

Universidad del Aconcagua

Facultad de Psicología



TESIS DE LICENCIATURA

“Cirugía bariátrica, una aproximación desde el Análisis Existencial.”

Alumna: Sotomayor, Eliana Antonela

Directora: Mgter. Asid, María Laura

Mendoza, Noviembre de 2017

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora invitada: Mag. María Laura Asid

Nota:

Agradecimientos

A mi familia, que son las personas que siempre me apoyaron y estuvieron a mi lado durante todos estos años.

A Nacho, por acompañarme a transitar estos últimos años de carrera y brindarme su apoyo en todo momento.

A Mía, que su simple presencia, hacia más sencillas las largas horas de estudio.

A mis amigas de la facultad, que sin ellas no hubiera sido posible cumplir con mis objetivos.

A la Mag. Laura Asid, por brindarme su tiempo y apoyo, leyendo, corrigiendo mi tesis y salvando mis dudas.

A los participantes, porque de no ser por ellos, el estudio no se podría haber realizado.

Al Dr. Alejandro Birman, que me ayudo a entender los procedimientos médicos de la cirugía.

Resumen

La obesidad es una enfermedad multifactorial, que presenta múltiples comorbilidades. A lo largo del tiempo se han utilizado diferentes métodos para reducir el peso y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Uno de los más efectivos hasta ahora es la cirugía bariátrica. Esta intervención logra conseguir la reducción del peso y como consecuencia, también pueden mejorar las enfermedades que acompañan a la obesidad.

Los pacientes que se someten a este procedimiento quirúrgico atraviesan muchos cambios en su calidad de vida, como en la vinculación consigo mismos y con los demás. Este estudio evaluará cómo se encuentran las Motivaciones Fundamentales de la Existencia propuestas por Alfried Längle, antes y después de la intervención de pacientes operados.

El tipo de investigación es cualitativa y fenomenológica. Los sujetos participantes son dos adultos, una mujer y un hombre, quienes fueron intervenidos con una cirugía bariátrica. Los instrumentos utilizados fueron entrevistas en profundidad y la Escala Existencial de Längle, Orgler y Kundi (1988) adaptación y validación en muestra mendocina por Páramo y colaboradores (2014).

Palabras claves: Obesidad, Cirugía bariátrica, Motivaciones Fundamentales de la Existencia.

Abstract

Obesity is a multifactor disease that presents multiple comorbidities. Different methods have been used for weight reduction and to improve their quality of life, but one of the most effective methods so far is bariatric surgery, not only achieving the reduction of the weight but also to improve the diseases that accompany obesity.

Bariatric surgery patients undergo many dramatic lifestyle changes, as well as in the relationship with themselves and others. We will evaluate how we find the fundamental motivations for the existence of Alfred Längle, evaluating them before and after of the intervention with patients already operated.

The type of research is qualitative, phenomenological and the subjects were two adult patients, one woman and one man, who had had obesity and who underwent bariatric surgery. The instruments used were in-depth interviews and the Längle, Orgler and Kundi Existential Scale with validation from Mendoza.

Key words: Obesity, Bariatric surgery, Fundamental Motivations of Existence.

Índice

Hoja de evaluación	3
Resumen	5
Abstract	6
Índice	7
Introducción.....	10
Parte I. Marco Teórico	12
Capítulo 1. “Obesidad”	13
Obesidad	14
1.1 Introducción	14
1.2 Un poco de historia de la obesidad	15
1.3 Áreas y sistemas afectados	16
1.4 Aspectos fisiológicos.....	17
1.5 Causas	18
1.6 Factores genéticos que predisponen a la obesidad	18
1,7 Diabesidad.....	18
1.8 Abordaje clínico	19
1.9 Nutrición	20
1.10 Ejercicio y actividad física	20
1.11 Aspectos psicológicos.....	21
1.12 Aspectos socioculturales	24
1.13 Tratamiento	25
1.14 Aspectos jurídicos.....	26
Capítulo 2. “Cirugía Bariátrica”	29
Cirugía bariátrica	30

2.1	Introducción	30
2.2	Resolución 742/2009	31
2.3	Clasificación de los procedimientos bariátricos	32
2.4	Pronóstico.....	34
2.5	El prequirúrgico.....	34
2.6	Contraindicaciones	35
2.7	Complicaciones	36
2.8	Evaluación nutricional.....	37
2.9	Importancia de la actividad física en el tratamiento.....	38
2.10	Cirugía bariátrica y Psicología	39
2.11	Cirugía bariátrica y riesgo de suicidio	44
2.12	Segunda cirugía, la cirugía estética	44
	Capítulo 3. “Psicología Analítico Existencial”	46
	Psicología Analítico Existencial	47
3.1	Introducción	47
3.2	Logoterapia de Viktor Frankl.....	48
3.3	Alfried Längle.....	50
3.3.1	Concepción fenomenológica en Längle	51
3.3.2	Análisis Existencial Personal	52
3.3.4	Reacciones de Coping:.....	61
	Reacciones de Coping de la Primera Motivación:.....	61
	Reacciones de Coping de la Segunda Motivación:	62
	Reacciones de Coping de la Tercera Motivación:	63
	Reacciones de Coping de la Cuarta Motivación:.....	63
	Parte II. Marco Metodológico	65

Capítulo 4. Aspectos Metodológicos	66
Aspectos Metodológicos	67
4.1 Objetivos.....	67
4.2 Tipo de Investigación y diseño	67
4.3 Alcance del estudio.....	68
4.4 Descripción de la muestra	68
4.5 Instrumentos.....	69
4.6 Procedimiento.....	76
Capítulo 5. Presentación y Análisis de Resultados	78
Presentación y Análisis de resultados	79
5.1 Caso 1	79
5.1.1 Análisis de Escala Existencial S1.....	90
5.1.2 Integrando.....	91
5.2 Caso 2	92
5.2.1 Análisis de Escala Existencial S2.....	101
5.2.2 Integrando.....	102
5.3 Resultados generales	102
Capítulo 6. Discusión de Resultados	104
Discusión de resultados	105
Conclusiones	108
En respuesta al primer objetivo planteado	108
En respuesta al segundo objetivo planteado.....	109
En respuesta al tercer objetivo planteado	110
En respuesta al cuarto objetivo planteado	110
Apéndices	119

Introducción

La obesidad es una enfermedad multifactorial, es la segunda enfermedad mortal en el mundo que puede prevenirse, puede ocasionar diferentes dificultades a quienes la padecen como diabetes mellitus tipo II, hipertensión, problemas de óseos, complicaciones para desplazarse o para realizar determinadas actividades. (Ríos, 2016) Los pacientes no solo expresan tener problemas de salud sino también haber sufrido situaciones que les resultan agobiantes, frecuentemente han atravesado periodos de aislamiento, depresión y angustia.

Las personas con obesidad que deciden afrontar una cirugía bariátrica, por lo general han realizado diferentes tratamientos para mejorar su calidad de vida, ya que la enfermedad no solo afecta a su organismo sino que también les genera dificultades a nivel psíquico y social. De todos estos intentos por sentirse mejor no siempre han logrado obtener los resultados que esperaban, por lo que en algunos casos hay pacientes que recurren a una herramienta muy efectiva, la cirugía bariátrica. Esta cirugía es realizada por un médico cirujano especialista y hay diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas que son asignadas dependiendo las características de cada paciente. La finalidad de esta intervención es reducir la capacidad del estómago, de esta forma el paciente ingiere menor cantidad de alimentos, por lo tanto baja de peso y junto con ello mejoran las comorbilidades y su estilo de vida.

Por medio de este estudio se busca conocer el estado de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia (Längle, 2000) distinguiendo aquellas que se encuentren más afectadas y aquellas mejor desarrolladas, considerando el antes y después de la realización de la cirugía bariátrica.

A partir de esta investigación se busca vislumbrar alternativas de abordaje terapéutico para el acompañamiento de personas intervenidas con cirugía bariátrica desde la mirada analítico existencial. Considerando posibles abordajes en el acompañamiento psicoterapéutico de pacientes que estén por atravesar una cirugía bariátrica como así también de aquellas personas que ya se hayan sometido a la misma, buscando optimizar la eficacia del tratamiento.

El trabajo se estructurará en dos partes, la primera el Marco Teórico y la segunda el Marco Metodológico.

El Marco Teórico constará de tres capítulos. En el primer capítulo se realizará una introducción al concepto de obesidad, epidemiología, breve recorrido histórico, áreas y sistemas afectados, aspectos fisiológicos, causas, factores genéticos, diabetes, abordaje clínico, nutrición, ejercicio y actividad física, aspectos psicológicos, aspectos socioculturales, tratamiento y aspectos jurídicos que se dictaminan en la Ley 26.396.

En el segundo capítulo se presentará la cirugía bariátrica, la resolución 742/2009 que es la que ampara la cobertura de la intervención, clasificación de los procedimientos bariátricos, pronóstico de la misma, pre-quirúrgico, los casos en los que la cirugía sería contraindicada, posibles complicaciones, evaluación nutricional, importancia de la actividad física en el tratamiento, cirugía bariátrica y psicología, riesgo de suicidio y por último la posibilidad de una segunda cirugía, la cirugía estética.

En el tercer capítulo se abordará el Análisis Existencial, se realizará un recorrido histórico de la línea, a continuación se describirá la propuesta de Viktor Frankl y posteriormente los aportes de Alfred Längle, desarrollando la Teoría las cuatro Motivaciones Fundamentales de la existencia con sus Reacciones de Coping.

El Marco Metodológico estará conformado por dos capítulos.

En el cuarto capítulo, se describirán los aspectos metodológicos, detallando preguntas de investigación, objetivos, método, instrumentos y procedimientos.

En el quinto capítulo, se realizará la presentación, análisis y discusión de los resultados.

Finalmente se presentarán las conclusiones.

Parte I

Marco Teórico

Capítulo 1

“Obesidad”

Obesidad

1.1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad y el sobrepeso se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma de medir la obesidad es con el índice de masa corporal (IMC) esto es igual al peso de una persona dividido por el cuadrado de la talla en metros. La persona es considerada obesa cuando el IMC es igual o mayor a 30 y es considerada con sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Además la OMS (2017) señala que la obesidad es “la segunda enfermedad mortal prevenible en el mundo, después del tabaquismo”. Y añade que “ocasiona o agrava diversas enfermedades”; de hecho, considera que la obesidad es una “epidemia global”, ya que todos los países, ricos y pobres, desarrollados o no, la sufren en mayor o menor medida.

Según las cifras de la OMS, desde 1980 en adelante, se han más que doblado en todo el mundo los niveles de sobrepeso y en 2014, más de 1900 millones de adultos de más de 18 años tenían sobrepeso, de los cuales 600 millones eran obesos. Además en el mismo año se observó que 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. La OMS ha declarado que es el problema de salud más grande no reconocido que enfrenta la sociedad actual.

Incluso presenta consecuencias médicas, es un padecimiento que produce y agrava una larga lista de enfermedades, entre las que se encuentran: hipertensión, arterosclerosis, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus II, hiperlipidemia, hipertrigliceridemia, disnea y fatiga, apnea del sueño, embolia pulmonar, síndrome de Pickwick, litiasis vesicular, esteatosis hepática, infertilidad y amenorrea, incontinencia urinaria, hiperplasia y carcinoma endometrial, carcinoma mamario, carcinoma prostático, carcinoma del colon, hipogonadismo hipotalámico, complicaciones obstétricas, artritis degenerativa, insuficiencia venosa de miembros inferiores, hernias y propensión a accidentes. Además se observa con frecuencia otros síntomas como la depresión y el aislamiento.

En cuanto a la clínica, la obesidad está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como una enfermedad médica, mientras que en el DSM-5 no

aparece como un trastorno mental, ya que su desarrollo depende de factores genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales, que varían entre los individuos.

Baile y Gonzáles (2011) agregan que:

Hoy en día la obesidad no se considera un trastorno mental, estatus que no parece que se vaya a ver modificado en un futuro cercano. Sin embargo, desde hace unas décadas se estudia la relación entre el sobrepeso o la obesidad y posibles alteraciones psicológicas concomitantes, sin que se haya llegado a un consenso sobre la existencia de un perfil psicológico específico en quienes los presentan, ni en el posible poder patógeno de la psicopatología en la obesidad. (p. 254)

Es considerada como una enfermedad multifactorial. Existen obesos con y sin psicopatología, pero no hay un trastorno psicológico propio del obeso. (Ríos Martínez, Sánchez Rentería, Guerrero Hernández, Pérez Carbajal, Gutiérrez Pérez, Rico Rodríguez, Balsa Fadanelli, Villalpando Uribe, de la Cerda, Silva Soltero, Aquino Tapia, Romero Manzo, Jiménez Padilla, Terán Villalpando, Villalobos Grijalva, 2010).

Además es un problema de salud pública debido a que es causa de muerte prematura y enfermedades graves. Hay una relación lineal entre el IMC y la mortalidad: a mayor IMC, mayor mortalidad; de hecho, la obesidad severa se asocia a una mortalidad 12 veces mayor en individuos entre 25 y 35 años, es más, mueren ocho o diez años antes que la gente con peso normal. Por cada 15 kilos de exceso, la mortalidad asciende 30 por ciento.

La obesidad mórbida es una enfermedad crónica que disminuye la calidad y expectativa de vida de las personas. El tratamiento de la obesidad mórbida a través de métodos convencionales en muchos casos no logró los resultados esperados. Por lo que la cirugía bariátrica es una alternativa terapéutica que permitirá controlar la enfermedad y/o prevenir sus comorbilidades. (Lasagni, 2012)

1.2 Un poco de historia de la obesidad

Anteriormente en los pueblos primitivos del Paleolítico representaban a las mujeres obesas como símbolo de fertilidad, ellos realizaban estatuillas de unos 12 a 15 cm donde siempre eran cuerpos femeninos de gran corpulencia a los que les daban el nombre de Venus. Estos símbolos pudieron haber representado la fertilidad o simplemente la veneración de la mujer o la madre. La estatuilla más famosa es la Venus de Willendorf

que está en el museo de Viena, con fecha aproximada del año 23.000 a.C. que representa a una mujer con obesidad mórbida. (Baltasar, 2000)

Hace más de 1000 años en España un rey perdió la corona por perder la línea. El rey leonés Sancho I accede al trono a los 25 años de edad, tenía una obesidad mórbida de tal magnitud que precisaba el auxilio de una persona para poder caminar y montar a caballo. Su obesidad era objeto de burlas y de ahí paso a la historia con el sobrenombre de el Craso. (Baltasar, 2000)

Posteriormente el gran filósofo y médico persa Avicena (980-1037 d.C) escribió capítulos dedicados a la obesidad y sus consecuencias, y dice que la obesidad severa restringe los movimientos y maniobras del cuerpo, los conductos de la respiración se obstruyen y no pasa bien el aire. Además menciona que estos pacientes tienen riesgo de muerte súbita y son vulnerables a sufrir un accidente cerebral, hemiplejía, palpitaciones, diarrea, mareos; y que pueden ser infértiles los hombres y las mujeres no pueden quedarse embarazadas y de haberlo logrado, abortan. (Baltasar, 2000)

En el siglo de Oro, el pintor Carreño en 1617, realizó un retrato de una niña, vestida y desnuda, en la pubertad; que debido a su deformidad la describe como “la monstrea”. Como se observa la denominación discriminatoria contra los que tenían obesidad ya existía. (Baltasar, 2000)

Otros pintores se han llegado a especializar en el tema de la obesidad. Por ejemplo el pintor colombiano Botero lo que pinta no tiene nada que ver con la obesidad mórbida. Botero pinta los obesos como El Greco lo hacía con los longilíneos, pero no son casos que se acercan a la realidad que tiene la persona con obesidad. Hay cuadros que incluso en las mujeres que tienen obesidad las recrea mirándose al espejo, o pesándose en una báscula, algo inusitado en las pacientes con obesidad mórbida. Como se observa la obesidad no siempre ha sido motivo de conflicto y discriminación social. (Baltasar, 2000)

1.3 Áreas y sistemas afectados

En la obesidad se encuentran afectados múltiples sistemas y áreas, entre ellas:

- Psicológica: depresión, baja autoestima, imagen corporal distorsionada y estigmatización social.

- Neurológica: enfermedad vascular cerebral, hipertensión endocraneana idiopática, meralgia parestésica y demencia.
- Cardiovascular: hipertensión arterial sistémica, insuficiencia cardíaca congestiva, cor pulmonale, insuficiencia venosa, embolismo pulmonar y cardiopatía isquémica.
- Endocrinológica: síndrome metabólico por resistencia a la insulina, Diabetes Mellitus 2, dislipidemia y síndrome de ovarios poliquísticos.
- Musculoesquelética: gota e hiperuricemia, inmovilidad, osteoartritis, lumbalgia y síndrome del túnel carpiano.
- Piel y tegumentos: estrías, pigmentación de piernas por estasis, linfedema, celulitis, intertrigo, carbuncos, acantosis nigricans, acrocordones e hidradenitis supurativa.
- Respiratorio: apnea obstructiva del sueño, síndrome obesidad-hipoventilación, enfermedad restrictiva pulmonar, síndrome de Pickwick y asma.
- Gastrointestinal: enfermedad por reflujo gastroesofágico, hígado graso no alcohólico, colelitiasis, hernias y cáncer de colon. (Ríos, 2016)

1.4 Aspectos fisiológicos

La obesidad resulta del incremento desmedido de la ingesta de energía o del decremento en el gasto de la misma y con más frecuencia de la mezcla de ambas características; es paradójico que paralelamente el avance tecnológico del mundo actual favorezca que factores de riesgo como la obesidad disminuyan las expectativas de vida, pero sobre todo su calidad de vida. (Ríos, 2016)

Es mucho más que una enfermedad del tejido adiposo, es un factor de riesgo para múltiples condiciones patológicas y con frecuencia se asocia con otros factores riesgosos relacionados con enfermedades crónico-degenerativas. A partir de un índice de masa corporal (IMC) de 28, este síndrome es un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (90 por ciento de los casos de DM2 son atribuibles a sobrepeso-obesidad), hipertensión arterial sistémica (HAS), dislipidemia, enfermedad cardiovascular, osteoartrosis, cáncer y muchas otras condiciones patológicas. Desde el punto de vista clínico la silueta del obeso en forma de “manzana” está mayormente relacionada con este riesgo. (Ríos, 2016)

1.5 Causas

Según la causa que origine la obesidad, se puede clasificar en:

Primaria: entre el 95 % y el 99%, derivada de un balance inadecuado entre el aporte excesivo de calorías y la poca o nula actividad física, lo cual correspondería a la obesidad exógena; sin embargo, hay que tomar en cuenta alteraciones que hacen de la obesidad no una causa, sino una consecuencia de ellas, lo que se llama obesidad endógena. Por supuesto que cabe la posibilidad de encontrar casos con la combinación de ambas. (Ríos, 2016)

Secundaria: Entre el 1% y el 5%. Aquí las más frecuentes son las de origen endócrino y las provocadas por el efecto secundario de los fármacos. Sería la obesidad endógena que es secundaria a enfermedades hipotalámicas, ovarios poliquísticos, hipotiroidismo, hipercortisolismo; o debida a fármacos como insulina, sulfonilureas, tiazolidinedionas, esteroides, litio, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, paroxetina, mitazapina e hipogonadismo. (Ríos, 2016)

1.6 Factores genéticos que predisponen a la obesidad

La susceptibilidad genética desempeña una función importante en el mantenimiento del equilibrio nutrimental y en el desarrollo de la obesidad. Los estudios que se han realizado en familias nucleares, niños adoptados y gemelos explican que los genes de susceptibilidad solo representan un tercio del riesgo de llegar a ser obesos. Si bien existe esta predisposición la misma solo se desarrolla cuando el paciente susceptible interactúa con los factores ambientales adecuados. (Bray, 2000)

1,7 Diabetes

Algunos autores han preferido hacer este juego de palabras haciendo referencia a la diabetes mellitus tipo 2 y a la obesidad. Esta relación es ampliamente reconocida, se observa presente entre el 70 y el 85% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Estudios realizados han demostrado que la obesidad es un factor que participa causalmente en el desarrollo de diabetes en un grupo de individuos genéticamente predispuestos. (Castro Martínez & Liceaga Craviotto, 2008)

1.8 Abordaje clínico

Ríos (2016) explica respecto del abordaje clínico que:

Aspectos que deben considerarse en la evaluación de la obesidad son: historia clínica enfocada al diagnóstico de sobrepeso-obesidad, clasificación clínica de la obesidad según el índice de masa corporal (IMC), disponibilidad psicológica y factibilidad del obeso para llevar a cabo cambios en su estilo de vida, condición física basal y comorbilidades. (p. 29)

Una vez que se ha documentado la presencia de obesidad, es importante conocer la distribución de la grasa corporal en el organismo, ya que el sitio de acumulación es útil para valorar los riesgos de la salud. La distribución de la grasa en la parte superior (abdominal) se ha relacionado con la resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica, muerte súbita, infarto de miocardio, hipertensión arterial y dislipidemia. Por lo que los médicos consideran necesario medir la circunferencia de la cintura; si en varones es mayor a 102 cm y en mujeres a 88 cm, se dice que la acumulación de grasa se ubica en el segmento superior. (Castro Martínez & Liceaga Craviotto, 2008)

Es importante que aquí se haga un diagnóstico del grado de obesidad. Ríos (2016, 30) explica el fenotipo de acuerdo con el peso:

IMC (kg/m²)	
Peso deficiente	< 18.5
Peso normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25.0 – 29.9
Obesidad tipo I	30.0 – 34.9
Obesidad tipo II	35.0 – 39.9
Obesidad tipo III	> 40.0

1.9 Nutrición

La nutrición es uno de los aspectos primordiales para lograr la máxima disminución en el peso corporal; ésta debe ser segura e incluir el aprendizaje de nuevos hábitos alimenticios para impedir que el paciente vuelva a ganar peso. (Ríos 2016)

Para los nutricionistas la causa de la obesidad es siempre por un balance energético positivo constante. En otras palabras el aporte energético supera los requerimientos. Pero esto mismo recibe la influencia de factores exógenos, es decir que el ingreso de energía depende del sabor, la crianza, el ambiente durante la comida, factores psicológicos, el tamaño de las porciones, entre otras y los requerimientos dependen de la actividad física durante el trabajo y el ocio. (Biesalski y Grimm, 2009)

La disminución de la ingestión de alimentos es el primer método más utilizado para bajar de peso, las herramientas principales son la dieta escasa en calorías, la dieta escasa en grasas y otras con el propósito de disminuir la energía de los nutrimentos disponibles para el organismo. (Bray, 2000)

Otros autores agregan un concepto interesante, la “palatabilidad”, y es definida como la cualidad de un alimento capaz de producir una sensación agradable o desagradable luego de ser consumido. Esto varía de un individuo a otro. En este caso las personas con obesidad tienen una palatabilidad mayor hacia alimentos azucarados. (Pupi, Brusco, Salinas y Schor, 1986)

Aunque algunas veces ocurre que cuando el paciente logra controlarse por algún tiempo y baja de peso, tiende a recuperar los kilos perdidos, por un mecanismo conocido como adaptación metabólica que hace que los obesos recuperen el peso perdido y lo mantengan alto a pesar de comer igual o incluso menos que las personas delgadas. (Sananes, 2006)

1.10 Ejercicio y actividad física

El ejercicio es una estrategia importante en el abordaje del paciente con obesidad. Para que sea eficaz el mismo debe ser realizado de forma regular, constante, sistemática

y ser de preferencia aeróbico. Los beneficios del mismo se obtienen con una realización de actividad física cada 48 hs o menos. (Castro Martínez & Liceaga Craviotto, 2008)

Por otro lado el ejercicio físico como única medida implementada para bajar de peso no funciona, ya que el mismo ayuda a mantener la disminución del peso que ya se ha logrado, por medio de la utilización de dietas, pero por si solo no es el método adecuado para la disminución. (Bray, 2000)

Entre los beneficios de su realización se incluye el incremento del gasto energético, disminución de la grasa corporal, disminución de las complicaciones relacionadas con la obesidad, mejora de la autoestima y reducción de estados depresivos. Además mejora el acondicionamiento cardiovascular y la tolerancia al esfuerzo, así como la disminución de riesgo de mortalidad. (Ríos, 2016)

Además la actividad física es importante decir que disminuye el volumen corporal, pero incrementa el peso por aumento del tejido muscular. (Tamayo Mendia, 1986)

Hay que agregar que es necesario que el profesional de la salud sea quien debe promover los cambios en el comportamiento mediante la adopción de prácticas saludables. El profesional debe conocer las bases de una prescripción correcta de ejercicio físico con sus indicaciones, contraindicaciones, limitaciones y efectos secundarios. (Ríos, 2016)

1.11 Aspectos psicológicos

Como se mencionó anteriormente todavía no se ha podido establecer una correlación entre variables psicológicas y la obesidad. Pero lo que se ha podido afirmar es que pacientes con obesidad mórbida a edades muy jóvenes tienen un mayor riesgo a desarrollar sintomatología psicopatológica en el futuro, ya que la obesidad y el estigma social asociado tienen impacto directo sobre el desarrollo de la personalidad. (Torales Benítez, Moreno Giménez, Arce Ramírez, 2013)

Si bien las causas psicológicas no explican completamente el desarrollo de la obesidad, existen algunas que han sido clasificadas como psicopatológicas, con gran riesgo de generar o de preservar la obesidad. Según los autores (Torales et al., 2013) las causas que han clasificado son:

- Sobreingesta de alimentos, utilizada como mecanismo de defensa para controlar la ansiedad, que configura el trastorno por atracón; y,
- La demostración de afecto de padres a sus hijos durante la infancia, mediante alimentos.

Además, en cuanto al aspecto psicosocial de la obesidad está determinado por la interacción de las personas con su ambiente sociocultural. En este punto, algunos autores plantean que, los pacientes con obesidad, muchas veces, evidencian dificultades en el reconocimiento y expresión de sus propios estados internos, también dificultad para exponerse en situaciones sociales, rasgos de egocentrismo, autorreferencia, pasividad y dependencia, incapacidad para el control, hipersensibilidad a la crítica, entre otros. (Torales et al., 2013)

Con respecto al ambiente sociocultural algunas personas con obesidad o sobrepeso, se sienten muy discriminadas, no solo por los comentarios que reciben sino por actitudes o medidas que se han implementado en la realización o diseño de los lugares públicos. Por ejemplo el diseño de las butacas de cine, micro, avión, etc., suele no ofrecer comodidades de acuerdo con sus características físicas. También son discriminados en la selección de personal para puestos de trabajo, sin darle lugar a tener un periodo de prueba, en varias empresas no les dan una oportunidad laboral sin realmente saber si van a poder realizarlo o no al trabajo, prejuzgando sus capacidades o dificultades.

