, B. Rodríguez, G. Cordero, R. González, F. Wiella, G. Millán, J. Ochoa, K. Rios, B (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta médica grupo ángeles*, 6(4), 147.
- Mondelli, M. Villareal, M. (2013). ¿A qué llamamos actividad física? [versión electrónica]. *Revista bariátrica*, 3, 20-21.
- Montero, J. (2001). Obesidad: una visión antropológica. *Buenos Aires, Argentina: Departamento de Ciencias Médicas, Instituto y Cátedra de Historia de la Medicina*.

- Montt, D. Koppmann, A. Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16(4).
- Moreno, E. Zugasti, M. (2004). Cirugía bariátrica: situación actual. *Revista Medica universidad de Navarra*, 2 (48), 66-71.
- Organización Mundial de la Salud (2012, Mayo). Obesidad y sobrepeso. Nota 311. Consultado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Perello, M.; Spinedi, E. (2004). Aspectos neuroendocrinos de la obesidad. *Medicina Buenos Aires*, 64 (3), 257-264.
- Pérez Hornero, J. Gastañuduy, M. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del psicólogo, España*, 90 (26), 10-14.
- Ravenna, Máximo (2004). El espejo (aspecto psicológico). En E. Fernandez (Ed.), *Una delgada línea entre el exceso y la medida* (pp 101 – 110). Buenos Aires: Galerna
- Rendon, S. E. Pories, W. J. (2005). Garantía de la calidad en cirugía bariátrica. *Clínica quirúrgica de Norte America*, 85, 757-771.
- Ríos, B. (2012). El Rol del Psicólogo en Cirugía Bariátrica y Metabólica. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 2(3).
- Rojas, C., Brante, M. Miranda, E. Pérez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista médica de Chile*, 139(5), 571-578.
- Rubio, M. A. Martínez, C. Vidal, O. Larrad, A. Salas-Salvadó, J. Pujol, J (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Española de obesidad*, 4, 223-249.
- Ruiz Moreno, M. Berrocal Montiel, C. Valero Aguayo, L. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14(3), 577-582.
- Sabah, B. (2010). Terapia estructural. En Fernández Moya, J (Ed.), *En búsqueda de resultados, modelos clínicos de abordajes 3º edición* (pp 663-678). Mendoza: Universidad del Aconcagua.

- Savino, P. (2011). Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. *Revista Colombiana de Cirugía*, 26(3), 180-195.
- Silvestri, E. Stavile, A. Hirschmann, J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300 (3), 13-22.
- Taiariol 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. *Bariatría & Metabolica Ibero Americana*.2 (4), 107-115.
- Vázquez, V. López, A. (2001) Psicología y obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 2 (9), 91 – 96
- Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso. *Revista Endocrinóloga de Nutrición*, 4 (13), 136-142.

## **Apéndice**