Otros investigadores que se han focalizado en los aspectos psicológicos de la obesidad describen que uno de los factores de la obesidad lo constituye la personalidad. Tamayo y Restrepo (2014, 95) sostienen que “según un estudio publicado por la Asociación Americana de Psicología, las personas obesas con alto neuroticismo y baja conciencia (personalidad tipo A) tienen alta probabilidad de pasar por ciclos de pérdida y ganancia de peso durante toda su vida”. Además consideran la impulsividad como un predictor del sobrepeso. (Tamayo et al., 2014)

En una investigación realizada en México, llegaron a la conclusión de que los sujetos con obesidad, manifiestan poco interés en las situaciones emocionantes, tienden a actuar pasivamente, carecen de interés para pensar de manera crítica al no tener una mente inquisitiva, tienden a perder rápidamente la paciencia, se sienten ofendidos en mayor medida cuando los demás los critican, la manera en la que trabajan es más lenta, tienen menos energía que la mayoría de la gente, son inseguros al manifestar sus opiniones, carecen de seguridad en sí mismos en diversas situaciones, son nerviosos, se disgustan fácilmente si las cosas van mal, no les interesa participar en actividades de

grupo y limitan su medio social y sus conocidos a unos cuantos. (Bravo del Toro, Espinosa Rodríguez, Mancilla Arroyo & Tello Recillas, 2011)

Otro de los factores importantes es el estrés. Ya que una situación de estrés puede inhibir el apetito. O por el contrario inducir la sobreingesta, la cual no es la única conducta asociada con el estrés; ya que también afecta al sueño, a la realización de ejercicios, que tiende a disminuir, mientras la ingesta de alcohol puede aumentar, factores que sumados facilitan la ganancia de peso. (Tamayo et al., 2014)

Es más la Ingesta Emocional es considerado como otro factor, esta se caracteriza porque la persona come como una manera de suprimir o atenuar las emociones negativas como el miedo, el aburrimiento, la tristeza y la soledad; la ira no está ligada a la ingesta de alimentos según demuestran las investigaciones. (Tamayo et al., 2014)

La depresión es otro de los factores que aparece asociado al sobrepeso, ya que durante la infancia y la adolescencia la actitud social negativa puede generar baja autoestima, incrementando los niveles de ingesta.

Investigaciones previas informan que hasta un 60% de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica presenta patología psiquiátrica concomitante. En mujeres, en candidatos a cirugía jóvenes, y en pacientes con historia repetida de atracones, los síntomas depresivos son los más prevalentes. Otros investigadores señalan que los diagnósticos más prevalentes encontrados son trastorno por atracón (30%), trastornos afectivos y adaptativos (15%) y trastornos de la personalidad (10%). (Torales et al., 2011)

Torales et al. (2011) agregan que:

La existencia de trastornos psiquiátricos aumenta el riesgo de fracaso en cualquier programa de pérdida de peso, en especial la cirugía bariátrica. Considerar y tratar adecuadamente cualquier trastorno psiquiátrico presente resulta esencial antes de indicar la cirugía. Si estos no son abordados, el éxito estaría condicionado tanto en relación con la pérdida de peso, el mantenimiento de la pérdida en el tiempo y las consecuencias médicas, psicológicas y legales que pudieran generarse. (p. 94)

1.12 Aspectos socioculturales

Comer es un acto primario, en el cual se desarrollan actividades sociales, desde la recolección de alimentos, hasta reunirse con otras personas para prepararlos y consumirlos. (Buckroyd y Rother, 2008 citado en Martínez y Navarro, 2013)

La psicología transcultural se encarga de entender las influencias sociales en el funcionamiento psicológico individual. Aquí se reconoce la necesidad de tomar en cuenta el contexto cultural al tratar de entender lo que el individuo piensa y por qué lo hace de esa manera; también reconocer que la cultura colectiva y la psicología individual se encuentran en relación recíproca; esto es, se hacen la una a la otra. (Martínez y Navarro, 2013)

Las personas aprenden a asociar ciertos alimentos con el placer o con celebraciones, aprendemos que algunos nos hacen sentir bien con nosotros mismos y otros nos hacen sentir culpables, algunos nos brindan gratificación, liberación de situaciones de estrés. Por lo que Martínez y Navarro (2013, 96) concluyen que “en la elección de los alimentos predominan las preferencias y el gusto, es decir, las cualidades sensoriales, psicosociales y culturales, más que el aporte nutricional que puedan brindar”.

Se puede agregar que se ha creado un patrón estético ideal “occidental” que ensalza la delgadez como modelo a seguir y que marca en nuestras sociedades la pauta cultural de lo que es un cuerpo atractivo y de lo que no lo es. Por lo que se favorece el conflicto de carácter social y psicológico en aquellos individuos que se apartan de la norma establecida. (Medina, Aguilar y Solé-Sedeño, 2014)

Actualmente la alimentación se encuentra afectada por el estilo de vida que llevan hoy en día las personas, ya que muchas de las comidas que realizan son fuera de la casa, comprando alimentos que se encuentran ya preparados sin poder conocer el tratamiento y calidad de los mismos. También la falta de tiempo para dedicarse a la cocina promueve que se consuman productos muy calóricos sin poder tener un control específico de la cantidad de calorías que se están ingiriendo. Por lo que se está viendo afectada la calidad de vida de las personas.

1.13 Tratamiento

Según Tamayo Mendieta. (1986, 315) el tratamiento “consiste en la disminución del peso corporal reduciendo los depósitos adiposos y en el mantenimiento del peso obtenido, realizando el paciente sus tareas habituales.”

La mejor forma de enfocar la obesidad es actuar preventivamente y no esperar a que se presente el padecimiento. El mejor enfoque desde la infancia debe estar dirigido a la actividad física, especialmente la aeróbica y sistemática, combinada con una alimentación suficiente, más no excesiva, completa en nutrientes y preferentemente agradable al individuo. Los trabajadores de la salud, aun sin ser médicos, deben ser promotores del peso ideal tanto para sí como para el resto de la población. (Ríos, 2016)

Una de las bases que tiene el tratamiento contra la obesidad son los cambios en el estilo de vida, los cuales incluye la educación con reforzamientos periódicos sobre la ingesta mensurada de alimentos y el establecimiento de un programa con metas precisas de acuerdo con el tiempo de alcanzar y mantener un determinado peso hasta llegar al ideal. (Ríos, 2016)

Entre los tratamientos destacables se encuentran:

- **Actividad física:** Cuando la obesidad ya está presente, para perder el exceso de peso y mantenerlo en un punto adecuado, se recomienda una actividad progresiva y gradual que sea finalmente mayor a 300 minutos por semana.
- **Alimentación:** se recomienda iniciar una dieta de reducción de 500 a 1000 kcal/día del total que el paciente está habituado a comer, fraccionar las porciones ingeridas durante el día, incrementar el consumo de fruta y vegetales, cereales integrales, carne sin grasa, lácteos descremados, reducir alimentos fritos; ingerir agua y no líquidos con calorías; dos porciones de pescado por semana.
- **Tratamiento farmacológico:** las drogas utilizadas han sido agrupadas como drogas anorexígenas, hormonas tiroideas, agentes que aumentan la movilización de las grasas, fármacos que actúan a nivel de la absorción intestinal, entre otros. (Pupi et al., 1986)
- **Cirugía:** la cirugía que se utiliza como tratamiento es la cirugía bariátrica, la misma será explicada en el siguiente capítulo, pero no podía no ser mencionada como parte de los tratamientos utilizados. Esta mejora el pronóstico de comorbilidades de la obesidad,

como diabetes mellitus, hipertensión arterial, apnea obstructiva del sueño, dislipidemia e hígado graso no alcohólico. (Ríos, 2016)

1.14 Aspectos jurídicos

Tanto la obesidad como su tratamiento se encuentran amparadas dentro de la Ley Nacional N° 26.396 de Trastornos Alimenticios, promulgada el 13 de agosto de 2008. Se entiende por trastornos alimenticios a los efectos de esta ley, a la obesidad, a la bulimia y a la anorexia nerviosa, y a las demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia.

Se hace referencia al interés nacional en la prevención y control, donde se comprende la investigación de sus agentes causales, diagnóstico y tratamiento de enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación.

Además en esta ley se hace énfasis en instrumentar campañas informativas relativas a los trastornos alimenticios, explicando sus aspectos clínicos, psicológicos, nutricionales y sociales y las formas apropiadas e inapropiadas de su tratamiento. Además se promueven conductas nutricionales saludables, especialmente entre los adolescentes. Es un dato interesante ya que a partir de esto se promovió que en los kioscos de las escuelas se comenzara a vender frutas, por ejemplo manzanas, y las mismas debían estar a la vista de los alumnos; ya que la ley fomentaba la instrucción y selección adecuada de alimentos considerados saludables, distinguiendo de aquellos que no fueran considerados buenos para la salud su consumo en exceso.

También se difunde la creación de grupos de reflexión y educación para quienes padecen estas enfermedades. Por ejemplo en la municipalidad de los departamentos se encuentran grupos de personas que tienen obesidad que son acompañados por personas capacitadas como médicos, nutricionistas y psicólogos; quienes brindan información y apoyo a quienes la padecen.

Además entre los avances más importantes que se destacaron de la presente ley fue la cobertura de los tratamientos o rehabilitación de los trastornos alimenticios. Según la Ley N° 26.396 (2008) en el artículo 15 y 16 dice:

ARTICULO 15. — Quedan incorporadas en el Programa Médico Obligatorio, la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios según las especificaciones que a tal efecto dicte la autoridad de aplicación.

ARTICULO 16. — La cobertura que deberá brindar todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley N° 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley N° 23.661, las demás obras sociales y organismos que hagan sus veces creadas o regidas por leyes nacionales, y las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en la Ley N° 24.754, incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades.

Es aquí donde se expone la obligación de las obras sociales a brindar el tratamiento requerido para los trastornos alimentarios. En el caso de la obesidad entre los tratamientos que se encuentran contemplados se encuentra la cirugía bariátrica. La misma será explicada más adelante pero adelantando un poco, para poder llegar a la realización de la misma, el paciente requiere de tratamientos previos a la operación, estos tratamientos son realizados por profesionales especializados como médicos, psicólogos, nutricionistas. Todos ellos forman parte de un equipo multidisciplinario, el cual debe estar incluido dentro de la cobertura de las obras sociales. En el caso de las personas que no cuentan con obra social hay equipos multidisciplinarios que operan de manera gratuita. En la provincia de Mendoza había un equipo en el departamento de Tunuyán, en el Hospital Luis Scaravelli, que operaba gratuitamente; el equipo estaba conformado por médico cirujano especializado, nutricionista, psicólogo y profesor de gimnasia. A las personas que no vivían cerca del Hospital se les asigna un día con los turnos con todos los profesionales del equipo, para que pudieran tener todos los controles al día y organizarse correctamente. Actualmente debido a la falta de subsidios que se le estaba brindando a este tratamiento se suspendieron muchas cirugías, pero tras la queja de los profesionales y pacientes, se comenzaron a realizar las operaciones en el Hospital Central.

En fin es importante destacar el trabajo de los psicólogos en estos equipos multidisciplinarios, en la Ley Provincial N° 5.045 de ejercicio de la profesión de la psicología, explica que se considera el ejercicio profesional de la psicología en distintos campos en este caso sería el clínico, como así también la tarea de investigación y elaboración de nuevos métodos. La ley permite el ejercicio de la actividad en forma individual o integrando equipos interdisciplinarios; en este caso los equipos que integran los psicólogos son como ya se mencionó, multidisciplinarios, ya que aseguran un resultado más óptimo para el paciente.

En el Código de Ética de la Provincia de Mendoza del Colegio de Psicólogos, se establece a su vez que se *“resguardan la confidencialidad y el secreto profesional aun cuando compartan información mínima y necesaria como resultado del trabajo en equipo o en supervisión. La confidencialidad se extiende a todos los profesionales participantes”*. Esto es un detalle de suma importancia ya que en los equipos se comparten muchos conocimientos respecto de los pacientes a los que asisten, pero así mismo los psicólogos deben ser cuidadosos de respetar todo aquello que se haya dicho dentro del marco del secreto profesional.

Capítulo 2

“Cirugía Bariátrica”

Cirugía bariátrica

2.1 Introducción

La obesidad mórbida es un proceso crónico, multifactorial y sin tratamiento curativo por el momento. El tratamiento dietético, ejercicio y terapia psicológica y a veces la implementación de medicamentos consigue una pérdida de peso de alrededor del 10% a mediano plazo que contribuyen a mejorar algunas comorbilidades. Sin embargo, debido a las fallas en el tratamiento se han buscado otras alternativas. (Shiordia Puente, Ugalde Velázquez, Cerón Rodríguez, & Vázquez García, 2012)

Hoy en día la cirugía bariátrica es el único tratamiento efectivo a largo plazo para la obesidad, siendo la gastrectomía vertical la técnica más utilizada a nivel mundial, dando buenos resultados ponderales y de curación de comorbilidades y baja tasa a morbimortalidad asociada. (De Andrés Gómez, Pucha Pla, Navarro Moratalla, Gómez Contreras, Vázquez Prado, Oviedo Bravo, Albors Bagá, Sánchez Juan & Hernández Cádiz, 2017). El término bariátrica deriva del griego *barys* o *baros*, que se refiere a pesado o pesadez.

Existe una adecuada efectividad en la pérdida de peso mediante diversas técnicas quirúrgicas; sin embargo, hay que tomar en cuenta que debe existir una correcta selección de pacientes para ofrecerles un apropiado tratamiento quirúrgico, sin olvidar lo esencial de una modificación en el estilo de vida para obtener resultados adecuados, así como el manejo posquirúrgico de un equipo multidisciplinario. (Ríos, 2016)

La cirugía bariátrica no es una cirugía estética y no debería considerarse como una opción de tratamiento sino hasta que se haya intentando con otras alternativas para el manejo de la obesidad y que estas mismas no hayan sido efectivas. Los pacientes sometidos a la cirugía se encuentran expuestos a complicaciones importantes, incluso pueden comprometer su vida.

Es importante destacar que para poder llegar a la cirugía el paciente debe realizar una serie de pasos previos a la misma, esto lo lleva a cabo yendo al médico cirujano, realizando y adquiriendo el hábito de realizar actividad física, realizando dieta antes de la cirugía y por último pero no menos importante el abordaje psicológico y psiquiátrico en el caso que lo requiera. Si no cumple con ninguno de estos pasos al paciente no se le otorga el apto para la cirugía. Pero ¿por qué es necesario cumplir con todos estos requisitos? El motivo es porque la cirugía lleva al paciente a un cambio de vida, todos y cada uno de estos profesionales a quienes acude son de suma importancia, cada uno haciendo el

aporte desde su disciplina. En cuanto al acompañamiento psicológico es sumamente importante y muchas veces puede significar el éxito o no del tratamiento, ya que es necesario reeducar a la persona y acompañarla en este proceso. Que por momentos puede ser arduo y difícil para el paciente ya que no solo implica un cambio en su forma de comer, de reconocerse frente al espejo, sino que es un cambio, como ya se mencionó, de su estilo de vida. Una vez realizada la cirugía, el paciente no es dado de alta hasta que no cumpla los 5 años de la realización de la misma, durante este periodo, deberá acudir regularmente a controles nutricionales, clínicos y psicológicos, este último es hasta que el paciente lo requiera. Todo esto se verá detalladamente a lo largo del capítulo.

2.2 Resolución 742/2009

A la Ley N° 26.396, que ya fue explicada anteriormente, se le suma la Resolución 742 (2009) del Ministerio de Salud en la cual se detallan las condiciones por medio de las cuales la intervención quirúrgica debe ser realizada. En la misma se describen los requisitos que debe cumplir el paciente para poder acceder a la cirugía. Entre éstos requisitos se destacan:

- Debe ser un paciente adulto, con un IMC igual o mayor a 30, con al menos una comorbilidad: diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia respiratoria, cáncer de mama post-menopáusica. O paciente con un IMC mayor de 40
- Edad de 21 a 65 años.
- Más de 5 años de obesidad no reductible, demostrada mediante resumen de historia clínica.
- Riesgo quirúrgico aceptable.
- Haber intentado otros métodos no quirúrgicos para control de la obesidad bajo la supervisión médica, por lo menos por 24 meses, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido.
- Aceptación y deseo del procedimiento, con compromiso de los requerimientos del equipo multidisciplinario, que va a ser quien valorará las expectativas que el paciente coloca en la intervención y evaluará el compromiso del paciente para sostener los cambios de estilo de vida asociados a la cirugía.
- No tener adicción a drogas ni alcohol.
- Estabilidad psicológica.
- Comprensión clara del tratamiento y visión positiva del mismo.
- Consentimiento informado.
- Disposición para seguir las instrucciones del grupo multidisciplinario tratante.
- Buena relación médico-paciente.

Además en la resolución (2009) se describen las contraindicaciones, el tipo de cobertura que se les va a brindar a los pacientes, los tipos de tratamientos que se pueden

ofrecer y los profesionales que deben integrar el equipo multidisciplinario. Todo esto ha sido explicado a lo largo de los apartados del capítulo.

2.3 Clasificación de los procedimientos bariátricos

2.3.1 Restrictivos

Aquellos que disminuirán la ingesta de alimento por alguna causa mecánica. Es decir que no permiten una abundante ingesta de alimentos ya que se disminuye la capacidad del estómago por algún método. (Ríos, 2016) Entre ellos se encuentran:

- Banda gástrica. Consiste en la colocación de un anillo alrededor de la entrada del estómago. La finalidad es limitar la ingesta por lo que se considera un procedimiento restrictivo. (Moncada, Landecho, Valenti, Frühbeck, 2016)
- Gastroplastia vertical con banda. Es una técnica introducida en 1995 por Champion, en esta técnica se utilizaba una engrapadora lineal para reseca un segmento del fondo gástrico, para formar una bolsa proximal de menos de 30 ml de capacidad. Este procedimiento simplificó el procedimiento eliminando la necesidad de una engrapadora circular, para permitir la realización de la técnica por vía laparoscópica con la colocación del anillo alrededor de la bolsa distal. (Ríos, 2016)
- Gastroplastia vertical en manga. es un procedimiento restrictivo que consiste en reseca entre 75 y 80 por ciento de la curvatura mayor gástrica, reduciendo su capacidad entre 60 y 100 ml, dejando un estómago en forma de tubo. (Ríos, 2016)

2.3.2 Malabsortivos

Impiden una adecuada absorción de nutrientes. Estos mismos han caído en desuso debido a sus complicaciones nutricionales.

- Bypass yeyuno-ileal. Esta práctica se encuentra en desuso debido a las complicaciones nutricionales que se presentaban. Entre las complicaciones se encontraban: diarrea, cirrosis hepática, desnutrición importante y formación de litos

de oxalato renales, alteraciones en las articulaciones y la piel, insuficiencia hepática e insuficiencia renal. (Ríos, 2016)

2.3.3 Mixtos

Causan ambos efectos antes mencionados. Por lo que combinan un mecanismo restrictivo con uno malabsortivo para producir mayor efectividad en la pérdida del exceso de peso. Entre los procedimientos mixtos se encuentran:

- **Bypass gástrico.** Es una técnica mixta, restrictiva y malabsortiva, que consiste en crear una bolsa gástrica proximal con capacidad aproximada de 20 cc (factor restrictivo), a la cual se le une un asa desfuncionalizada de yeyuno proximal, de 150-200 cm, por donde pasa el alimento sin mezclarse con la secreción biliar ni el jugo pancreático (factor malabsortivo), lo que se produce al final de este segmento ascendido después de unirse con la otra asa intestinal que continua del duodeno (asa biliopancreatica). Además actualmente se sabe que además del efecto restrictivo y de malabsorción, este tipo de cirugía provoca cambios en hormonas que actúan regulando el apetito, la motilidad intestinal y el metabolismo, llamadas incretinas. (Papapietro, 2012)
- **Derivación biliopancreatica o cirugía de Scopinaro.** La realización de derivación biliopancreática consiste en la reducción de la capacidad gástrica aproximadamente a la mitad y en realizar un cruce en el intestino delgado, de manera que se utiliza sólo aproximadamente el 40 % para la absorción y digestión de alimentos. Se trata de una técnica mixta, ya que añade un componente malabsortivo al excluir un importante tramo del intestino delgado del paso de los alimentos ingeridos. (Moncada et al., 2016)
- **Derivación biliopancreatica con switch duodenal.** Es una derivación de la técnica de derivación biliopancreatica, con división del duodeno distal al píloro, realizando resección gástrica en manga con preservación del píloro, para dejar una capacidad de contenido gástrico de aproximadamente 150-200 ml y realizando la unión intestinal del asa alimentaria a 250 cm. (Ríos, 2016)

Además existen otros métodos para producir pérdida de peso mediante técnicas de endoscopía, como la colocación de un balón intragástrico, la manga endoluminal, la aplicación endoluminal y otros métodos menos utilizados por su baja efectividad, como el marcapaso gástrico. (Ríos, 2016)

2.4 Pronóstico

Todas las técnicas son eficaces, pero existe un amplio rango de variación en la reducción del exceso de peso; por ejemplo, con banda gástrica se ha reportado disminución entre el 29 y el 87% del exceso de peso, con bypass gástrico de 43 a 85%, y en el caso de la manga gástrica el rango es de 33 a 58%. Uno de los motivos que podría explicar esta variabilidad es la severidad de la obesidad preoperatoria que tienen los pacientes en las distintas series, ya que se ha observado por ejemplo que en pacientes con superobesidad hay una menor reducción del IMC después de la cirugía, comparado con aquellos que solo tienen obesidad de grado III antes de la operación. (Maluenda, 2012)

Además la expectativa de vida y la calidad de vida son menores en pacientes obesos que en la población general. La cirugía ha demostrado mejorar estos dos parámetros, siendo uno de sus efectos sobresalientes la remisión de la diabetes mellitus tipo II. También se ha observado la reducción en sintomatología de asma y enfermedad por reflujo gastroesofágico pudiendo permanecer sin medicación. Uno de los hallazgos que se han realizado es la reducción de incidencia de cáncer (80%) en los primeros cinco años de postcirugía. (Shiordia Puente et al., 2012)

Se han reportado además mejorías en una larga lista de comorbilidades, por ejemplo, remisión en el 66% de apnea del sueño, estasis venosa e incontinencia urinaria. La disminución de la adiposidad recupera los niveles de estrógenos, lo que junto con el aumento en la sensibilidad a la insulina produce mejoría del síndrome de ovario poliquístico. (Maluenda, 2012)

2.5 El prequirúrgico

La evaluación del paciente candidato a cirugía bariátrica involucra a múltiples disciplinas. Tiene por objeto diagnosticar cuál es el estado fisiológico del paciente, identificar objetivamente la presencia de factores que lo convierten en candidato a ser tratado quirúrgicamente y pesquisar comorbilidades relevantes que deban ser manejadas para optimizar resultados. Esta evaluación puede necesitar especialistas como cardiólogos, neumólogos, gastroenterólogos, neurólogos, traumatólogos y psiquiatras. Un tema importante de las evaluaciones iniciales son la entrega de información al paciente, explicarle potenciales riesgos y beneficios, y decidir siempre sobre la base de una recomendación terapéutica multidisciplinaria. (Maluenda, 2012)

Para poder llegar a la intervención quirúrgica el paciente tiene que realizarse una serie de estudios que son de suma importancia para ver si puede resistir la cirugía y para que se disminuyan las complicaciones que se pueden presentar. Entre los estudios que el médico cirujano pide son:

- Radiografía de tórax.
- Examen funcional respiratorio.
- ECG y evaluación cardiológica.
- Ecocardiograma.
- Polisomnografía (no es solicitada en todos los casos).
- Ecografía abdominal.
- Análisis de laboratorio completo.
- Evaluación endocrinológica.
- Endoscopia alta para descartar presencia de *Helicobacter pylori*.

2.6 Contraindicaciones

Al hablar de contraindicaciones se genera una gran polémica al referirse en si son contraindicaciones absolutas o relativas, de todas maneras los autores intentan identificar las mismas con la finalidad de poder brindar un mejor manejo de la cirugía y sus efectos al paciente. Se recomienda que las contraindicaciones se comenten con el equipo multidisciplinario. (Ríos Martínez, Sánchez Rentería, Guerrero Hernández, Pérez Carabajal, Gutiérrez Pérez, Rico Rodríguez, Balsa Fadanelli, Villalpando Uribe, De la Cerda, Silva Soltero, Aquino Tapia, Romero Manzo, Jiménez Padilla, Teran Villapaldo, & Villalobos Grijalva, 2010)

Ríos Martínez et al., (2010) consideran que las contraindicaciones se dividen de la siguiente manera:

✓ Contraindicaciones absolutas:

- Paciente en situación de crisis emocional actual (rompimiento emocional, duelo(s) reciente(s), etcétera).
- Trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, manía, trastorno bipolar, depresión severa, intento de suicidio reciente, etcétera).
- Situaciones de riesgo: consumo de alcohol y/o drogas, trastornos de la alimentación, trastornos por atracón, retraso mental profundo, que la decisión de la cirugía no sea por propia voluntad del paciente.
- Poco apoyo de parte de su entorno social y familiar, o ellos son los que quieren que el paciente se opere.

✓ Contraindicaciones relativas:

- Entorno familiar desfavorable (disfuncional).
- Duelos pasados no elaborados, divorcio, intentos de suicidio previos.
- Historia previa de bulimia (por lo menos 1 año de remisión).
- Historia previa de uso o abuso de alcohol y/o drogas (a valorar).

- Identificar las ganancias secundarias alrededor de la obesidad.
- Que el paciente considere la cirugía como la “varita mágica” y la solución a todos sus problemas relacionados con su entorno en general. (p. 117)

Otros autores consideran que las contraindicaciones para realizar la cirugía bariátrica son alcoholismo, abuso de drogas (activos) y la presencia de patología psiquiátrica no controlada o descompensada. También es considerada una contraindicación muy importante cuando el paciente no es capaz de comprender el procedimiento, sus riesgos, sus beneficios, la evolución esperada; ni será capaz de emprender los necesarios cambios en el estilo de vida que se requieren para el éxito de la intervención. (Maluenda, 2012)

A diferencia de Ríos Martínez et al. (2010) en otra investigación se plantea que una contraindicación relativa es la falta de apoyo, contención o un fuerte desacuerdo familiar para la realización de la cirugía. También es contraindicada cuando hay patología suprarrenal o tiroidea que pueda ser causante de obesidad. (Shiordia Puente et al., 2012)

2.7 Complicaciones

Las complicaciones generales que se pueden presentar después de la operación son: infecciones, sangrado, necrosis de piel, apertura de la herida, trombosis, embolia pulmonar.

En cuanto a las complicaciones específicas que en cada cirugía se pueden llegar a presentar son:

Restrictivas	Malabsortivas
Vómitos incontrolables. Déficit de vitaminas. Úlceras. Estenosis. Insuficiente pérdida de peso.	Diarrea. Déficit de vitaminas y minerales. Problemas metabólicos. Litiasis biliar. Litiasis urinaria. Encefalopatía.

Otras complicaciones posquirúrgicas que se pueden llegar a presentar son anemia, desnutrición, deficiencia de vitamina A, C y D, caída del cabello, formación de cálculos renales por depósito de oxalatos de calcio, durante la pérdida de peso también existe en el caso del bypass un desgaste muscular, producción de cálculos biliares. (Solís Ayala, Carrillo Ocampo, Canché Arenas, Cortázar Benítez, Cabrera Jardines, Rodríguez Weber, & Díaz Greene, 2013)

2.8 Evaluación nutricional

La evaluación nutricional se realiza antes y después de la cirugía. La nutricionista controla las grasas del cuerpo y vísceras. El control luego de la cirugía es de suma importancia ya que se evalúa que el paciente no llegue a la desnutrición por no ingerir todos los nutrientes que requiera. Entre los aspectos que el profesional examina del paciente son:

- Lectura de la historia clínica del paciente.
- Peso, altura, índice de masa corporal (IMC).
- Pliegue tricótipal y circunferencia muscular del brazo.
- Porcentaje de pérdida de peso y velocidad de la pérdida.
- Dosaje de glóbulos blancos.
- Dosaje de albumino y transferrino.
- Determinación de la composición corporal.

Además son los encargados de determinar las dietas que deben realizar los pacientes antes y después de la intervención. En un primer momento se le solicita al paciente que baje un poco de peso por medio de dieta, así también se observa la motivación que tiene el paciente para enfrentar este cambio, y 20 días antes de la intervención se comienza con dieta líquida, que va a ser a base de caldos, tés, licuados y leche.

Luego la alimentación post-quirúrgica es durante el primer mes dieta líquida que consiste en leche, jugos de frutas y caldos, en el caso de los que son intolerantes, se dan batidos proteicos. Durante el segundo mes los pacientes deben realizar una dieta triturada y durante el tercer mes dieta blanda.

Es importante destacar que este cambio rotundo en el cuerpo y en los hábitos requiere de cuidados para evitar los vómitos, entre las formas que hay para evitarlos se encuentra no tomar líquido durante las comidas, solo una hora antes o después de haber ingerido alimentos, masticar lentamente.

Además hay que recordarles a los pacientes que en algunos casos hay personas que se vuelven intolerantes a la carne vacuna. También en algunos casos requerirán de suplementos de vitamina y minerales de por vida.

En cuanto al volumen de las tomas en el caso de las cirugías con un componente restrictivo gástrico deja reducida la capacidad gástrica a un volumen equivalente al tamaño de un huevo pequeño. Por esta limitación el paciente debe adiestrarse en ingerir pequeñas porciones de alimentos, equivalentes a 50-100 ml, inmediatamente tras la cirugía, para ir progresivamente incrementando esta capacidad hasta 150-200 ml, según la tolerancia. En este punto es clave la información nutricional detallada, los cambios de hábitos en la forma de comer y la selección de alimentos para asegurar un adecuado aporte de todos los nutrientes esenciales. Todas estas limitaciones no suelen ser necesarias en aquellos pacientes que han sido intervenidos de derivación biliopancreática y donde la capacidad de reservorio gástrico no está prácticamente mermada. El paciente puede comenzar a ingerir mayores cantidades desde el inicio de la cirugía, sin que ello sea indicativo de una permisividad absoluta en la selección de alimentos, sino más bien todo lo contrario, puesto que debe aprender a comer de manera saludable, respetando los criterios nutricionales recomendados. (Rubio, Rico & Moreno, 2005)

Además los autores agregan que tanto en las intervenciones restrictivas como en las mixtas, permiten por la sensación de saciedad precoz que produce el llenado rápido del reservorio, seguir una dieta hipocalórica sin tener la sensación de hambre. Es más, durante los primeros tres meses, el contenido energético de la dieta no suele sobrepasar las 800 kcal/día. a partir de los 6 a 12 meses, el aprendizaje en la forma de comer del paciente y la ligera dilatación del reservorio permiten un aumento del volumen y, por lo tanto, el contenido energético. En esta fase los pacientes ingieren de 1000 a 1200 kcal/día. (Rubio, et al., 2005)

2.9 Importancia de la actividad física en el tratamiento

Como se mencionó anteriormente, la actividad física moderada es un elemento fundamental en la regulación del peso. Aunque el ejercicio físico no provoca la pérdida de peso significativa es fundamental para no incrementarlo. (Amigo Vázquez & Fernández Rodríguez, 2013)

Además, la actividad física moderada causa cierto cansancio físico que, a su vez, suele facilitar un mejor descanso e incrementar la calidad del sueño lo que sitúa a la persona en una condición más favorable para iniciar el día siguiente. La cantidad y calidad del sueño es también importante para el control del peso porque se asocia con la correcta regulación de las sensaciones de hambre y saciedad. La actividad física también modera el apetito, y sirve también para controlar los estados emocionales de ansiedad y

depresión que pueden llevar a muchas personas a una ingesta de alimentos hipercalóricos como una forma de calmar los nervios a corto plazo. (Amigo Vázquez & Fernández Rodríguez, 2013)

Es por esto que se les recomienda a los pacientes la realización de la actividad física por lo menos dos veces por semana, durante una hora y se les suele sugerir que traten de caminar más, por ahí se les sugiere que en lugar de irse en auto vayan caminando, o que lo dejen más lejos de su lugar de trabajo o si se toman el micro se bajen en paradas más alejadas para que los pacientes además de la actividad que realicen caminen aunque sea 30 minutos por día. De esta manera el paciente no solo va a disminuir la grasa de su cuerpo sino que lo va a transformar en masa muscular, siendo esto mucho más saludable para su cuerpo y su nuevo estilo de vida.

2.10 Cirugía bariátrica y Psicología

A lo largo de los años en el que el psicólogo viene formando parte de los equipos de la cirugía bariátrica, se ha discutido sobre su rol tanto en el equipo como con el paciente. En un principio el cirujano derivaba al paciente al psicólogo, solicitando evaluación psicológica tendiente a detectar a aquellas personas con disturbios psicológicos o psiquiátricos importantes y así alejarlas de la cirugía, como manera de prevenir fracasos. En ese momento se les atribuyó a los psicólogos el poder de decidir quién estaba apto para la cirugía y en qué momento. Al poco tiempo se hizo evidente de que el psicólogo podía “bloquear” al paciente o retardar muchos meses su visto bueno, esto ciertamente contribuyó a que algunos cirujanos dejaran de derivar sus pacientes a estos profesionales así como aumentó la resistencia de los pacientes en aceptar dicha evaluación. (Ríos, 2016)

Todo esto viene cambiando. Los equipos de salud como un todo y el psicólogo en particular han comprendido mejor el lugar de la acción de la psicología en el ámbito de la cirugía bariátrica, aunque todavía hay mucha discusión acerca de la definición del rol de los psicólogos en los equipos quirúrgicos, hay un aspecto que no deja dudas y es que la función del psicólogo es brindar soporte a la persona con obesidad que va en busca de la cirugía bariátrica tanto en el pre como en el posoperatorio. (Ríos, 2016)

La cirugía es apenas un momento de un proceso mucho más amplio, cuyo éxito sólo es pleno cuando el paciente se muestra capaz de aprovechar al máximo los beneficios del adelgazamiento; y ese resultado depende en gran parte de los cambios externos e internos producidos por el propio individuo. (Ríos, 2016)

Es decir, que la cirugía es solo una parte de un largo proceso multidisciplinario que no trata la causa de la obesidad. Por eso hay que tener en cuenta que la cirugía no es el final del tratamiento, sino una etapa del mismo en la lucha contra la obesidad mórbida.

Respecto de las comorbilidades se tiene en cuenta que, generalmente las personas con obesidad son impulsivas, dependientes, sedentarias, ansiosas, depresivas, con un vínculo de dependencia con la comida y con fuertes sentimientos de culpa. El objetivo terapéutico del psicólogo será que el paciente aprenda a manejar sus emociones, cambio de hábitos alimenticios y adaptación al cambio después de la cirugía bariátrica. (Ríos Martínez et al., 2010)

Modesto, Ruiz Moreno, Berrocal Montiel, Valero Aguayo (2002) refieren que:

Un amplio porcentaje de los individuos que padecían problemas asociados a la obesidad informan, con posterioridad a la intervención, mejoras en dichas condiciones –un 83%–, así como en el estado físico general. La cirugía bariátrica, o sus consecuencias, también producen efectos beneficiosos sobre parámetros comportamentales o psicológicos. Así, la mayor parte de los sujetos informa 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. (p. 580)

Además se ha comprobado que los pacientes al año de haberse realizado la intervención muestran una mejora considerable tanto en autoestima, actividad física, actividad social, la actividad laboral, la actividad sexual y el comportamiento con la comida. (Alcaráz García, Ferrer Márquez y Parrón Carreño, 2015)

Coincidiendo con este autor en otra investigación mencionan que al año de realizarse la cirugía se evidencian mejorías en el ámbito laboral en primer lugar, luego en segundo lugar en las relaciones humanas en tercer lugar en la actividad sexual; por lo que concluyen que mejora la calidad de vida del paciente. (Barzallo Sánchez, Guadalupe Rodríguez, Flores Tamayo, Aguayo Vistin & Guadalupe Vallejo, 2014)

Según los autores (Ríos Martínez et al., 2010), observan que existen diversos factores psicológicos que están involucrados, tanto en el periodo pre-quirúrgico, como

post-quirúrgico, por lo que consideran importante resolver estos aspectos para una mejor adaptación del paciente a su entorno familiar, social, laboral y sexual y así poder 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. También consideran necesario cambiar hábitos alimenticios y conocer más sobre su alimentación, por lo que se recomienda que en el rol del psicólogo exista la psico-educación para su cuidado general.

Se considera que existen algunos instrumentos de evaluación que han sido usados en los pacientes obesos; midiendo diferentes variables, siendo las más destacadas el apoyo social, actividad física, ajuste psicológico, habilidades sociales, calidad de vida, hábitos alimenticios, entre otros. Por lo anterior, la psicología bariátrica es una especialidad muy útil y necesaria en el manejo del paciente obeso dentro de un grupo multidisciplinario. (Ríos Martínez et al., 2010)

Especialistas afirman que el objetivo de los psicólogos bariátricos es la orientación del paciente, orientación de la familia ya que consideran que es de suma importancia que tanto el paciente como la familia sepan de todos los procedimientos previos y cuidados que requiere la persona que se va a someter a la cirugía además de tener en cuenta todos los cambios que va a atravesar. Además es tarea del psicólogo la gestión y mantenimiento de los cambios conductuales, el manejo de estresores y manejo de factores emocionales desfavorables. También es importante el trabajo con pares en grupo, para que puedan conocer la experiencia de los que ya han realizado la intervención quirúrgica y brindarse apoyo y contención en situaciones que pueden resultar difíciles para la persona.

Según Ríos Martínez et al. (2010) los puntos que son necesarios indagar incluyen:

1. Ficha de identificación (nombre, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, etc.).
2. Historia de inicio y evolución de su obesidad.
3. Motivo de consulta.
4. Expectativas, metas y objetivos.
5. Entorno familiar.
6. Estilo de vida.
7. Disposición al cambio.
8. Redes de apoyo.
9. Autoconcepto.
10. Sexualidad.
11. Historia de hábitos alimenticios.
12. Identificar qué tipos de alimentos prefiere el paciente. (Ríos Martínez et al., 2010)

Ríos Martínez y colaboradores (2010) proponen realizar **entrevistas pre quirúrgicas**. En su investigación se consideraron los puntos más relevantes a tener en cuenta en el momento de realizar dichas entrevistas. En resumidas cuentas refieren que es de suma importancia establecer y mantener un buen rapport tanto con el paciente como con su familia, ya que es fundamental para lograr el éxito en esta primera parte de la entrevista, y así poder recabar, obtener información y tener una adecuada adherencia al tratamiento y al equipo multidisciplinario.

Para empezar es importante que el paciente narre la historia de su peso, ya que es un punto clave debido a que, ésto le puede ayudar a hacer conciencia de su propia evolución, logrando de esta manera una mayor conciencia de su enfermedad.

Por otro lado otro de los aspectos que resulta importante considerar es la motivación, ya que la mayoría de los pacientes consideran a la cirugía como una "solución mágica" a su obesidad y por lo tanto sus expectativas con respecto a la cirugía resultan irreales y su compromiso hacia el cambio nulo. Por lo cual para los investigadores el rol del psicólogo en este punto es aclarar las expectativas, metas y objetivos que tiene el paciente acerca de la cirugía, así como proporcionarles información clara y concisa sobre el tipo de cirugía al que considera someterse. Es importante además tener en cuenta a quien acompaña al paciente el día de la cita, con la finalidad de saber de quién es el interés, y las ganancias que hay detrás de esto. Además es necesario considerar cómo la obesidad ha repercutido física, emocional, social y sexualmente.

Otro aspecto importante a considerar son los hábitos alimenticios, 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, es básico tener conocimientos acerca de la patología para poder identificar y lograr un diagnóstico acertado. Se debe además evaluar si existen en el paciente antecedentes familiares con trastornos psiquiátricos, como así también hospitalizaciones previas en cuanto a su salud mental.

El psicólogo debe informarle al paciente sobre el proceso de la cirugía y la importancia del acompañamiento psicológico y del resto del equipo, así como informarle los objetivos de la terapia; ya que se ha demostrado que un proceso terapéutico previo a la cirugía da un mejor pronóstico a corto, mediano y largo plazo. (Ríos Martínez et. al., 2010)

Con respecto a la evaluación post-quirúrgica Ríos Martínez y colaboradores (2010) toman en consideración los siguientes aspectos a tener en cuenta una vez realizada la cirugía:

- 1- *Vinculación con el paciente y su proceso postoperatorio inmediato (hospitalización)*. Se sugiere un promedio de 12 sesiones de seguimiento, que cada psicólogo distribuirá conforme a las necesidades de cada paciente, dejando abierto si el paciente requiere psicoterapia. Además consideran un momento clave la visita hospitalaria durante la estancia postquirúrgica. (Ríos Martínez et al., 2010)
- 2- *Etapa emocional inmediata postquirúrgica* (de quince días a un mes, el tiempo varía de acuerdo a cada paciente). Se debe evitar el síndrome hospitalario, la sensación de enfermedad, la ansiedad; por lo que el investigador considera un momento importante para vincular al paciente al apoyo psicológico. (Ríos Martínez et al., 2010)
- 3- *Cambios de hábitos relacionados con los alimentos* (de uno a tres meses). Antes de la cirugía la comida era considerada un placer o un consuelo y ahora se vuelve molesto por la restricción en cuanto a la cantidad, el tipo de alimentos que debe ingerir y los horarios. Aquí se puede presentar en algunos pacientes el Síndrome de Dumping ocasionándoles frustración y miedo. (Ríos Martínez et al., 2010)
- 4- *Etapa de la imagen corporal* (primeros seis meses). También se la llama fase de "luna de miel". Aquí es necesario reforzar la conducta del acondicionamiento físico, como una nueva conducta adquirida, lo cual le ayudara a fortalecer su musculatura, ya que por la pérdida significativa del peso aparece la flacidez. También aparece la desilusión del paciente, a pesar de verse delgado, su imagen real es diferente a la que tenía idealizada. (Ríos Martínez et al., 2010)
- 5- *Manejo de sus relaciones de pareja, familia, trabajo y contexto social*. El paciente deberá desarrollar habilidades sociales, ya que al adquirir una nueva imagen, su auto-concepto se modifica. Comienzan a sentirse menos limitados que antes, comienzan a considerarse más atractivos, e incluso manifiestan conductas rebeldes con aquellas personas que tuvieron actitudes de rechazo por su obesidad. (Ríos Martínez et al., 2010)
- 6- *Tiempo adecuado para realizar el seguimiento del paciente*. Se consideró que un año es el tiempo adecuado para acompañar al paciente favoreciendo un nuevo manejo de conductas y emociones. Independientemente de los casos en que se requiera de psicoterapia más prolongada para superar conflictos y dinámicas específicas. (Ríos Martínez, 2012)

2.11 Cirugía bariátrica y riesgo de suicidio

En algunas investigaciones se halló que se relacionan positivamente el aumento de riesgo de autodaño y el riesgo de suicidio en pacientes que se han realizado una cirugía bariátrica. Explican que este aumento de riesgo puede ser causado por trastornos psiquiátricos presentes previamente a la cirugía, que están relacionados con la obesidad y que se pueden encontrar exacerbados por el estrés que representa el compromiso sobre los cambios en la dieta, estilos de vida y los resultados quirúrgicos. Además existen cambios neurohormonales y farmacocinéticos, que ocurren posteriormente a la intervención, que podrían hacer más susceptibles al paciente a trastornos del estado de ánimo e intoxicaciones. Además agregan que la mayoría de los pacientes que han sido sometidos a la cirugía y que presentan lesiones por autodaño tienen algún diagnóstico psiquiátrico previo a la cirugía, por lo que se hace necesario una valoración adecuada para el diagnóstico prequirúrgico y seguimiento posterior cercano. (Rojas Núñez, 2016)

Algunos estudios han demostrado un aumento en la tasa de suicidios en los pacientes sometidos a la cirugía bariátrica. En un estudio de corte retrospectivo para evaluar la tasa de mortalidad en un plazo de 18 años, por causas relacionadas con la obesidad y sus comorbilidades, como enfermedad cardiovascular, diabetes y cáncer, entre otras. Compararon un grupo de pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica con un grupo de control de pacientes con obesidad a los que no se les realizó esta cirugía. Entre los resultados de este estudio se destacó que en el grupo de pacientes que se sometieron a la cirugía bariátrica, las tasas de mortalidad fueron considerablemente más bajas en las siguientes categorías: 92% menos por diabetes, 59% menos por cardiopatía coronaria y 60% menos por cáncer. Sin embargo, al analizar las muertes no causadas por estas enfermedades (donde se incluyó el suicidio, accidentes relacionados con drogas, envenenamiento sin intención suicida y otras muertes), se constató que en el grupo sometido a cirugía bariátrica hubo 1,58 veces más muertes en comparación con el grupo control. (Adams, Gress, Smith, Halverson, Simper, Rosamond, 2007 citado en Roizblatt, Roizblatt, Soto-Aguilar, 2016)

2.12 Segunda cirugía, la cirugía estética

Posteriormente a la cirugía bariátrica, debido a la gran pérdida de peso algunos pacientes requieren de una segunda cirugía, ya que quedan excesos de tejidos cutáneos. Si bien la pérdida de peso tiene muchas ventajas físicas a veces estos colgajos pueden perjudicar al paciente tanto física como psicológicamente.

En relación a esto el Dr. Kuak (2010) explica que:

La cirugía post-bariátrica está destinada a corregir el cuerpo de este individuo a través de "plastias" quirúrgicas bien definidas por la cirugía plástica cuyo objetivo es devolverle al paciente los aspectos anatómicos que se han visto alterados luego de su significativa baja de peso. (p. 113)

Los pacientes a veces pueden llegar a requerir de más de una cirugía esto depende también de la cantidad de peso que se ha perdido. Esta decisión respecto de si es necesaria o no, la toma todo el equipo interdisciplinario una vez que el peso del paciente se haya estabilizado.

Capítulo 3

“Psicología Analítico Existencial”

Psicología Analítico Existencial

3.1 Introducción

En la época moderna, Brentano y Husserl desarrollaron la fenomenología, que es el estudio de las experiencias intactas y conscientes a medida que ocurren y sin ninguna noción preconcebida sobre la naturaleza de esas experiencias. (Hergenhahn, 2008)

La fenomenología utilizada por los existencialistas se convirtió en un estudio de la totalidad de la existencia humana. El discípulo de Husserl, Heidegger, amplió la fenomenología a la Teoría Existencial. Heidegger estudió al Dasein, o “ser-en-el-mundo”. Dasein significa “ser ahí”. Ser: es una forma verbal que implica que alguien está en vías de devenir algo. El ser es la fuerza potencial por la cual cada uno de nosotros deviene lo que realmente es. El “ser ahí” indica que el ser humano es el ser que está ahí presente, e implica también que tiene un “ahí”, en el sentido de que es capaz de saber que está ahí y es capaz de adoptar una actitud con respecto a este hecho. El “ahí” no indica precisamente lugar ninguno, sino algo particular perteneciente a la persona, el punto preciso de las dos coordenadas, tiempo y espacio, en que converge su existencia en ese momento dado.

La existencia es considerada un proceso complejo que implica la interpretación y la evaluación de las experiencias de cada uno y elegir considerando cada una de esas experiencias. Heidegger creía que, aunque los hombres poseen libre albedrío, eran lanzados por eventos más allá de su control dentro de las circunstancias de la vida. Para Heidegger ejercitar la libertad de cada uno requería coraje, pero solo ejercitando la libertad se podría vivir una vida auténtica, la vida que una persona ha elegido y por lo tanto la vida de la cual la persona era responsable. Si una persona vivía la vida de acuerdo a los valores de otros, estaba viviendo una vida inauténtica. Heidegger decía que el primer paso para vivir una vida auténtica era aferrarse a que la muerte es inevitable (no ser). Una vez que la persona comprendía y trataba con la finitud, podía proceder a desplegar una vida auténtica. (Hergenhahn, 2008)

Uno de los pioneros de la Psicología Existencial, Ludwig Binswanger, aplicó las ideas filosóficas de Heidegger a la psiquiatría y a la psicología. Binswanger denominó Daseinanalyse a su enfoque de la psicoterapia, o estudio del enfoque de una persona sobre ser-en-el mundo. Él concibió al Dasein constituido por el Umwelt (el mundo físico), el Mitwelt (el mundo social) y el Eigenwelt (las auto-percepciones de la persona). Según él cada persona abrazaba las experiencias de la vida a través de un diseño del mundo, que era una orientación hacia la vida. Al igual que Heidegger, Binswanger creía que las circunstancias hacia la que se nos había lanzado, situaban límites en la libertad personal.

Según Binswanger cada persona intentaba elevarse por encima de su tierra de existencia e intentaba estar más allá-del-mundo, es decir, elevarse por encima de las circunstancias actuales transformándolas a través de la libre elección. (Hergenhahn, 2008)

Por su lado Rollo May fue el primer responsable de introducir la psicología existencial en los Estados Unidos. Al igual que otros psicólogos existencialistas, May creía que la vida normal y sana implicaba experimentar la ansiedad porque para vivir una vida auténtica es necesario aventurarse a lo desconocido. (Hergenhahn, 2008)

Todo esto fue dando lugar a la tercera fuerza de la psicología en Viena, la Logoterapia de Frankl (después de Sigmund Freud y Alfred Adler). A continuación se presentará la teoría de Viktor Frankl y la de su discípulo Alfred Längle, teoría sobre la cual se basó la presente tesis.

3.2 Logoterapia de Viktor Frankl

Viktor Frankl (1905-1997), fue médico y psiquiatra, desarrolló la Logoterapia a partir de la experiencia que vivió en los campos de concentración, tras haber vivido situaciones muy difíciles donde perdió todo lo material que poseía, la cercanía de su familia y seres queridos, sufriendo malos tratos físicos y psicológicos; a pesar de lo cual encontró un para qué vivir. A Frankl le gustaba citar a Nietzsche: “Quien tiene un porqué vivir, encontrará casi siempre el cómo”, es así como comienza a plantear la Logoterapia. Frankl emplea este término para definir su teoría. “Logos” es una palabra griega que equivale a sentido, significado o propósito. La Logoterapia, o como muchos autores lo han nombrado “la tercera escuela vienesa de psicoterapia”, se centra en el significado de la existencia humana, así como en la búsqueda de sentido por parte del ser humano. De acuerdo con lo que plantea la Logoterapia, la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida. (Frankl, 1993)

El lema de la Logoterapia es “a pesar de todo...decir sí a la vida”. Así Frankl manifestaba que a pesar de todo hay que seguir adelante, porque es el espíritu quien es capaz de superar cualquier inconveniente, por lo tanto, para él, hay que ayudar al ser humano-paciente que sufre a que encuentre un puente, un camino hacia el sentido de la vida.

Entre los postulados básicos de la Logoterapia se plantea que el interés principal del ser humano no es encontrar el placer, o evitar el dolor, sino encontrarle un sentido a la

vida. La función del logoterapeuta consiste en ampliar y ensanchar el campo visual del paciente de forma que sea consciente y visible para él todo el espectro de las significaciones y los principios. La logoterapia no precisa imponer al paciente ningún juicio, en la realidad la verdad se impone por sí misma sin intervención de ningún tipo. (Frankl, 1993)

Para Frankl el hombre es la reunión de diversas dimensiones, la somática, la psíquica y la espiritual o noética. La dimensión somática es la dimensión de lo fáctico que incluye lo dado, lo recibido por la herencia; está constituido por todo el ámbito biológico y corporal del ser humano. La dimensión psíquica es el plano de la vivencia, incluye los sentimientos. La dimensión noética o espiritual, se trata de ámbitos fenomenológicamente evidentes del alma humana que no pueden ser sometidos ni a un reduccionismo biologicista, ni a un reduccionismo psíquico. Estas tres dimensiones se abren a una cuarta dimensión que incluye la existencia como autotrascendencia, que es el plano del obrar en cuanto actitud. Pero Längle explica que a esta visión dinámica del ser humano le falta el mundo. El ser humano es el ser-en-el-mundo, no se puede pensar a la persona si no está en permanente contacto con lo otro. (Gengler, 2009)

En este sentido, para Frankl lo que era concretamente terapéutico, en definitiva era encontrarle el sentido a una situación concreta y a la existencia. Por lo que el descubrimiento del sentido debería ser por excelencia el foco más esencial de la psicoterapia. Gengler en su investigación explica que en la dimensión noética no se puede hablar de enfermedades psicológicas, sino que el vacío existencial es la base más esencial de muchos trastornos mentales, en los cuales menciona tres grupos de síntomas principales de la falta de sentido o vacío existencial: síntomas depresivos, síntomas agresivos o descontrol de los impulsos y las adicciones.

Por lo que surge el interrogante de cómo encaminar la Búsqueda de Sentido, en un paciente que siente que carece de él. En primer lugar, el tema del Sentido, para Frankl, en una concepción platónica de la realidad, y está fuertemente influenciada por la Teoría de los Valores de Max Scheller. Según esta perspectiva, *el Sentido de una Situación, o lo que es lo mismo, el Sentido Existencial, siempre están presentes y, se develan al hombre sano, o bien, éste no los encuentra cuando está enfermo.*

Frankl explica que el camino hacia el Sentido son los Valores, y que el órgano mediante el cual se conoce o devela el Sentido es la Conciencia Moral. (Gengler, 2009)

Para Frankl la culminación de todo este proceso sucede cuando se llega de manera concreta a una Decisión y, desde esta, a una Acción. La Decisión no es reductible a mecanismos psíquicos ni biológicos. Más aún, constituye la integración plena de todos los

aspectos del ser humano, y expresa ámbitos espirituales tales como la Libertad, la Responsabilidad y la Dignidad. En efecto, la Decisión requiere que la persona tenga de hecho forjada una Identidad sólida. En las palabras de Frankl, "Nunca el yo es más yo, que cuando decide".

3.3 Alfred Längle

Alfred Längle, nació en 1951 en Austria donde aún vive. Estudió medicina y psicología, doctorándose en ambas disciplinas. Después de años de trabajo de hospital en medicina general y psiquiatría y en el departamento de pacientes ambulatorios de psiquiatría social comenzó una práctica privada en psicoterapia, medicina general y psicología clínica en Viena (desde 1982). Fue discípulo y colaborador de Viktor Frankl, propone un vuelco al Análisis Existencial. Este se desarrolló en su momento desde la Logoterapia como su trasfondo teórico, hasta que evoluciona al lugar de una psicoterapia completa en sí misma (Traverso, 2013)

En 1985 Längle y Gabriele Frankl, hija de Viktor Frankl, funda y preside la sociedad de Logoterapia y Análisis Existencial, fue con el fin de ampliar la escuela de Logoterapia, agrupando a los logoterapeutas, formando nuevos especialistas, difundiendo, discutiendo, cultivando y desarrollando, principalmente por medio de congresos, revistas y otras publicaciones. Por ese entonces Frankl fue el presidente honorario de la GLE (sigla del nombre en alemán), desde su fundación hasta 1991. En ese año Frankl decide renunciar la presidencia por considerar que la línea se estaba alejando de algunos de sus postulados.

Längle consideró que una teoría centrada solo en el sentido daba una base insuficiente para abordar toda la problemática recurrente en la psicoterapia. No todos los sufrimientos pueden reducirse a una pérdida de sentido, aunque muchos después conduzcan a ella. Por ello desarrolló una teoría que sostiene que hay cuatro motivaciones fundamentales que sostienen la existencia humana. Las mismas serán detalladas más adelante. (Traverso, 2013)

El Análisis Existencial según Längle, (2000) es una psicoterapia fenomenológica personal, cuyo fin es ayudar a la persona para que sea capaz de un vivenciar emocional libre, de tomas de posición auténticas y de un trato responsable consigo mismo y con su mundo.

El objetivo consiste en ayudar a las personas a conducirse y vivir con una coherencia interna; en ese consentimiento interno se expresa la autenticidad, la legitimidad personal. En ello está la realización de la libertad de la persona, a la que acompaña emocionalmente un constante sí interior a su propia conducta. (Längle, 2009)

El Análisis Fenomenológico trabaja con un método tipo inductivo. En el planteo del Análisis Existencial no se habla de un valor absoluto, sino al revés, porque en cada nivel estamos relacionándonos, estamos percibiendo. Este es el proceder que determina el modo de trabajo fenomenológico, el cual parte de la realidad y del modo en que el hombre va existiendo, se va ganando una idea. La fenomenología es siempre inductiva, nunca da nada por supuesto sino que descubre. De esta forma Längle dice que el sentido es algo que ocurre, que acontece, según lo cual tengo la experiencia de un llamado. El sentido es un acontecimiento que me convoca, tiene ese carácter. Es algo que ocurre, que acontece, según lo cual tengo la experiencia de un llamado. La situación viene hacia mí y me dice que eso que está ocurriendo es algo bueno, que por allí voy bien. Se presenta como apoyo y sostén, como valor, como otredad y como sentido.

En el Análisis Existencial de Längle la teoría de las Cuatro Motivaciones fundamentales de la Existencia constituye el modelo de estructura y el método es el AEP (Análisis Existencial Personal), que incluye a la fenomenología.

3.3.1 Concepción fenomenológica en Längle

El método fenomenológico es inductivo, le interesa lo singular, porque ese uno que cada uno es no es transferible a otro. Es un método de percepción de algo como es en sí y en su ámbito. En la fenomenología yo no soy solo un sujeto y el otro no es un objeto, somos un “nosotros”, entramos en una relación. Lo que yo soy es igual de importante de lo que el otro es, lo dejo ser y me dejo ser, dejando ser lo que entra en esa relación. Es un acontecimiento, no lo controlo. Por lo que la fenomenología implica abrirme a mí mismo, a mi mundo interno y abrirse al otro, a lo otro.

El fenómeno es lo que aparece, lo que está a través del trato. Como persona no percibimos todo, sin embargo lo que percibimos es esencial. Soy un instrumento y percibo lo que corresponde a mi esencia. Al mismo tiempo eso que es esencial para el otro también, sin embargo es solo un aspecto, no es el todo. Al mirar al otro veo un aspecto que es central, aunque no pueda decir que sea todo.

La aplicación implica tener en cuenta que los “contenidos” del paciente, constituyen las guías para el proceso terapéutico. El Análisis Existencial, necesita de la fenomenología porque es el método para descubrir lo único. Interesa eso que es libre, autodeterminado, descubrir lo único para ampliarlo y fortalecer desde allí esa fuerza interior. Por lo que la actitud del terapeuta es permitir ser para que aparezca el otro, es una intencionalidad, un abrir un espacio para que el paciente pueda mostrar desde sí mismo lo que la patología ha cubierto.

Por lo que la fenomenología como actitud o como método, consiste en una mirada global del efecto de los distintos elementos de la percepción sobre el que percibe. A través de la mirada global se llega una totalidad, a través de los detalles y de lo individual. La fenomenología permite por lo tanto, ver lo grande en lo concreto, incluso en lo pequeño, la multiplicidad y la abundancia en lo individual, una unidad a pesar de sus diferencias, una totalidad a pesar de la diversidad de las formas de presentarse. (Längle, 2007)

3.3.2 Análisis Existencial Personal

Método creado por Längle (1990), que consiste en una secuencia de varios pasos, comenzando por esclarecer la situación de vida y existencia del paciente escondida detrás del problema.

Es un método mediante el cual se va viendo la emocionalidad en sus diferentes estadios cuyo objetivo es fortalecer los recursos personales de los pacientes. Lo primero es describir la información que viene tanto del mundo exterior como del interior del cuerpo comenzando a pesquisar la emocionalidad y preguntarse por la impresión que produce toda esa información en la persona. Todo lo que impresiona, genera o libera un afecto, sentimiento o impulso. Es el primer momento del AEP, registrar información, describir la impresión, ver que es lo que le pasa al paciente con esto.

En el segundo momento se trata de encontrar la opinión de lo que acaba de describir, qué opina de lo sucedido. Es la toma de posición ante algo que puede ser agradable o no. Implica tocar la vivencia y ver qué posición asume frente a la misma.

Por último el tercer momento es la expresión, que implica que es lo que va a hacer a partir de haber tomado una posición.

3.3.3 Motivaciones Fundamentales de la Existencia:

Croquevielle (2014) explica que el Análisis Existencial se refiere a la concientización (análisis) de la libertad y de la responsabilidad como “fundamento de la existencia humana”. Lo que busca es ayudar al paciente a hacer cada vez más consciente su existencia, sus capacidades, sentimientos y sus derechos, a fin de que las elecciones que haga, desde ese mundo de múltiples posibilidades que se le ofrecen, las lleve a cabo desde su libertad. Tradicionalmente se hace una distinción que señala que hay dos tipos de libertad: la “libertad de” ser libre de toda limitación que impida realizarse; y la “libertad para” que es aquella que tiene un proyecto intencionado, una expresión de lo personal, una trascendencia y por eso una responsabilidad. La libertad para, es la libertad existencial que paradójicamente al ejercerla, se pierde. Esto significa que solo es libre aquel que es capaz de elegir y decidirse entre más de una posibilidad y se entrega a ella.

Längle, Orgler y Kundi (2002, citado en Croquevielle, 2014, 18) definen libertad como:

La capacidad de decisión que tiene la persona al encontrarse ante una posibilidad real de acción, acorde con una jerarquía valorativa. La capacidad de decisión es evaluada en relación a las posibilidades actuales de elección y teniendo en cuenta las diversas alternativas posibles. Cuando en repetidas ocasiones ha logrado elegir sin mayores problemas, surge el sentimiento de ser libre. (p. 18)

Ser provocado significa ser llamado. Esta provocación es el punto inicial de cualquier motivación. Que desde el punto de vista existencial motivación significa involucramiento de la persona. Las Motivaciones Fundamentales son condiciones para la realización de la existencia, son “solicitaciones básicas del existir en las que, de lo que se trata, es de “poder ser” en el mundo.” (Längle, 1998)

Por lo que este concepto de motivación implica una confrontación dialogal con los hechos dados de la existencia. Toda precondition de existencia puede ser contabilizada en cuatro estructuras fundamentales:

- El mundo en su facticidad y potencialidad.
- La vida y su red de relaciones y sentimientos.

- Ser uno mismo como persona única y autónoma.
- El contexto más amplio donde uno se ubica, el desarrollo por medio de actividades propias abriéndose hacia el futuro. (Längle, 2003)

Alfried Längle, desarrolló desde el Análisis Existencial la Teoría de las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia: *el ser; la relación con la vida; el ser sí-mismo y el sentido*.

Para explicar las Motivaciones, Längle toma como base la antropología de Frankl, el esquema de las tres dimensiones: somática, psíquica, noética. Estas dimensiones se abren a una cuarta que Frankl llamó "la existencia como Autotrascendencia", y que constituye el plano del decidir.

Como "ser-en-el-mundo", el ser humano está en permanente contacto con lo otro, con el mundo en un diálogo ineludible y necesario, por lo que lo esquematiza de la siguiente manera:

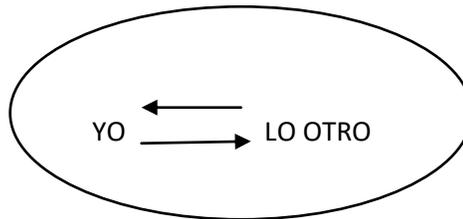


Figura 1

La persona es el núcleo y está tensada hacia cuatro direcciones: Ser, Vivir, Unicidad y Devenir. Esto es lo que constituye su intimidad. Además cada uno de los vértices se relaciona con el mundo que constituye su exterioridad. Por lo que para el Ser su exterioridad es el Sostén, para el Vivir es el Valor, para la Unicidad es la Otredad y para el Devenir es el Sentido. De esta forma quedan delineadas las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia:

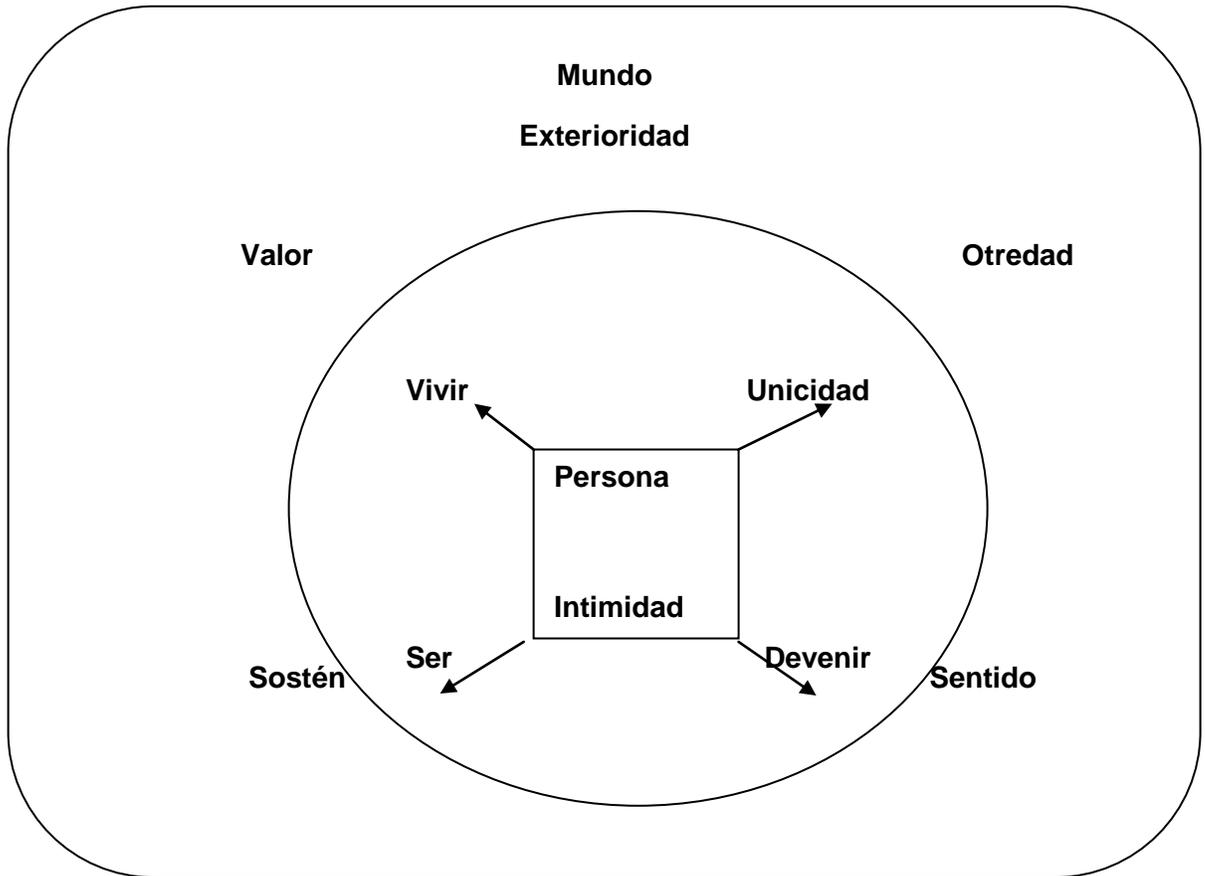


Figura 2

La persona está tensada en cuatro dimensiones. En primer lugar como un ser que está ahí, el mundo aparece como sostén, proporciona ese ahí, ese punto de apoyo, que no es solo físico sino también psíquico y espiritual. La segunda relación de la persona con el mundo implica que la persona vive y es en el nivel del vivir como el mundo se manifiesta como valor. En tercer lugar, el ser personal es ser único, la unicidad y aquí en el mundo aparece como el otro, surge la cuestión del si mismo en relación con lo otro. El cuarto aspecto del ser personal es el devenir, el llegar a ser y aquí el mundo se revela el sentido. (Längle, 2000)

Croquevielle y Traverso (2011) indican que estas motivaciones, tienen un orden, en el que cada una está sostenida sobre la anterior, pero sin establecer una jerarquía de importancia. Es decir, que cada motivación funciona de estructura para que la siguiente pueda desarrollarse.

3.3.3.1 Primera Motivación Fundamental: “*Poder ser*”

Se refiere al poder ser y estar en el mundo. De tal manera, surge una pregunta fundamental que viene a confrontar al ser humano: “*Yo soy - pero ¿puedo ser y estar en este mundo?*” (Längle, 2000)

El Dasein se descubre siendo ahí, apoyado en el ser. “Poder ser”, encontrar paz, estabilidad, sostén, seguridad, sin lo cual la existencia se encuentra amenazada, lo que genera angustia. Aquí en la Primera Motivación el “Poder” refiere a la “capacidad” de hacer algo.

Se trata de un poder ser que proviene tanto de lo personal como de lo situacional, es decir, poder ser en lo que “soy yo conmigo” (género, edad, profesión, salud, etc.) y a lo que el mundo fáctico concreto “es” (el mundo físico, económico, la familia, el trabajo, la cultura, etc.). Entonces “¿Tengo el sentimiento de poder ser en este mundo? ¿Tengo el sentimiento de que en esta familia, que en estas relaciones puedo ser? En mi lugar de trabajo ¿Tengo sentimiento de que allí puedo ser? ¿Puedo ser con mi propio cuerpo? ¿Con la edad? ¿Con las incapacidades? ¿Todo esto me deja vivir?” (Croquevielle y Traverso, 2011)

Para poder ser, la persona cuenta, si las circunstancias lo permiten, con la “actividad personal”, la cual está constituida por el poder *soportar* y *aceptar*. Para esto son tres las condiciones requeridas: *protección*, *espacio* y *sostén*. Cuando una de estas condiciones es insuficiente, emerge la incapacidad de poder ser, conduciendo al ser humano a la angustia. El poder ser y estar es primario en la vida, por eso la angustia es fundamental, ya que avisa que algo está mal. (Längle, 2000)

La condición de protección hace referencia al hecho de haber tenido la experiencia de que se ha sido aceptado, de que se es aceptado por el otro y por uno mismo. Lo decisivo es que la persona se acepte a sí misma, pero la aceptación de los otros es lo que facilita la propia aceptación. Este sentimiento de ser aceptado otorga la sensación de cobijo, de resguardo y de protección. (Längle, 2000)

En cuanto a la condición de espacio, hace referencia al lugar de pertenencia en el que la persona se encuentra ligada, es como un anclaje interior. Si la persona tiene poco espacio no puede dejar ser al otro, para existir la persona necesita su espacio, y a mayor espacio, mayor existencia. Cabe aclarar que este espacio debe ser tanto físico como psíquico. (Längle, 2000)

Además la condición de sostén tiene que ver con el sentimiento de tener una base, un piso, tener el sentimiento interior de que se está sostenido por la vida, el mundo y por uno mismo. Hay distintas dimensiones del sostén: el plano de la actividad (el poder hacer sostiene); el plano de las relaciones; el plano del yo mismo (cuando se está a favor de uno mismo); y el plano de la dimensión espiritual, la cual es la capa más profunda del sostén, que tiene que ver con la esperanza, la verdad y la fe (Längle, 2000)

La Primera Motivación alude a las capacidades y limitaciones concretas y reales. En la medida en que uno conoce sus capacidades y limitaciones, las reales, no las anheladas, idealizadas o imaginadas, se pueden dar los pasos concretos, libremente. (Croquevielle, 2014)

Finalmente, a la base de esta Motivación Fundamental se encuentra como posibilidad personal la *confianza fundamental*, la cual surge de la experiencia de sentirse sostenido, inclusive en aquellas circunstancias en que los otros sostenes han caído. (Längle, 2000).

3.3.3.2 Segunda Motivación Fundamental: “El valor de la vida”

La segunda motivación fundamental, trasciende la estructura para poder ser y estar en el mundo. De tal manera, hace referencia a la más profunda conexión con la vida, aludiendo al gusto por la vida. La pregunta fundamental de la existencia es: “*Yo estoy vivo - pero ¿me gusta vivir?*”.(Längle, 2000)

El Dasein se descubre también viviendo, como viviente en movimiento, moviéndose. La segunda tarea existencial es entrar en movimiento hacia las cosas, los otros y hacia sí mismo. (La relación consigo es la condición de posibilidad de la relación con los otros). Los temas son el gustar que es la afección primaria por la que la vida se toca, se siente, se vivencia a sí misma y así, se atrae a sí misma con lo que entra en movimiento. El “no gustar” es motivo de encogimiento, retracción y cierre de la vida. Como

se ve es esencial aquí la cercanía y el contacto. Del contacto emerge el amplio abanico de la emocionalidad y para ésta las cosas y los demás se hacen valiosos. (Längle, 2009)

Al comprendernos como seres vivientes, no solo estamos en el mundo, sino que también vivimos, nos relacionamos y sentimos. Las condiciones para que esto se consiga son: tiempo, relación y cercanía.

La cercanía, según Längle, implica una entrada en la propia existencia. Surge del tocar, en la vida lo que es tocado es el corazón, de ahí surge un movimiento interno. Ese ser tocado es el núcleo de todos los afectos y sentimientos, es la fuente desde donde brota el sentimiento. Es decir que aquello que es tocado es la Vida misma. (Längle, 2000)

Respecto al tiempo, cada uno debe tomarse su propio tiempo. Los sentimientos precisan el tiempo para surgir y movilizarse. Esta condición es análoga a la condición del espacio de la Primera Motivación. (Längle, 2000)

La tercera condición es la relación, en la relación siempre hay un sentimiento contenido allí. El sentimiento es la base de esa relación. Una relación es la suma de cercanía, dedicación, sentimiento. La relación se establece cada vez que estamos en contacto con otro. Porque todo eso con lo que se contacta produce un movimiento. Todo eso se vivencia y surge un sentimiento. (Längle, 2000)

Es importante preguntarse si lo que se hace se hace con agrado o no. Lo que se hace con gusto, fortalece la relación con la propia vida, aumenta la alegría de vivir. En cambio, todo lo que se hace con disgusto quita vida.

En este pilar fundamental de la existencia aparece el valor de la propia vida si la se siente valiosa. Es fundamental la relación que se establece con el valor esencial de la vida, es decir, se trata de un sí a la vida, como valor fundamental (Längle, 2000).

3.3.3.3 Tercera Motivación Fundamental: “Poder ser uno mismo”

La tercera motivación de la existencia plantea la legitimidad del ser como se es. La pregunta fundamental de esta motivación, que viene a confrontar al ser humano es: “Yo soy yo - pero ¿me siento libre para ser yo mismo/a?”(Längle, 2000)

Es la dimensión de la diferencia. Se trata del yo que busca interna determinación y delimitación. La tarea es alcanzar claridad acerca de uno mismo. Captar lo propio y asegurarlo con aprobación interna y externa.

Se requiere consideración, valoración de sí mismo y justificación (dar una razón de quien se es). La consideración es una toma de relación, una referencia a la esencia del otro, es tomarlo en serio, cuando se logra esto se crea una base para el encuentro. Si es recíproco nosotros mismos maduramos, nos enriquecemos por ese encuentro. En la apreciación valorativa se produce la valoración del otro y la valoración de sí mismo. En la justificación, remite a la instancia moral que implica dos aspectos: personal (conciencia moral), y a-personal (es el súperyo que representa a la sociedad). (Längle, 2000)

El tercer supuesto es el sí a la persona, a su unicidad, intimidad y diferencia con los demás. Se debe encontrar esencia, autenticidad para poder trazar el límite entre lo propio y lo ajeno. Esto lleva a la raíz más profunda que es el valor de sí mismo, el autovalor. Este valor según Längle toma referencia con el ser persona.

Lo central de esta motivación es la legitimidad de sí mismo, es decir, que la persona pueda reconocer sus gustos, cualidades y debilidades, diferenciándose de los otros, delimitando lo propio de lo ajeno. De esta forma la persona al legitimarse, puede ir al encuentro con el otro.

Para que el sujeto pueda permitirse ser sí mismo, requiere ser visto y considerado por los otros significativos, haber sido tratado de manera justa y equitativamente y haber recibido aprecio. Producto de lo anterior, la persona va desarrollando y fortaleciendo su autoestima. (Längle, 2000)

3.3.3.4 Cuarta Motivación Fundamental: “El Sentido”

La cuarta motivación fundamental de la existencia incorpora el sentido, aquello que moviliza la existencia del hombre, de acuerdo a lo planteado por Frankl. Asimismo, surge la pregunta fundamental de la existencia: “*Yo estoy aquí – pero ¿para qué es bueno que este?*” (Längle, 2000)

Debido a que el tema es el sentido, se hace necesario hacer la diferencia entre sentido ontológico y sentido existencial. El primero es la relación con el sentido del ser.

Las preguntas que surgen van en la línea del ¿Por qué me pasa esto?, ¿Por qué la vida me trae esto?, entre otras. Este tipo de preguntas apuntan a una interpelación que la persona hace al mundo o a la vida. Sus respuestas son poco certeras, pero pudieran ser encontradas en el exterior, en el campo de la religión, de la filosofía, de las creencias personales.

Por otro lado, cuando la pregunta interpela a la persona, es ella quien tiene que responderle al mundo o a la vida. Este vuelco lo conocemos como “giro existencial”. La respuesta entregada por la persona interpelada es a través de la acción, siendo este el sentido existencial, definido por Längle (2000) como la opción más valiosa que veo en cada situación.

Entonces, vivir con sentido es actuar con sentido. Para ello la persona debe actuar bajo su propia decisión, influenciado por lo que es relevante para él al momento de ser tocado por el mundo. De tal manera, ese actuar libre adquiere un valor para la persona, que no necesariamente será significativo para otra.

Las preguntas aquí que plantea Längle son: ¿De qué se trata mi vida cuando me falta algo que no tiene que ver con el poder, ser o estar, gustar vivir o ser persona? ¿Qué debe crecer desde mi vida en el mundo? ¿Qué puede cambiar en el mundo por mí? El mundo me llama. Soy llamado por la necesidad práctica, concreta y adecuada en el contexto donde esa acción implique un cambio. Es un espacio vacío que el contexto me llama a llenar. Es un llamado imperativo, que siempre va a tener incluidos el poder, gustar y permitir para que sea sentido.

Eso es vivir existencialmente, sentirse preguntado, vivir interrogado y dar respuesta, marcar presencia y ponerme en un horizonte más grande (el mundo). Relacionarme con otro (ser trascendente), con el devenir, con lo que me espera. Cuando experimento el valor de lo hecho, una realidad buena, justa, hecha por mí, cuando surge algo bueno de lo que yo he hecho, siento esencial y existencialmente mi vida. (Längle, 2000)

Las condiciones fundamentales para una vida con sentido son: campo de actividad-acción donde la persona se siente necesitada, requerida, exigida, donde se puede entregar, hacerse productiva. Otra condición es la vinculación con un contexto mayor que es el horizonte en el cual la persona hace algo, es activo y esto le da orientación. Por último el valor en el futuro, la acción debe focalizarse, dirigirse hacia un valor. La entrega de la persona debe ser una contribución a un devenir, a un llegar a ser. En definitiva el Sentido de la Vida es el valor central para el cual uno quiere vivir. (Längle, 2000)

3.3.4 Reacciones de Coping:

Las reacciones psicodinámicas o de *coping* son reacciones de defensa o protección frente a condiciones que amenazan al poder ser, al valor de la vida, al ser sí mismo o al sentido.

Son formas de conducta reactiva automática. Además estas pueden ser innatas o aprendidas, pero son conductas no decididas por la persona.

Estas reacciones se van ordenadas desde la más leve a la más severa, es decir, en primera instancia aparece una "Reacción Básica", luego la reacción "Paradojal", posteriormente nos encontramos con la reacción "Agresiva" y finalmente con la llamada "Reflejo de Posición de muerto".

Es señal de salud la flexibilidad de las reacciones de coping, cuando se acomodan a las circunstancias externas y son accionados previa elaboración de la persona, cuando se lo considera con sentido y exigido por la circunstancia. Por lo que todas las personas pueden emplear mecanismos de coping pero no todas las generan con igual intensidad.

Cuando las reacciones psicodinámicas se vuelven rígidas y estereotipadas aparecen los trastornos psíquicos. En los trastornos de personalidad se producen fijaciones de las reacciones de coping que afectan a las vivencias y a sus elaboraciones.

Reacciones de Coping de la Primera Motivación:

Hay cuatro reacciones básicas, se trata de mecanismo de protección frente a la angustia que no se dan a nivel espiritual sino a nivel psicodinámico. Las reacciones de coping para la 1ª Motivación Fundamental son:

- La huida: busca escapar, cuando se presenta una situación amenazante, hacia un lugar seguro de manera concreta o simbólica, cuya finalidad es poder armarse para enfrentar la situación. Si este mecanismo de huida se fija o se hace rígido, aparecerán trastornos de ansiedad.
- La segunda reacción de coping para esta motivación es el ataque, que da cuenta de una huida, pero hacia adelante; es enfrentar, luchar para eliminar la situación peligrosa o amenazante. Cuando ésta se rigidiza es típica de neurosis obsesiva, ya que al no poder huir, luchar es una reacción ante el sentimiento de no poder

ser, tratando de controlar y proporcionarse seguridad mediante rituales o estructuras de orden. Así de esta manera pretende eliminar el grado lógico de incertidumbre de la vida.

- El odio es la tercera reacción de coping, y aparece cuando no puedo ser contigo, es decir, eres tú o yo. Con el odio se quiere aplastar o liquidar. Si esta se rigidiza aparece la imposibilidad de empatía por lo que no hay dificultad para eliminar al otro. Esto se observa en el trastorno de personalidad antisocial.
- Por último, encontramos la parálisis, la cual aparece cuando ya no hay otra posibilidad, es decir, cuando ya hemos ocupado el máximo de consumo energético. Es como si la persona dijera “no existo”, aparece la parálisis de sentimientos, bloqueo. Cuando esta reacción se fija aparece como patología la psicosis, como ruptura con el mundo.

Reacciones de Coping de la Segunda Motivación:

Cuando predominan las cosas que no gustan surgen las reacciones psicodinámicas de protección.

Las reacciones de coping de la Segunda Motivación son:

- El retraimiento, el cual tiene que ver con un retirarse hacia el interior, como modo de procurarse protección ante lo desagradable. Por ejemplo: el depresivo que retira a su cama para alejarse de lo doloroso y desagradable de la vida.
- La segunda reacción que encontramos es el activismo, ya que trata de tapar la ausencia del gusto por la vida con un mayor rendimiento de actividades, se trata de cubrir lo que desagrada con mucha actividad. Es una reacción paradójal donde se busca estar bien.
- Como tercera reacción psicodinámica se encuentra la rabia que surge cuando el otro no está para uno, lo que se intenta es despertar la vida en el otro. Aquí no se trata de aniquilar al otro sino de despertarlo.
- Por último aparece la resignación como reacción al conformismo frente a una situación en particular que paraliza a la persona para seguir luchando, es el agotamiento. Se agotan las energías y la persona se desconecta por ese agotamiento.

Reacciones de Coping de la Tercera Motivación:

Cuando el medio ambiente dificulta ser uno mismo surgen las reacciones psicodinámicas, en esta Tercera Motivación se trata de mecanismos destinados a proteger la intimidad, la individualidad. Las reacciones de coping de la Tercera Motivación son:

- El distanciamiento como primera reacción de coping, da cuenta de un apartarse, un quédense sin mí. Es apartarse para proteger nuestra intimidad cuando no somos tomados en serio, cuando somos heridos, usados por lo demás, no tenidos en cuenta. Es patológica si las situaciones se resuelven siempre de la misma manera.
- La segunda reacción de coping es la sobreactuación, en la que la persona actúa como si todo estuviera bien, demostrando que no importa lo que realmente le importa y le hace mal. En esta reacción está presente el tema de la justicia, del derecho.
- La tercera reacción es la ira o el fastidio, que busca poner un límite entre el otro y yo, porque el otro me invade. La ira con uno mismo es por no haber tomado una precaución, o por no haber exigido lo que le corresponde, en este caso como no se puede culpar a nadie aparece el fastidio. Cuando se refiere a los otros es poner una barrera ante que lo ha herido, para que no lo hiera más, porque es como si le hubieran robado algo propio. Es mostrar por medio de la queja lo que no nos gusta.
- Finalmente aparece la disociación, que puede ser física o psíquica. Si es disociación física se trata de fenómenos con causa psíquica, sin sustrato orgánico pero con resonancia orgánica. La disociación psíquica es aquella donde se separa las emociones de la cognición, es decir, como si el acontecimiento estuviera separado de la persona.

Reacciones de Coping de la Cuarta Motivación:

Cuando no encontramos el sentido, el para qué, surgen en nosotros las siguientes reacciones psicodinámicas:

- La primera reacción de coping implica las relaciones provisionales, es así como la persona vive lo más superficialmente la vida, sin compromisos.
- Como segunda reacción está el fanatismo, es decir, anteponer una tarea o idea, que mantenga completamente ocupada a la persona, carente de sentido. Se vive frenéticamente, no libremente.

- La tercera reacción de coping comprende: vandalismo, cinismo y sarcasmo busca agredir al otro para hacerle saber la falta de sentido. Es un modo de agresión lúdica, se trata de un modo de rebelarse contra el "deber ser", de oponerse a lo impuesto como forma de ser tendido en cuenta.
- Por último con la falta de sentido, y la pérdida de fuerzas para ir en su búsqueda, aparece la desesperación como cuarta reacción psicodinámica. Se cae en un estado de apatía, en una posición donde se muestra que todo "da lo mismo".

Parte II

Marco Metodológico

Capítulo 4

Aspectos Metodológicos

Aspectos Metodológicos

4.1 Objetivos

- Objetivo general: Investigar posibles líneas de intervención psicológica desde el análisis existencial en el acompañamiento de personas a las que se les practica cirugía bariátrica.
- Objetivos específicos:
 - ✓ Identificar las motivaciones fundamentales de la existencia de Längle que se encuentran más afectadas en los pacientes a quienes se les ha practicado una cirugía bariátrica.
 - ✓ Investigar las motivaciones fundamentales de la existencia de Längle que se encuentran mejor desarrolladas en los pacientes a quienes se les ha practicado una cirugía bariátrica.
 - ✓ Describir el nivel de plenitud existencial una vez realizada la intervención quirúrgica.
 - ✓ Delimitar posibles líneas de abordaje terapéutico existencial para los pacientes a los que se les practica cirugía bariátrica.

4.2 Tipo de Investigación y diseño

El presente estudio será realizado desde un *enfoque cualitativo*, cuyo objetivo es lograr una aproximación a personas reales que están presentes en el mundo y que pueden ofrecernos información sobre sus propias vivencias, opiniones, valores, emociones, etc. Con el fin de profundizar acerca de su experiencia personal. Este tipo de investigación produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la condición observable; estudia realidades en su contexto natural dándole sentido a los fenómenos de acuerdo a la significación para las personas. (Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Giménez, 1999)

El *diseño es fenomenológico* ya que se enfoca en las experiencias individuales y subjetivas de los participantes (Hernández Sampieri, 2006). En términos de Bogden y Biklen (2003, citado en Hernández Sampieri, 2006, 712), se pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno y experiencia.

En resumen busca conocer los significados de la experiencia de los individuos, intentando aprehender el proceso de interpretación de los mismos, como interpretan el mundo social que construyen en interacción y su modo de actuar en consecuencia. (Rodríguez Gómez et al., 1999).

4.3 Alcance del estudio

Como se acaba de señalar, la intención de este estudio es comprender una realidad de acuerdo a quienes la experimentan y en este sentido describir los fenómenos, situaciones, contextos y eventos, es decir, cómo son y cómo se manifiestan. El alcance del estudio es *descriptivo*.

Hernández Sampieri et al. (2010) establecen que los estudios de alcance descriptivo:

Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indagar como se relacionan éstas (p. 80).

En otros términos, una investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, describiendo tendencias de un grupo o población (Hernández Sampieri et al. 2010). No se busca conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, variables o categorías en un contexto en particular, sino simplemente describirlos.

En esta investigación se busca conocer cómo vivenciaron y vivencian los participantes de la muestra el haber atravesado una cirugía bariátrica y describir cómo se encuentran las Motivaciones Fundamentales de la Existencia.

4.4 Descripción de la muestra

El tipo de muestra que se utilizó en la investigación, es una *muestra de casos-tipo*. El objetivo es analizar los valores, ritos y significados de un determinado grupo social (Hernández Sampieri et al. 2010). Esta muestra es de carácter no probabilística

intencional, ya que se seleccionarán a los sujetos que posean características que son de interés para la investigación.

La muestra quedó compuesta por dos personas, un hombre y una mujer mayores de edad que ya se habían realizado la cirugía bariátrica.

Es importante dejar en claro, que las conclusiones a las que se lleguen solo son válidas para los sujetos que han sido investigados, ya que no sería pertinente generalizar al resto de la población.

4.5 Instrumentos

De acuerdo con los objetivos planteados para este trabajo de tesis, se utilizarán: la Entrevista en Profundidad y la Escala Existencial de Längle, Orgler y Kundi con adaptación y validación mendocina realizada por Páramo, M. A.; García, C. S.; Casanova, J.; Cardigni, M. C.; Asid, L. y Bravin, M. J. (2014).

- Entrevista en Profundidad

Consiste en reiterados encuentros cara a cara con los informantes, para lograr un conocimiento y comprensión del objeto de estudio, cada uno con conocimiento propio, rapport y contexto cómodo.

Se trata de “una entrevista de investigación, entendida como técnica de obtención de información relevante para los objetivos de un estudio” (Millar, Crute y Hargie, 1992, citado en Vallés, 2003, 181)

El objetivo será obtener material de nivel psicológico lo suficientemente profundo y hacer surgir a la superficie actitudes y sentimientos que el entrevistado sería ciertamente incapaz de expresar si se le presentase de forma directa. Lo que busca es ir más allá de las respuestas superficiales. (Pérez Serrano, 2007)

El entrevistador tiene un conocimiento técnico y el entrevistado un conocimiento de nuestro interés, sabe lo que el investigador quiere saber. Por lo que el investigador desea obtener información sobre determinado problema y a partir de él establecer una guía de temas, en relación a los que se focaliza la entrevista, quedando esta a la libre discreción del entrevistador. (Rodríguez Gómez et al., 1999)

El entrevistador debe llevar un mapa conceptual diagramado en su cabeza con los ejes que tiene que investigar y cuáles son las dimensiones importantes del problema. Por lo que las preguntas se hacen en función de los ejes. Es esencial que se realice en un clima de confianza sin emitir juicios de valor, ni opiniones personales y explicar el propósito de la misma.

Se pueden realizar diferentes tipos de preguntas tales como:

- Datos socio demográfico: como por ejemplo sexo, edad, etc.
- Preguntas de experiencia: se le realizan preguntas como, que le sucedió cuando..., qué hizo cuando...
- Preguntas de sentimientos: qué sintió cuando..., qué siente cuando...
- Preguntas de opiniones/valores: hablar acerca de...
- Preguntas de ejemplos: por ejemplo en qué situación..., en qué circunstancia...
- Preguntas de conocimiento: qué sabe sobre..., qué ha leído o escuchado sobre..., qué conocimientos tiene sobre...

Posteriormente en la fase analítica se transcriben las grabaciones identificando al sujeto con código o nombre de pila para que no revele su identidad y se continua haciendo lecturas y relecturas donde se puedan ir separando los ejes en diferentes agrupaciones donde se les irá colocando un nombre a esas subcategorías.

Como instrumento, para optimizar la riqueza de la información obtenida en las entrevistas, se utilizó el Análisis de Contenido Categorical. Cada entrevista fue descompuesta en unidades y estas unidades fueron clasificadas en categorías y subcategorías. A cada categoría y subcategoría se les asignó un código con la finalidad de que el análisis sea más manejable y sencillo de realizar, además es una forma de distinguir a una categoría o subcategoría de otras.

Es relevante destacar que las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia constituyen las categorías y las Condiciones Básicas de cada motivación constituyen las subcategorías.

Para el análisis se eligió al tema como unidad de registro, la oración como unidad de contexto y la frecuencia como regla de enumeración. El proceso que se empleó para la categorización, fue el procedimiento por casillas, seleccionándolas del material recogido para el marco teórico.

A continuación, se definen operacionalmente las categorías y subcategorías:

CODIGO	CATEGORIAS	DEFINICION
1° M	Primera Motivación Fundamental "El Ser"	Categoría relacionada con el "estar en el mundo", con el "poder ser". Esta primera condición toma en consideración tanto las circunstancias concretas (hechos) del ser aquí en primer lugar, así como también el propio poder para soportar o cambiar las actuales condiciones de la propia vida.
2° M	Segunda Motivación Fundamental "La Relación con la Vida"	Categoría relacionada con el "valor que tiene la vida", con el "gustar vivir". La persona comienza a vincularse con la vida, a través de sus relaciones y sentimientos. Esta motivación nos habla del libre fluir de la vida y del papel que juega en ello el Gustar, que nos abre al placer y también a los valores.
3° M	Tercera Motivación Fundamental "Ser sí Mismo"	Categoría que marcará aquel contenido que date sobre el "Poder Ser sí Mismo". Aquella posibilidad del sujeto de alcanzar claridad acerca de sí, de tomar en serio su propia individualidad.
4°M	Cuarta Motivación Fundamental "El Sentido"	Categoría que representará aquel contenido que date sobre la posibilidad de visualizar un "Sentido", un "para que es bueno estar aquí, en este contexto y en esta situación". Se refiere a un actuar, a un hacer, a un salir

		desde sí y trascender de sí para ir al mundo. Poder ubicar sus acciones en un contexto más amplio.
--	--	--

Tabla N°1: Categorías

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	COD	DEFINICION
1° M	Protección-Ser aceptado	P	Subcategoría que representará la experiencia de amparo, de cobijo, de ser recibido y aceptados tanto por otros como por sí mismo.
	Espacio-Cuerpo	E	Subcategoría que representará la vivencia del propio cuerpo y del espacio físico para poder ser.
	Sostén-Confianza	S	Subcategoría que representará la posibilidad o no del sujeto de abandonarse a una estructura que lo sostenga.
2° M	Cercanía-Movimiento interno	C	Subcategoría que representará aquel contenido que date de la presencia de un contacto con lo valioso, donde la vida, el corazón de la persona es tocado y eso despierta sentimientos, emociones, afectos en ella y surge así un movimiento interno.
	Tiempo-Valores	T	Subcategoría que representará el contenido que date de la posibilidad o no del sujeto de darse tiempo para que surjan y se movilicen los sentimientos.
	Relación-Sentimiento	R	Subcategoría que representará la posibilidad o no del sujeto de establecer una relación con lo otro.

3° M	Consideración	C.	Subcategoría que representará el contenido que date de la experiencia o no de ser reconocido, ser tenido en cuenta tanto por los otros como por sí mismo.
	Apreciación Valorativa	A.P	Subcategoría que representará el contenido que date de la experiencia de valoración del otro y la valoración de uno mismo.
	Justificación	J.	Subcategoría que marcará aquel contenido que date de la vivencia de ser tratado justa o injustamente, tanto por el otro como por sí mismo.
4°M	Campo de acción/actividad	C.A	Subcategoría que marcará aquellas vivencias que daten sobre sentirse o no requerido, productivo, necesitado para contribuir con algo positivo en el mundo.
	Vinculación con un contexto mayor	C.M	Subcategoría que representará aquella posibilidad o no de contar con un horizonte que brinde orientación.
	Valor en el futuro	V.F	Subcategoría que marcará aquella vivencia o no de tener algo por realizar o lograr en la vida.

Tabla N°2: Subcategorías

- Escala Existencial

La Escala Existencial fue creada con el propósito de evaluar el grado de satisfacción de las personas con su vida, mide la plenitud existencial de los sujetos. Contiene 46 reactivos con 6 alternativas de respuesta en una escala de Likert, que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos.

A su vez consta de cuatro subescalas. La primera de ellas es la Percepción realista, que requiere de Autodistanciamiento, esta contiene 5 reactivos. La segunda mide las Manifestaciones de la Emotividad Libre, que está relacionado con la Autotrascendencia, la cual consta de 6 reactivos. En tercer lugar se evalúa la habilidad para tomar decisiones, que está relacionado con la Libertad y consta de 28 reactivos. La cuarta y última evalúa la capacidad para llevar a la acción las decisiones tomadas, asumiendo las tareas involucradas y las posibles consecuencias, está relacionado con la Responsabilidad, la cual consta de 7 reactivos. (Páramo, García, Casanova, Asid, Cardigni, Bravin, 2014)

- Autodistanciamiento: se observa en la posibilidad de tomar distancia de sí mismo lo que permite la percepción realista del mundo. Se relaciona con el conocimiento de sí mismo el cual es obtenido por medio de la auto-observación.
- Autotrascendencia: mide la capacidad de captar los valores, lo que es posible en función de contactarse con los sentimientos. Le permite a la persona vislumbrar distintas posibilidades de respuesta ante una situación. Consiste en olvidarse de sí mismo y hacer algo por los otros.
- Libertad: es la capacidad de elección. Permite ver tanto la capacidad o no de tomar decisiones, como también si la persona es capaz de tomar decisiones seguras.
- Responsabilidad: es la capacidad para llevar a cabo las decisiones tomadas, asumiendo las tareas involucradas y las posibles consecuencias. Consiste en hacerse cargo. (Páramo et. al., 2014)

Los ítems pertenecientes a cada subescala son:

- Autodistanciamiento: 1, 3, 5, 32, 40.
- Autotrascendencia: 2, 15, 21, 26, 36, 42.
- Libertad: 4, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 46.

- Responsabilidad: 6, 7, 10, 16, 20, 22, 41

En la Escala Existencial los puntajes que se encuentran dentro de lo esperable, reflejan un desarrollo óptimo, los puntajes por debajo de lo esperable revelan un empobrecimiento de la capacidad existencial evaluada, mientras que los puntajes por encima de lo esperable no reflejan un mayor desarrollo sino una sobrecompensación, que implica el riesgo de sobreadaptarse en lugar de lograr un desarrollo armónico y saludable. Los puntajes por encima de lo esperable reflejarían vulnerabilidad, implicarían el riesgo de llevar una existencia inauténtica.

La suma de los puntajes de las cuatro subescalas da como resultado el ValorTotal, el cual si se encuentra dentro de lo esperable refleja la percepción de plenitud existencial. Si se encuentra por debajo de lo esperable podría implicar la vivencia de vacío existencial.

La Medida P describe el ser personal en la apertura al mundo y la autocaptación, es decir la accesibilidad cognitiva y emocional de sí misma y el mundo (Se obtiene de la suma de AD y AT). La Medida E describe la existencialidad del ser humano en cuanto a su capacidad de decidirse y comprometerse con el mundo (Se obtiene de la suma de L y R).

Estos puntajes obtenidos se comparan con el baremo mendocino, expresado en una tabla donde se encuentran la media y desviación estándar para cada subescala así como para el Valor Total por estratos de edades, a partir de estos resultados se realiza la interpretación de la técnica.

Tabla N° 1. Baremo Mendocino Medio para todos los valores según grupos de edad de 18 a 70 años. N=179

SUBTEST	18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
Medida P	X=49	X=45	X=44	X=47	X=49	X=46
	S=6,69	S=7,74	S=9,88	S=9,11	S=8,22	S=8,06
Medida E	X=155	X=149	X=156	X=155	X=158	X=148
	S=19,95	S=26,87	S=20,39	S=20,51	S=18,66	S=26,56
AD	X=18	X=18	X=19	X=21	X=22	X=19
	S=4,33	S=3,35	S=3,46	S=3,87	S=4,71	S=4,65
AT	X=31	X=27	X=25	X=26	X=27	X=27
	S=5,02	S=6,92	S=8,92	S=7,23	S=8,08	S=5,92
L	X=130	X=124	X=128	X=127	X=131	X=120
	S=18,13	S=23,35	S=18,43	S=19,07	S=15,68	S=22,17
R	X=25	X=26	X=28	X=28	X=27	X=27
	S=4,51	S=4,71	S=4,34	S=4,03	S=5,46	S=6
VT	X=203	X=194	X=200	X=201	X=208	X=194
	S=23,91	S=30,94	S=21,83	S=23,31	S=19,22	S=31,29

4.6 Procedimiento

El procedimiento se inició realizando en primer lugar el anteproyecto de tesis donde se explicitaron los objetivos que serán guía para la tesis, luego se realizó el rastreo bibliográfico para conocer el estado actual del tema a partir del cual se desarrolló el marco teórico. Posteriormente se mantuvieron charlas con expertos, psicólogas dedicadas a la cirugía bariátrica que brindaron una orientación respecto de cómo se está trabajando hasta el momento con los pacientes aspirantes a la dicha intervención quirúrgica y cómo es el seguimiento posterior a la cirugía. Además se realizaron charlas con expertos en clínica psicológica existencial, quienes brindaron información respecto de que técnicas podrían resultar útiles para analizar las motivaciones fundamentales de la existencia en estos pacientes. También se entrevistó a un médico cirujano especialista en cirugías

bariátricas, quien ayudó a entender el procedimiento biológico de dicha intervención quirúrgica.

Luego se procedió a contactar a los pacientes que habían sido operados, una vez otorgado el consentimiento informado por parte de los participantes se les aplicaron los siguientes métodos: entrevistas en profundidad, que consiste en reiterados encuentros cara a cara con los informantes para lograr un conocimiento y comprensión del objeto de estudio. Además se les realizó la toma de la Escala Existencial de Längle, Orgler y Kundi con adaptación, validación y confiabilidad a muestra mendocina (Páramo, García, Casanova, Asid, Cardigni, Bravin, 2014); el cual es un instrumento para la evaluación de la plenitud existencial.

Los temas asignados para las entrevistas semidirigidas, fueron elegidos y formulados en relación a los objetivos planteados y a la manera de preguntas. Éstas fueron respondidas a medida que se iba desarrollando la entrevista y en caso de que no sucediera así, se fueron ampliando con otro tipo de preguntas.

Posteriormente se realizó el análisis de las técnicas empleadas y una vez elaboradas las conclusiones se procedió a realizar la devolución a los sujetos a quienes se había entrevistado.

Capítulo 5

Presentación y Análisis de Resultados

Presentación y Análisis de resultados

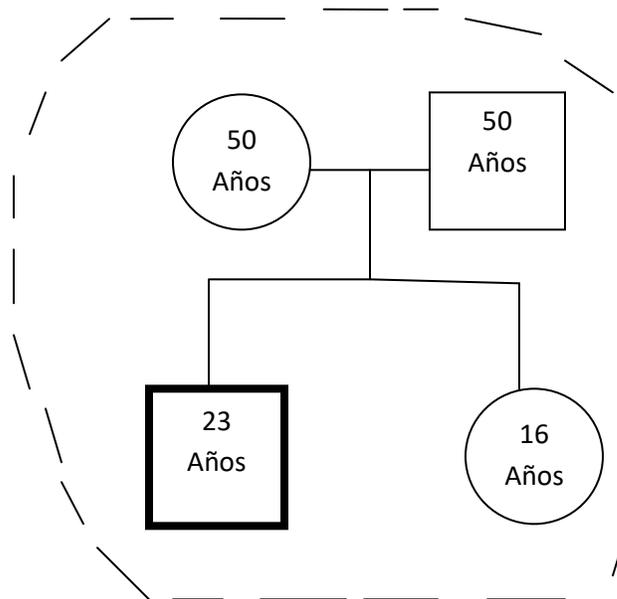
En este apartado se presentaran y analizaran los resultados obtenidos de las entrevistas en profundidad y la Escala Existencial administradas a los participantes. En primer lugar se hará una presentación de los participantes describiendo datos sociodemográficos y posteriormente por medio del uso de tablas se presentará la frecuencia de aparición de los contenidos vinculados a las Motivaciones Fundamentales. Luego se citaran viñetas que resultaron relevantes de las entrevistas realizadas y que resulten pertinentes a cada caso, con el fin de facilitar la comprensión del contenido y el análisis realizado. Luego se procederá a realizar el análisis de los resultados obtenidos en la Escala Existencial. Una vez realizado todo esto se realizará la descripción de resultado obtenido de ambos casos de la muestra.

5.1 Caso 1

El primer caso que será presentado se trata de un sujeto de sexo masculino, de 23 años de edad, de estado civil soltero, es estudiante universitario y es activista político, actualmente no realiza trabajos remunerados, vive en la provincia de Salta con sus padres y hermana menor. Primero se lo contactó, se le envió por correo electrónico el consentimiento informado y una vez que lo leyó y dio su consentimiento, se procedió a realizar las entrevistas por medio de video llamadas de Skype. Luego se le envió la Escala Existencial para que la pudiera completar y reenviar.

En este caso la cirugía fue la manga gástrica, realizada a los 17 años de edad, siendo uno de los pocos casos en el cual se ha permitido realizar la cirugía siendo menor de edad, ya que la resolución y la ley bien establecen entre los requisitos, que debe realizarse a partir de los 18 años. A continuación se presentara el familiograma del sujeto.

En este caso la familia del paciente también es operada de cirugía bariátrica, la madre del paciente fue intervenida quirúrgicamente antes que el sujeto y después de que se lo operara al sujeto entrevistado fue intervenido el padre.



Otros datos de relevancia que fueron expuestos por el sujeto es que además de obesidad tenía problemas graves de hipertensión desde los 16 años aproximadamente, problema de columna, y en los tobillos debido al sobrepeso. Además refiere que él desde muy chico empezó a tener obesidad, aproximadamente desde los 5 o 6 años que ya había iniciado tratamientos y dietas con comidas saludables ya que toda la familia tenía obesidad, a pesar de todos estos cuidados en la alimentación y de realizar actividad física no conseguía bajar de peso.

Tabla N ° 2. Frecuencia de aparición de influencias positivas y negativas en las condiciones de las Motivaciones Fundamentales

	1° Motivación			2° Motivación			3° Motivación			4° Motivación		
	P	E	S	C	T	R	C	A.V.	J	C.A.	C.M	V.F.
Influencia Positiva (+)	8	2	3	4	3	4	4	5	2	3	7	4
Influencia Negativa (-)	1	3	0	0	4	2	4	0	0	0	0	0

Tabla N ° 3. Frecuencia de aparición de influencias positivas y negativas en las condiciones de las Motivaciones Fundamentales reportadas por el sujeto antes de la cirugía bariátrica.

		Antes de la cirugía											
		1° Motivación			2° Motivación			3° Motivación			4° Motivación		
		P	E	S	C	T	R	C	A.V.	J	C.A.	C.M	V.F.
Influencia Positiva (+)	4	1	2	3	1	3	2	2	1	1	4	2	
Influencia Negativa (-)	1	2	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	

Tabla N ° 4. Frecuencia de aparición de influencias positivas y negativas en las condiciones de las Motivaciones Fundamentales reportadas por el sujeto después de la cirugía bariátrica.

		Después de la cirugía											
		1° Motivación			2° Motivación			3° Motivación			4° Motivación		
		P	E	S	C	T	R	C	A.V.	J	C.A.	C.M	V.F.
Influencia Positiva (+)	4	1	1	2	2	2	2	3	1	2	3	3	
Influencia Negativa (-)	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	

Tabla N° 5. Frecuencia de influencias positivas y negativas en relación a la Cirugía Bariátrica.

Cirugía Bariátrica		
Preguntas	+/-	Contenido
Tipo de cirugía		A mí me hicieron la manga ya que era menos trabas legales con la obra social, con manga que con bypass.
Conocimiento de la cirugía	+	Sabía los distintos tipos de cirugía que el bypass que es la cirugía que le hicieron a mi vieja tenes que seguir tomando vitaminas porque el cuerpo no absorbe todos los nutrientes, sabía que la manga se corta una franja del estomago y se saca eso se engrampa. También sabía que una persona con tendencia a engordar absorbe la grasa de una manera distinta a cualquier otra persona entonces por ahí una persona flaca y una persona gorda come exactamente lo mismo pero el gordo engorda 4 veces más de lo que engorda un flaco entonces se cortan esos cm para que el cuerpo procese de otra manera las grasas y la bajada de peso rápida y también por eso tiene otras deficiencias por ejemplo las vitaminas porque el cuerpo no los asimila. Por eso el cirujano te explica que no es la varita mágica tenes que seguir manteniéndote y seguir el plan alimentario correcto porque sino volvés a engordar porque el estomago tiene la flexibilidad para poder ensancharse.
Métodos intentados y resultados	-	Mira mientras estuve entrenando me dieron una dieta que era rara, que es una dieta que se ocupa por competencias que es para bajar de peso previo a una competencia. Tenía ciertos requisitos se comía carne tenias que comer verduras verdes, si comías pasta tenias que comer las verduras rojas, ehh y esa dieta si me dio resultado digamos yo lo consulte con Natalia que era mi nutricionista digamos, y el profesor de remo fue el que me dio la dieta, me dijo haber si probamos haber si bajas de peso y yo baje en dos semanas, yo baje 20 kg. Cuando se lo consulto a

		<p>Natalia para ver si era factible hacer esa dieta, ella me decía que no porque en el momento en que yo dejara de hacer la dieta, o que estipulara un poco la regla iba a tener un efecto rebote, (...) bueno paso lo que ella me dijo que iba a pasar, volvía a subir de peso, volví al peso normal digamos y eso bueno fue uno, después cuando era chico, si me acuerdo que hubo un tiempo en el que literalmente podía comer una hoja de lechuga y tres granos de arroz, y después hubo otra nutricionista que fue una bestia, que solamente podía comer yogurt light Parmalat a la mañana, a la tarde, a la noche y al medio día dos granos de arroz y la hoja de lechuga. Esas dietas que son sostenibles digamos para no sé....</p>
<p>Complicaciones durante o después de la cirugía</p>	-	<p>Cuando entro al hospital supuestamente mi cirugía iba a ser a la mañana, y me tuve que internar a las 7 y justo llegó una urgencia por un accidente de tránsito entonces mi cirugía se postergó y estuve todo el día internado hasta las 6 de la tarde que me operaron, y si bien yo había tenido muchas cirugías, había sido muy chico entonces yo entraba drogado al quirófano dormido, entonces yo nunca había visto un quirófano, a mi me tocó entrar al quirófano medio entre despierto y somnoliento por la anestesia y me tocó un quirófano que no estaba limpio y salió un medico todo ensangrentado, entonces eso fue lo malo. Y después de la cirugía tuve mucho dolor no sé si la espera o los nervios de cuando entré al quirófano y vi todo eso, entonces yo si tuve dolor muchos vómitos, yo no debería haber tenido vómitos de sangre y yo las primeras horas de la cirugía tuve vómitos de sangre, entonces yo me sentía mal en el hospital y además que no me gusta estar en un hospital internado (...)</p>
<p>Adherencia a tratamiento</p>	+	<p>Mira actualmente como yo ya me operé digamos, tuve todo lo que fue el post-operatorio, todos los controles para ir incorporando comidas, para ir viendo el estado nutricional, para ver las vitaminas, si necesitaba refuerzo de vitaminas, para ver que no hubiera ningún otro problema por la cirugía pero</p>

		<p>como yo ya tenía hábitos alimentarios o conducta alimentaria, ahora, yo fui como postergando muchas veces por el estudio y la facultad, postergando muchas veces algunas de las visitas de los médicos, pero después fui yendo al menos una vez al año a hacer los chequeos, digamos post-cirugía para ver si no hay que incorporar vitaminas, si no hay que volver a incorporar algún suplemento proteico y esas cosas, ir yendo al médico y hacer los estudios y así y todas esas cosas para controlar que no hubiera ningún problema extra digamos por la cirugía emm y bueno nada más después con los otros médicos, por ejemplo cuando fui al tratamiento psicológico en la cirugía en la obra social que cubría un año de tratamiento, si lo necesitaba.</p>
<p>Recomendaciones</p>	<p>+</p>	<p>(...)Si se las recomendaría a las personas, pero siempre explicándole que tienen que respetar a rajatabla todas las recomendaciones médicas previas y después de la cirugía (...) que ha tomado una muy buena decisión y que ha digamos, si ha pasado como gente que conozco, que ha probado con distintos tipos de dieta y distintos tipos de actividad física y tomó la iniciativa de bueno probar si es posible hacerse la cirugía, es un cambio radical, y le diría que obviamente, como te digo que depende de cada persona que el post-operatorio, que bueno que tiene que apostar a que esto es una herramienta más y que tiene sus complicaciones y que tiene sus propios pasos post-cirugía que tiene que respetar a rajatabla, sobre todo para recuperarse de manera rápida digamos, todo depende de la recuperación y del estado anímico de la persona que depende de lo bien que vaya respetando los pasos después de la cirugía y bueno que tiene que acompañar todo desde el equipo médico y mantener esa conducta pre-quirúrgica.</p>

En cuanto a la Primera Motivación se puede observar que la condición de Sostén presenta influencias positivas, el participante refiere que lo que lo sostiene en su existencia es su familia y las actividades políticas que realiza, a fin de lograr el bienestar de otras personas.

“...más que nada yo creo que mis viejos mi hermana y después yo digamos cuando empecé a militar en la universidad que empecé a caminar los barrios por ahí conocer otras personas fue como un sostén digamos decir quiero llegar a transformarle la vida a 4 o 5 personas para alguna situación puntual, (...) otro sostén del hecho de dar sin esperar nada a cambio, el hecho de esa experiencia fue una sensación muy buena.”

Por otro lado la condición de Espacio presentaba mayores influencias negativas, antes de la cirugía. Posiblemente la obesidad interfería en algunas situaciones escolares, tal y como explica el sujeto él intentaba que no lo afectara pero en algunas situaciones vivenció que no le dieron su espacio; además se puede inferir que la relación espacio cuerpo mejoró después de la cirugía, mejorando su salud y junto con ello menciona que gracias a bajar el peso ahora puede realizar actividades que anteriormente no realizaba por miedo a caerse por el sobrepeso que tenía.

“...yo sufría mucho de vértigo, tenía mucho miedo a las alturas yo creo también que era una cuestión de peso como sos gordo sabes que en cualquier momento te podes caer por el peso y encima con la cirugía que tengo en el oído, pierdo mas el equilibrio, y bueno ya después de que me operé empecé a encontrarle el gusto a otras actividades un poco más deportes extremos que en algún momento, por ejemplo antes no se me hubiera ocurrido hacerlo y ahora si las quiero hacer, por ejemplo rafting, puenting, todas esas cosas que vos decís bueno siendo gordo es más complicado hacerlo”

Respecto a la condición de Protección se puede observar que el sujeto se siente aceptado por su familia y su grupo de amigos, antes y después de la cirugía, en el momento en que no se sintió protegido fue en momentos previos a operarse donde los profesionales no autorizaban la realización de la misma.

“...los chicos querían ir a verme y yo les decía que no que fueran cuando estuviera en mi casa que iba a estar más tranquilo pero sii la verdad que los chicos estuvieron siempre.”

“...la cirugía se recomienda a partir de los 18 años, si o si, para si sos mas chicos se necesitan un montón de estudios previos para comprobar, se requiere que estés en tratamiento que hayas probado otros tratamiento, que hagas actividad física para probar que no es un problema de que no haces actividad física, se te hace la prueba de la maduración ósea que es por medio de la radiografía de la mano, y se te hace la prueba de la maduración sexual, yo pase todas las pruebas mas todas las pruebas que hace el equipo previo a la cirugía, los estudios los psicológicos, todo, y la obra social como requisito puso que mi cirugía la tenía que aprobar el médico auditor de OSDE, tengo la entrevista con el auditor de XXX el da el ok, lo único que pone como requisito es que mi cirugía la tiene que firmar un médico pediatra por la edad (...)fui a una doctora le lleve todos los estudios, (...) incluido la radiografía de mano que me había hecho en su momento que descarto porque decía que estaba mal hecho, me volví a hacer la radiografía de mano informada de una manera especial porque decía que la otra estaba mal hecha, cuando le llevo la radiografía ni la miro a la radiografía no me devolvió los estudios previos, tuve que ir a pedírselo después y me dijo que ella no recomendaba la cirugía por más que la radiografía daba la edad madurativa de 18 años para realizarme la radiografía, después de eso hubo un, había un congreso en Mendoza sobre el tema de la cirugía bariátrica que la organizaban todos los que pensaban que no era una solución la cirugía y en ese periodo en el que se hizo el congreso, invitaban al grupo, se trataba puntualmente de cuál es el límite para pensar hacer la cirugía, durante ese tiempo a mi me hicieron todo lo que eran los test psicológicos paras ver si yo era apto o no para realizarme la cirugía, yo tenía que ir a que me dieran la devolución y en ese tiempo se hace el congreso yo termino me enferme justo, yo seguía yendo a la a toda la huevada esta, entonces no me pude encontrar con ella para y ese mismo día yo tenía la devolución de la psicóloga y ese mismo día por la psicóloga me entero que se había llevado la pruebas de mis test psicológicos para defender la postura de por qué un paciente que no es mayor de edad que no cumple los requisitos hay que realizarle la cirugía, ella lleva mi caso con todas la pruebas psicológicas y yo me entero por ella que yo supuestamente yo era un depresivo, por lo que ella no descartaba que yo tenía que medicarme con antidepressivo que yo no pasaba ningún tipo de test psicológico, prácticamente yo era bipolar, entonces imagínate estaba mi mamá y mi papá en ese momento(...), entonces salieron mal, más que preocupado(...). Después fui a otra psicóloga que fue fantástica, que me hizo entender que no solo es operarse y listo sino que hay que seguir con control, conocer el tipo de cirugía, que hay que ser más estricto con la comida los primeros meses...”

En cuanto a la Segunda Motivación la condición de Cercanía se observa que tiene una influencia positiva antes y después de la cirugía el sujeto se siente cercano a sí mismo respondiendo a sus necesidades y metas.

“...si en realidad no era que estaba muy alejado de mi mismo en realidad pero por ahí sí, en esto que cuando pude bajar de peso encontré un poco más el gusto por tratar de hacer deportes extremos de hecho perdí la fobia a las alturas, descubrí que podía superarme digamos, no creía que podía hacer esto.”

Respecto a la Relación también se observa que en este caso las relaciones no se modificaron y que la relación con su vida sigue siendo buena.

“...depende del sector con el que te relaciones por ejemplo yo de la gente de la con la que me relacionaba desde siempre, la relación sigue siendo la misma digamos no hubo ningún cambio, nada o sea por el hecho de que sos flaco te voy a tratar diferente pero si me paso en la facultad de gente que bueno cuando se enteraba que había sido gordo me pasaba de eso recelos de que y bueno la relación ya no es la misma como si el hecho de ser gordo se transmitiera a una persona o que no puedas compartir un vaso por eso te digo depende también de la gente...”

Por otro lado se infiere que en la condición de Tiempo hay una influencia negativa, que permanece de la misma forma antes y después de la cirugía, el sujeto describe ser una persona muy activa, sobrecargándose de actividades y horarios no permitiéndose tiempos para sí, sino que siempre es dedicado a otros, el sujeto dice en las entrevistas que habitualmente sus días son de corrido iniciando a primera hora y terminando a las 3 am, dejando de lado hasta los tiempos para su propio descanso.

“...me levantaba a la mañana y después en el día, no depende del día sino depende del momento o de la coyuntura política que había por ahí allá en Mendoza, por ejemplo el último tiempo que yo estuve allá que fue todo el proceso previo a la formación de lista, y todo eso, yo me levantaba a la mañana como en mi casa se había caído parte de una de la casa del techo por el tema de la lluvia el último tiempo estuve quedándome en casa para ayudar en la construcción, pero en la tarde normalmente ir a la facultad, salir de la facultad e ir a una a alguna reunión para algún dirigente político, (...) después ponele que nosotros teníamos el programa de radio era estar en la mañana tratando de cerrar con los compañeros con los que después teníamos que ir al estudio, como íbamos

a organizar el tema de las noticias, como íbamos a organizar el tema de la música y después ir a la radio a cerrar los detalles, y después a hacer el programa que salía de 7 a 8 y después de ahí había una reunión, con la candidata que llegamos a que encabezara la lista, (...) entonces la organizamos para ver cómo íbamos a hacer las panfleteadas, lo que hacíamos puerta a puerta íbamos organizándonos, dividiendo tareas y territorios para tratar de bancar todo y después volver a mi casa depende el día y de que tan largo se hacían las cosas, salía de mi casa tipo 2 de la tarde y llegaba tipo 2 de la mañana, al otro día otra vez a arrancar a patear las calles, y alguna actividad concreta que fue el último tiempo, como encuentro con los vecinos, salía hasta antes de mi casa y volvía hasta más tarde como 3 o 4 de la mañana, depende de la gente del día, si eran más directo.(...)"

En relación a esto último se podría inferir que utilizaría la reacción paradójica del activismo como reacción de coping, es decir, que realizaría muchas actividades con el fin de tapar aquello que vivencie como doloroso.

Respecto a la Tercera Motivación la Justificación se observa que presenta influencias positivas, lo cual implicaría capacidad para tomar posiciones personales auténticas.

"...mira nunca fui una persona ansiosa, ni una persona que necesita comer que tiene guardado caramelos o algo o que pasan y compran alfajor o gaseosa, chocolate y esas cosas, cuando empecé el tratamiento era muy chico y tampoco soy de esas personas que se mueren por comer todo el tiempo o comerse un alfajor todo los días porque la verdad que eso yo no..."

En referencia a la Apreciación Valorativa el sujeto se siente valorado y se valora sí mismo, tanto antes como después de la cirugía. En cuanto a la Consideración se observan influencias negativas antes y después de la cirugía, refiere haber tenido su grupo de amigos en la etapa escolar, tanto en la primaria como en la secundaria con los cuales se sentía cómodo, pero que fuera de su entorno sentía que lo trataban de forma diferente. El participante comenta que sintió, después de la cirugía, que algunas personas al enterarse que antes tenía obesidad se volvieron más distantes, no así con aquellos que lo conocieron antes de operarse.

“...si me pasó en la facultad de gente que bueno cuando se enteraba que había sido gordo me pasaba de eso celos y bueno la relación ya no es la misma, como si el hecho de ser gordo se transmitiera a una persona o que no puedas compartir un vaso, por eso te digo depende también de la gente,, como te digo yo tuve suerte de que con esa gente que tuvo esa actitud no era precisamente amigo sino digamos más que nada compañeros de facultad, así que bueno a mi no me afectó para nada...el grupo de pertenencia veía el cambio digamos y se alegraban de que hubiera tomado la decisión de haber tomado un nuevo estilo de vida”

Por último en la Cuarta Motivación el Campo de Actividad Acción antes de operarse se observaba con influencia negativa, en la escuela respecto a los otros ámbitos en el que el sujeto se desarrolla, el se siente necesitado y apreciado.

“...con mis amigos yo creo que es donde yo me sentía más cómodo, con mi familia y en la escuela, obviamente que si bien me toco un grupo complicado tanto al pasar al polimodal como en el polimodal (...) no importaba desde mi punto de vista fuera una cagada para mí porque no me gustaba ni los profesores ni las autoridades ni su manera de pensar, así que bueno si bien fue una carga para mí que me tenía que quedar callado en un montón de cosas para tratar de ser un número más y no tener otros problemas con los profesores (...) y después cuando entre a la universidad (...) me sentía cómodo en cualquier lugar, me gustaba entonces me caían bien los profesores, los compañeros cuando empecé a cursar estábamos todos más que prendidos entonces me sentía cómodo estando con cualquier persona.”

En cuanto a la Vinculación con un Contexto Mayor se observa una influencia positiva, la cirugía fue el horizonte del paciente hacia donde dirigió sus actividades en este caso todos los requisitos que debió cumplir para poder llegar a operarse para bajar de peso. Por último el Valor en el Futuro también se observa que tiene una influencia positiva, él se puede proyectar hacia un futuro y realiza sus acciones para poder alcanzar esas metas que se ha establecido, para poder encontrar un sentido a su existir.

“...yo lo vi como una herramienta más yo ya había probado todas, no te digo todas pero un montón de dietas, un montón de tratamientos, hacer actividad física, hacer mucha actividad física digamos, tratamiento nutricional y no había dado resultados ehh (...) yo lo vi como una herramienta más de hecho yo al poder solucionar el peso iba a solucionar otros problemas extras que tenía, el tema de la columna era uno, yo nunca pensé que el

tema de la presión se me iba a controlar ehh pero bueno, fue una facilidad mas, fue el hecho de decir fue una herramienta más (...) si fue una herramienta vital y mas que buena por el hecho de que pude bajar de peso, pude hacer actividad física sin el cansancio y el poco estado físico que tenía en general por la obesidad si igual yo pude tener un estado físico fue más agotador cuando sos gordo por el hecho del peso que tenes en todo el cuerpo y una vez que me opere descubrí los beneficios, por ejemplo yo antes corría si notaba el cansancio en las articulaciones y después de la cirugía cuando comencé a entrenar de apoco el beneficio de no estar cansado de que no tenes otros problemas extras el hecho de que son trivialidades te digo, el hecho de entrar a una casa de ropa y decir ahh mira me gusta esa remera y que te quede la ropa es fantástico(...) yo sufría mucho de vértigo, tenía mucho miedo a las alturas yo creo también que era una cuestión de peso como sos gordo sabes que en cualquier momento te podes caer por el peso y encima con la cirugía que tengo en el oído, pierdo mas el equilibrio, y bueno ya después de que me opere empecé a encontrarle el gusto a otras actividades un poco mas deportes extremos (...)"

En relación a la cirugía, el paciente no tuvo mayores complicaciones después de la cirugía, y ha sido exitosa, ya que ha comprendido que se trata de una herramienta, y que hay que respetar sus cuidados y procesos. Es un paciente con adherencia al tratamiento, ya que después de seis años sigue haciendo controles, aunque una vez al año. Además, refiere que ha sido la única herramienta que le ha dado resultados positivos, ya que no solo bajó de peso, sino que además mejoraron las comorbilidades.

5.1.1 Análisis de Escala Existencial S1

A continuación se presentara la tabla con los resultados obtenidos por el sujeto y posteriormente se podrá observar el análisis de la misma.

Tabla N° 6. Resultados obtenidos en cada subescala de la Escala Existencial.

Resultados Escala Existencial				
Autodistanciamiento	Autotrascendencia	Libertad	Responsabilidad	Valor total
26	33	161	32	252

En función de los puntajes obtenidos en la Escala Existencial se ha podido inferir los siguientes resultados:

Autodistanciamiento: el puntaje obtenido se encuentra por encima de lo esperable, esto podría implicar que guarda tal distancia de sí mismo que podría correr el riesgo de no ver sus propias necesidades, sentimientos.

Autotrascendencia: el puntaje obtenido se observa muy por encima de la Media y la desviación estándar con respecto a su franja etaria, esto podría implicar una exagerada entrega al mundo olvidándose de sus propias necesidades, sentimientos, deseos.

Libertad: el puntaje obtenido se encuentra muy por encima de la Media y la desviación estándar en comparación con su franja etaria, esto podría implicar una marcada tendencia al juicio crítico.

Responsabilidad: el puntaje obtenido se encuentra por encima de lo esperable para su edad, esto reflejaría capacidad para hacerse cargo de sus propias decisiones y aceptar sus riesgos y consecuencias.

Valor Total: alto, si bien podría relacionarse con capacidad para comprometerse con el mundo y satisfacción consigo mismo, cabe considerar que en la Escala Existencial los puntajes que se encuentran por encima de lo esperable no reflejan un mayor desarrollo sino una sobrecompensación, que implica el riesgo de sobreadaptarse en lugar de lograr un desarrollo armónico y saludable.

5.1.2 Integrando...

A partir de lo analizado en ambas técnicas se observa que el sujeto es una persona responsable, que si bien puede tener dificultades para sentirse libre a la hora de realizar elecciones tiende a asumir las responsabilidades vinculadas a sus decisiones. Se infiere que el sujeto al realizar actividades con el fin de ayudar a otras personas tiende a dejarse

de lado a sí mismo, como se mencionó en el análisis de las entrevistas el sujeto dedica mucho tiempo a los demás dejando de lado sus propias necesidades. En Tercera Motivación con respecto a la condición de Consideración puede inferirse cierta vulnerabilidad en situaciones en las que no siente considerado por los demás.

Se observa adherencia al tratamiento, lo cual se infiere que puede contribuir a mantenerse en un peso saludable y sosteniendo hábitos saludables en cuanto a alimentación y actividad física.

5.2 Caso 2

El segundo caso que se presentara se trata de una mujer de 42 años, estado civil soltera, con estudios universitarios incompletos, trabaja para una entidad pública y la cirugía bariátrica se la realizaron hace 2 años atrás, vive con su hijo de 4 años. Comenzó a tener obesidad después de que nació su hijo, a los 2 años se separó de su pareja, enfermó su madre y falleció. Ella reporta que sentía depresiva y que subió 60 kilos. Al año y medio de haber aumentado de peso se operó, ya que además de tener obesidad sufría de diabetes, motivo por el cual se realizó la intervención. La cirugía que le realizaron fue el Bypass gástrico. A continuación se presentará el familiograma.

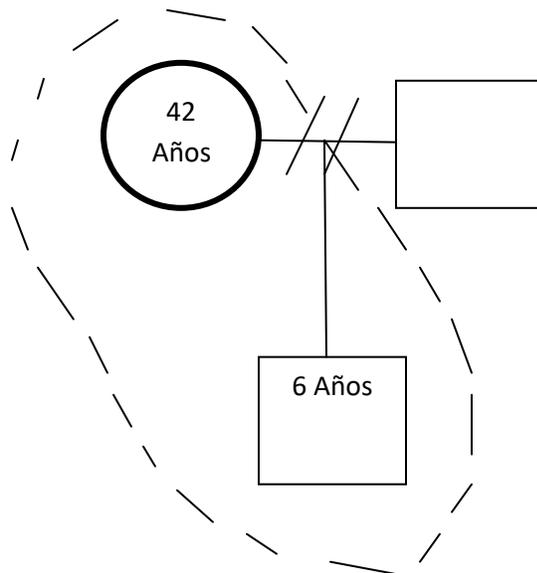


Tabla N ° 7. Frecuencia de aparición de influencias positivas y negativas en las condiciones de las Motivaciones Fundamentales.

	1° Motivación			2° Motivación			3° Motivación			4° Motivación		
	P	E	S	C	T	R	C	A.V.	J	C.A.	V.C.	V.F.
Influencia Positiva (+)	3	3	3	2	4	6	1	3	0	2	5	4
Influencia Negativa (-)	3	5	0	3	5	3	1	0	3	0	0	2

Tabla N ° 8. Frecuencia de aparición de influencias positivas y negativas en las condiciones de las Motivaciones Fundamentales reportadas por el sujeto antes de la cirugía bariátrica.

Antes de la cirugía												
	1° Motivación			2° Motivación			3° Motivación			4° Motivación		
	P	E	S	C	T	R	C	A.V.	J	C.A.	V.C.	V.F.
Influencia Positiva (+)	1	1	2	0	2	2	0	1	0	1	2	2
Influencia Negativa (-)	3	4	0	3	3	3	2	0	2	0	0	2

Tabla N ° 9. Frecuencia de aparición de influencias positivas y negativas en las condiciones de las Motivaciones Fundamentales reportadas por el sujeto después de la cirugía bariátrica.

Después de la cirugía												
	1° Motivación			2° Motivación			3° Motivación			4° Motivación		
	P	E	S	C	T	R	C	A.V.	J	C.A.	V.C.	V.F.
Influencia Positiva (+)	2	2	1	2	2	2	1	2	0	1	3	2
Influencia Negativa (-)	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0

Tabla N° 10. Frecuencia de influencias positivas y negativas en relación a la Cirugía Bariátrica.

Cirugía bariátrica		
Preguntas	+/-	Contenido
Tipo de cirugía		Yo me hice el bypass gástrico.
Conocimiento de la cirugía	+	Todo todo porque yo soy, me informo de todo, de proceso que sea igual ponele este me gusta leer de todo, entonces me gusta leer de todo aparte que bueno que fui a charlas, también el médico te habla te explica que es lo que saca que es lo que no, que es lo que cierra como hace como va a ser el funcionamiento y vos le preguntas del dolor si es invasivo, si es totalmente invasiva, no el médico fue claro gracias a dios y aparte yo le dije, todos te suavizan noo no es invasiva, mentira es re invasiva, invasiva que lo sentís cuando salís del quirófano, sentís que no te podes mover porque te duele, te abren acá son dos 4 perforaciones te hacen 4 o 5 creo que son y no es lo mismo que la otra que es una sola, como la vesícula que es una que es el mismo

		<p>método aparte te engraman es muy invasiva, te engraman el estomago, y es parte interna tuya y todo lo que es interno tuyo es difícil de sanar, difícil de cicatrizar son órganos viste pero no, es muy invasiva, no yo me prepare leyendo mucho y dije si me la tendría que bancar pasa que cuando vos ibas que no bajabas un gramo y hacías gimnasia y me cagaba de hambre ya ahí dije basta y sino tenes la otra que volves a caer, volves a caer en los atracones, que bueno toco madera no me ha vuelto a pasar.</p>
<p>Métodos intentados y resultados</p>	<p>-</p>	<p>Y tome pastillas hice varias cosas, los homeopatas te dan anfetaminas y vos decís no pero después te las dan y las dejabas y engordabas el doble, un desastre.</p> <p><i>¿Y alguna otra dieta que haya sido medio extremista?</i></p> <p>Y que se yo probé la vegetariana, probé la cetogénica, las gorditas probamos todas la de las manzanas la de las lunas la que se te ocurra las hacemos, esas las hacemos todas</p> <p><i>¿Y resultados?</i></p> <p>Noo no ninguno ninguno, ninguno extremo, o sea te sirve para 2 kg 3 kg lo que pasa es que la mujer gorda no busca los 2 kg busca los 20 los 30 pasa que es entendible que tiene que cambiar esta mentalidad de comer si lo que vos tenes que hacer no es dejar de comer tenes que aprender a comer medido (...)</p>
<p>Complicaciones durante o después de la cirugía</p>	<p>-</p>	<p>(...) aparte a mí se me complico porque después de la operación, a mí se me hizo una fistula que es cuando te sacan el drenaje, bueno a mí el drenaje me lo dejaron un mes y medio, por sonda en vez de ehh nasogastrica todo por nariz me alimentaba por nariz, era liquido.</p> <p><i>¿Y estuviste internada?</i></p> <p>Noo no en mi casa fue ambulatorio, todo era por</p>

		<p>sonda, yo me tenía que poner que inyectar la comida ehh tipo proteico eso me, en ese sentido el post operatorio ahora que me acuerdo la pase feo, la pase feo, pero porque se me hizo una fistula, no sé si sin querer le di un tirón al drenaje, porque lo tenes que llevar colgando y es re incomodo llevarlo colgando, entonces me lo ponía adentro del pantalón y no sé si ahí le pegue un tirón y se me saltaron los puntos y ahí se me hizo la fistula</p>
Adherencia al tratamiento	+	<p>Sii si voy cada 6 meses un año, la otra vez por ejemplo tenía mucho, mucha molestia en el estomago porque me tuvieron que operar de vesícula también esa es la otra, el que se hace el bypass gástrico si no fuiste operado de la vesícula al año te tienen que operar si o si de vesícula no sé porque pero me opero el mismo médico. Pero a la hora me dejo volver, que usualmente te dejan internada (...)</p>
Recomendaciones	+	<p>Sii porque este te beneficia la salud, porque el resultado es bueno, este porque notas un cambio drástico en tu persona no solo físicamente sino en lo que te genera anímicamente y todo sii se lo recomiendo, y más que nada por un tema de salud porque a mí de entrada te erradica la diabetes eso es lo que a mí, lo que mejor tiene, mas allá de la gordura, saquemos la obesidad, es la única operación que erradica la diabetes de una y vos no necesitas otro tratamiento, te saca la insulina es la cicatrización los niveles anímicos de azúcar entonces te normaliza todo, entonces es espectacular porque no hay todavía un método que te erradique la diabetes como esa operación todo lo otro pero yo lo recomiendo mas por las dos cosas (...)</p>

A partir de las entrevistas se puede hacer un análisis de cada una de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia, como se hizo caso anterior se realizará un análisis de cada una de ellas antes y después de la intervención quirúrgica.

En relación a la Primera Motivación se observa que la condición de Protección antes de operarse presentaba influencias negativas ya que ella no sintió que antes de operarse haya tenido apoyo o contención de parte de sus seres cercanos, pero si se sintió contenida en el grupo de mujeres que se iban a operar al igual que ella. Luego de la cirugía si siente el apoyo de sus amigos porque considera que los demás vieron sus cambios y mejorías y que antes quizás tenían miedo porque no la conocían a la cirugía, además tuvo algunas complicaciones posquirúrgicas por lo cual necesitó ayuda.

“...a nivel de amigos no porque me vieron muy convencidas me dijeron uyy cuidado, viste todos los consejos que te dan(...)después si después cuando me la hice te quieren ayudar porque vieron pero no si, si tuve de mis compañeros y mis amigos después al final viste al principio era ayy esta qué se va a hacer, se empieza esta se quiere tunear viste empieza a pensar pelotudeces pero como no le doy bola viste”

“después si si el apoyo porque viste este como se me complicó, necesité más ayuda pero bueno no hasta después que ven el cambio te dicen no si está bien, qué bueno que te lo hiciste que esto que el otro después te dicen que bárbaro fue lo mejor que hiciste(...)”

En cuanto a la condición Espacio antes de operarse presentaba más influencias negativas, ella comenzó sufriendo diabetes y considera que se desencadenó luego de una situación muy angustiada para ella, en la que sentía que tenía que ser el sostén de los demás, perdió a su mamá (quien falleció) y se separó de su pareja. La persona refiere que no pudo elaborar los duelos y comenzó a comer de más y con ello a subir de peso. Se podría inferir que la dificultad para elaborar los duelos se manifestó en su corporalidad.

“...a mí me paso algo, la diabetes se me declaró antes de yo engordar, yo este pasa que a mí me pasaron una sucesión de cosas, yo creo que también fue emocional que desencadenó, estem yo vivía en pareja, estuve en pareja mucho tiempo me separé, falleció mi mamá y era hiper flaca ...pero ahí me empezó, empecé con la diabetes, me desmayaba, me descomponía en todos lados por ahí se me subía o se me bajaba el azúcar, era horrible, así que empecé ahí antes de estar gorda empecé con la diabetes (...)”

En relación al Sostén recibe influencias positivas antes y después de la cirugía, refiere que su sostén es su hijo, y anteriormente a su nacimiento lo era su familia. También refiere ser ella el sostén de su hijo, por este motivo tomó la decisión de buscar otra solución a su problema de salud.

“Mi hijo, mi hijo sostén motor todo es lo que me impulsa”

En la Segunda Motivación es la más afectada antes de la cirugía, Se observan influencias negativas en sus tres condiciones. En cuanto a la condición de Cercanía en su periodo de obesidad refiere que no podía acercarse a los demás porque no se sentía bien consigo misma, en la actualidad esta condición va mejorando paulatinamente, según ella lo manifiesta en las entrevistas, ahora acepta juntarse con sus amigos y seres queridos.

“Mal, mal, mal, este todo me molestaba, estaba muy susceptible no quería salir, no quería vincularme, no quería relacionarme, estaba negada con la vida(...) Y es como muy solitaria, o sea a ver uno hace como una mirada muy adentro capaz mi mundo era yo y mi hijo nada más, y que tampoco porque viste porque no participaba ni siquiera en las cosas de mi hijo, porque no me quería sacar fotos con él viste porque me daba vergüenza, viste iba hasta la escuela y no podía, viste cuando las madres se juntan a jugar con los chicos, no participaba ni siquiera en eso estaba, estaba un ente me aislaba de todo.”

La condición Tiempo continúa afectada en la actualidad, ya que no logra brindarse tiempos para sí misma ya sea para realizar una actividad que le guste hacer o para elaborar sus duelos. Tiende a sobrecargarse con “deberes” que ella misma se adjudica. En este caso también se podría observar la implementación del coping del activismo.

“Leer, me gustaba mucho leer. Ahora ya no, lo que pasa es que te cambian las prioridades, cuando sos mamá te cambia todo, me gustaba mucho leer este me abocaba mucho a la angeología, la espiritualidad, pero cuando sos mamá te olvidas de todo...”

La condición de Relación se observa afectada antes de operarse ya que al no aceptarse se “encerraba en sí misma” y se “aislaba”. Afectando las relaciones con los demás y consigo misma. Esta condición va mejorando de a poco.

“Yyy te aíslas pasa eso te aíslas te encerrás en vos misma(...)”

“...como que ahora me importa muy poco, conservo los vínculos que realmente valoro...”

En la Tercera Motivación, se puede apreciar en la condición Apreciación Valorativa influencias positivas, antes y después de la cirugía en cuanto al tomar decisiones, considera su propia opinión en función de sus conocimientos y de la información que busca, sin importarle la opinión negativa de las personas que le rodean. Sin embargo en cuanto a la valoración de sí misma por parte propia y de los demás se veía más afectada antes de la cirugía.

“...las decisiones las voy a tomar yo, de mi vida las tomo yo, mis errores mis equivocaciones son míos, no arrastro a nadie, así que no, yo decidí hacerlo (...) Yo dije es para mejorar mi salud, aparte yo también tenía diabetes que era lo más detonante, porque de última si estas gorda te las tenés que aguantar pero cuando vos tenes diabetes o algo, mis abuelos fallecieron de eso yo no le puedo faltar a mi hijo porque no hay nadie más...”

“Antes y yo creo que con nadie te sentís aceptada, ahora no me importa si me aceptan o no me aceptan mientras me acepte yo, es que antes no te aceptas vos, ese es el tema, entonces vos no te aceptas, entonces no te sentís aceptada, te sentís discriminada, vos sentís una persona que se está riendo, y vos pensas que se está riendo de vos, porque sos vos no son los demás por eso te digo”

Se observan dificultades, que perduran, en el desarrollo armónico de la condición Consideración, en las entrevistas menciona que ella no puede ser ella misma en todos lados, considera que en su casa y con sus amigos si puede serlo pero no en el trabajo.

“...hay distintos ámbitos por ejemplo, vos sos vos misma con tu familia, con tus amigos, con la otra gente no sos vos misma, en tu trabajo por ejemplo en mi trabajo yo no soy la persona que soy fuera del trabajo, si puedo hacer un chiste pero es otra estructura yo fuera del trabajo me relajo, listo, tengo otra onda entonces soy totalmente distinta así que no sé si es tan fácil...”

En cuanto a la condición Justificación, antes de la cirugía predominaban las influencias negativas, de acuerdo a su relato le costaba expresar lo que sentía, o exteriorizarlo, comía, recurriendo a la comida para calmar su angustia, poniendo en riesgo su salud, llegando al punto de que cuando ella quiere operarse y no cumple con el peso necesario, adquirió los kilos que le faltaban para cumplir el requisito, con lo que eso podría haber afectado a su salud. Pueden inferirse dificultades para tomar posiciones personales auténticas.

“(...) tomo la decisión y la sigo noo este fue lo que pasa que a mí me paso, que cuando digo me voy a operar me faltaban creo que 5 kg para poder operarme, bueno entonces le digo que tengo que hacer aumentar 5 kg más para poder operarme, si no puedo bajar los 40 que tengo, me quiero operar viste o bueno engordo los 5 kg, y me engorde los 5 kg para poder operarme, ya lo tenía decidido y yo dije noo pero son cosas cuando yo decidí operarme, me opere (...)”

En la Cuarta Motivación predominan las influencias positivas antes y luego de la cirugía en las tres condiciones: Campo de Acción, Vinculación con un Contexto Mayor y Valor en el Futuro.

“...mi hijo , el agacharme a jugar con él, la agilidad física y para mí una vez me paso que estábamos en los jueguitos y él se me cayó yy cuando vos salís corriendo porque se te cayo tu hijo no llegas, porque como sos gorda el cuerpo te pesa o llegas, no es lo mismo cuando vos estas flaca que llegas en un minuto, también es eso yyy jugar a la pelota, jugar al volley olvidate son todas cosas que no podía hacer con él, llevarlo al parque y ponerme a jugar con él en la pileta, nadar con él, a él le encanta nadar yo nado toda la vida nade entonces este cuando vos te querías meter no te metes a la pileta, cuando estaba gorda no te quieres meter, no te quieres poner la maya, te pones el pareo hasta acá no te metes a la pileta, no podes nadar, estar con él...”

En relación a la cirugía se ha observado que si bien la paciente tuvo algunas complicaciones después de la realización de la misma, la sigue recomendando porque considera que los beneficios que tiene son importantes. Considera que ha sido el único método que hasta ahora le ha dado un resultado positivo. La paciente continúa con los controles, pero refiere que acude a los profesionales solo cuando tiene algún malestar, lo cual podría ser un factor de riesgo, ya que podría poner en riesgo el sostenimiento de un estilo de vida saludable.

5.2.1 Análisis de Escala Existencial S2

En primer lugar se presentara la tabla con los resultados de las subescalas y a continuación se podrá observar el análisis de la Escala Existencial.

Tabla N° 11. Resultados obtenidos en cada subescala de la Escala Existencial.

Resultados Escala Existencial				
Autodistanciamiento	Autotrascendencia	Libertad	Responsabilidad	Valor total
10	33	128	22	193

Autodistanciamiento: La puntuación obtenida aquí baja, esto revelaría un estado de desorden interno, preocupación por sí mismo, hiperreflexión, autoreproches, así como desorientación ante las situaciones que enfrenta.

Autotrascendencia: Se encuentra un poco aumentada pero dentro de la desviación estándar esto implicaría una exagerada entrega al mundo, lo cual podría colocarla en una situación de vulnerabilidad si continúa esta entrega sin un adecuado registro de sí misma.

Libertad: Se encuentra un poco aumentada pero dentro de la desviación estándar lo que cual podría indicar una tendencia al juicio crítico y falta de compromiso.

Responsabilidad: en esta subescala obtiene un puntaje bajo, esto podría implicar que hay pobreza en los compromisos asumidos, la vida le aparece como algo ya moldeado o planeado de antemano, por lo que la persona se comportaría como espectadora de su propia vida.

Valor total: El valor total se encuentra disminuido pero dentro de la desviación estándar, implicaría opresión, falta de compromiso con el mundo y consigo mismo, vida pobre en relaciones.

5.2.2 Integrando...

En este caso se observa que se encuentran afectadas principalmente la Primera, Segunda y Tercera Motivación, las mismas antes de realizarse la cirugía se encontraban más comprometidas, en la actualidad se observa que han ido mejorando las condiciones de protección y relación.

En cuanto a las capacidades existenciales evaluadas a través de la Escala Existencial se encuentra afectas las cuatro. Autodistanciamiento bajo reflejaría un estado de confusión interior, tendencias al autorreproche y dificultades para percibir de manera realista. De acuerdo con los resultados de Autotrascendencia, podría darse una exagerada entrega a los demás sin darse lugar para cubrir sus propias necesidades así como para dedicarse tiempos para si misma. En la capacidad de Libertad los resultados se asocian con una tendencia al juicio crítico y a la falta de compromiso, lo cual se observa también en Responsabilidad, cuyo resultado se relaciona con dificultades para responder por las decisiones tomadas. En el valor total de la Escala Existencial los resultados implicarían dificultades para establecer un intercambio dialógico con el mundo y consigo misma.

5.3 Resultados generales

A partir de los resultados obtenidos en los dos casos se observan coincidencias en:

La Primera Motivación en relación al Espacio, en ambos casos antes de la su corporalidad presentaba recibía influencias negativas que luego de la intervención tienden

a revertirse y mejorar, teniendo influencias más positivas. En relación al Sostén los dos presentaban influencias positivas antes de la cirugía y se han mantenido luego, es posible que gracias a esta condición les hay resultado posible atravesar la cirugía bariátrica. Parafraseando a Frankl tenían un para qué vivir por ende pudieron soportar el cómo, para intentar mejorar su calidad de vida.

Un dato llamativo en ambos casos se apreció en la Segunda Motivación, en la condición del Tiempo, la cual se encontró afectada antes y después de la cirugía, en los dos casos se observa una dedicación excesiva de tiempo a los demás, incluso corriendo el riesgo de olvidar sus propias necesidades y deseos. En ambas personas se destaca el activismo llenándose de actividades y dedicando poco tiempo a ellos mismos.

En condición de Relación de la Segunda Motivación, tanto la relación con su vida y la vinculación con los demás, antes de la intervención quirúrgica predominaban las influencias negativas, luego tiende a recibir influencias positivas.

En la Tercera Motivación se encontró más afectada antes de la cirugía la condición Consideración, los pacientes sintieron que antes cuando tenían obesidad no se los consideraba, que no podían ser ellos mismos en todos lados o que fueron tratados de forma diferente a los demás, hoy en día tiende a mejorar el desarrollo armónico de esta condición.

Por último, en la Cuarta Motivación, en ambos casos predominaron las influencias positivas en las tres condiciones: Campo de Acción, Vinculación con un Contexto Mayor y Valor en el Futuro. Los dos sujetos se pudieron proyectar hacia el futuro años atrás y hoy en día lo siguen haciendo, le encontraron un sentido existencial a realizarse la cirugía y continúan sosteniendo que fue una buena medida para mejorar su calidad de vida.

En cuanto a los resultados obtenidos en la cirugía, ambos pacientes han logrado el éxito del tratamiento, siendo conscientes que tienen que continuar con los cuidados. Si bien los procedimientos son diferentes, ambos sujetos han logrado alcanzar las metas que se habían planteado, mediante la implementación de esta herramienta.

Capítulo 6

Discusión de Resultados

Discusión de resultados

Mediante el análisis de contenido de las entrevistas y de los resultados obtenidos en la Escala Existencial se buscó analizar cómo se encontraban las Motivaciones Fundamentales de la Existencia antes y después de la realización de la cirugía bariátrica.

De esta manera, mediante las categorías de análisis establecidas, fue posible analizar cómo estaban desarrolladas las condiciones existenciales pertenecientes a cada Motivación Fundamental en cada uno de los participantes. A su vez, se logró identificar cuáles condiciones se encontraban más afectadas y cuáles más elaboradas.

En lo que respecta al resultado obtenido en la Primera Motivación, en la condición de Espacio, antes de la cirugía los sujetos refirieron no sentirse bien consigo mismos en todos los espacios o lugares en los que se desenvolvían cotidianamente. Esto coincide con lo explicado por Ríos (2016) quien dice que el cuerpo no es únicamente el reflejo de quienes somos sino que es la localización de la angustia y el origen de una inseguridad colectiva en donde el encuentro con el otro cuerpo vivido produce una dinámica de fuerzas, pero estas no son físicas sino que son fisiognómicas, es lo que ha sido descrito por Sartre, ese encuentro de miradas. Esto es un factor central en la construcción del autoestima lo que define si es susceptible de ser valorado, integrado, amado. Además agrega que esto es la necesidad básica del ser humano, la modelación del cuerpo adecuado a un patrón cultural ideal, que ha sido generado por los medios de comunicación donde excluye el cuerpo sano y joven, que al no estar anclado en el espacio-temporalidad del ser se transforma en algo de primera necesidad.

En relación con la Segunda Motivación, uno de los participantes refirió que comía porque no se permitía realizar sus duelos, no se permitía llorar en ningún lugar. Ríos explica en uno de sus libros que aún cuando el sujeto llega a niveles considerables de obesidad y aún cuando exista la tendencia genética, la persona ha sobreingerido alimentos bajo la influencia de diferentes estados emocionales que no tuvieron una salida adecuada y que lo llevaron a desarrollar una relación emoción-ingesta, ya sea porque lo consolaba o lo acompañaba ante sentimientos de soledad o tristeza, o lo premiaba por el continuo estrés con el que vive, o mitigaba el enojo provocado por alguna causa externa o incluso por decepción de sí mismo. (Ríos, 2016)

Además Ríos dice que detrás de cada persona que ha sufrido de obesidad hay una historia de emociones intensas reprimidas. Algunas se trataron de mitigar a través de los alimentos y otras fueron provocadas por los sentimientos de culpa y debilidad ante el consumo excesivo. (Ríos, 2016)

Esto último no se observó en los dos casos del presente estudio, en uno de los casos si se presentó la ingesta excesiva de alimentos por emociones, en el otro caso el participante no lo refiere, sería interesante la continuación del estudio para continuar investigando qué es lo que podría haber influido en la imposibilidad para bajar de peso.

En cuanto a la Segunda Motivación se encontraron coincidencias con lo hallado en estudios realizados anteriormente. En este estudio como en otros, se encontró que en la obesidad merma la interacción del sujeto con el medio, además de que fomenta una conducta de ensimismamiento; como se puede observar en los resultados, los sujetos tienden a ser menos responsables con sus tareas e incluso son personas con niveles de vigor reducidos; así, los sujetos obesos son menos responsables de su apariencia física, hábitos y conductas alimenticias, y por lo tanto de su salud; esto se ve reflejado en su padecimiento y en algunos de los casos a la poca importancia que le conceden. (Bravo del Toro, et al., 2011)

En otra investigación realizada en España evaluaron a los pacientes antes y al año de realizarse la cirugía, obtuvieron como resultados la mejoría de la autoestima, actividad social, actividad laboral y para el comportamiento con la comida. La media que obtuvieron antes y después de la cirugía fue significativamente diferente, habiendo mejoría luego de la intervención quirúrgica. (Alcaráz García, et al., 2015). Coincide con los resultados obtenidos en esta tesis ya que las relaciones con los demás mejoraron notoriamente luego de la intervención quirúrgica.

En un estudio realizado con anterioridad se menciona que la variable cultura influye en la vida de las personas con obesidad, dice que hoy en día viven en una sociedad "obeso-fóbica" que estigmatiza al sujeto con obesidad. Por lo que esto trae consecuencias en su autoestima, alteraciones en sus relaciones interpersonales y disminuye las posibilidades de acceso a un mejor puesto de trabajo o de tener una mejor pareja. (Ríos Martínez et al., 2010). Los dos participantes de este estudio reportaron que antes cuando tenían obesidad en algún momento se sintieron discriminados ya sea para asistir a un evento social o cuando querían ir a comprar ropa ya que explican que no podían comprar

lo que les gustaba sino lo que les quedara ya que la moda es diseñada para gente delgada. Los hallazgos de Ríos Martínez y colaboradores coinciden a su vez con lo observado en las personas de esta investigación en cuanto a la Tercera Motivación, cuyas condiciones de consideración, valoración y justificación se vieron afectadas cuando las personas tenían obesidad.

En un estudio realizado en la Universidad de Cuenca de corte transversal, se evaluó a pacientes un año después de realizarse la cirugía. Los resultados que obtuvieron evidenciaron una mejoría que alcanza sus niveles más altos en el ámbito laboral de los pacientes 97%, y en las relaciones humanas en un 95%, además un 71% de mejoría en la actividad sexual, dando como resultado global una mejoría en la calidad de vida de 87%. (Barzallo Sánchez, et al., 2014). Nuevamente coincide con lo encontrado en los participantes de este trabajo que refirieron que sus relaciones interpersonales mejoraron luego de la cirugía bariátrica, al lograr bajar de peso.

La autora Ríos, que ya ha sido mencionada anteriormente, sostiene que la psicología tiene foco preventivo, reflexivo, introspectivo y acompañamiento de los procesos individuales de los pacientes, por lo que promueve el lugar del escucha para el sujeto, sobre todo, de cómo cada uno vive su experiencia de adelgazamiento, que se da de forma rápida y muchas veces sorprendente. Además junto con el nuevo cuerpo, las relaciones familiares y sociales se transforman, porque la relación del individuo con él propio también cambia. (Ríos, 2016)

Ríos Martínez considera que existen diversos factores psicológicos involucrados, tanto en el periodo pre-quirúrgico como en el post quirúrgico, por lo que es importante resolver estos aspectos para una mejor adaptación del paciente a su entorno familiar, social, laboral y sexual, y de esta manera aprender a vivir con un mejor estilo de vida y cambiar las conductas auto-agresivas y dañinas que le afectaban su salud y calidad de vida en general. Este autor también destaca que es importante cambiar hábitos alimenticios y conocer más sobre su alimentación, por lo que recomienda que en el rol del psicólogo exista la psicoeducación para su cuidado en general. (Ríos Martínez, 2012)

Conclusiones

Para concluir se volverán a mencionar los objetivos que guiaron este estudio de investigación.

El objetivo general de este trabajo es *investigar posibles líneas de intervención psicológica desde el análisis existencial en el acompañamiento de personas a las que se les practica cirugía bariátrica.*

A su vez se delimitaron los siguientes objetivos específicos:

- ✓ Identificar las Motivaciones Fundamentales de la Existencia de Längle que se encuentran más afectadas en los pacientes a quienes se les ha practicado una cirugía bariátrica.
- ✓ Investigar las Motivaciones Fundamentales de la Existencia de Längle que se encuentran mejor desarrolladas en los pacientes a quienes se les ha practicado una cirugía bariátrica.
- ✓ Describir el nivel de plenitud existencial una vez realizada la intervención quirúrgica.
- ✓ Delimitar posibles líneas de abordaje terapéutico existencial para los pacientes a los que se les practica cirugía bariátrica.

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos y conociendo las características de la muestra (estudio de caso), es oportuno aclarar que las conclusiones obtenidas en este trabajo, no podrán generalizarse a toda la población, sino que deben acotarse a la muestra utilizada (León y Montero, 1993).

A continuación se responderá a cada uno de los objetivos planteados.

En respuesta al primer objetivo planteado

Las motivaciones que se encontraron más afectadas en los dos sujetos que participaron en la investigación fueron: la Primera MF, la Segunda MF y la Tercera MF.

Con respecto a la Primera Motivación, la condición de Espacio, fue la que se vio más afectada antes de la cirugía, luego de la cirugía la condición arroja resultados más positivos ya que los pacientes han logrado aceptar su corporalidad y junto con ello su espacio, ya sea corpóreo o los lugares en el que se desenvuelven habitualmente.

En la Segunda Motivación la condición de Tiempo continuó presentando un desarrollo desfavorable aún después de la cirugía, en esta condición no se apreciaron mejorías significativas, son personas cuya dedicación a los demás es elevada mientras que los tiempos que se brindan para sí mismos son acotados. Los participantes no logran encontrar un equilibrio entre las actividades que realizan por obligación y las que realizan por gusto. En uno de los casos además se sumó la dificultad para elaborar duelos.

La condición de Relación, antes de la cirugía se encontraba afectada, luego de la intervención mejoró, los sujetos lograron establecer una mejor relación con ellos mismos por lo que pueden relacionarse mejor con los demás.

Otra de las Motivaciones que se encontró afectada es la Tercera Motivación, principalmente, la condición de Consideración, los participantes reportaron que cuando tenían obesidad sentían que eran menos considerados y que no podían ser ellos mismos en todos los espacios en los que se desenvolvían.

En respuesta al segundo objetivo planteado

Entre las motivaciones más desarrolladas se pudo identificar en la Primera Motivación, la condición de Sostén, esta condición no mostró alteraciones ni antes ni después de la intervención quirúrgica. Los participantes podían identificar el sostén que los mantiene en su existencia, pudieron confiar en él para animarse a realizar un cambio tan importante en sus vidas.

A su vez se observó que los participantes mostraron desarrollada la Cuarta Motivación, presentando influencias positivas en todas las condiciones: Campo de Acción, Vinculación con un Contexto Mayor y el Valor por el Futuro, tanto antes como después de la operación. Las dos personas pudieron vislumbrar como un valor en el futuro la realización de la cirugía y realizar todos los pasos previos. Hoy en día se proyectan en su futuro llevando una vida saludable, presentando miedos a volver a caer en la enfermedad pero motivados en hacer todo lo posible para evitar volver a tener obesidad.

En respuesta al tercer objetivo planteado

A partir de los resultados obtenidos en la Escala Existencial, no se observó en ninguno de los dos casos una vivencia de plenitud vital. En uno de los casos el resultado se relacionaría con dificultades para establecer un intercambio dialógico armónico con el mundo y consigo mismo, lo cual podría implicar cierta vulnerabilidad en la construcción del proyecto de vida. Mientras que en el otro caso el resultado podría reflejar frustración existencial, opresión, falta de compromiso con el mundo y consigo mismo, vida pobre en relaciones.

Los dos participantes obtuvieron puntajes altos en las capacidades Autotrascendencia y en Libertad. Lo cual revelaría tendencia al juicio crítico, falta de compromiso, no sentirse internamente libres para realizar elecciones, una entrega exagerada al mundo lo cual dificultaría ocuparse de las propias necesidades, anhelos y sentimientos.

En cuanto a la capacidad de Autodistanciamiento ninguno de los participantes obtuvo un puntaje adecuado, en un caso el puntaje bajo reflejaría dificultades para percibir realísticamente las situaciones, tendencias al autorreproche y desorden interno. En el otro caso el puntaje se relacionaría con una exagerada tendencia a la objetividad, pudiendo perder de vista las propias necesidades.

En la capacidad de Responsabilidad, en uno de los casos el puntaje podría indicar una tendencia a la sobreadaptación al entregarse exageradamente a sus tareas sin cuidar sanamente sus recursos personales. En el otro caso, el puntaje bajo podría vincularse con dificultades para comprometerse con los compromisos asumidos.

En respuesta al cuarto objetivo planteado

Se considera que podría implementarse un abordaje psicoterapéutico desde el Análisis Existencial Personal, en el acompañamiento pre y pos cirugía bariátrica, ya que es un método mediante el cual se va abordando la emocionalidad desde las impresiones primarias hasta su comprensión e integración en una emocionalidad elaborada. Se trata de una psicoterapia cuyo objetivo es fortalecer los recursos personales de los pacientes. Ríos señala, entre los aspectos que resulta importante considerar antes de la realización del procedimiento quirúrgico, a la motivación, ya que es fundamental que las expectativas

del paciente con respecto a la cirugía resultan realistas para que su compromiso hacia el cambio sea alto. La psicoterapia existencial se basa en los procesos motivacionales, considerando que para que un tratamiento sea efectivo es fundamental aclarar la motivación inicial del paciente. Cuando ésta no sea clara, se procede a esclarecerla como prerrequisito para cualquier intervención terapéutica. (Ríos, 2016)

Ríos Martínez y colaboradores (2010) toman en consideración los siguientes aspectos a tener en cuenta una vez realizada la cirugía: *Etapas emocionales inmediatas postquirúrgicas* (Se debe evitar el síndrome hospitalario, la sensación de enfermedad, la ansiedad); *Cambios de hábitos relacionados con los alimentos. Etapa de la imagen corporal. Manejo de sus relaciones de pareja, familia, trabajo y contexto social.* Desde un modelo de abordaje psicoterapéutico analítico existencial se podrían guiar estas etapas realizando previamente a la cirugía bariátrica un diagnóstico del estado de las Motivaciones Fundamentales de la existencia, detectando fortalezas y debilidades, identificando que las debilidades no impliquen un riesgo para la efectividad de la cirugía. En las etapas posteriores a la intervención quirúrgica podría abordarse psicoterapéuticamente los temas planteados por Ríos Martínez y colaboradores, aplicando el Método de Análisis Existencial Personal el cual tiene por objetivo capacitar a la persona para que pueda vivir con aprobación interna hacia su propio comportamiento y existencia, a través de: el trabajo con la Cognición y la Emoción en el Percibir y el Vivenciar; Trabajo Integrativo Biográfico de las Tomas de Posición Personales; Descubrimiento de formas de expresión auténticas y adecuadas a la situación; Ejercitar y realizar comportamientos con sentido y autorresponsables.

A partir de los hallazgos de la investigación y las conclusiones alcanzadas, se considera necesario continuar investigando la temática para lograr una mayor comprensión.

Debido a la extensión de este trabajo, no se realizó el análisis por periodos, hubiera sido gratificante haber entrevistado a las personas antes de operarse y luego de la intervención para que los resultados resulten más acordes a la vivencia que tenían en ese momento.

Otro tema que podría ser importante investigar es la influencia del entorno en cuanto a la decisión de realizarse la cirugía.

Se podría continuar con la realización de estudios cualitativos respecto a este tema, ya que si bien hay investigaciones realizadas al respecto, en su mayoría se presentan estudios cuantitativos o revisiones de bibliografía, que si bien brindan información muy útil acerca de todos los factores que involucran a la obesidad, y junto con ello la posibilidad de la intervención quirúrgica, con estudios cualitativos se obtendría más información sobre las vivencias, opiniones, valores, emociones, que permiten profundizar en las experiencias personales.

Para finalizar, es importante resaltar que la información obtenida por medio de este trabajo destaca la necesidad de los pacientes de ser escuchados y acompañados por un profesional psicólogo, ya que como ya se ha mencionado la obesidad es una enfermedad multifactorial, por lo que el acompañamiento psicológico forma parte del éxito del tratamiento para mejorar la calidad de vida de estas personas de manera integral.

Bibliografía

- Alcaráz García, A. M., Ferrer Márquez, M., Parrón Carreño, T. (2015). Calidad de vida en los pacientes obesos y su cambio tras cirugía bariátrica a medio y largo plazo. *Nutrición hospitalaria*. 31 (5), 2033-2046. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309238514017.pdf>
- Amigo Vázquez, I. & Fernández Rodríguez, C. (2013). El papel del psicólogo clínico en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Artículos*. 34 (1), 49-56. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2170.pdf>
- Análisis existencial (Acceso Agosto, 2017). *Alfried Längle. Biografía*. Recuperado de <http://analisisexistencial.org/alfried-langle-biografia/>
- Argüelles Argüello, A., B. & Valverde Zúñiga, A. (2016). Cirugía bariátrica: generalidades. *Medicina legal de Costa Rica*. 33 (1), 1409-1415. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/1409-0015-mlcr-33-01-00145.pdf>
- Baile, J. I. & González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en la obesidad. *Revisiones*. 34 (2), 253-261. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n2/revision1.pdf>
- Baltasar, A. (2000). *Obesidad y cirugía*. España: Novedad editorial
- Barzallo Sánchez, D., E., Guadalupe Rodríguez, R., A., Flores Tamayo, R., H., Aguayo Vistin, W., G. & Guadalupe Vallejo, E. (Diciembre, 2014). Evaluación de la calidad de vida post cirugía bariátrica mediante la aplicación del Score de Baros en el Hospital general Enrique Garcés. *Revista de la facultad de ciencias medicas de la Universidad de Cuenca*. 32 (3), 70-77. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22980/1/David%20Esteban%20Barzallo%20Sanchez.pdf>
- Bravo del Toro, A., Espinosa Rodríguez, T., Mancilla Arroyo, L. N. & Tello Recillas, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*. 16 (1), 115-123. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/292/29215963010/>
- Bray, G. A. (2000). Obesidad. En F. S. Greenspan & G. J. Strewler (Ed.), *Endocrinología básica y clínica* (pp. 811-826). México: Manual moderno.
- Biesalski, H. K. & Grimm, P. (2009). *Nutrición*. Buenos Aires: Panamericana
- Castro Martínez, G. & Liceaga Craviotto, G. (2008). Obesidad y diabetes mellitus. En S. A. Islas Andrade y M. C. Revilla Monsalve (Ed.), *Tópicos en enfermedades metabólicas* (pp. 83-97). México: Colección Memoria

- Código de Ética de la Provincia de Mendoza. Colegio de Psicólogos. Diciembre de 2013.
- Croquevielle, M. (2014). La libertad para vivir la propia vida. En S. Längle y G. Traverso (Ed.), *Vivir la propia vida* (pp. 17-28). Santiago de Chile: Mandrágora.
- Croquevielle, M. y Traverso, G. (2011). El análisis existencial de Alfred Längle: La conducta en una vida con aprobación y consentimiento. En Martínez Ortiz, E. (Comp.), *Las psicoterapias existenciales* (pp. 119-136). Recuperado de https://www.academia.edu/4831873/El_an%C3%A1lisis_existencial_de_Alfred_L%C3%A4ngle_La_conducta_en_una_vida_con_aprobaci%C3%B3n_y_consentimiento
- De Andrés Gómez, A., Bruna Esteban, M., Pucha Pla, J., Navarro Moratalla, C., Gómez Contreras, R., Vázquez Prado, A., Oviedo Bravo, M., Albors Bagá, P., Sánchez Juan, C. & Hernández Cádiz, J. (2017). Complicaciones mayores tras una gastrectomía vertical en pacientes obesos mórbidos: ¿Cuál es su influencia en los resultados a largo plazo?. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*. 7 (1), 1296-1303. Recuperado de <https://www.bmi-journal.com/index.php/bmi/article/view/432/1170>
- Frankl, V. (1993). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Editorial Herder.
- Fernández Canet R. (2009). Estudio del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. España.
- Gengler, J. (2009). Análisis Existencial y Logoterapia: bases teóricas para la práctica clínica. *Psiquiatría y salud mental*. 3, 4 (pp. 200-209). Recuperado de http://www.existential-analysis.org/fileadmin/4editors/dokumente/GLE-span/publicaciones/Pepe_AE_publ_2009.pdf
- Hergenhahn, B., R. (2008). *Introducción a la historia de la psicología*. España: Thomson Parainfo.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, p. (2006). Diseño del proceso de investigación cualitativa. En R. Hernández Sampieri; C. Fernández Collado y P. Baptista Lucio (Eds.), *Metodología de la Investigación*, 4º Edición, (pp. 685-719). México: McGraw-Hill.
- Kauak, L. (2010). Cirugía plástica post cirugía bariátrica. *Rev. Med. Clin. Condes*.21 (1), 113-119. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S0716864010705137/1-s2.0-S0716864010705137-main.pdf?_tid=bf57b924-6184-11e7-ac88-0000aacb360&acdnat=1499261023_ec462d322880de6c2005d205851ca749
- Längle, A. (2000). *El A.E.P. Análisis Existencial Personal como método básico en la Psicoterapia*. Buenos Aires: Conferencia transcripta por G., Caprio.

- Längle, A. (2003). El arte de develar la persona-Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia como estructura en el Proceso Motivacional. München: CIP Mendien. Traducción Caprio, G.
- Längle, A. (2007). *Intuir lo que mueve*. Traducción Von Oepen, M. Recuperado de <http://www.webaholics.at/userfile/doc/Fenomenologia-2007-GLE.pdf>
- Längle, A. (2005). La búsqueda de sostén: análisis existencial de la angustia. *Revista Chilena de Psicología Clínica*. 24, 2, (pp. 1-13). Tradujo N.A. Espinosa.
- Längle, A. (1998). Las Cuatro Condiciones Fundamentales para una Existencia Plena. Ed. Suess-Gasse. Vienna, Austria. Traducción: Lic. Graciela Caprio, Buenos Aires.
- Längle, A. (2000). *Las motivaciones fundamentales de la existencia*. Buenos Aires: Transcripción de Caprio, G.
- Längle, A. (2009). Las motivaciones personales fundamentales. Piedras angulares de la existencia. *Revista de psicología UCA*. 5, 10 (pp. 7-24). Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/motivaciones-personales-fundamentales.pdf>
- Lasagni, V. (Diciembre, 2012). Estado psicológico de los postulantes a cirugía bariátrica. *BMI*. 2 (3), 118-124. Recuperado de http://www.bmilatina.com/index.php/bmi/article/view/106/pdf_3
- León, O. y Montero, I. (1993). *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la Investigación en Psicología y Educación*. Madrid: Mac Graw-Hill.
- Ley N° 5054. *Ley de ejercicio de la profesión de psicología en la provincia de Mendoza*. Republica Argentina, 19 de Septiembre de 1985.
- Ley N° 26.396 de Trastornos alimenticios. Buenos Aires, Argentina, 13 de agosto de 2008
- Maluenda, F. (2012). Cirugía bariátrica. *Revista médica clínica Condes*. 23 (2), 180-188. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S0716864012702961/1-s2.0-S0716864012702961-main.pdf?tid=8d749c20-5ab7-11e7-8fe5-0000aacb35e&acdnat=1498513185_f46afedad85248705b50f34ccc6821ad
- Martínez, C., Navarro, G. (2013). Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 52 (1), 94-101. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/ims141p.pdf>
- Medina, F., Aguilar, A. & Solé-Sedeño, J. M. (2014). Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición clínica, dietética y hospitalaria*. 34 (1), 67-71. doi: 10.12873/341medina

- Moncada, R., Landecho, M. F., Valenti, V., Frühbeck, G. (2016). Surgical treatment of obesity: pros and cons. *Anales de la real academia de farmacia*. 82, 225-233. Recuperado de <http://www.analesranf.com/index.php/aranf/article/view/1761/1750>
- Oliveros de Angulo, M. C. (2010). *Obesidad una visión fenomenológica-existencial* (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (Acceso Junio, 2017). *Obesidad*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Organización mundial de la salud (Acceso Junio, 2017). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Papapietro, K. (2012). Cirugía para la obesidad: efectos generales, beneficios y riesgos. *Revista Médica Clínica Condes*. 23 (2), 189-195. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S0716864012702973/1-s2.0-S0716864012702973-main.pdf?tid=e6bb664c-69bc-11e7-ba04-00000aab0f01&acdnat=1500164750_aeff9c2c8a12384f86871c4a95769d06
- Páramo, M. A., García, C., Casanova, J., Asid, M. L., Cardigni, M. C. y Bravin, M. J. (2014). *Escala existencial adaptación y validación mendocina*. Mendoza: Editorial Universidad del Aconcagua.
- Pérez Serrano, G. (2007). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La muralla, S.A.
- Resolución 742/2009. Buenos Aires, Argentina, 21 de Mayo de 2009. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/insitucional/pdf/resolucion-742--2009-tratamiento-obesidad.pdf>
- Ríos Martínez, B., P. (Diciembre, 2012). El papel del psicólogo en la cirugía metabólica. *Bariátrica & metabólica Ibero-Americana*. 2 (3), 150-154. Recuperado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1XUnA7egEtsJ:https://www.bmi-journal.com/index.php/bmi/article/download/111/pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar>
- Ríos, B. (2016). *Manejo multidisciplinario del paciente con cirugía bariátrica y metabólica* [versión electrónica]. Recuperado de http://www.bariatric.today/assets/E-book-Esp_20161125_final-LP.pdf
- Ríos Martínez, B. P., Sánchez Rentería, M., Guerrero Hernández, M., Pérez Carabajal, D., Gutiérrez Pérez, S., Rico Rodríguez, M., Balsa Fadanelli, M., Villalpando Uribe, J., De la Cerda, C., Silva Soltero, S., Aquino Tapia, B., Romero Manzo, V., Jiménez Padilla, L., Teran Villapaldo, L. & Villalobos Grijalva, E. (2010). El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cirujano general*. 32 (2), 114-120. Recuperado de <http://www.mediagraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cg102i.pdf>

- Ríos, B. (2016). *Temas selectos en psicología bariátrica* [versión electrónica]. Recuperado de [http://www.bariatric.today/assets/Psicologia_Bariatrica - Blanca Rios-v01.pdf](http://www.bariatric.today/assets/Psicologia_Bariatrica_-_Blanca_Rios-v01.pdf)
- Rodríguez Gómez, G; Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1999). Métodos de investigación cualitativa. En: G. Rodríguez Gómez; J. Gil Flores y E. García Jiménez (Eds.) *Metodología de la investigación cualitativa*, (pp. 39-57) Málaga: Aljibe.
- Roizblatt, A., Roizblatt, D. & Soto-Aguilar, F. (2016). Suicidio y cirugía bariátrica: un estudio de la evidencia. *Rev Med Chile*. 144, 1171-1176. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n9/art11.pdf>
- Rojas Núñez, K. (2016). Riesgo de suicidio posterior a una cirugía bariátrica. *Medicina legal de Costa Rica*. 33 (1), 1409-1415. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/1409-0015-mlcr-33-01-00139.pdf>
- Rubio, M., A., Rico, C. & Moreno, C. (2005). Nutrición y cirugía bariátrica. *Suplemento revista española obesidad*. 2, 5-15. Recuperado de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37299422/tratamiento_nutricional_cirugia_bariatrica_n2_1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1500077234&Signature=9VYmHyJ%2BAP12Jdxuc1eT0EpW_oPw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DNutricion_y_cirugia_bariatrica.pdf
- Ruiz Moreno, M. A., Berrocal Montiel, C. & Valero Aguayo, L. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*. 14 (3), 577-582. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72714311.pdf>
- Sananes, L. (2006). *Alimentación fisiológica*. Argentina: Distal
- Shiordia Puente, J., Ugalde Velázquez, F., Cerón Rodríguez, F. & Vázquez García, A. (2012). Obesidad mórbida, síndrome metabólico y cirugía bariátrica: Revisión de literatura. *Cirugía endoscópica*. 13 (2), 85-94. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2012/ce122f.pdf>
- Solís Ayala, E., Carrillo Ocampo, L., Canché Arenas, A., Cortázar Benítez, L., Cabrera Jardines, R., Rodríguez Weber, F. & Díaz Greene, E. (2013). Cirugía bariátrica: resultados metabólicos y complicaciones. *Medicina interna de México*. 29, 487-494. Recuperado de http://cmim.org/boletin/pdf2013/MedIntContenido05_07.pdf
- Tamayo, D. & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 6 (1), 91-112. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/21619/17807>

- Tamayo Mendiá, A. E. (1986). Obesidad. En R. E. Pupi, O. J. Brusco, R. D. Salinas & I. Schor (Ed.), *Nutrición* (pp. 291-326). Buenos Aires: López Libreros Editores
- Torales Benítez, J., Morales Giménez, M. & Arce Ramírez, A. (2013). Evaluación psiquiátrica de pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Anales de la facultad de ciencias médicas*. 45 (2), 91-97. Recuperado de <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v45n2/v45n2a08.pdf>
- Traverso, G. (2013). Prólogo. En Längle y G. Traverso (Ed.), *Vivir la propia vida* (pp. 9-13). Santiago de Chile: Mandrágora.
- Vallés, M. S. (2003). Técnicas de conversación, narración (I): Las entrevistas en profundidad. En: M. S. Vallés (Ed.) *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. (pp. 177-232). Madrid: Síntesis.

Apéndices



Universidad del Aconcagua

Facultad de Psicología

“Cirugía bariátrica, una aproximación desde el Análisis Existencial.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a:

El objetivo de esta investigación es investigar factores psicológicos específicos que favorezcan los resultados más óptimos en cirugía bariátrica.

Para esta investigación se recaban datos a partir de entrevistas en profundidad y de la administración de la Escala Existencial en forma individual.

La identidad del participante y los datos relativos a las variables mencionadas, serán confidenciales; tanto en los informes de investigación como en caso de que los resultados sean publicados.

El material a analizar será exclusivamente el recabado en las entrevistas y en las escalas completadas por los participantes que hayan firmado el consentimiento informado. De no querer participar en el estudio, no se lo incluirá en la muestra. Si negara su autorización para utilizar la información obtenida durante la actividad, se excluirá el caso de esta investigación.

La participación en esta tesis es voluntaria, así como la decisión de dar por terminada la actividad en cualquier momento; tiene, además, el derecho de formular todas las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas. Muchas gracias.

Firma:

Preguntas

Datos socio demográficos

- ¿Fecha de nacimiento?
- ¿Ocupación?
- ¿Estudios cursados?
- ¿Con quiénes vive?
- ¿Hobbies?
- ¿Estado civil?
- ¿Me describiría un día habitual de su vida?

Cirugía bariátrica

- ¿Cuánto hace de que se operó?
- ¿Cómo se sentía antes de la cirugía?
- ¿Cómo se siente ahora?
- ¿Qué sabía acerca de la cirugía bariátrica?
- ¿Cuál de las cirugías le realizaron?
- ¿Con qué fin se realizó la cirugía?
- ¿Qué opinó su familia respecto de la cirugía?
- ¿Quiénes sabían que se iba a realizar la cirugía?
- ¿Qué expectativas tuvo de este tratamiento?
- ¿Probó otros métodos para bajar de peso? ¿Cuáles?
- ¿Qué resultados obtuvo?
- ¿Qué sucedió después de terminar el tratamiento?
- ¿Cómo se siente ahora que se realizó la intervención?
- ¿Hace cuánto tiempo sufría de obesidad?
- ¿Cuándo noto que comenzó a aumentar de peso?

- ¿Cuándo y cómo comenzó a pensar en la cirugía?
- ¿Tuvo complicaciones durante la cirugía? ¿Cuáles? ¿Y después?
- ¿Cómo fue el proceso?
- ¿Qué le diría a una persona que está a punto de realizarla o la está planeando?
- ¿La recomendaría a los demás? ¿Por qué?

1° Motivación

Protección

- ¿Contó con el apoyo de sus seres cercanos? ¿Cómo lo apoyaban?
- ¿En algún momento se sintió desamparado?
- ¿Con quienes se ha sentido más aceptado?
- ¿Se ha sentido rechazado? ¿Cuándo? ¿Cómo?
- ¿Contó con el apoyo y contención de médicos, nutricionistas y psicólogos? ¿De qué manera lo apoyaron?

Espacio

- ¿Había lugares en los que usted se sentía más cómodo?
- ¿Cómo se sentía en su casa?
- ¿Cómo se sentía en su trabajo?
- ¿Considera que la obesidad ha influido en diferentes ámbitos de su vida? ¿Cuáles?
- ¿Ha tenido que dejar de realizar alguna actividad? ¿Por qué?
- Hoy en día ¿Cómo se siente en su casa y en su trabajo?

Sostén

- ¿Alguna vez ha sentido que acude a la comida para desconectarse de la realidad? ¿En cuáles ocasiones?
- ¿Qué le da sostén a su vida?
- Del 1 al 10 ¿En qué medida influye la obesidad en su vida?
- ¿En el momento de realizarse la cirugía sintió miedos? ¿Cuáles?

2° Motivación

Cercanía

- ¿Siente que se ha podido acercar más a las otras personas? ¿Por qué?
- ¿Siente que se ha podido acercarse más a sí mismo? ¿Cómo?
- Antes ¿Cómo se sentía consigo mismo y con los demás?

Tiempo

- ¿Cuánto tiempo estuvo en preparación para la realización de la cirugía?
- ¿Antes de la cirugía sentía que se dedicaba tiempo a sí mismo? ¿Cómo?
- ¿Ahora se dedica tiempo a sí mismo? ¿Cómo?

Relación

- ¿Qué relación mantiene hoy en día con su nuevo estilo de vida?
- ¿Cómo es la relación con usted luego de la operación?
- ¿Cambiaron las relaciones interpersonales luego de la cirugía?
- ¿Qué relación mantenía antes con su vida y consigo mismo?
- ¿La obesidad ha interferido en su calidad de vida o en su poder disfrutar? ¿Cómo?

3° Motivación

Consideración

- ¿Ha sentido que cuando está con otra persona puede ser usted mismo? ¿Por qué?
- ¿Ha sentido que lo tratan de manera diferente? ¿En qué situaciones?
- Antes ¿Sentía que podía ser usted mismo? ¿Sentía que lo trataran diferente o de una manera especial? ¿Cómo?

Apreciación valorativa, estimación

- ¿Siente que se puede apreciarse a sí mismo?
- ¿Siente que los otros lo aprecian tal y como es?
- ¿Qué significa para usted la opinión de los demás?
- ¿Qué significa para usted la opinión de usted mismo?

Justificación

- ¿Alguna vez ha mentido respecto de la comida? ¿Por qué?
- ¿Con respecto a la actividad física? ¿Por qué?
- ¿Ha sentido que la obesidad interfirió en alguna situación personal? ¿Cuándo?

4° Motivación

Campo de actividad acción

- ¿Dónde se siente necesitado?
- ¿Antes dónde se sentía necesitado?

Vinculación con un contexto mayor

- ¿Qué sentido tenía para usted la realización de la cirugía bariátrica?
- ¿Sigue opinando lo mismo, o para usted ha cambiado el sentido de realizarla?

Valor en el futuro

- ¿Cómo cree que va a ser su vida dentro de unos años?
- ¿Se ve el día de mañana llevando una vida más saludable?
- Antes de operarse ¿Se veía llevando la vida que lleva hoy en día?



Universidad del Aconcagua

Facultad de Psicología

ESCALA EXISTENCIAL

Adaptación y Validación Mendocina

Páramo, M.A.; García, C.S.; Casanova, J.; Cardigni, M.C.; Asid, L. y Bravín, M.J. (2014)

Edad:

Estudia:

Trabaja y Estudia:

Trabaja:

Sexo:

Departamento:

Consigna: Por favor evalúe cada una de las siguientes oraciones según cómo considere que coinciden con su modo habitual de actuar la mayoría del tiempo. Marque con una cruz una única respuesta para cada frase:

	Siempre	Casi Siempre	Varias Veces	Pocas Veces	Casi Nunca	Nunca
1. Interrumpo actividades importantes porque considero el esfuerzo demasiado para mí.						
2. Me siento personalmente motivado por mis tareas.						
3. Para mí algo es significativo, sólo cuando corresponde a mi propio deseo.						
4. En mi vida no hay nada bueno.						
5. Prefiero ocuparme de mi mismo, de mis propios deseos, sueños, preocupaciones y temores.						
6. Soy generalmente distraído.						
7. Aun cuando haya hecho mucho, me siento insatisfecho porque podría haber otras cosas más importantes para hacer.						
8. Yo me guío según las expectativas de otros.						

	Siempre	Casi Siempre	Varias Veces	Pocas Veces	Casi Nunca	Nunca
9. Yo intento postergar, sin mayores reflexiones, las decisiones difíciles.						
10. Me distraigo fácilmente, incluso durante actividades que realizo con gusto.						
11. No hay realmente algo en mi vida a lo que quisiera dedicarme.						
12. No entiendo por qué tengo que ser yo y no otro, el que debe hacer determinada cosa.						
13. Yo pienso que mi vida, en la forma en que actualmente la llevo, no vale nada.						
14. Me cuesta comprender el sentido de las cosas en su relación con mi vida.						
15. Me gusta la forma en que me trato a mí mismo.						

	Siempre	Casi Siempre	Varias Veces	Pocas Veces	Casi Nunca	Nunca
16. No me tomo el tiempo suficiente para las cosas que son importantes.						
17. No me resulta fácilmente claro lo que puedo hacer en cada situación.						
18. Hago las cosas porque tengo que hacerlas y no porque quiero.						
19. Cuando surgen problemas pierdo fácilmente la cabeza.						
20. En general, hago cosas que perfectamente podría dejar para más tarde.						
21. Tengo interés por ver qué me brinda el nuevo día.						
22. En general no me doy cuenta de las consecuencias de una decisión hasta que la llevo a cabo.						
23. Cuando tengo que tomar decisiones no confío en mis sentimientos.						

	Siempre	Casi Siempre	Varias Veces	Pocas Veces	Casi Nunca	Nunca
24. Aun cuando una acción es muy importante para mí, la inseguridad por el resultado me frena a realizarla.						
25. No sé exactamente para qué soy competente.						
26. Me siento interiormente libre.						
27. Me siento desfavorecido por la vida, ya que mis deseos no han sido cumplidos.						
28. Es un alivio para mí ver que no tengo opciones.						
29. Hay situaciones en las que me siento completamente indefenso.						
30. Hago muchas cosas sin saber realmente cómo se hacen.						
31. No sé qué es lo importante en una situación.						
32. La satisfacción de mis deseos tiene prioridad.						

	Siempre	Casi Siempre	Varias Veces	Pocas Veces	Casi Nunca	Nunca
33. Me resulta difícil comprender a otros en su situación personal.						
34. Sería mejor que yo no existiera.						
35. En el fondo, muchas de las cosas con las que tengo que ver me parecen ajenas.						
36. Prefiero formarme mis propias opiniones.						
37. Me siento estresado porque realizo varias cosas al mismo tiempo.						
38. Me faltan fuerzas, incluso para perseverar en lo importante.						
39. Hago muchas cosas, que en realidad no quiero hacer.						
40. Una situación es para mí interesante sólo si corresponde a mis deseos.						
41. Cuando estoy enfermo sé que no debo comenzar algo nuevo.						

	Siempre	Casi Siempre	Varias Veces	Pocas Veces	Casi Nunca	Nunca
42. Soy consciente de que cada situación ofrece diferentes posibilidades de acción.						
43. Encuentro monótono mi medio ambiente.						
44. No me pregunto si "quiero" hacer algo, ya que en general "tengo que" hacer las cosas.						
45. Nada es realmente bello en mi vida porque todo tiene sus pros y sus contras.						
46. Mi propia dependencia y falta de libertad internas me crean muchos problemas.						